

Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion

Institut Supérieur de Santé (ISS)



MEMOIRE DE FIN DE FORMATION

En vue de l'obtention du

DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES EN
GESTION DES PROGRAMMES DE SANTE (DESS-GPS)

15^{ème} Promotion 2004-2005

Thème :

**Contribution à l'amélioration des
conditions de mise en œuvre de la
contractualisation dans le secteur
de la santé au Bénin**

Bibliothèque du CESAG



108779

Présenté par

Docteur Sylvie Arlette BANCOLE épouse POGNON

Sous la direction de :

M0022GPS05

Enseignant associé à l'ISS

2

et la co-direction de :

Docteur Yves M. SOSSOU

Directeur du BEC/AMCES-Bénin

Formateur en contractualisation



Octobre 2005

TABLE DES MATIERES

Pages

Sommaire	
Dédicaces	
Remerciements	
Liste des abréviations	
Liste des tableaux	
Liste des graphiques	
Liste des annexes	
Introduction	1
CADRE CONCEPTUEL	3
I. Conceptualisation du problème	3
1. Contexte et justification	3
2. Problématique du manque de compétences des acteurs de la contractualisation dans le secteur de la santé au Bénin	5
3. Intérêt et impact positif de la formation sur la réussite de la contractualisation au Bénin	6
4. Les questions de recherche	7
II. Présentation de l'étude	8
1. But de l'étude	8
2. Objectif général	8
3. Objectifs spécifiques	8
4. Importance de l'étude	9
CADRE THEORIQUE	9
1. Revue de littérature	9
2. Les relations contractuelles mise en jeu dans la mise en œuvre des fonctions des systèmes de santé	10
2. 1. La fonction de prestation de services de santé	11
a. Les relations contractuelles entre les détenteurs de fonds et les prestataires	11
b. Les modalités de production des services de santé	12
2. 2. La fonction d'administration générale	14
3. Définition des termes utilisés	14
CADRE DE MISE EN ŒUVRE	16
<u>PREMIERE PARTIE : CADRE CONTEXTUEL</u>	16
Situation générale et sanitaire du Bénin - Point sur la contractualisation au Bénin	
<u>Chapitre I</u> : Situation générale et sanitaire du Bénin	16
I. 1. Cadre général : présentation sommaire du Bénin	16
I.1. 1. Situation géographique	16
I. 1. 2. Situation démographique	17
I. 1. 3. Situation économique	19
I. 1. 4. Pauvreté	21
I. 1. 5. Environnement juridique	21
I. 2. Présentation de la situation sanitaire du Bénin	23
I. 2. 1. Le système de santé au Bénin [15]	23
I. 2. 2. Les axes et stratégies de la politique nationale de santé pour la période 2002-2005	24

I. 2.3. Couverture en infrastructures sanitaires au Bénin	26
I. 2. 4 Fréquentation des services de santé	26
I. 2. 5. Bonne gouvernance et qualité des soins	27
I. 2. 6. Affections prédominantes	27
I. 2. 7. Infections Sexuellement Transmissibles, VIH/SIDA et Tuberculose	28
I. 2. 8. Santé Maternelle et Infantile	29
I. 3. Financement du Secteur de la santé	29
I. 4. Gestion des ressources humaines du secteur de la santé	31
Chapitre II : Situation de la contractualisation dans le secteur de la santé au Bénin	34
. La typologie de la contractualisation au Bénin	34
1 La délégation de responsabilité	35
1.1 La gestion déléguée	35
1. 1. 1 Objectifs de l'hôpital de Mènon tin	35
1. 1. 2 Le mandat de concession [1]	36
1. 1. 3 Avantages de la gestion déléguée de l'hôpital de Mènon tin	36
1. 1. 4 Insuffisances du contrat [1]	37
1.2 Le contrat d'association au service public	37
1.3 La contractualisation interne	38
2 L'achat de services	39
2.1 La sous traitance	39
2.2 L'achat de prestations de santé proprement dit	39
2.2.1 Généralités sur les mutuelles de santé au bénin	40
2.2.2 Les caractéristiques des mutuelles de santé au bénin	41
2.2.3 Effets des mutuelles sur l'accès aux soins des populations	42
2.2.4 Les relations mutuelles – Etat au Bénin	42
3 La coopération contractuelle	43
3.1 Présentation de l'AMCES : un exemple de franchising	44
3.2 Point sur la convention de partenariat entre l'AMCES et l'Etat béninois représenté par le Ministère de la santé publique	45
3. 2. 1. Les obligations du MSP	45
3. 2. 2. Les obligations de l'AMCES et de ses membres	45
3. 3. Conséquences du partenariat AMCES/MSP	46
I. Les catégories de conventions cadres rencontrées au Bénin	46
1. Convention entre le MSP et une fédération d'acteurs	46
2. Convention entre deux fédérations d'acteurs	46
3. Convention entre un acteur et un autre acteur	47
4. Convention au sein du MSP	47
5. Convention entre une fédération d'acteurs et un acteur seul	47
DEUXIEME PARTIE : CADRE OPERATIONNEL Méthodologie de résolution du problème	47
Chapitre I : Méthodes et procédures de recherche	47
0. Portée de l'étude	48
0. Limites de l'étude	49
0. Population cible	49
3.1. Les mutuelles de santé	49

3.1.1 La MUSANT	50
3.1.2 Le PROMUSAF	51
3.1.3 Le PHR Plus	51
3.1.4 Le BIT/STEP	52
3.1.5 Le CIDR	54
3.1.6 Le CADEMU	54
3.2 L'AMCES et ses hôpitaux membres	55
3.2.1. L'hôpital St Jean de Dieu de Tanguiéta dans le département de l'Atacora	55
3.2.2. L'hôpital évangélique de Bembérékè dans le Borgou	56
3.2.3. L'hôpital St Martin de Papané dans le Borgou	56
3.2.4. L'hôpital Sounon Séro de Nikki dans le Borgou	57
3.2.5. L'hôpital St Jean de Dieu de Boko dans le Borgou	57
3.2.6. L'hôpital de Mènonin dans le Littoral	58
3.2.7. Le Directeur de l'AMCES	59
3.3 Les cadres du MSP impliqués dans la contractualisation	59
3.3.1. Le conseiller technique à la promotion du partenariat	59
3.3.2. Le conseiller technique juridique du MSP	59
3.3.3. Le Directeur national de la protection sanitaire du MSP	59
3.3.4. La Directrice du développement des zones sanitaires du MSP	60
3.3.5. Le directeur des hôpitaux	60
3.3.6. Le chef du service de santé communautaire (SSC) du MSP	60
4. Méthode de collecte de données	60
4.1 Présentation des guides d'entretien	61
4.2 Déroulement des entretiens	61
4.3 L'étude des contrats et conventions	62
Chapitre II : Résultats et analyse	62
0. Les difficultés rencontrées	62
0. Présentation des résultats des entretiens	63
2. 1. Au niveau des mutuelles de santé	63
2. 2. Au niveau de l'AMCES et des Directeurs des hôpitaux membres	66
2. 3. Au niveau des cadres du Ministère de la santé	70
0. Analyse des données des entretiens individuels	72
3.1. Du niveau des connaissances sur la contractualisation des différents acteurs intéressés par cette étude	72
3. 2. De la formation des acteurs interviewés sur la contractualisation dans le secteur de la santé	74
3. 3. Du souhait de formation des acteurs sur la contractualisation	75
3. 4. De la formation des agents des structures prestataires de services de santé pour la mise en œuvre de la contractualisation	75
4. Analyse des contrats et conventions cadres retrouvés sur le terrain	75
Chapitre III : Synthèse des résultats de l'étude et recommandations	77
0. Les réponses aux questions de recherche : synthèse des résultats de l'étude	77
0. Recommandations	79
2.1 A l'attention des cadres du Ministère de la santé publique	79
2.2 A l'attention du BEC/AMCES	80

2.3 A l'endroit des directeurs de formations sanitaires	81
2.4 A l'endroit des promoteurs de mutuelles de santé	82
2.5 A l'endroit des décideurs politiques	82
2.6 En direction des partenaires au développement et autres organismes de coopération bilatérale et multilatérale comme l'OMS, la Banque Mondiale	82
Conclusion générale	84
Bibliographie	
Annexes	

CESAG - BIBLIOTHEQUE

DEDICACE

Ce travail est dédié à la mémoire de mon père qui m'a donné le goût du travail bien fait et le rejet de la facilité. Tu ne m'as pas légué de biens matériels mais les grandes valeurs morales que tu m'as inculquées ont plus de prix à mes yeux aujourd'hui que toute richesse matérielle. Du haut du ciel où tu reposes depuis 16 ans déjà, tu peux être tranquille car à aucun moment, je ne trahirai ta mémoire en me fourvoyant dans des situations de recherche effrénée de gains faciles. Comme tu nous l'as enseigné, je gagnerai toujours ma vie à la sueur de mon front. Tu peux dormir en paix, cher Papa, car toute ma vie, je m'évertuerai à faire honneur à ton nom. Je passerai ma vie à faire en sorte que tu n'aies jamais à avoir honte de moi, car, tu n'es plus physiquement parmi nous aujourd'hui, mais tu es plus que jamais présent en esprit toutes les fois où j'ai eu besoin de toi.

REMERCIEMENTS

- ◆ Au Dieu créateur qui a écouté ma prière et permis que je réalise cette formation
- ◆ A la commission de l'UEMOA dont le soutien a été déterminant pour la réalisation de ce travail.
- ◆ A ma chère maman. Malgré ton âge avancé et tes multiples petits ennuis de santé, tu n'as pas rechigné quand cinq jours après mon départ de Cotonou, Claude débarqua un matin avec ton petit fils de moins de 2 ans dans les bras parce que lâché par le personnel de maison. Tu t'en es occupée comme tu l'as déjà si bien fait avec son aîné il y a de cela quelques années. Ma chère maman, je te dois énormément. Je ne sais si je pourrais jamais te payer tout ce que je te dois sur cette terre. Seul le Seigneur Dieu, détenteur de toute grâce pourra te rendre au centuple tout ce que tu as fait pour la réussite de mes études. Un petit mot anodin pour te signifier ma gratitude : merci maman chérie. Puisse le Très haut te garder auprès de nous le plus longtemps possible pour jouir des fruits de tes privations.
- ◆ A Claude, mon cher et tendre époux. Sans ton appui, je n'aurais jamais pu faire cette formation. Ce travail est également le tien car, sans y avoir pris part physiquement, tu y as participé moralement, financièrement. Cette année passée loin de toi a été éprouvante pour nous tous, mais spécialement pour toi. Il a fallu que tu sois le papa et la maman de ces jeunes enfants que je t'ai laissés. Tu t'es sacrifié pour nous. Cela n'a pas été facile tous les jours, il y a eu des moments très difficiles même, mais tu as tenu bon jusqu'au bout. Je ne pourrai jamais assez te remercier pour cette grande marque d'amour. Accepte ce modeste travail comme le fruit de ces moments difficiles passés loin de toi. Infiniment merci pour tout. Puisse le Seigneur nous unir davantage.
- ◆ A mes enfants, Gilles-Marie, Sélom et Akpédjé. Vous êtes la force qui me pousse à toujours vouloir aller de l'avant. Recevez ce modeste travail non comme un modèle à suivre mais un exemple à dépasser. Je vous ai beaucoup manqué durant cette année mais vous avez été la joie de vivre de votre papa. Grâce à vous, il a pu mieux supporter mon absence. Merci pour tout ce que vous êtes et serez pour nous.
- ◆ A mes frères et sœurs Louise, Thierry, Ida, Eléonore, Charles et Benjamin BANCOLE. Merci pour votre soutien durant cette année passée loin de ma famille.
- ◆ A mon beau-frère Bienvenu COMLAN et Vicentia son épouse. Merci pour votre soutien et vos marques d'attention à l'endroit de ma famille durant mon absence.
- ◆ A Mr Sylvain LADIKPO, le DAFRH du CESAG, plus que l'oncle à mon ami le Dr Georges OFFRIN, vous avez été mon oncle à Dakar. Votre soutien moral ne m'a jamais fait défaut. C'est le lieu de rendre un vibrant témoignage pour toutes vos marques de sympathie et d'affection à mon égard et à l'égard de mon mari et mes enfants durant notre séjour à Dakar au cours de cette année. Recevez à travers ce modeste travail, l'expression de ma profonde reconnaissance.
- ◆ A Mr Mô MENA, Directeur de l'Institut supérieur de Santé, plus qu'un maître vous avez un guide pour nous. Vos sages conseils tout au long de l'année nous ont permis d'affronter avec réalisme cette année de formation. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.
- ◆ A tous les enseignants de l'ISS/CESAG 2004-2005, merci pour votre dévouement.
- ◆ A tout le personnel administratif du CESAG, merci pour les efforts consentis pour nous offrir des conditions de travail acceptables.
- ◆ A ma grande sœur chérie DIAKITE DIOP Maïmouna, plus qu'une amie, tu as été une sœur, j'allais dire sans vouloir te vieillir une seconde maman pour moi à Dakar.

Grâce à toi, je ne me suis jamais sentie seule durant toute cette année de formation. J'ai retrouvé auprès de toute ta famille une affection paisible, propice aux études. C'est le lieu de te remercier, ta famille et toi sans oublier Mamie pour toute votre sollicitude à mon endroit. Puisse Allah vous combler de ses infinies grâces et fortifier notre amitié pour qu'elle grandisse au-delà des frontières qui séparent nos 2 pays.

- ◆ A mon ami et frère, le Dr Joël ADJAKOU, tu as été pour moi plus qu'un jeune frère, tu as été mon tuteur dès mon arrivée à Dakar. Merci pour ta grande sollicitude et ton dévouement sans limite à mon endroit durant ce séjour. Je ne pourrai jamais assez te remercier, puisse le Très Haut te combler au-delà de tes espérances.
- ◆ A ma sœur et amie Audry CAPO CHICHI, sous directrice du service informatique au CESAG, ton bureau était devenu le mien. Ta maison m'était ouverte à tout instant. Grâce à toi, je ne me suis jamais sentie seule ni dépaycée au sein du CESAG ; tu m'as été d'un appui inestimable. Accepte ce modeste travail comme le témoignage de ma reconnaissance.
- ◆ Au ménage RANDOLPH Mamer. Votre contribution à la réalisation de ce travail est inestimable. Acceptez le comme la preuve de ma profonde gratitude.
- ◆ A tonton Jean TOSSAVI, tu as été le premier à me donner un tuyau pour le financement de ma formation et tu t'y es intéressé jusqu'à la fin, je ne saurai t'oublier dans la liste des personnes à remercier car sans toi, je n'aurais peut être jamais pu faire la formation.
- ◆ A Mmes Fatoumata GUEYE et Khadidiatou MBENGUE, merci pour tout votre soutien à mon endroit tout au long de cette année et pardon pour toutes les fois où je vous ai sûrement agacée sans le savoir.
- ◆ Aux Docteurs Omar DIOP, Paulin GABO DAPOU, Claude Ibrahima TOURE, DIALLO Mohamed Lamine, Mme Jeanne TOURE KOUAKOU, merci pour ces bons et parfois pénibles moments passés ensemble durant ces 9 mois. Pardon pour toutes les fois où je vous ai offensé sans le savoir.
- ◆ A tous les autres amis de la promotion, merci pour tout ce que vous avez été pour moi durant cette année.
- ◆ A mes frères Charlemagne PEDRO, Raymond KINTOMOHO, Dr Simplicite TOKPO, merci pour tout ce que nous avons partagé ensemble au cours de cette année. Puisse cette entente continuer malgré la fin de la formation.
- ◆ A tous les compatriotes béninois en formation au CESAG en 2004- 2005, merci à vous tous pour toutes vos marques de sympathie et de considération à mon endroit.
- ◆ Aux autorités du MSP pour avoir autorisé ma mise en stage.
- ◆ Au Dr Malick NIANG, merci pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail. Puisse ce travail combler vos attentes et être la preuve de ma profonde gratitude.
- ◆ Au Dr Aboubacry FALL, pour la diligence avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail. Merci pour votre apport appréciable à l'amélioration de ce travail.
- ◆ Au Directeur du BEC/AMCES, le Dr Yves Messan SOSSOU. Merci pour la diligence avec laquelle il a accepté d'encadrer ce travail et tout le dévouement qu'il a mis pour sa réalisation
- ◆ A tous les Directeurs des hôpitaux membres de l'AMCES qui ont spontanément accepté de se soumettre à notre interview, merci pour votre grande disponibilité et votre ouverture d'esprit
- ◆ Au Dr Sylvestre ABLEY, ta contribution pour la réalisation de ce travail est appréciable. Merci pour toute ta sollicitude à mon endroit durant ces mois de stage à l'hôpital de Mènonatin

- ◆ A mon ami et frère, le Dr Georges OFFRIN. Plus qu'un médecin de famille, tu as été un ami, un frère, un conseiller pour mon mari durant mon absence. Même ses coups de fil nocturnes ne t'ont jamais exaspéré, tu étais toujours présent chaque fois que ma famille avait besoin de toi. Merci pour cette grande marque d'amitié. Puisse le seigneur te combler, de même que ta famille au-delà de tes espérances. Merci pour tout.
- ◆ Au Dr Pascal DOSSOU TOGBE, le Directeur des hôpitaux du MSP, vous êtes pour moi un modèle de simplicité et d'humilité. Vous avez accepté spontanément de répondre à notre interview, bien que nous n'ayons pas pris un rendez vous auparavant. Merci pour tout ce que vous avez été et serez pour moi.
- ◆ A Mr le DNPS, malgré votre emploi de temps très chargé par ces temps d'épidémie de choléra, vous avez quand accepté de nous recevoir et de vous soumettre à notre entretien. Merci pour cette grande disponibilité
- ◆ Au Dr Marcellin AYI, merci pour tes sages conseils et ton engagement dans la réalisation de ce travail.
- ◆ A Mrs le CTJ du MSP, le CTPSS du MSP, merci pour votre disponibilité
- ◆ Au Dr Sidonie BARA, vous ne vous êtes pas faite prier pour répondre à nos multiples, c'est le lieu de vous dire infiniment merci.
- ◆ A Mme Nelly PELTIER et tout le personnel du CADEMU pour leur disponibilité
- ◆ A Mr cheikh MBENGUE de PHR plus, merci pour votre disponibilité et votre collaboration.
- ◆ A Mr Aboubakar KOTO YERIMA du PROMUSAF Bénin, merci pour votre collaboration à la réalisation de ce travail.
- ◆ A Mr Antoine Prosper ZODJIN de la MUSANT, vous n'avez pas hésité une minute à mettre vos documents de travail à notre disposition pour les besoins de ce travail ; merci pour cette sollicitude et ce dévouement sans limite.
- ◆ A Mme Mercy TOHI du BIT/STEP pour sa disponibilité
- ◆ A ma consœur et amie, le Dr AHOUANDJINOU DEGUENON Euphrasie. Je t'ai vraiment découvert durant cette année d'absence du pays. Tu étais aux petits soins pour mes enfants. Comme le dit l'adage, c'est dans des moments spéciaux que l'on reconnaît les vrais amis. Merci pour tout ce que tu as été pour les miens tout au long de cette année. Puisse le Cosmique combler ta famille et toi de grâces abondantes et surtout de paix.
- ◆ A Armel AGBOHOU. Merci pour ton soutien pendant mon séjour à Dakar.
- ◆ A tantie Benoîte d'ALMEIDA pour toutes tes marques d'affection durant mon séjour à Dakar
- ◆ A tantie Florisse LIMA, pour toute l'attention dont tu m'as entourée au cours de cette année passée à Dakar.
- ◆ Au ménage Jean et Henriette OUDIANE. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi tout au long de cette année.
- ◆ Au ménage Yvan et Dominica BARRY, pour toutes vos marques d'affection durant mon bref séjour à Saint Louis.
- ◆ A mes colocataires, Rasmata PITROIPA et Ibrahim ADAMOU. Merci pour ce climat de paix et de sérénité entretenu durant ces 9 mois de cohabitation. Pardon pour toutes les fois où sans le savoir, je vous ai offensé.
- ◆ Au ménage Romain MONTCHO. Merci pour toute l'attention dont vous avez entourée ma famille pendant mon absence.
- ◆ A toutes les personnes qui, de près ou de loin, d'une manière ou d'une autre, ont participé à l'élaboration de ce travail.

LISTE DES ABREVIATIONS

ACE	Agents Contractuels de l'Etat
ADMAB	Association pour le Développement de la Mutualité Agricole du Bénin
AGETIP	Agence d'Exécution des Travaux d'Intérêt Public
AGETUR	Agence d'Exécution des Travaux Urbains
AMCES	Association des Œuvres Médicales Confessionnelles et Sociales du Bénin
ANMC	Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes de Belgique AGETUR
APE	Agents Permanents de l'Etat
ASBL	Association Sans But Lucratif
ASSEF	Association d'Entraide des Femmes
BEC/AMCES	Bureau Exécutif de Coordination de l'AMCES
BIT	Bureau International du Travail
BM	Banque Mondiale
CA	conseil d'administration
CAC	Cellule d'Appui à la Contractualisation
CADEMU	Centre d'Appui au Développement des mutuelles de santé
CADZS	Cellule d'Appui au Développement des Zones Sanitaires
CAME	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels
CCS	Complexe Communal de Santé
CESAG	Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion
CFA	Communauté Financière d'Afrique
CIDR	Centre International pour le Développement et la Recherche
COGEA	Comité de Gestion du centre de santé de l'Arrondissement
COGEC	Comité de Gestion du centre de santé de la Commune
CONSAMUS	Concertation Nationale des promoteurs de Mutuelles de Santé
CS	Comité de Santé
CSA	Centre de Santé d'Arrondissement
CSC	Centre de Santé de Commune
CTJ	Conseiller Technique Juridique
CTPPSS	Conseiller Technique à la Promotion du Partenariat du secteur Sanitaire
DDSP	Direction Départementale de la Santé Publique
DDSP	Directions Départementales de la Santé Publique
DDZS	Direction du Développement des Zones Sanitaires
DG	Directeur Général
DH	Directeur des Hôpitaux
DIEM	Direction des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance
DIVI	Direction de l'Inspection et de la Vérification Interne
DNPS	Directeur national de la Protection Sanitaire
DPP	Direction de la Programmation et de la Prospective
DRH	Direction des Ressources Humaines
DTCP	Diphtérie Tétanos Coqueluche Poliomyélite
ECVR	Enquête sur les Conditions de Vie des ménages Ruraux
EEZS	Equipes d'Encadrement de Zone Sanitaire
ELAM	Enquête Légère auprès des Ménages
FAP	Femmes en Age de Procréer
FSS	Faculté des Sciences de la Santé

Hbts	Habitants
IEC	Information Education Communication
IITA	Institut International d'Agriculture Tropicale
INSAE	Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
ISS/CESAG	Institut Supérieur de Santé du CESAG
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MAS	Micro Assurance Santé
MMI	Médecus Mundi International
MSP	Ministère de la Santé Publique
MSS	Mutuelle de Sécurité Sociale
MUSANT	Mutuelle de santé pour tous
OIT	Organisation internationale du travail
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORL	Oto Rhino Laryngologie
PAS	Programme d'Ajustement Structurel
PHR:	Partener for Health Reforms
PIB	Produit Intérieur Brut
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNT	Programme National de lutte contre la Tuberculose
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PREF	Plans de Redressement Economique et Financier
PRGU	Projet de Réhabilitation et de Gestion Urbaine
PROMUSAF	Programme d'appui aux mutuelles de santé en Afrique
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitation
SA	Société Anonyme
SARL	Société à Responsabilité Limitée
SGM	Secrétaire Général du Ministère
SIM	Société Internationale Missionnaire
SNIGS	Système National d'Information et de Gestion Sanitaire
SPEP	Service de la Prévision, de l'évaluation et de la Prospective
SSC	Service de Santé Communautaire
SSDRO	Service de la statistique, de la Documentation et de la Recherche Opérationnelle
STEP	Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté
TBM	Taux Brut de Mortalité
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNICEF	Programme de Nations Unies pour l'Enfance
USAID	l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International
UVS	Unité Villageoise de Santé
VAR	Vaccin Anti Rougeoleux

VIH/SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine/ Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
WSM	Solidarité Mondiale
ZS	zone sanitaire

CESAG - BIBLIOTHEQUE

LISTE DES TABLEAUX

		PAGE
Tableau I	Synthèse des relations contractuelles dans la fonction de prestation des services de santé	13
Tableau II	Synthèse des relations contractuelles mises en jeu dans la fonction d'administration générale	14
Tableau III	Evolution de la population béninoise de 1992 à 2006	17
Tableau IV	Répartition de la population en 2002 et en 2003 par sexe et tranche d'âge	18
Tableau V	Densité de la population par département en 2003	18
Tableau VI	Le système national de santé	24
Tableau VII	Indicateurs de couverture en services de santé de 1991 à 2003	27
Tableau VIII	Incidence et létalité du paludisme en 2003	28
Tableau IX	Evolution des crédits alloués au MSP de 1997 à 2003 selon la source de financement	30
Tableau IX a	Budget National	30
Tableau IX b	Aides internationales	30
Tableau IX c	Financement communautaire	30
Tableau X	Contribution des différentes sources au budget consommé dans le secteur santé de 1997 à 2001	31
Tableau XI	Répartition du personnel de santé et principaux ratios par département au 31/12/2003	32
Tableau XII	Situation du niveau de connaissance des acteurs sur la contractualisation	72

LISTE DES GRAPHIQUES

	PAGE
Graphique 1 Evolution du PIB par habitant (1991-2003)	20
Graphique 2 Evolution du taux de croissance économique de 1991 à 2003	20
Graphique 3 Nombre d'acteurs selon le niveau de connaissances sur la contractualisation	73
Graphique 4 Nombre d'acteurs formés et type de formation	74

LISTE DES ANNEXES

- 1 Structure type de contrat de contractualisation dans le secteur de la santé recommandée dans la littérature
- 2 Modèle 1 : Guide d'entretien pour les interviews des Directeurs des hôpitaux membres de l'AMCES
- 2 Modèle 2 : Guide d'entretien pour les interviews des promoteurs de structures d'appui aux mutuelles de santé
- 2 Modèle 3 : Guide d'entretien pour les interviews des cadres du ministère de la santé publique
- 3 Grille d'analyse de contrat recommandée dans la littérature
- 4 Les éléments qui peuvent être inclus dans une convention cadre
- 5 Lexique

INTRODUCTION

Les politiques de santé en Afrique ont connu une évolution liée à l'environnement économique des différents pays. Cet environnement a été marqué par une succession d'événements pouvant être résumés comme suit :

- De 1960 à 1970, c'était l'époque de l'Etat providence qui garantissait la gratuité des soins de santé à toutes les populations
- En 1971, il y a eu la grande sécheresse surtout dans le sahel entraînant la baisse des revenus agricoles et une réduction du PIB des Etats qui se sont mis à se désengager de la gestion des différents secteurs de la vie sociale y compris la santé
- De 1973 et 1979 qui ont conduit les partenaires au développement à mettre en place respectivement des plans de redressement économique et financier (PREF) de 1974-1978 et des plans d'ajustement structurel (PAS) avec une réduction importante de crédits alloués aux secteurs dits non productifs tels que la santé.

Les PAS qui ont duré une décennie (1979-1989) ont eu pour corollaire la détérioration de la situation sociale de tous les pays en développement en général et de leurs indicateurs de performance de la santé en particulier. Cette situation a obligé les partenaires au développement à mettre en œuvre des programmes de développement des ressources humaines du secteur de la santé.

- Enfin il y a eu la dévaluation du franc CFA en 1994 qui a renforcé la dégradation de la situation sanitaire des pays africains. Il s'en est suivi la mise en place par les partenaires au développement d'un filet social (mesures d'accompagnement) pour soutenir les pays affectés par cette dévaluation.
- La dette extérieure du Bénin est en augmentation. D'un montant de 771,5 milliards de F CFA en 1998, la dette extérieure du Bénin est passée à 941,6 milliards en 2002. L'encours de la dette extérieure du Bénin représentait 48,2 % du PIB national en 2002 contre 53,1 % en 2001.

L'avènement en 1997 des fonds de soutien aux Pays Pauvres Très Endettés (PPTE) dite initiative PPTE a permis aux pays pauvres de bénéficier d'un allègement de leurs dettes extérieures. La conditionnalité principale de cette initiative est le recyclage de la dette extérieure vers les secteurs sociaux comme la santé et l'éducation. Le Bénin a atteint le point de décision de l'initiative PPTE en juillet 2000. Il a, de ce fait, bénéficié de 38,4 milliards d'allègements de sa dette extérieure dont 17,8 milliards de F CFA pour l'année 2002. Ceci a contribué à

l'apparition d'une multitude d'acteurs dans le domaine de la prise en charge des nombreux besoins de santé des populations.

- ❖ L'Etat est le premier acteur dans l'offre de services de santé, il est le plus en vue. Il est représenté par les services publics de santé. Les rôles de l'Etat dans le secteur de la santé sont :
 - ✓ La construction et l'équipement des structures sanitaires publiques
 - ✓ La formation et le recrutement du personnel compétent
 - ✓ L'organisation, la réglementation et la régulation du secteur
- ❖ Les partenaires au développement aident l'Etat dans ces actions
- ❖ Les collectivités locales, dans le cadre de la décentralisation, participent à l'offre de santé
- ❖ Le secteur privé est très présent à travers :
 - ✓ Le privé non lucratif (les confessionnels, les ONG, les mouvements associatifs) : il est souvent associé à la mission de service public
 - ✓ Le privé lucratif : sa logique de rentabilité est difficilement conciliable avec la mission de service public
- ❖ La médecine et la pharmacopée traditionnelle : les tradithérapeutes participent également à l'offre de santé dans leur domaine de compétence dans la mesure où une bonne partie de la population a recours à leurs services

Cette diversité d'intervenants dans le domaine de la santé doublée de l'actuelle séparation des fonctions dans l'organisation des systèmes de santé, bien qu'étant un atout, pourrait, par manque de coordination, être source de divers problèmes tels que :

- La redondance dans les activités menées par les différents acteurs
- La mauvaise répartition des offres de prestations et de financement de la santé entraînant un gaspillage de ressources
- Le manque de complémentarité entre les différents intervenants

Il devient donc impérieux de réguler l'interrelation entre ces différents acteurs qui offrent des services de santé. La logique de cette interrelation sera appelée par commodité la contractualisation. La contractualisation apparaît donc comme un des outils pouvant contribuer à une meilleure organisation des systèmes de santé en vue d'une plus grande performance afin d'aboutir à terme à l'amélioration de la santé des populations.

CADRE CONCEPTUEL

I. Conceptualisation du problème

1. Contexte et justification

La Cinquante-sixième Assemblée mondiale de la santé tenue en mai 2003 après avoir examiné un rapport sur le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé, a reconnu le rôle important de l'administration générale dans la régulation de cette contractualisation. Dans sa résolution finale [16], elle invite instamment les Etats membres à :

- S'assurer que la contractualisation dans le secteur de la santé suit des règles et des principes qui soient en harmonie avec la politique nationale de santé
- Elaborer des politiques contractuelles qui maximisent l'impact sur la performance des systèmes de santé et harmonisent les pratiques de chaque acteur de manière transparente pour éviter les effets négatifs ;
- Echanger leurs expériences sur les arrangements contractuels impliquant les secteurs public et privé et les organisations non gouvernementales dans le domaine de la santé ;

Cette assemblée mondiale de la santé prie le Directeur général de l'OMS entre autres :

- D'apporter, à leur demande, un appui technique aux Etats Membres en vue de renforcer leurs capacités et leurs compétences dans le développement des arrangements contractuels ;
- De mettre au point, à la demande des Etats Membres, des méthodes et des outils adaptés aux caractéristiques des pays pour les aider à mettre en place un système de surveillance afin de fournir des services de santé de grande qualité, par exemple par l'accréditation, l'homologation et l'octroi de licences pour les secteurs public et privé et les organisations non gouvernementales dans le domaine de la santé.

Le Ministère de la Santé Publique (MSP) du Bénin, dans son plan stratégique 2002-2006 de développement du secteur de la santé, s'est fixé comme mission entre autres, d'améliorer les conditions socio sanitaires des familles à travers une amélioration des options de financement de la demande de santé et une meilleure offre de services de santé pour répondre aux énormes besoins de santé des populations [11].

Le premier axe de ce plan stratégique est relatif à la réorganisation de la pyramide sanitaire et le développement des zones sanitaires, il a comme sous axes:

- ✓ *Le renforcement de la décentralisation de la pyramide sanitaire et le développement des zones sanitaires*
- ✓ *Le développement du partenariat entre le secteur public et le secteur privé*
- ✓ *Le renforcement de la participation communautaire et de la collaboration avec les collectivités locales*

Le deuxième axe stratégique, relatif au financement du secteur de la santé et à l'amélioration de la gestion des ressources a un sous axe qui a trait à la diversification du financement du secteur.

Il est une évidence de nos jours que l'Etat béninois seul ne peut pas arriver à bout des multiples besoins de santé des populations. Il est nécessaire qu'un partenariat sérieux entre le public et le privé soit une réalité pour une meilleure santé des populations. Il faudra donc :

- *Un partenariat entre les mutuelles de santé et les formations sanitaires tant publiques que privées pour améliorer les possibilités de financement de la demande de santé de la grande majorité des populations aux ressources limitées ;*
- *Un partenariat entre le secteur public représenté par le ministère de la santé publique et le secteur privé permettra d'accroître les offres de soins de santé durables, accessibles et efficaces.*

La contractualisation pourrait être un des moyens pour l'atteinte des objectifs du MSP si elle est bien menée. A cet effet, les préalables suivants devraient exister [5]:

- Une acceptation politique (existence d'une politique nationale de santé et de contractualisation)
- Des capacités et compétences techniques des acteurs

A ce jour, la volonté politique ne manque pas. La nécessité de la réglementation des relations de partenariat dans le secteur de la santé est si bien comprise par les autorités du MSP que l'une des principales actions pour le développement du partenariat public/privé est la promotion d'un véritable cadre de concertation et de coordination entre ces deux secteurs. De plus, il est préconisé comme stratégie pour la diversification du financement du secteur de la santé, l'appui aux systèmes de financement mutualiste avec une définition claire des mécanismes de contractualisation entre les centres de santé et les mutuelles de santé doublée d'un appui à ces dernières.

Des travaux préliminaires pour l'élaboration d'un document de politique nationale de contractualisation ont démarré depuis quelques années au sein d'une commission interminis-

térielle ; mais ils n'ont pas encore abouti par manque d'information des différentes parties prenantes telles que les partenaires sociaux qui assimilent la contractualisation à la privatisation du secteur de la santé. Il en est de même pour bon nombre de décideurs au sommet de l'Etat qui n'ont pas une idée claire du concept de la contractualisation.

Il existe ça et là au Bénin quelques arrangements contractuels entre des ONG et le ministère de la santé publique, mais il persiste beaucoup d'imperfections dans la structure des contrats rendant malaisée leur mise en œuvre. Un renforcement des capacités techniques des acteurs engagés dans ce processus doit être envisagé.

2. Problématique du manque de compétences des acteurs de la contractualisation dans le secteur de la santé au Bénin

Un des préalables à la mise en œuvre de la contractualisation dans le secteur de la santé est la disposition de ressources humaines qualifiées. Le manque de compétences serait donc un élément d'échec de cette contractualisation.

La formation permet d'être bien outillé pour mener à bien toutes les étapes du processus de contractualisation depuis la préparation en passant par la négociation jusqu'à la mise en œuvre et l'évaluation.

Les énormes difficultés financières rencontrées par les mutuelles de santé sont dues, d'une part, aux coûts élevés des prestations ; et d'autre part parce que les prestataires de services de santé assimilent les mutuelles à des organismes privés d'assurance maladie. Cet état de chose est dû au fait que les promoteurs de mutuelles de santé n'ont reçu aucune formation en matière de contractualisation.

La formation des différents acteurs permettrait d'avoir des spécialistes de la contractualisation dans toutes les équipes de négociation des contrats afin d'informer et de sensibiliser les prestataires de santé sur la nécessité de conclure des accords équilibrés. Des accords équilibrés sont ceux dans lesquels chaque acteur trouve son compte en vue d'une réussite de la contractualisation dans le secteur de la santé.

Les partenaires sociaux affichent une opposition vis-à-vis de cet outil. Cette opposition est également liée à leur manque de formation et de sensibilisation sur le sujet.

Les causes du manque de formation peuvent se résumer comme suit :

- *Une insuffisance de formateurs dans le domaine de la contractualisation*
- *L'inexistence d'une politique nationale en matière de contractualisation*

- *La méconnaissance de l'impact de la formation sur la qualité de la mise en œuvre du processus de contractualisation*
- *L'insuffisance de moyens financiers, techniques et humains pour la promotion de la formation des ressources humaines en matière de contractualisation*
- *La faible implication des décideurs politiques*

3. Intérêt et impact positif de la formation sur la réussite de la contractualisation dans le secteur de la santé au Bénin

La contractualisation se fait dans une logique de coopération, de négociation dans laquelle chaque acteur doit trouver son compte. Il est donc très important que tous les acteurs soient au même niveau de connaissances pour que les chances soient égales. Si un des acteurs prend part au processus de contractualisation sans y avoir été auparavant formé, il ne serait pas un partenaire averti et sa participation ne serait pas éclairée. L'entente obtenue à l'issue du processus ne serait donc pas un équilibre comme il est recommandé. Dans la mesure où la négociation demande du professionnalisme, un contrat négocié et signé avec des acteurs à niveaux de connaissance différents sur le sujet serait un « non accord ». La mise en œuvre dudit « non accord » serait hypothéquée.

La préparation du dossier de contrat suit une structure bien standardisée qui nécessite une formation préalable. Un contrat élaboré par des acteurs non ou mal formés pourrait entraîner des difficultés dans la mise en œuvre des activités prévues dans le contrat.

Les effets de la formation des acteurs sur la qualité de la mise en œuvre des pratiques contractuelles peuvent s'exprimer comme suit :

- *La disposition de ressources humaines compétentes et bien qualifiées en matière de contractualisation*
- *La précision dans la définition de l'objet du contrat*
- *La conformité de la structure des contrats à celle proposée par le MSP*
- *La mise en œuvre aisée des contrats et le respect des engagements pris de façon éclairée.*
- *Le suivi et l'évaluation corrects de la mise en œuvre des contrats*
- *Le professionnalisme dans la gestion des conflits éventuels nés de la mise en œuvre des contrats*

- *Le démarrage correct des activités de certains hôpitaux de zone nouvellement créés et identifiés pour être des expériences pilotes de gestion déléguée améliorant ainsi la couverture sanitaire du pays.*

Les instances d'accompagnement des arrangements contractuels et conventions cadres de partenariat devraient être constituées de personnes ressources formées en suivi-évaluation de la mise en œuvre des contrats car le processus de contractualisation intègre également ces volets.

La réussite de la contractualisation dans le secteur de la santé au Bénin se mesurera à l'amélioration des indicateurs de santé à divers niveaux. Des contrats mal élaborés, mal négociés par des acteurs non formés ne pourront pas contribuer à l'amélioration de la performance du système de santé.

4. Les questions de recherche

Les questions, objet de cette recherche, peuvent être libellées comme suit :

- Les coordonnateurs des structures d'appui au développement des mutuelles de santé engagées dans le processus de contractualisation ont-ils reçu une formation sur la contractualisation dans le secteur de la santé ?
- Les gérants et administrateurs des mutuelles de santé opérant sur le terrain et engagées dans des conventions avec des formations sanitaires ont-ils été formés aux différentes phases de la contractualisation ?
- Les cadres du MSP ont-ils été suffisamment sensibilisés, informés et formés sur les enjeux et le contenu de cette contractualisation ?
- Existe-t-il au Bénin une politique nationale de contractualisation ?
- L'Etat vient-il en appui (technique, financier, ressources humaines etc.) aux institutions engagées dans des relations contractuelles ?
- Les institutions prestataires de services de santé sur le terrain ont-elles été informées et formées sur le contenu des accords et conventions signés avec le MSP ou d'autres

- organisations de financement de la demande de soins par les responsables des réseaux dont ils sont membres ?
- Les agents prestataires de services de santé sont-ils informés des divers accords de partenariat signés par leurs dirigeants ?
- Les responsables des formations sanitaires contractant avec les mutuelles sont ils informés de la spécificité des mutuelles pour des facilités de tarification lors des négociations de contrats ?
- Existe-t-il dans les clauses des contrats des mécanismes clairs du suivi et de l'évaluation de leur mise en œuvre ?

I. Présentation de l'étude

1. But de l'étude

Contribuer à la réussite du processus de contractualisation en cours au Bénin

2. Objectif général

Améliorer les conditions de mise en œuvre de la contractualisation dans le secteur de la santé au Bénin

3. Objectifs spécifiques

- Apprécier le niveau de connaissance en contractualisation des principaux acteurs engagés dans ce processus
- Apprécier le degré de satisfaction des contractants vis-à-vis des conventions et accords cadres signés à divers niveaux
- Recueillir les attentes des différents acteurs (ONG, mutuelles de santé) vis-à-vis du Ministère de la santé publique et vice versa.
- Apprécier la structure de quelques contrats et conventions mis en œuvre dans le secteur de la santé

4. Importance de l'étude

Ce mémoire présente des intérêts à la fois pour les différents acteurs de la contractualisation dans le secteur de la santé et pour notre formation.

Pour les acteurs de la contractualisation dans le secteur de la santé au Bénin

Cette étude leur permettra de comprendre la nécessité d'une bonne formation pour une bonne mise en œuvre de la contractualisation au Bénin. De plus, elle permettra de connaître les rôles de chacun des acteurs et surtout des appuis divers indispensables à la réussite de la contractualisation dans le secteur de la santé au Bénin.

Pour notre formation

Cette recherche a permis de mieux nous documenter et nous familiariser avec la contractualisation dans le secteur de la santé. Elle a également permis d'approfondir nos connaissances acquises durant le module sur la contractualisation dans le domaine de la santé.

CADRE THEORIQUE

1. Revue de littérature sur la nécessité de la formation des acteurs de la contractualisation dans le secteur de la santé

La contractualisation ne signifie :

- Ni désengagement de l'Etat du secteur de la santé
- Ni privatisation des services de santé

La contractualisation est un processus d'établissement d'un cadre d'alliance volontaire de partenaires indépendants ou autonomes qui s'engagent avec des devoirs et des obligations réciproques et qui attendent chacun des bénéfices de leur relation.

Un arrangement contractuel (ou un contrat) est un accord entre deux agents économiques (ou plus) par lequel ils s'obligent à céder ou s'approprier, faire ou ne pas faire certaines choses.

La contractualisation veut amener tous les acteurs dans le district sanitaire à participer à la réussite de la mise en œuvre de la politique nationale de santé [12]. Mais auparavant, il faudra des acteurs compétents et qualifiés dans le domaine de la contractualisation.

L'importance de la formation des acteurs de la contractualisation est si bien comprise que divers auteurs l'ont souligné dans leurs écrits.

Selon l'OMS, sur son site sur la contractualisation [17] ; la formation des acteurs est indispensable à une bonne mise en œuvre de la contractualisation. L'OMS dit en substance que « à

première vue, le recours à la contractualisation peut paraître facile. Pour certains, il suffit de trouver un modèle de contrat qu'il suffit juste d'adapter à la situation. Or, toutes les analyses montrent qu'il n'en va pas ainsi. Les expériences réussies sont celles pour lesquelles les protagonistes ont construit leurs relations contractuelles avec professionnalisme. Au contraire, bon nombre d'expériences pourtant prometteuses n'aboutissent pas aux résultats escomptés tout simplement parce que leurs auteurs n'ont pas l'expertise suffisante ».

Le Ministère de la santé du Tchad [13] dans son document de Politique contractuelle dans le secteur de la santé reconnaît l'importance de la formation dans la réussite de la contractualisation. Le rôle régulateur de relations contractuelles joué par l'Etat passe par la formation des acteurs, selon le MSP du Tchad. Ce rôle est décrit en ces termes « comme pour tout nouvel outil, les utilisateurs ont besoin d'acquérir des compétences. La contractualisation fait appel à de nombreuses notions issues de disciplines différentes (droit, économie, santé publique, sciences politiques et administratives, etc. Une bonne maîtrise des outils constitue sans doute un prérequis au succès d'une expérience. L'Etat doit par conséquent veiller à ce que chacun des acteurs y compris lui-même possède cette maîtrise. La formation sous toutes ses formes en est le moyen. Le Secrétariat technique du suivi de la réunion sectorielle santé, lorsqu'une nouvelle politique contractuelle est officialisée, prépare des modules de formation, organise, encadre les séminaires en collaboration avec la Direction de planification et de formation ».

Pour montrer l'importance de la formation dans la réussite de la contractualisation dans le secteur de la santé, Jean Perrot [15] fait remarquer que « l'analyse de certaines expériences, notamment l'examen de certains contrats révèle un manque de professionnalisme évident. La conséquence en est que l'expérience risque d'aboutir à des échecs, non en raison de la contractualisation intrinsèquement, mais en raison de sa mauvaise utilisation. La formation, sous toutes ses formes, est le seul moyen » d'acquérir une maîtrise dans le domaine de la contractualisation dans le secteur de la santé.

2. Les relations contractuelles mise en jeu dans la mise en œuvre des fonctions des systèmes de santé

La multiplication et la diversification des acteurs impliqués dans le secteur de la santé couplées au développement du secteur privé, des processus de démocratisation et de décentralisation favorisent une grande séparation des fonctions dans les systèmes de santé. Dans le Rap-

port sur la santé dans le monde (2000) ; le DG de l'OMS [13] a identifié quatre fonctions clé dans un système de santé Il s'agit de :

- La fonction de prestation de services de santé ; elle nécessite des ressources financières qu'il va falloir mobiliser et utiliser efficacement
- La fonction de production des ressources humaines et matérielles permettant de dispenser les services
- La collecte et la mise en commun des ressources utilisées pour financer les soins de santé
- La fonction d'administration générale ; c'est la cheville ouvrière de l'amélioration continue de la performance. Elle définit et met en œuvre les règles et l'orientation stratégique destinées à toutes les parties prenantes. Elle demande également d'importantes ressources financières.

Pour des raisons de commodité de l'étude, il sera procédé à un regroupement de toutes les fonctions liées à la prestation des services de santé, la production des ressources dans un bloc et le second bloc sera constitué par la fonction d'administration générale.

Il s'agira donc de trouver les mécanismes de mobilisation et de gestion du financement de ces deux grandes fonctions pour une performance du système de santé. La contractualisation apparaît comme un outil pour l'amélioration des performances des systèmes de santé.

2.1. La fonction de prestation de services de santé :

a. Les relations contractuelles entre les détenteurs de fonds et les prestataires

Ce paragraphe met en exergue les modalités de production des services de santé et le rôle de chaque acteur dans le processus. L'individu y occupe une place centrale car c'est lui qui, directement ou par le biais d'un intermédiaire, décide des services de santé qui seront produits. L'individu formalise ses décisions selon divers mécanismes sous différentes formes de relations contractuelles. Il peut s'agir de :

- Relation contractuelle directe entre l'individu et le prestataire de services de santé
- Relation contractuelle entre l'individu et le détenteur de fonds (mutuelle de santé, système national d'assurance maladie, organismes privés d'assurance maladie etc.)
- Relation contractuelle entre le détenteur de fonds et le prestataire de services de santé.

b. Les modalités de production des services de santé

Pour produire les prestations de santé, les prestataires de services de santé disposent de fonds leur venant des individus ou des détenteurs de fonds à qui les individus ont confié leurs fonds. Ils établissent également des relations contractuelles pour la production des prestations selon trois modalités.

- le prestataire achète des intrants / des ressources humaines et des fournitures pour produire les services qu'il fournit aux patients,
- Le prestataire achète des services intermédiaires
- Le prestataire peut aussi s'entendre avec d'autres prestataires pour ensemble définir des modalités de collaboration pour la production des services de santé à ses clients

Le tableau I présente la synthèse des relations contractuelles possibles dans la fonction de prestation de services de santé.

Tableau I : synthèse des relations contractuelles dans la fonction de prestation des services de santé

Type de relation contractuelle	Explication
1. Relation contractuelle entre un détenteur de fonds et un prestataire de services de santé	
1. 1. Relation contractuelle entre l'individu et le prestataire de soins	
	Chirurgie esthétique ou réparatrice
2. Relation contractuelle entre l'individu et le détenteur de fonds ; entre le détenteur de fonds et un prestataire de services de santé	
2. 1. Mandat d'assureur/payeur	-Le détenteur de fonds rembourse à l'individu tout ou partie des frais engagés pour recouvrer la santé ou il paie directement le prestataire (tiers payant) -L'individu puise dans un compte épargne-santé déposé auprès du détenteur de fonds -Modalités de facturation des soins réalisés par les formations sanitaires et pour lesquels la mutuelle de santé assure le paiement directement aux formations sanitaires
2. 2. Mandat d'encadrement	Le détenteur de fonds reçoit le mandat de négocier les conditions de l'achat qui reste réalisé par l'individu
accréditation	Une institution est spécifiquement chargée de l'accréditation d'un prestataire de services de santé
tarifs	Négociations entre médecins en pratique libérale et détenteur de fonds
services pris en charge	-Liste de médicaments remboursés et taux de remboursement -Définition du paquet de services pris en charge
conditions d'accueil	La mutuelle a défini avec le centre de santé les conditions d'accueil de ses adhérents
2. 3. mandat d'achat	Le détenteur de fonds reçoit une délégation de pouvoir de la part de l'individu pour se substituer à lui dans l'achat de services de santé
force de négociation	Achat d'un paquet de services de santé
recours à la méthode de paiement par capitation	Définition des services de santé que le prestataire est tenu de fournir aux adhérents
meilleure connaissance des besoins	Médecins généralistes chargés d'orienter vers les spécialistes
achat de biens publics	Achat d'activités spécifiques (marketing social, activités de prévention) auprès d'un prestataire spécialisé
2. 4. Mandat de prestation	Contractualisation interne à un même propriétaire : - entre Etat et hôpitaux autonomes - entre Etat et zone sanitaire
2. 5. Mandat de coopération	Contrat entre des systèmes d'assurance et des prestataires de services de santé pour des campagnes de vaccination, de sensibilisation à des actions de santé publique, etc.
3. Les relations contractuelles de production des prestations de services de santé	
3. 1. achat d'inputs « bruts »	
3.1.1 main d'œuvre	Contrats de travail
3. 1. 2. fournitures	Contrats de fournitures
3. 2. achat de services intermédiaires	
3. 2. 1. services non médicaux	
Restauration des malades – entretien des locaux – blanchisserie – maintenance – comptabilité, gestion des ressources humaines – formation continue	Contrats avec des firmes privées spécialisées dans ces différents domaines
3. 2. 2. services médicaux	
analyses de laboratoire, radiologie etc.	Prestataires qui font réaliser ces prestations dans des cabinets spécialisés
recours à des spécialistes	Hôpitaux qui embauchent des spécialistes pour des tâches spécifiques
3. 3. coopération contractuelle	
3. 3. 1. Les accords à interpénétration faible	
franchising	Entente entre un franchiseur et des franchisés
les réseaux	Des prestataires de services de santé s'organisent entre eux pour apporter un suivi complet du patient
les accords de partenariats	Hôpitaux qui s'entendent pour se spécialiser chacun dans un domaine et qui échangent leurs patients
3. 3. 2. Les accords à interpénétration organisationnelle forte	
Les alliances stratégiques	prestataires qui mettent en commun leurs moyens pour réaliser une activité

2. 2. La fonction d'administration générale

Le financement de cette fonction est assuré soit par les ressources provenant de l'impôt, soit par les ressources en provenance des partenaires au développement. Le tableau suivant présente une synthèse de l'organisation pour la production de cette fonction d'administration générale.

Tableau II : synthèse des relations contractuelles mises en jeu dans la fonction d'administration générale

ADMINIS TRATION CENTRA LE	Type de relation contractuelle	Explicitations
	1. Achat de fournitures ou de main d'oeuvre	
	. fournitures	L'Etat se procure sur le marché des biens et des services pour lesquels il passera des contrats
	. main d'oeuvre	Pour réaliser sa fonction, l'Etat s'assure des ressources humaines nécessaires qu'il recrute en établissant des contrats de travail
	2. Achat de services intermédiaires	
	. entretien, maintenance	Ils font l'objet de contrats avec des entreprises privées
	. formation continue	Des ONG spécialisées sont parfois sollicité par des contrats pour former le personnel de santé par exemple dans le domaine de la santé de la reproduction
	. études de faisabilité	Les études nécessaires à la préparation de projets soutenus par les partenaires au développement sont réalisées par des bureaux d'étude ayant passés des contrats pour ces tâches
	3. Délégation à des entités autonomes	
	. gestion d'un district sanitaire	La gestion des ressources humaines du district par une ONG internationale
	. approvisionnement en médicaments	une ONG est chargée par le MSP de vendre des préservatifs dans le cadre de l'initiative de marketing social
	. système d'accréditation	L'accréditation des établissements de santé publics et privés est déléguée à une agence spécialisée
	4. liens entre administrations	
	. coopération sur des tâches spécifiques	Dans le cadre de la décentralisation, les arrangements contractuels règlent les relations entre le MSP et les municipalités, par exemple pour les questions de personnel ou pour la supervision des formations sanitaires
	. entités communes	Ces relations contractuelles ne sont pas basées sur un achat mais sur la définition de collaborations voire d'actions communes entraînant le partage ou la mise en commun de financement

3. Définition des termes utilisés

- *Un système de santé* est un ensemble articulé de pratiques, de méthodes et d'institutions qui concourent à un même objectif d'amélioration de la santé des communautés.
- *Prestataires de soins* : désignent des agents de santé qui administrent et participent à l'offre de soins

- *Les formations sanitaires* : ce sont les institutions publiques ou privées qui administrent des soins de santé
- *La mutuelle de santé* : c'est un système de protection sociale, d'assurance volontaire à but non lucratif fondé sur la base d'une éthique de solidarité et de mise en commun des risques de santé dans lequel les membres participent activement et démocratiquement à la gestion et au fonctionnement. Elle est indépendante des pouvoirs publics et peut être organisée de façon centralisée, décentralisée ou autogérée par les usagers.
- *Promoteur de mutuelle de santé* : personne qui suscite et appuie la création et le développement des mutuelles de santé.
- *Un contrat* : c'est un terme générique désignant une alliance volontaire de partenaires indépendants.
- *Un accord* : selon l'encyclopédie Bordas, c'est un terme générique qui désigne la rencontre de deux volontés. L'accord permet d'atteindre un arrangement, de conclure une convention, un traité ou tout autre contrat et, plus généralement, de nouer une relation juridique nouvelle à deux ou plusieurs partenaires.
- *Un accord cadre* : c'est un accord dont les termes sont assez généraux pour servir de cadre ou de modèle à des accords ultérieurs plus détaillés.
- *Délégation de responsabilité* : correspond aux situations où un acteur préfère transférer par contrat, ses pouvoirs à un autre acteur qui agira en son nom et à sa place. On y décrit :
 - la gestion déléguée
 - la concession de service public
 - l'association au service public
- *L'achat de services* : correspond aux situations où un détenteur de ressources financières préfère acheter la prestation de services plutôt que de la produire lui-même. Exemple : la sous traitance.
- *La coopération contractuelle* : correspond à des accords établis dans une perspective de long terme impliquant une interaction entre des organisations indépendantes qui combinent ou mettent en commun leurs efforts.

CADRE DE MISE EN ŒUVRE

PREMIERE PARTIE - CADRE CONTEXTUEL : SITUATION GENERALE ET SANITAIRE DU BENIN - POINT SUR LA CONTRACTUALISATION DANS LE SECTEUR DE LA SANTE AU BENIN

CHAPITRE I : Situation générale et sanitaire du Bénin

Cette présentation de la situation générale et sanitaire du Bénin a pour objectif de mettre en exergue l'importance des défis à relever dans le pays en général et dans le secteur de la santé en particulier.

I. 1. Cadre général : présentation sommaire du Bénin

I. 1. 1. Situation géographique

La République du Bénin est située en Afrique occidentale sur le Golfe du Bénin. Elle s'étend de l'Océan Atlantique au fleuve Niger sur une longueur de 700 Km et sur une largeur de 125 Km sur la côte. Elle couvre une superficie de 114.763 km². La République du Bénin est limitée au Nord par le Niger, au Nord-ouest par le Burkina Faso, à l'Ouest par le Togo, à l'Est par le Nigeria et au Sud par l'Océan Atlantique.

Son relief est peu accidenté et on dénombre trois principales zones climatiques :

- un climat subéquatorial avec deux saisons pluvieuses et deux saisons sèches au Sud. La température est relativement élevée avec de faibles variations (entre 24°C et 32°C). Les hauteurs des pluies sont comprises entre 900 et 1480 mm, soit en moyenne 1.200 mm de pluie par an ;
- un climat tropical semi humide au Centre avec une pluviométrie annuelle comprise entre 1.000 et 1.200 mm ;
- un climat tropical humide au Nord avec une saison sèche et une saison pluvieuse.

Le Bénin est irrigué par de nombreux fleuves qui arrosent deux grands bassins : le bassin du Niger et le bassin côtier.

Ce climat chaud et humide est favorable à la prolifération de certains vecteurs (mouches, moustiques, rats, etc.) et explique l'endémicité et l'éclosion périodique (parfois saisonnière) des maladies infectieuses et parasitaires.

La combinaison de ce climat et de cette hydrographie est responsable du profil épidémiologique national enregistré tout au long de l'année. Ce profil est essentiellement caractérisé par une variété de pathologies tropicales avec une prédominance des affections endémo-épidémiques dont les plus importantes sont le paludisme, le choléra et la méningite cérébro-spinale.

I. 1. 2. Situation démographique

Les statistiques issues des différents Recensements Généraux de la Population et de l'Habitation au Bénin montrent que cette population croît à un rythme élevé et que le taux d'accroissement annuel n'a pas significativement varié sur la période de 1992 à 2006. (cf. tableau III). Entre 1979 et 2002, le rythme de croissance de la population béninoise s'est accéléré passant de 2,84 entre 1979-1992 à 3,25% entre 1992-2002 [2]. Le taux d'accroissement annuel moyen de la population est évalué à 4,12% pour la population urbaine.

Tableau III – Evolution de la population béninoise de 1992 à 2006

Années	1992	2002	2003	2006*
Effectif	4 915 555	6 769 914	6 973 905	7 383 322

• Projections démographiques Source : d'après INSAE

La population béninoise double tous les 25 ans et cette tendance qui risque de perdurer constitue une contrainte pour le développement des services de santé. En 2006, cette population dépassera sept millions d'habitants.

Le taux brut de mortalité (TBM) au Bénin est de 12,27‰ tandis que le taux brut de natalité est de 41,17‰, le taux de mortalité infantile bien qu'en baisse par rapport aux années antérieures est encore élevé (90‰) et le taux de mortalité infanto-juvénile est de 146,4‰. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 5,53‰. L'espérance de vie à la naissance est de 59,2 ans. [2]

Tableau IV – Répartition de la population en 2002 et en 2003 par sexe et tranche d'âge [2]

Groupes d'âge	2002				2003			
	Masculin	Féminin	Total	Proportion (%)	Masculin	Féminin	Total	Proportion (%)
0-4	593 540	581 709	1 175 249	17	597 332	585 475	1 182 807	17
5-14	1 028 029	966 097	1 994 126	29	1 071 845	1 012 829	2 084 674	30
15-49	1 364 166	1 600 430	2 964 596	44	1 415 530	1 646 165	3 061 695	44
50-59	127 675	133 719	261 394	4	134 231	141 056	275 287	4
60 +	170 709	203 840	374 549	6	168 252	201 190	369 442	5
Total	3 284 119	3 485 795	6 769 914	100	3 387 190	3 586 715	6 973 905	100

En 2003, la répartition par grand groupe d'âge de la population (tableau IV) révèle que les moins de 15 ans représentent 47%, ceux âgés de 15 à 59 ans font 48% et les 60 ans et plus représentent 5%. Cette répartition montre une population jeune à prédominance féminine avec un rapport de masculinité de 94%.

Les moins de 5 ans, couche vulnérable, constituent à eux seuls 17% de la population totale. Quant aux femmes en âge de procréer, elles constituent 24% de la population totale. Cette tendance sera maintenue en 2006. L'importance relative de ces deux populations cibles explique le développement des activités de santé familiale.

La population béninoise est inégalement répartie sur le territoire national (tableau V). En 2003, les huit départements du sud et du centre représentaient 27 % de la superficie totale du pays et abritent 68% de la population alors que les quatre départements du Nord qui couvrent 73% de la superficie n'abritaient que 32% de la population (tableau V).

Tableau V – Densité de la population par département en 2003

Départements	Alibori	Atacora	Atlantique	Borgou	Collines	Couffo	Donga	Littoral	Mono	Ouémé	Plateau	Zou	Bénin
Superficie (km ²)	26242	20499	3233	25856	13931	2061	11126	79	1948	1281	3264	5243	114.763
Population totale*	536794	565972	825839	745991	552071	540392	360611	685141	370886	752791	419384	618033	6973905
Poids dans la population du Bénin (%)	7,7	8,1	11,8	10,7	7,9	7,7	5,2	9,8	5,3	10,8	6	8,9	100
Densité au km ²	20	28	255	29	40	262	32	8673	190	588	128	118	61

Source : SSDRO/DDP/MSP, 2003

Au recensement de 1961, la population rurale représentait 90% de la population béninoise totale. Elle ne représente aux recensements ultérieurs que 73% en 1979, 64% en 1992 et 60% en 2002. Ceci conduit à dire que la population rurale est en constante diminution au profit de la population urbaine.

L'évolution de la situation démographique est capitale pour la santé publique et les services des soins. La composition de la population et sa répartition spatiale détermine le volume, la nature des besoins de santé et les services à mettre en place.

I. 1. 3. Situation économique

Le Produit Intérieur Brut (PIB) est la principale mesure synthétique qui évalue la richesse produite par l'économie nationale.

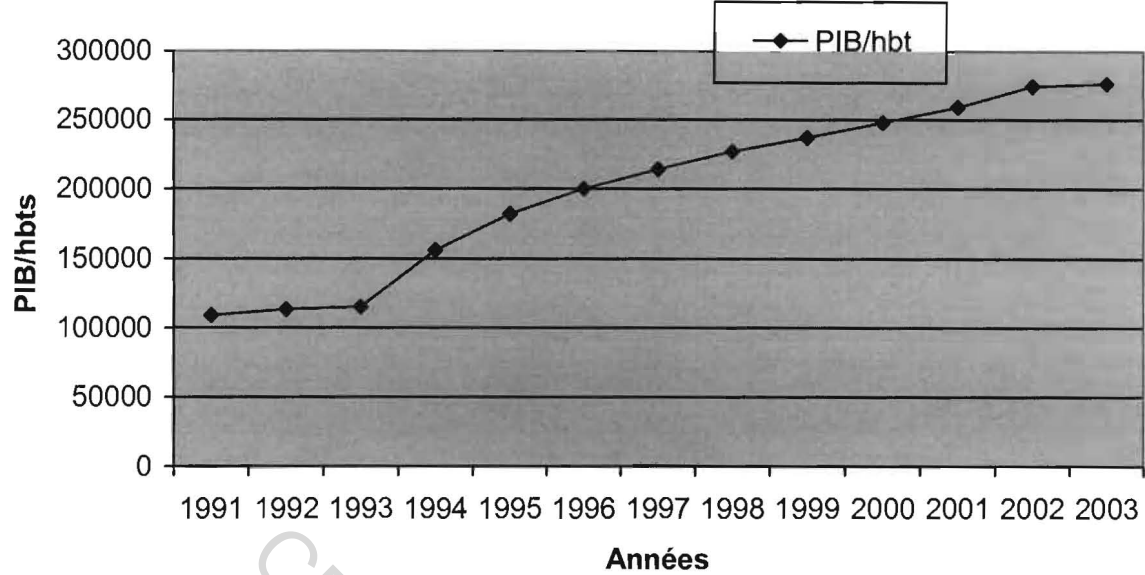
L'économie du Bénin est basée sur l'agriculture qui occupe 56% de la population active. Les produits vivriers qu'on trouve dans le pays sont le maïs, l'igname, le manioc, le haricot, le mil, le sorgho et l'arachide.

L'élevage et la pêche sont pratiqués de manière artisanale et couvrent environ 60% des besoins de la population. L'industrie locale est embryonnaire. La balance commerciale est globalement déficitaire.

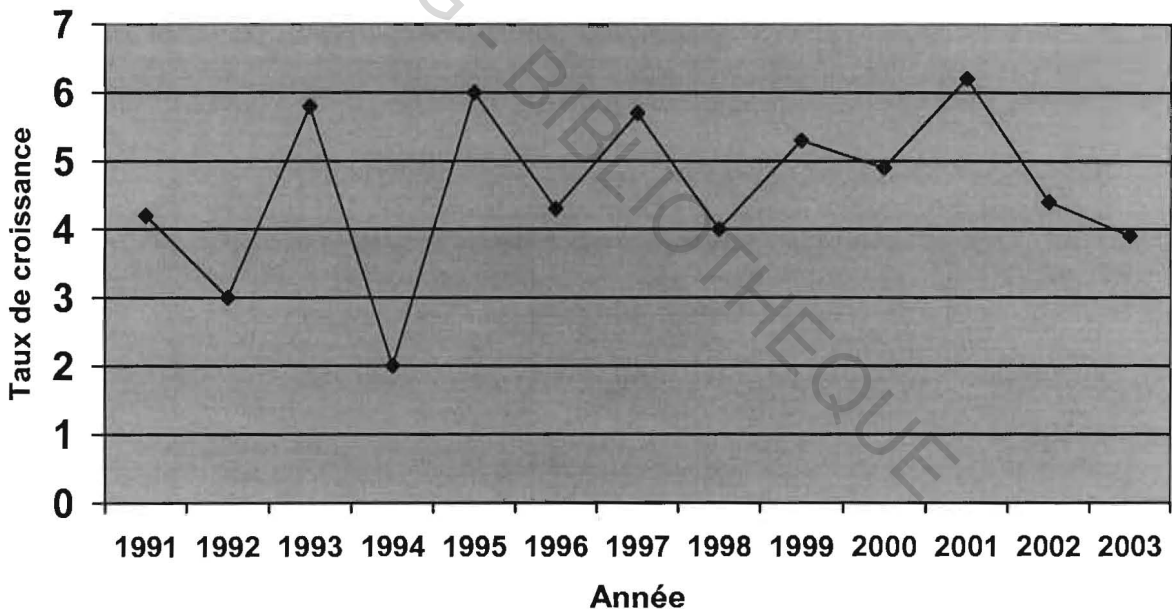
Les difficultés financières et économiques ont conduit le pays aux réformes structurelles. En effet, le Bénin a connu trois Programmes d'Ajustement Structurel (PAS) qui couvrent les périodes suivantes : 1989 – 1991 (PAS I) ; de 1992 – 1995 (PAS II) et 1996 à ce jour (PAS III). Tous ces programmes ont pour objectif de répondre à la nécessité de réorganiser la vie économique et sociale nationale.

La combinaison des différentes stratégies sectorielles et des mesures d'ordre macro-économiques a permis d'enregistrer une évolution croissante du PIB par habitant et une croissance économique évoluant en dents de scie (Cf. Graphiques 1 et 2).

Graphique 1 – Evolution du PIB par habitant (1991-2003)



Graphique 2 : Evolution du taux de croissance économique de 1991 à 2003



Sur la période de 1990 à 2000, le taux de croissance économique est légèrement supérieur à celui démographique mais l'écart moyen sur la période entre les deux taux ne permet pas une amélioration substantielle des conditions de vie des populations. Ceci explique, en partie, la faible accessibilité financière des populations aux soins.

I. 1. 4. Pauvreté

La santé est déterminée par plusieurs facteurs endogènes (biologiques) et exogènes (environnement politique, social, économique et culturel,...). Elle est donc déterminante dans le bien-être et fondamentalement dans la capacité productive de la population.

Au Bénin, l'interaction entre les autres domaines de la vie et la santé se traduit par la dominance du phénomène général de la pauvreté.

Le seuil global national de pauvreté qui était établi à 42.075 F CFA par an et par tête en 1994-1995 est passé en 1999-2000 à 51.413 F CFA, soit un accroissement de 22%. En milieu rural, le seuil global de pauvreté est de 74.297 FCFA et de 91.705 FCFA en milieu urbain. Au Bénin, deux (2) ménages sur cinq (5) sont pauvres du fait de la qualité de leurs conditions de vie. [2]

Des études sur les conditions de vie des ménages (ELAM 9, 1999 et ECVR2, 2000) révèlent que les dépenses en santé représentent en milieu urbain 5% des dépenses non alimentaires contre 16,5% en milieu rural. [2]

Le facteur économique constitue une limitation importante de l'accès aux soins. Pour nombre de personnes, cette limitation est permanente, pour d'autres, elle est saisonnière en particulier durant la période entre deux récoltes. Les prix des services de santé constituent alors un important obstacle pour l'accès aux soins de la population démunie. Le problème de la prise en charge des plus démunis se pose avec acuité tant en zone urbaine qu'en zone rurale.

L'incidence globale de la pauvreté des populations a créé une catégorie de personnes indigentes. Ces personnes sont démunies et vivent dans l'extrême pauvreté. Sur le plan national, les réflexions se poursuivent sur le développement du système de prise en charge sanitaire qui cible ces indigents sur toute l'étendue du territoire national.

I. 1. 5. Environnement juridique au Bénin

Il est assez fourni. Ces différentes institutions sont chargées de légiférer chacune dans son domaine de compétences. Elles constituent l'une pour l'autre un système de contrôle réciproque. On distingue :

Le parlement : il est constitué par une Assemblée unique dite Assemblée Nationale dont les membres portent le titre de député. Il exerce le pouvoir législatif et contrôle l'action du Gouvernement.

La Cour Constitutionnelle : c'est la plus haute juridiction de l'Etat en matière constitutionnelle. Elle est juge de la constitutionnalité de la loi et elle garantit les droits fondamentaux de la personne humaine et les libertés publiques. Elle est l'organe régulateur du fonctionnement des institutions et de l'activité des pouvoirs publics.

La Cour Constitutionnelle est la plus haute juridiction de l'Etat en matière constitutionnelle. Elle est juge de la constitutionnalité de la loi et elle garantit les droits fondamentaux de la personne humaine et les libertés publiques. Elle est l'organe régulateur du fonctionnement des institutions et de l'activité des pouvoirs publics.

La Cour Suprême : c'est la plus haute juridiction de l'Etat en matière administrative, judiciaire et des comptes de l'Etat.

Elle est également compétente en ce qui concerne le contentieux des élections locales.

Les décisions de la Cour Suprême ne sont susceptibles d'aucun recours.

Elles s'imposent au pouvoir Exécutif, au Pouvoir législatif ainsi qu'à toutes les juridictions.

La Cour Suprême est consultée par le Gouvernement plus généralement sur toutes les matières administratives et juridictionnelles.

Elle peut, à la demande du Chef de l'Etat, être chargée de la rédaction et de la modification de tous les textes législatifs et réglementaires, préalablement à leur examen par l'Assemblée Nationale.

La Haute Cour de Justice : elle est composée des membres de la cour constitutionnelle, à l'exception de son président, de six députés élus à l'Assemblée Nationale et du président de la Cour Suprême.

Une loi organique fixe les règles de son fonctionnement, ainsi que la procédure suivie devant elle.

La Haute Cour de Justice est compétente pour juger le président de la république et les membres du gouvernement à raison de faits qualifiés de haute trahison, d'infractions commises dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions ainsi que pour juger leurs complices en cas de complot contre la sûreté de l'état.

La Haute Cour de justice est liée par la définition des infrastructures et par la détermination des sanctions résultant des lois pénales en vigueur à l'époque des faits.

Le Conseil économique et social : il donne son avis sur les projets de loi, d'ordonnance ou de décret ainsi que sur les propositions de loi qui lui sont soumis.

Les projets de loi de programme à caractère économique et social lui sont obligatoirement soumis pour avis.

Le Président de la République peut consulter le Conseil économique et social sur tout problème à caractère économique, social, culturel, scientifique et technique.

Le Conseil économique et social peut, de sa propre initiative, sous forme de recommandation, attirer l'attention de l'Assemblée Nationale et du Gouvernement sur les réformes d'ordre économique et social qui lui paraissent conformes ou contraires à l'intérêt général.

Sur la demande du Gouvernement, le Conseil économique et social désigne un de ses membres pour exposer devant les Commissions de l'Assemblée Nationale l'avis du Conseil sur les projets ou propositions de loi qui lui ont été soumis

I. 2. Présentation de la situation sanitaire du Bénin

I. 2. 1. Le système de santé au Bénin [4]

Le système de santé est calqué sur le découpage administratif. Il a une structure pyramidale à trois niveaux.

- *Le niveau central ou national* : il est représenté par le Ministère de la santé publique qui est chargé de mettre en œuvre la politique définie par le gouvernement en matière de santé. Dans ce cadre, il initie l'action sanitaire, en planifie l'organisation, coordonne et contrôle la mise en œuvre des activités qui en découlent.
- *Le niveau intermédiaire* : celui-ci regroupe les directions Départementales de la santé Publique (DDSP). Elles sont au nombre de six (06), soit une par ancien département. Elles sont chargées de la mise en œuvre au niveau du département de la politique sanitaire définie par le gouvernement, de la planification et de la coordination de toutes les activités des services de santé, et d'assurer la surveillance épidémiologique dans le département.
- *Le niveau périphérique* : c'est la zone sanitaire. Elle représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. Elle est constituée d'un réseau de services publics de premier contact (UVS, CSA, CSC) et de formations sanitaires privées appuyé par un hôpital de référence public ou privé appelé Hôpital de zone

(HZ), le tout desservant une aire géographique abritant 100 à 200 000 habitants. En 2003, 74% des hôpitaux de zones sanitaires sont fonctionnels au Bénin. Les départements de l'Ouémé et du Zou ont le plus faible taux de fonctionnalité (33%) (selon la CADZS, SNIGS/DPP, 2003)

Le taux de fonctionnalité = nombre d'hôpitaux fonctionnels / nombre total d'hôpitaux

Tableau VI : Le système national de santé du Bénin,

Niveaux	Structures	Institutions hospitalières et socio sanitaires	Spécialités
Central	Ministère de la Santé Publique (MSP)	CNHU, Centre National Pneumo-physiologie, Centre National de Psychiatrie, Hôpital Mère-enfant Lagune (HOMEL)	- Médecine - Pédiatrie - Gynéco-obstétrique - Radiologie Laboratoire - ORL, OPH - Autres spécialités
Intermédiaire ou Départemental	Direction Départementale de la Santé Publique (DDSP)	Centre Hospitalier Départemental (CHD)	- Médecine - Pédiatrie - Gynéco-obstétrique - Radiologie Laboratoire - ORL, OPH - Autres spécialités
Périphérique	Zone sanitaire Bureau de zone	Hôpital de zone (HZ) Centre de santé de commune (CSC) Formations sanitaires privées	- Médecine générale - Chirurgie d'urgence - Radiologie - Laboratoire - Pharmacie
		Centre de santé d'arrondissement (CSA))	- Dispensaire - Maternité - Pharmacie ou dépôt pharmaceutique
		Unité Villageoise de Santé (UVS)	- Soins - Accouchement - Caisse de Pharmacie

I. 2. 2. Les axes et stratégies de la politique nationale de santé pour la période 2002-2006

Malgré tous les efforts fournis par les différents acteurs intervenant dans le secteur de la santé, la mise en œuvre de la politique et des stratégies de 1997 à 2001 n'a pas débouché sur une amélioration notable de l'état de santé des populations. Toutefois, elle a balisé le terrain pour

les politiques et stratégies futures. Actuellement, c'est la politique de santé pour la période 2002-2006 qui est mise en œuvre.

Cette politique nationale de santé pour la période 2002-2006 s'articule autour de cinq (5) axes stratégiques qui sont :

1. Axe d'intervention n° 1 : Réorganisation de la base de la pyramide sanitaire et renforcement de la couverture sanitaire ;

L'objectif spécifique à atteindre est d'améliorer l'organisation de la pyramide et la couverture sanitaires".

Les sous axes permettant d'atteindre cet objectif sont les suivants :

- renforcement de la décentralisation de la pyramide sanitaire et développement des zones sanitaires
- développement du partenariat entre les secteurs public et privé
- renforcement de la participation communautaire et de la collaboration avec les collectivités locales

2. Axe d'intervention n° 2 : Financement du secteur et amélioration de la gestion des ressources;

L'objectif spécifique est d'améliorer la gestion des ressources du secteur".

Les sous axes pour atteindre cet objectif sont les suivants :

- renforcement des capacités de planification et de coordination des activités ;
- développement des ressources humaines ;
- diversification du financement du secteur ;
- amélioration de la gestion des crédits ;
- maintenance des infrastructures et équipements.

3. Axe d'intervention n° 3 : Prévention et lutte contre les principales maladies et amélioration de la qualité des soins ;

L'objectif spécifique à atteindre est d'améliorer la qualité des soins et la lutte contre les maladies.

Les domaines et sous axes pour aboutir à ce résultat sont :

- la lutte contre les maladies transmissibles ;
- la lutte contre les maladies non transmissibles ;
- le renforcement du système hospitalier ;
- le renforcement du sous-secteur de la pharmacie, des explorations diagnostiques et de la transfusion sanguine ;
- la promotion de la médecine traditionnelle et de la pharmacopée ;
- l'amélioration de la prise en charge des pauvres et des indigents

4. Axe d'intervention n° 4 : Prévention et lutte contre les maladies prioritaires;

L'objectif spécifique à atteindre est d'améliorer la qualité des soins et la lutte contre les maladies.

Les domaines et sous axes qui concourent à la prévention et à la lutte contre les maladies prioritaires sont :

- prévention et lutte contre les IST/SIDA ;
- prévention et lutte contre le paludisme ;
- prévention et lutte contre la tuberculose.

5. Axes d'intervention n° 5 : Promotion de la Santé Familiale.

L'objectif spécifique à atteindre est d'améliorer la qualité des soins et la lutte contre les maladies.

Les domaines et sous axes qui concourent à la promotion de la santé familiale sont :

- promotion de la santé de la femme ;
- promotion de la santé de l'enfant (PCIME, Nutrition, Vaccination etc.) ;
- promotion de la santé des adolescents et des jeunes (sexualité responsable, Prévention VIH/SIDA) ;
- promotion de la santé des hommes

I. 2.3. Couverture en infrastructures sanitaires

Actuellement, la couverture en infrastructures sanitaires (toutes catégories confondues à divers échelons de la pyramide sanitaire) a connu une nette amélioration avec un taux de 86% en 2003 (DIEM/MSP). Cette couverture pourrait s'améliorer davantage avec la mise en fonction des nouveaux hôpitaux de zones sanitaires non encore fonctionnels. En dépit de l'amélioration de la couverture, beaucoup de centres manquent de certains modules pour être conformes aux normes et standards.

I. 2.4. Fréquentation des services de santé au Bénin

Le taux de fréquentation bien que toujours bas est en nette progression, il est de 38% pour l'ensemble du Bénin en 2003 contre 19,1% en 1991 en passant par 34% en 1997. Les raisons évoquées pour expliquer cette désaffection ont trait à l'accessibilité financière, géographique, au mauvais accueil et à la qualité des soins. Actuellement, avec une couverture en infrastructures de 86%, l'accessibilité géographique peut être considérée comme acceptable. L'accessibilité financière et le mauvais accueil demeurent donc les deux principales causes de la faible fréquentation des centres publics de santé ; d'où la nécessité de la prise en charge des populations pauvres et indigentes et de la formation du personnel sanitaire sur les règles élémentaires de déontologie et sur l'importance de l'accueil des malades.

Malgré la faible évolution du taux de fréquentation des centres de santé entre 1997 et 2003, certains indicateurs de couverture en services de santé ont, durant la même période, augmenté de plus de 10 points (Tableau VII).

Tableau VII : Indicateurs de couverture en services de santé de 1991 à 2003

Indicateurs	1997	1998	1999	2000	2001	2003
Taux de fréquentation des centres de santé en %	34	33	34	34	36	38
Taux de couverture vaccinale en DTCP3 (%)	76	81	90	96	90	105
Taux de couverture vaccinale en VAR (%)	74	78	87	87	85	97
Planification Familiale (prévalence contraceptive en %)	4	6 %	8	11	7	13,2
Taux de couverture des accouchements assistés (%)	58	71	73	74	77	76

Source : Statistiques sanitaires 1997-2001, MSP/DPP/SNIGS & DPP/SSDRO-SNIGS, 2003

I. 2. 5. Bonne gouvernance et qualité des soins

- La bonne gouvernance est l'ensemble des valeurs, règles et dispositions réglementaires permettant de bien gouverner. Elle est favorisée par l'existence préalable d'un Etat de droit. La bonne gouvernance favorise le dialogue, crée les conditions qui adoucissent les rancœurs et les frustrations.

La piètre idée que se font les patients des institutions sanitaires publiques provient des faits ci-après :

- pratiques d'abandon du service de santé dans les formations publiques à des catégories de personnel peu qualifié ;
- détournement des patients vers l'activité privée des soignants quelle que soit leur corporation ;
- faible considération pour les indigents et une certaine brutalité dans le contact ;
- usage informel du matériel public à des fins privées par le personnel soignant ;
- vente illicite des médicaments et rançonnement des patients.

I. 2. 6. Affections prédominantes

Les affections endémo épidémiques dominent les pathologies fréquemment relevées. Selon le SNIGS, les six principales affections relevées en consultation dans les formations sanitaires du secteur public et quelques formations sanitaires confessionnelles en 2003 par ordre décroissant sont : Paludisme (37%), Infections respiratoires aiguës (15%), Affections gastro-intestinales (8%), Diarrhées (6%), Traumatismes (6%), Anémies (4%). Ces affections repré-

sentent 76% des cas déclarés au sein de la population générale alors qu’elles font 85% chez les enfants âgés de moins de cinq ans.

Le paludisme occupe donc le premier rang des pathologies notifiées, confirmant ainsi sa prédominance dans les parasitoses. En 2000, l’incidence du paludisme simple et du Neuro-paludisme reste encore élevée surtout pour les enfants âgés de 0 à 4 ans (Cf. tableau VII).

Tableau VIII – Incidence et létalité du paludisme en 2003

	Paludisme simple			Neuro-paludisme		
	Population générale	Enfants 0-1 ans	Enfants 1-4 ans	Population générale	Enfants 0-1 ans	Enfants 1-4 ans
Incidence (‰)	118	474,3	210	13,4	62,8	34,0
Létalité (‰)	-			11,6		

Source : SNIGS/DPP/MSP, 2003

I. 2. 7. Infections Sexuellement Transmissibles, VIH/SIDA et Tuberculose

Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et le VIH/SIDA (en constante progression) demeurent une menace permanente pour la santé des populations en général et celle des forces productives en particulier. En 2003, l’incidence moyenne des infections sexuellement transmissibles est de 44,4 pour 10.000 habitants et la prévalence du VIH/SIDA pour tout le Bénin est de 2,2 % avec des pics de 3,5, 3,3 et 3,2 respectivement dans les départements du littoral, du mono et du Borgou. La couche la plus touchée reste la population âgée de 15 à 59 ans (91% des malades) [4].

Selon les projections de l’INSAE, la prévalence du VIH/SIDA chez les adultes sera de 5,95% en 2006 avec un accroissement continu des nouveaux cas et du pourcentage des naissances séropositives annuelles (1,67% en 2006 contre 1,3% en 2002).

La tuberculose demeure un problème de santé publique au Bénin. De toutes les formes, la tuberculose pulmonaire est la plus répandue au Bénin. Elle est présente dans toutes les tranches d’âge. En 2003, le Programme National de lutte contre la Tuberculose (PNT) a enregistré au total 3172 cas toutes formes confondues dont 2.506 nouveaux cas de tuberculose pulmonaire, 109 cas de rechute, 63 cas d’échec, 177 cas de reprise et 317 cas de tuberculose extra pulmonaire. L’incidence de cette affection toutes formes confondues en 2003 est de 45 pour 100.000 habitants [4]. Son incidence est élevée dans la couche productive du pays (entre 15 et 54 ans quel que soit le sexe). La tuberculose doit faire l’objet de surveillance du fait qu’elle se révèle être la première affection opportuniste qui se greffe sur le SIDA.

I. 2. 8. Santé Maternelle et Infantile

La mortalité générale (12,27‰) et infantile (90‰) ainsi que la fécondité (5,53 enfants par femme en 2003); [2] sont encore élevées au sein de la population béninoise. Il en est de même pour la mortalité maternelle : 473 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes et le ratio de mortalité maternelle est de 224 pour 100 000 naissances vivantes [2]. Cette situation déplorable des femmes mourant en voulant donner la vie s'explique par le nombre quasi important des accouchements faits en l'absence de personnel qualifié et d'importants besoins obstétricaux non couverts. L'accès aux services de la santé reproductive est encore faible (53,6%).

La malnutrition et l'anémie occupent une place de choix parmi les problèmes de santé maternelle et infantile.

I. 3. Financement du secteur de la santé

Le budget du secteur de la santé par habitant s'est sensiblement accru depuis 1994, passant de 712 Fcfa (en 1994) à 1.555 Fcfa (en 2000). Le budget du secteur de la santé, bien qu'en augmentation, a un ratio en baisse dans le Budget National depuis 1998. En 2003, ce ratio est de 9,81%. Cet effort de l'Etat devra être amélioré par l'injection plus importante de ressources dans le secteur pour atteindre les 10% du budget général de l'Etat reconnus comme norme mondiale par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Les ressources financières du secteur proviennent de trois sources que sont :

- *l'Etat (budget national) ;*
- *les partenaires au développement (aides internationales) ;*
- *les communautés (financement communautaire).*

De 1997 à 2001, le budget santé est en augmentation mais le budget voté n'a jamais été entièrement consommé malgré la mise en place d'outils de planification et d'exécution que sont les plans d'action et les chronogrammes. Les raisons résident essentiellement dans les lenteurs observées tant au niveau de la consolidation des projets qu'à celui du circuit financier. Les autres problèmes à résoudre durablement portent sur la programmation et l'allocation des ressources, le suivi et l'évaluation des actions engagées.

Le système du financement communautaire et de recouvrement des coûts dans les formations sanitaires publiques, toutes catégories confondues, avait été institué afin que les recettes dégagées servent d'une part, au réapprovisionnement en médicaments et d'autre part, contri-

buent au fonctionnement (hors salaires) des structures sanitaires. Avec la tentative de suppléer au manque de ressources de l'Etat (manque de personnel), sa survie est devenue précaire (les taux de consommation des recettes varient entre 90% et 101%). Il est confronté à de multiples problèmes, notamment la prise en charge des salaires de certaines catégories d'agents, la non utilisation effective pour résoudre des problèmes de développement (par endroits), la mauvaise gestion. Il arrive que certaines formations sanitaires puisent dans leurs réserves afin de faire face aux dépenses courantes (101% de consommation en 1998 : cf. tableau IX c).

Tableau IX - Evolution des crédits alloués au MSP de 1997 à 2003 selon la source de financement

Tableau IX a- Budget National

Années	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Rubriques							
Total budget santé (en millions de FCFA) (1)	25.764	30.590	30.821	33.548	40.509	38.328	39.430
Budget général de l'Etat (en millions) (2)	170.020	189.455	276.908	336.149	414.063	477.609	401.908
Ratio (1) / (2) en %	15,15	16,15	11,13	9,98	9,78	8,03	9,81

Source : SPSE/DPP & DRFM/MSP, 2003

Tableau IX b- Aides internationales

Rubriques	Années	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Crédits ouverts (en millions)		12 508	17 092	13 934	14 338	11 816	ND	ND
Crédits consommés (en millions)		5 121	5 783	10 063	11 385	10 325	6 432	4 898
Taux de consommation (en %)		41	34	72	79	87	ND	ND

Tableau IX c- Financement communautaire

(1) Années	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Recettes (en millions)	1 299	2 105	2 654	2 654	2 933	ND	3 939
Dépenses (en millions)	1 292	2 122	2 407	2 541	2 713	ND	3 828
Taux de consommation (en %)	99	101	90	96	92	ND	97

Source : SNIGS/DPP/MSP, 2003

Tableau X : Contribution des différentes sources au budget consommé dans le secteur santé de 1997 à 2001.

Sources	Années	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1. Aides internationales (%)		31	29	36	38	26	ND	10
2. Budget national (%)		61	60	55	53	67	ND	82
3. Financement communautaire (%)		8	11	9	9	7	ND	8
4. Contribution nationale (2+3) en %		69	71	64	62	74	ND	90

Source: SSDRO/SPEP/DPP/MSP & DRFM/MSP, 2002 & SNIGS/DPP 2003

La contribution du budget national aux ressources consommées dans le secteur santé est en moyenne de 63% sur la période. Des efforts restent donc à consentir pour une maîtrise de notre politique sanitaire dans la mesure où la part des ressources intérieures dans le financement détermine la marge de manœuvre du Gouvernement dans l'orientation stratégique et l'allocation des ressources.

En ce qui concerne les ressources extérieures, il subsiste la faible implication des structures nationales dans leur allocation et des difficultés dans le suivi de leur utilisation, notamment le retard dans la transmission ou l'absence totale d'informations y afférentes.

I. 4. Gestion des ressources humaines du secteur

Quatre problèmes caractérisent la gestion du personnel dans le secteur de la santé :

- la concentration du personnel dans les centres urbains aux détriments des centres ruraux ;
- l'absence de marge de manœuvre des structures intermédiaires et périphériques sur la gestion des mouvements du personnel ;
- le manque de personnel spécialisé (clinicien) ;
- le vieillissement du personnel de la fonction publique en général.

Dès 1997, le Ministère de la Santé Publique et celui de l'Education ont été les deux structures nationales à bénéficier du démarrage des mesures d'accompagnement de l'ajustement structurel en recrutant les contractuels pour compléter le personnel permanent en poste. Ainsi, depuis l'année 1998, et sur trois ans, 1676 agents ont été recrutés : 405 Agents Permanents de l'Etat (APE) et 1.271 Agents Contractuels de l'Etat (ACE) (MSP/DRH, 2000). Malgré cela, l'insuffisance de personnel demeure une préoccupation majeure.

Tableau XI - Répartition du personnel de santé et principaux ratios par département au 31/12/2003

	Formations sanitaires	Département												Bénin
		Alibori	Atacora*	Atlantique	Borgou	Collines*	Couffo	Don-ga*	Littoral	Mono	Ouémé	Plateau	Zou*	
	Publiques	12	16	23	20	12	13	8	161	29	50	10	32	386
Médecins	Privées	0	14	79	14	8	7	10	390	2	32	10	23	589
	Total	12	30	102	34	20	20	18	551	31	82	20	55	975
Nb hbts / Médecin		44.733	18.866	8.096	21.941	27.604	27.020	20.034	1.243	11.964	9.180	20.969	11.237	7.153
	Publiques	55	80	67	171	85	60	38	375	88	216	31	141	1407
Infirmiers	Privées	21	4	178	-	63	25	4	252	13	87	24	62	733
	Total	76	84	245	171	148	85	42	627	101	303	55	203	2140
Nb hbts / Infirmier		7.063	6.738	3.371	4.363	3.730	6.358	8.586	1.093	3.672	2.484	7.625	3.044	3.259
	Publiques	12	23	90	39	49	17	19	168	46	124	26	62	675
Sage-femme	Privées	5	2	92	9	11	1	0	161	3	39	11	27	361
	Total	17	25	182	48	60	18	19	329	49	163	37	89	1.036
Nb FAP/ Sage-femme		6.646	4.925	1.091	3.365	2.073	6.979	4.109	614	1.711	1.177	2.765	1.622	1.591
	Publiques	12	17	16	20	18	10	8	77	26	42	9	40	295
Techniciens de laboratoire	Privées	1	2	13	11	0	1	3	68	0	17	0	10	126
	Total	13	19	29	31	18	11	11	145	26	59	9	50	421
Nb hbts / Technicien de laboratoire		41.292	29.788	28.477	24.064	30.671	49.127	32.783	4.725	14.265	12.759	46.598	12.361	16.081

Source : SNIGS/DPP, DIVI/MSP, 2003, Recensement des formations sanitaires privées au Bénin 1998, résultats provisoires étude analytique de l'existence et du fonctionnement des formations sanitaires privées 2003

* départements dans lesquels le recensement est déjà fait et dont les données sont disponibles

En 2003, les ratios nationaux sur le personnel qualifié (toutes catégories confondues, secteurs privé et public réunis) montrent à l'exception de celui des sages-femmes (une sage-femme pour 1.591 femmes en âge de procréer) que le secteur pourrait se passer de recrutement de personnel. Cependant, les disparités régionales impliquent des efforts plus accentués pour les départements du septentrion. Par exemple, le nombre d'habitants par Médecin est de 7.153 au niveau national (secteurs privé et public confondus). Seuls, les départements de l'Atlantique, de l'Ouémé et du Littoral ont un ratio inférieur à 10.000 habitants par médecin. La situation est même très alarmante dans les départements de l'Alibori, des Collines et du Couffo avec respectivement 44.733, 27.604 et 27.020 habitants par médecin. Cette situation pourrait être corrigée avec la mise sur le marché de travail de deux promotions simultanées de médecins à partir de la fin de 2006 (FSS de Cotonou et l'Ecole de médecine de l'Université de Parakou dont la première cohorte est en sixième année).

Sur le nombre total de médecins, 60% interviennent dans le secteur privé, entraînant ainsi une pénurie de médecins dans les formations sanitaires publiques.

La forte pression démographique urbaine et l'existence d'une importante classe moyenne favorisent la concentration du personnel de santé dans l'Atlantique et le Littoral. Ceci explique que 80% des médecins du secteur privé soient concentrés dans l'Atlantique et le Littoral.

Cet état des lieux fait par le Ministère de la Santé Publique en vue de l'élaboration d'une politique de gestion opérationnelle des ressources humaines a confirmé un certain nombre de dysfonctionnements dont :

- un déséquilibre géographique des effectifs en défaveur des localités déshéritées et éloignées dû à l'insuffisance du personnel mais surtout à son manque de motivation pour aller travailler dans les zones déshéritées ;
- une absence de maîtrise de la mobilité interne et externe du personnel (absentéisme, mutation, détachement, sollicitations professionnelles, etc.) ;
- une pénurie de certaines catégories de ressources humaines (notamment les médecins spécialistes, les techniciens supérieurs de laboratoire et de radiologie, les anesthésistes, etc.).

Les constats suivants ont été faits à l'issue de cette présentation :

- *La population béninoise double tous les 25 ans, ce qui constitue une contrainte pour le développement des services de santé.*
- *L'importance relative des enfants de moins de 5 ans et des femmes en âge de procréer constitue également une contrainte de développement des activités de santé familiale.*
- *La composition et la répartition spatiale de la population déterminent le volume, la nature des besoins de santé et les services de santé à développer.*
- *La faible évolution du taux de croissance ne permet pas une élévation du niveau de vie des populations. Ceci est un facteur de limitation de l'accessibilité financière des populations aux soins.*
- *L'augmentation de la population indigente impose des réflexions au plan national sur le développement d'un système spécifique pour leur prise en charge sanitaire. Cette prise en charge pourrait faire l'objet d'arrangements contractuels entre le MSP et certains hôpitaux à vocation sociale.*
- *La contribution des ressources extérieures au budget du secteur de la santé est encore assez élevée (en moyenne 28% sur la période 1997-2003). Il persiste beaucoup de difficultés dans le suivi de l'utilisation de ces fonds. Ce qui n'est pas de nature à encourager les partenaires au développement. Il faudra donc trouver d'autres mécanismes*

de financement dans le secteur de la santé. La contractualisation entre les mutuelles de santé et les prestataires de services de santé serait une des solutions pour la diversification de ce financement.

- *La pénurie et l'inégalité de répartition des ressources humaines constituent l'un des problèmes majeurs du secteur de la santé. Le développement des mutuelles de santé, le partenariat entre ces mutuelles et les formations sanitaires pourraient aider à une présence de personnel de santé dans les zones qui en sont actuellement démunies. En effet, les mutuelles procurent une solvabilité à leurs adhérents, ce qui accroît la clientèle potentielle des formations sanitaires encourageant ainsi à une plus grande couverture sanitaire du pays.*

Cette analyse situationnelle a amené l'Etat béninois à reconnaître le rôle important des acteurs privés dans l'amélioration de la santé des populations. Pour éviter une dispersion des énergies et pour consolider les acquis dans le domaine, il est important qu'une réglementation du secteur se fasse.

CHAPITRE II : Situation de la contractualisation dans le secteur de la santé au Bénin

A ce jour, il n'existe pas de politique nationale de contractualisation au Bénin. Cependant, des expériences de contractualisation se pratiquaient au Bénin depuis plusieurs années mais elles se limitaient à des contrats entre le Ministère de la santé publique et des fournisseurs de matériels et d'équipements médico-techniques plutôt basés sur une compétition. On peut également citer les cas de coopération bilatérale entre des pays du Nord et le Bénin pour appuyer des zones sanitaires bien spécifiques tels que le projet bénino-allemand d'appui au développement des zones sanitaires, le projet bénino-néerlandais d'appui aux soins de santé primaire, le programme socio-sanitaire de la coopération suisse, etc.

Le domaine dans lequel le Ministère de la santé publique s'est illustré en matière de contractualisation a été la mise en œuvre des projets de génie civil en partenariat avec des agences de maîtrise d'ouvrage déléguée telles que l'agence d'exécution des travaux urbains (AGETUR) et l'agence d'exécution des travaux d'intérêt public (AGETIP).

I. Typologie de la contractualisation au Bénin

Les expériences de contractualisation dans le domaine de la santé à proprement parler développées au Bénin peuvent être classées selon la typologie suivante :

1. La délégation de responsabilité

Ce sont les situations où un acteur préfère déléguer par contrat sa responsabilité à un autre qui agira en son nom et à sa place. On y distingue :

1. 1 La gestion déléguée

L'Etat, plutôt que de gérer directement les services de santé qui lui appartiennent, cherche un acteur qui accepte de les administrer à sa place. L'Etat entre donc en négociation avec cet acteur privé et au terme de la signature d'un contrat, la gestion du service de santé lui est confiée.

Actuellement au Bénin, il existe un seul exemple de gestion déléguée de structure de santé, c'est celui de l'hôpital de Mènontin.

Pour améliorer la couverture sanitaire du pays, l'Etat béninois a construit un peu partout sur toute l'étendue du territoire national de nouveaux hôpitaux de zone mais il a échoué dans sa tentative d'en déléguer la gestion à des acteurs privés du fait de l'opposition des partenaires sociaux non informés qui assimilent la contractualisation à une privatisation pure et simple des hôpitaux.

L'hôpital de Mènontin est situé en banlieue de Cotonou, précisément dans la zone sanitaire de Cotonou V dont la population est de 200.659 habitants (en 2004). C'est un hôpital construit par l'Etat sur une propriété de l'archevêché de Cotonou. La construction de cet hôpital est intervenue dans le cadre du volet hygiène et santé du projet de réhabilitation et de gestion urbaine (PRGU) mis en place au sortir de la grave crise politico-économique de 1986-1990 et financé par la Banque Mondiale (BM). La gestion de cet hôpital a été confiée à une association privée (Association médico-sociale de Mènontin) à but non lucratif par une convention signée sur insistance de la Banque Mondiale le 12 février 1992 pour une durée de dix (10) ans tacitement renouvelable. Cette convention confère à la structure une autonomie de gestion. La mise en service effective de l'hôpital a été faite le 23 juillet 1996.

1. 1. 1 Objectifs de l'hôpital de Mènontin

Sa mission principale est de permettre à la population défavorisée de Mènontin et de ses quartiers avoisinants d'accéder à des soins de qualité à moindre coût par la pratique d'une tarification sociale.

Les objectifs principaux sont :

- Promouvoir avec leur propre participation le bien être socio-sanitaire des habitants de Mènontin et des quartiers environnants
- Améliorer les conditions d'hygiène, de santé, de vie des populations concernées par l'IEC pour la santé
- Faciliter aux populations l'accessibilité géographique et financière aux soins de santé primaires
- Réaliser une meilleure surveillance des enfants, des mères et femmes gestantes et un accouchement dans de bonnes conditions sanitaires

1. 1. 2 Le mandat de concession [1]

Il met à la charge de l'association médico-sociale de Mènontin les obligations suivantes :

- Assurer la surveillance, le bon fonctionnement et l'entretien de l'hôpital et de ses équipements médicaux
- Respecter les prescriptions définies par le ministère de la santé publique en matière de soins de santé primaires et normes techniques de convenance hospitalière
- Disposer en permanence dans l'hôpital d'un personnel qualifié et compétent pour l'administration des soins
- Remettre chaque année au ministère de la santé publique les statistiques sanitaires

Il est à noter que les clauses de ce contrat n'ont pas été véritablement négociées et il apparaît plutôt comme un contrat d'adhésion. Cependant, il a eu le mérite d'avoir confié pour la première fois au Bénin la responsabilité de la gestion d'un hôpital public à une association privée à but non lucratif. C'est une expérience fort enrichissante unique au Bénin.

1. 1. 3 Avantages de la gestion déléguée de l'hôpital de Mènontin

Ils peuvent se résumer comme suit :

- La qualité des prestations
- La création de nouveaux emplois, de cinquante (52) agents au démarrage en 1996, l'hôpital compte en fin d'exercice 2004 cent vingt six (126) agents permanents, toutes catégories confondues.
- Un plateau technique très fourni avec présence de toutes les spécialités médico-chirurgicales
- Des indicateurs de performance sanitaire acceptables

- Taux d'occupation des lits de 65% pour une moyenne nationale de 33%
- Taux élevé de fréquentation (81%) contre une moyenne nationale de 35%
- Bonne couverture vaccinale (plus de 95% pour tous les antigènes)
- Moyenne annuelle de 1458 accouchements pour 1500 naissances vivantes attendues
- Moyenne annuelle de 675 interventions chirurgicales majeures dont 37% constitue des césariennes.

1. 1. 4 Insuffisances du contrat [1]

La liste suivante sans être exhaustive ressort les insuffisances majeures du contrat, il s'agit de :

- Absence de définition d'indicateurs de performance
- Absence d'évaluation périodique externe
- Durée longue de la première période du contrat (10ans)
- Reconduction tacite du contrat
- Absence d'appui budgétaire de l'Etat
- Absence de définition des modalités contractuelles relatives à l'amortissement de gros équipements et à la construction de nouvelles infrastructures
- Les clauses du contrat n'ont pas fait l'objet d'une véritable négociation

1. 2 Le contrat d'association au service public

L'Etat béninois, plutôt que de poursuivre par lui-même le développement de la couverture sanitaire du pays, identifie, dans certaines zones dépourvues de structures sanitaires publiques de référence, des organisations privées propriétaires de structures de santé disposant de moyens propres et négocie avec elles pour les associer à sa mission de service public. Ces organisations deviennent ainsi concessionnaires de services publics.

L'étude a porté sur le cas des hôpitaux membres de l'Association des Oeuvres Médicales Privées Confessionnelles et Sociales du Bénin (AMCES) érigés en hôpitaux de zone.

Une étude réalisée par le ministère de la santé publique dans le cadre de l'analyse de la situation sanitaire du Bénin a montré que les formations sanitaires membres de l'AMCES jouent un rôle très important dans la couverture sanitaire du pays. Elles couvrent plus du quart de la population nationale (soit deux millions d'utilisateurs par an) et effectuent plus de 40% des soins hospitaliers sur le plan national (dont 70% dans les zones enclavées et le nord du pays).[1] Cela a amené le ministère de la santé publique dans le cadre de la réorganisation de la base de

la pyramide sanitaire en zones sanitaires et au regard des études de faisabilité, à porter son choix sur six (6) hôpitaux membres de l'AMCES comme hôpitaux de zone, il s'agit de :

- L'hôpital st Jean de Dieu de Tanguéta dans l'Atacora
- L'hôpital st Jean de Dieu de Boko dans le Borgou
- L'hôpital st Martin de Papané dans le Borgou
- L'hôpital Sounon Séro de Nikki dans le Borgou
- L'hôpital évangélique de Bembérékè dans le Borgou
- L'hôpital de Mènontin dans le Littoral

Ces hôpitaux participent à la mission de service public par :

- ✓ L'amélioration de l'accessibilité des services de santé
- ✓ La continuité des soins à travers une permanence des soins et une coordination avec les structures publiques prestataires des soins de la zone
- ✓ Le respect des procédures de référence et de contre référence des malades

Ces hôpitaux participent régulièrement aux activités de la zone sanitaire et leurs personnels sont membres des équipes d'encadrement de zone sanitaire (EEZS) et des comités de santé selon leurs fonctions.

Lors des évaluations périodiques du ministère de la santé publique, les zones dont relèvent les hôpitaux membres de l'AMCES font partie de celles qui ont un niveau satisfaisant de fonctionnalité.

1. 3 la contractualisation interne

Elle est représentée par les situations où la direction d'un hôpital établit un contrat de performance avec les différents chefs de services médico-techniques. Elle est retrouvée dans beaucoup de formations sanitaires tant publiques que privées.

La contractualisation peut également faire l'objet de relations entre le ministère de la santé et les directions départementales de la santé. Ces dernières devraient être dotées d'un statut juridique particulier.

Elle peut également être décrite dans les relations entre l'administration d'une formation sanitaire et l'ensemble de ses employés dans le but de relever le défi de la qualité des prestations ou celui du développement de la structure.

Dans tous les cas, la contractualisation interne s'inscrit toujours dans une logique d'amélioration des performances de l'entité au sein de laquelle elle est développée.

2. L'achat des services

Ce sont les situations où un détenteur de ressources financières préfère acheter la prestation de services plutôt que de la produire lui-même.

2. 1 La sous traitance

C'est une forme d'organisation de la production. Elle correspond aux relations entre un prestataire de services de santé et un prestataire de services intermédiaires. Cette forme de contractualisation est généralement utilisée dans le cadre de l'externalisation des services d'appui et/ou médico-techniques non rentables pour la structure. C'est le cas par exemple de :

- ✓ La buanderie
- ✓ La restauration des malades
- ✓ La propreté des lieux
- ✓ Le gardiennage
- ✓ La maintenance des équipements et autres immobilisations

Dans ce volet de la sous traitance, il serait intéressant de mentionner les cas d'achat de services de laboratoires privés d'analyses biologiques et de services d'imagerie médicale par des formations sanitaires publiques ou privées. Ils ne font pas toujours l'objet d'un contrat bien formel, ce qui est à l'origine de conflits fréquents entre les parties prenantes.

2. 2 L'achat de services de santé proprement dit

Il intéresse les relations entre un détenteur de fonds et un prestataire de services de santé. Il existe différentes formes de contractualisation à ce niveau impliquant :

- ✓ Les mutuelles de santé
- ✓ Les organismes privés d'assurance maladie
- ✓ Le ministère de la santé publique

Il sera présenté dans ce travail le cas de la contractualisation entre les mutuelles de santé et les formations sanitaires privées et publique. Cette forme de relations contractuelles entre les mutuelles de santé et les prestataires de services de santé intéresse une plus grande frange de la population. Elle implique également le ministère de la santé publique en tant que garant de la bonne santé des populations.

2. 2. 1 Généralités sur les mutuelles de santé

La santé est un besoin universellement reconnu mais son financement n'étant plus assuré par l'Etat providentiel, et, vu les coûts des soins très élevés, il est devenu impérieux de réfléchir à des modes de financements plus adaptés aux réalités et aux moyens des pays en développement.

Les mutuelles de santé sont apparues comme un moyen de financement des demandes de santé. Les mutuelles de santé sont des organisations démocratiques fondées sur l'entraide et la solidarité. Elles sont créées et gérées par les membres et pour les membres. Les mutuelles gèrent souvent une assurance santé parmi d'autres activités. Elles sont un système de protection sociale et en tant que telles peuvent être organisées de façon :

- ✓ Centralisée : c'est le cas des systèmes qui couvrent des personnes ayant un statut salarié. Cette approche est soutenue par les coopérations des organisations socio-professionnelles ; c'est le cas des mutuelles d'entreprise telle que la mutuelle des employeurs de l'Institut International d'Agriculture Tropicale (IITA)
- ✓ Décentralisée : ici, il y a intervention d'un tiers, par exemple une collectivité territoriale, une organisation professionnelle ; c'est le cas des mutuelles des associations de producteurs de coton dont la promotion est assurée au Bénin par deux structures, le centre international pour le développement et la recherche (CIDR) et l'association pour le développement de la mutualité agricole du Bénin (ADMAB).
- ✓ Autogérée : il y a une implication directe des usagers dans la gestion. Ces systèmes sont presque toujours appuyés par des organismes étrangers. C'est le cas du PROMUSAF au Bénin

Au Bénin il existe une cohabitation variable de ces systèmes.

Il est à noter que les mutuelles de santé sont créées sur la base de cinq principes clés à savoir :

- ✓ Le volontariat (adhésion sans contrainte)
- ✓ La non lucrativité
- ✓ La solidarité : les versements ne donnent pas droit à un retrait mais à une couverture sanitaire définie au moment de l'adhésion
- ✓ L'indépendance : la mutuelle décide de son champ d'action à sa seule initiative, sa gestion est indépendante des pouvoirs publics.
- ✓ La démocratie

Les mutuelles de santé allient solidarité et rigueur de gestion [17]. Elles sont :

- ✓ Un "système prudentiel " c'est-à-dire que ne sont couvertes que les personnes qui cotisent. Les mutuelles ne sont donc pas faites pour « sauver les pauvres ». la solidarité est certes un de leurs objectifs mais elles sont tenues à une rigueur de gestion pour assurer à leurs adhérents les services qu'elles leur doivent.
- ✓ Une "technique assurantielle" c'est-à-dire que leur existence est fondée sur la notion de risque et de garantie qui induit un effet de "hasard moral qu'il est important de mesurer. Ce hasard moral est le fait que certaines personnes se sachant assurées portent moins d'attention aux risques qu'elles encourent dans la vie de tous les jours. Les mutuelles doivent donc prêter d'autant plus attention à l'effet du hasard moral qu'elles ne font pas de sélection comme les organismes d'assurances qui peuvent refuser certaines personnes ou moduler le versement des primes. Des balises sont donc nécessaires pour éviter les éventuels dérapages.

L'équilibre financier des mutuelles dépend des prestations remboursées. Les mutuelles sont obligées de gérer de façon rigoureuse leurs ressources et leurs dépenses pour ajuster le montant des cotisations perçues et le niveau de remboursement.

2. 2. 2. Les caractéristiques des mutuelles [17]

Elles sont bien adaptées au contexte des pays en développement. Elles permettent de :

- ✓ Mettre en acte des dispositifs adaptés aux différents statuts des personnes, salariés ou non, actifs dans des activités de transformation ou dans des activités agricoles, des agents d'activités de production de biens ou de services, des groupements de femmes.
- ✓ Dégager des priorités collectives en liaison avec les structures de prestations de services de santé (fonctionnement « partenarial »)
- ✓ Etudier simultanément les aspects sociaux, techniques et financiers.
- ✓ En Afrique, cette forme d'organisation peut se structurer en référence à des modes d'organisation de solidarité déjà existantes au sein des sociétés.

Les mutuelles couvrant les salariés et les non salariés sont le plus souvent distinctes pour les raisons suivantes :

- ✓ Ces deux groupes ne perçoivent pas la couverture sociale de la même manière

- ✓ Ils n'ont pas la même fréquence de revenus, les prélèvements de cotisation ne pourront donc pas avoir la même périodicité
- ✓ Leur représentation des systèmes d'entraide ne s'établit pas sur les mêmes normes. Les systèmes d'entraide « traditionnels » qui guident les non salariés s'organisent souvent à partir de la prise en charge des frais occasionnés par les cérémonies funèbres ; alors que les systèmes institutionnels, fondés sur une solidarité de l'emploi, s'organisent plutôt autour de la prise en charge des frais de santé et d'accidents du travail.

2. 2. 3. Effets des mutuelles sur l'accès aux soins des populations

Comme il a été précisé dans le paragraphe sur la gestion des ressources humaines dans le secteur santé, le Bénin, à l'instar de tous les pays en développement, connaît un déficit en personnels qualifiés hors des villes principales. La mutualisation peut aider à une présence de ce personnel dans des zones où il est aujourd'hui absent. Par la solvabilité qu'elles procurent à une partie de la population, les mutuelles favorisent l'accessibilité financière des populations aux soins. Elles incitent donc à une meilleure couverture sanitaire du pays. Les mutuelles contribuent de ce fait à améliorer l'accessibilité géographique des populations aux services de santé. C'est d'ailleurs la raison qui explique leur nombre plus important dans les régions rurales au Bénin. Seule la MUSANT est présente dans les grandes villes, toutes les autres sont actives dans les zones rurales et surtout septentrionales.

2. 2. 4. Les relations mutuelles / Etat au Bénin

La crédibilité des mutuelles est fondée sur leur indépendance par rapport à l'Etat. Comme les ressources des populations sont faibles, beaucoup de mutuelles au Bénin aujourd'hui ont été créées avec l'appui d'une coopération étrangère. C'est le cas par exemple de :

- CIDR appuyé par la coopération suisse
- PROMUSAF appuyé par la coopération belge
- PHR Plus appuyé par l'USAID

Cependant, il ne faut pas perdre de vue que les mutuelles ne sont pas des substituts de l'Etat et ne doivent pas être présentées comme tels.

L'engagement de l'Etat béninois à promouvoir l'assurance maladie à base communautaire est une réalité depuis l'adoption en novembre 2003 du document de politique et stratégies de développement des mutuelles de santé au Bénin.

vent qu'ils appartiennent tous au même réseau. Ainsi le ministère de la santé publique peut recourir au franchising pour impliquer le secteur privé, c'est l'exemple représenté par l'accord cadre signé entre le ministère de la santé et l'AMCES qui sera présenté dans ce travail.

❖ *Les accords à interpénétration forte*, les acteurs s'entendent sur un cadre de coopération et réalisent ensemble certaines activités, voire toutes les activités pour l'atteinte des objectifs fixés au départ. Sans prétendre être exhaustif, on peut rentrer dans cette catégorie :

- La cogestion vue comme un partage d'autorité et de responsabilité dans la gestion des formations sanitaires, exemple des COGEC, COGEA et CS.
- Les alliances stratégiques dans lesquelles c'est la notion du « faire ensemble » qui est mise en avant. Elles reposent sur une complémentarité des ressources, des technologies et du savoir faire, on peut citer à ce niveau les exemples de l'hôpital de zone de Comé (gestion bénino-belge) et du centre hospitalier départemental du Mono (gestion bénino-chinoise).

3. 1. Présentation de l'AMCES : un exemple de franchising

L'Association des œuvres Médicales Privées Confessionnelles et Sociales (AMCES) au Bénin est une organisation non gouvernementale (ONG)/association nationale d'intérêt général et d'utilité sociale créée le 15 mars 1985. Elle est membre associée de Médecus Mundi International (MMI) qui est une organisation internationale de coopération pour la santé reconnue par l'OMS (Organisation mondiale de la santé).

L'AMCES dispose des organes suivants :

- ✓ L'assemblée générale : elle réunit tous les centres membres, ils sont confessionnels catholiques, protestants, musulmans mais aussi laïcs associatifs qui ont comme action commune, les prestations sanitaires au profit des populations les plus déshéritées.
- ✓ Le conseil d'administration (CA) composé de 3 centres membres avec un mandat de 3 ans renouvelable.
- ✓ Le bureau exécutif de coordination (BEC) animé par une équipe de 3 personnes (un directeur, un administrateur gestionnaire et une secrétaire comptable).

L'AMCES compte parmi ses membres 6 hôpitaux de zone sur 34 hôpitaux de zone sur le plan national, 20 entités sanitaires et 27 formations sanitaires de prestations de soins de santé. Sa

mission essentielle est d'améliorer la santé des populations par le développement des soins de santé durables, accessibles et efficaces.

3. 2. Point sur la convention de partenariat entre l'AMCES et le Ministère de la santé publique

Cet accord s'inscrit dans le protocole d'accord type « MSP-ONG » qui scelle le partenariat entre le MSP et les ONG intervenant dans le secteur de la santé. A ce jour environ 80 accords de ce genre ont été signés. Ces actions ont permis d'élargir et d'améliorer la couverture sanitaire nationale.

L'accord cadre de partenariat entre le MSP et l'AMCES a été signé en novembre 2002 après plus de 2 ans de pourparlers. Il définit les droits et obligations de chacune des parties prenantes et le cadre de la nouvelle mission assignée aux centres membres de l'AMCES.

3. 2. 1. Les obligations du MSP

- Favoriser la recherche de financement pour pérenniser les activités de l'AMCES et de ses membres
- Apporter son appui technique, administratif et autres à l'AMCES et ses membres
- Favoriser l'accès du personnel de l'AMCES et de ses membres aux bourses d'étude, de spécialisation offertes par l'Etat béninois et ses partenaires
- Mettre à la disposition de l'AMCES et de ses membres, à leur demande, une certaine qualité de personnel selon les besoins
- Accorder des subventions aux centres ayant des responsabilités au même titre que les structures publiques
- Garantir l'autonomie de gestion et le caractère privé social des institutions

3. 2. 2. Les obligations de l'AMCES et de ses membres

- Renforcer la couverture sanitaire des populations par un bon fonctionnement des structures sanitaires périphériques
- Doter les centres de personnel compétent nécessaire à une bonne prestation de services
- Garantir une formation théorique et pratique de niveau adéquat à leur personnel
- Respecter sur le plan technique les réglementations sanitaires

3. 3. Conséquences du partenariat AMCES/MSP

Les hôpitaux membres de l'AMCES érigés en hôpitaux de zone sanitaire reçoivent de l'Etat des subventions semestrielles dénommées crédits budgétaires. Ces crédits budgétaires sont utilisés pour le fonctionnement de ces hôpitaux (achat de gaz et consommables médicaux, fournitures de bureau, alimentation des malades, frais de carburant et lubrifiants, entretien et réparation des immobilisations etc.).

Ces hôpitaux associés à la mission de service public de santé bénéficient également de la part de l'Etat d'un appui en équipements médico-techniques, en personnel qualifié, en matériels comme l'ambulance et en réhabilitation de certaines infrastructures.

L'AMCES a bénéficié d'une vingtaine de bourses de formation du personnel paramédical et de quelques bourses de spécialisation du personnel médical dans les institutions publiques de formation.

Les centres membres de l'AMCES sont tous associés aux formations continues, séminaires et recyclage organisés par le Ministère de la Santé Publique (MSP) ou les équipes d'encadrement de zone sanitaire.

Le personnel technique et administratif des centres membres de l'AMCES participe aux différentes activités des organes de gestion de la zone sanitaire.

L'AMCES est membre de plusieurs comités techniques au niveau du Ministère de la Santé Publique.

II. Les catégories de conventions cadres rencontrées au Bénin

Une convention cadre ou accord cadre est un document élaboré par des acteurs, résultat d'une négociation entre eux et qui s'applique par conséquent à ceux qui l'ont élaboré.

On distingue différentes catégories de conventions au Bénin.

1. Convention entre le MSP et une fédération d'acteurs

L'exemple est celui de la convention de partenariat entre le MSP et l'AMCES

2. Convention entre deux fédérations d'acteurs

L'exemple d'une convention entre une fédération de mutuelles de santé et un réseau de formations sanitaires publiques et privées pourrait être cité.

3. Convention entre un acteur et un autre acteur

- Cas d'une convention entre une formation sanitaire publique et une structure sanitaire privée pour l'achat d'une prestation de santé spécifique (par exemple un examen de laboratoire)
- Cas d'un contrat entre un hôpital et un médecin spécialiste (ophtalmologiste, gynécologue, chirurgien dentiste etc.)
- Cas d'une convention entre un hôpital public ou privé au Bénin et un autre hôpital d'un pays du Nord ou une municipalité d'un pays du Nord (exemple du partenariat entre l'hôpital de Ouidah au Bénin et la ville de Corbeil-Essonnes en France)

4. Convention au sein du MSP

Les budgets programmes quinquennaux de certains programmes et projets du MSP pourraient faire l'objet de conventions entre les coordonnateurs de ces programmes et projets et le MSP.

5. Convention entre une fédération d'acteurs et un acteur seul

Un exemple est la convention entre l'AMCES et la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (CAME) pour l'approvisionnement de ses hôpitaux en médicaments essentiels et autres consommables médicaux.

DEUXIEME PARTIE - CADRE OPERATIONNEL : METHODOLOGIE DE RESOLUTION DE PROBLEME

Chapitre I : Méthodes et procédures de recherche

Il s'agit d'une étude qualitative destinée à évaluer le niveau de connaissances des acteurs engagés dans la contractualisation dans le secteur de la santé. Cette étude permettra également de connaître les attentes des différentes parties prenantes vis-à-vis de l'Etat et des partenaires au développement qui oeuvrent dans le secteur de la santé au Bénin.

Pour obtenir des données sur les conditions de mise en œuvre de la contractualisation au Bénin, la méthodologie suivante a été adoptée :

- Des interviews en utilisant des guides d'entretien pour chaque catégorie d'acteurs.
- L'analyse de la structure de quelques contrats et conventions cadres.

1. Portée de l'étude

L'étude s'est intéressée aux responsables du MSP intéressés par le processus de contractualisation, aux formations sanitaires et aux mutuelles de santé installées ou ayant leurs activités aussi bien dans les zones urbaines que rurales du Sud au Nord du pays et engagées dans des relations contractuelles à divers niveaux.

❖ Au niveau des mutuelles de santé, six promoteurs ont été interviewés à savoir :

- La mutuelle de santé pour Tous (MUSANT) dont la zone de couverture est essentiellement dans les grandes villes
- Le programme d'appui aux mutuelles de santé en Afrique (PROMUSAF) qui appuie dix sept (17) mutuelles de base réparties surtout dans les villes secondaires.
- Le Partner for Health Reform (PHR plus) qui appuie la création de mutuelles dans le Borgou et l'Alibori.
- Le BIT/STEP, un programme du Bureau International du Travail qui développe des stratégies et des techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté et appuie la création et le développement de certaines mutuelles de santé.
- Le centre international pour le développement et la recherche (CIDR) qui appuie les activités de 29 mutuelles dans le Borgou et le Nord des Collines.
- Le Centre d'appui au Développement des Mutuelles de santé (CADEMU) qui est un centre ressource au service aussi bien des mutuelles de santé que du MSP surtout dans le cadre de la contractualisation.

Les mutuelles qu'appuient ces dernières organisations sont beaucoup plus présentes dans les zones rurales et surtout le nord Bénin.

❖ Au niveau des formations sanitaires, le Directeur du BEC/AMCES et les directeurs des six hôpitaux membres de l'AMCES érigés en hôpitaux de zone ont été interviewés, il s'agit de :

- Le Directeur de l'hôpital st Jean de Dieu de Tanguiéta dans l'Atacora
- Le Directeur de l'hôpital évangélique de Bembérékè dans le Borgou
- Le Directeur de l'hôpital st Martin de Papané dans le Borgou
- Le Directeur de l'hôpital Sounon Séro de Nikki dans le Borgou
- Le Directeur de l'hôpital st Jean de Dieu de Boko dans le Borgou
- Le Médecin Directeur de l'hôpital de Mènonatin à Cotonou

❖ **Au niveau des autorités du MSP, six cadres ont été interviewés pour apprécier leur niveau de connaissances et leurs attentes du processus de contractualisation dans le secteur de la santé au Bénin**

- Le conseiller technique à la promotion du partenariat du secteur de la santé
- Le conseiller technique juridique du MSP
- Le Directeur national de la protection sanitaire du MSP
- La Directrice du développement des zones sanitaires du MSP
- Le directeur des hôpitaux
- Le chef du service de santé communautaire (SSC) du MSP

L'étude a également porté sur l'appréciation de la structure de quelques contrats et conventions cadres mis en œuvre sur le terrain.

2. Limites de l'étude

L'étude n'a pas pu être exhaustive et prendre en compte toutes les formations sanitaires et toutes les mutuelles de santé engagées dans la contractualisation sur toute l'étendue du territoire national faute de moyens financiers. En effet, l'idéal aurait été d'interviewer tous les Directeurs d'hôpitaux confessionnels, tous les responsables de formations sanitaires publiques et privées, toutes les mutuelles de santé ayant signé des conventions cadres de partenariat avec le ministère de la santé publique ou entre elles ; malheureusement ces différentes institutions sont dispersées sur toute l'étendue du territoire et parfois leur domiciliation n'est pas très précise rendant le contact difficile voire impossible. L'étude s'est donc limitée aux hôpitaux confessionnels ayant signé des conventions avec le MSP, aux institutions de promotion des mutuelles de santé et aux cadres du MSP dont les activités sont orientées vers la contractualisation.

3. La population cible

3.1. Les mutuelles de santé

Actuellement le Bénin compte plus de cent (100) organisations mutualistes ou assimilées déclarées dont 69 sont fonctionnelles et couvrent environ 85 000 personnes. Ces mutuelles sont promues par 10 opérateurs : Association pour le développement de la mutualité agricole au Bénin (ADMAB), Bornefonden, CIDR (Centre International pour le Développement et la

Recherche), GROPERE Louvain développement, Ministère de la fonction publique et du travail (MFPTRA), Mutuelle de santé pour tous (MUSANT), Projet Bénino-Allemand des Soins de Santé Primaire (PBASSP), Partner for Health Reforms (PHR+), Programme d'appui aux mutuelles de santé en Afrique (PROMUSAF), Stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté du Bureau international du travail (STEP/BIT). Pour des raisons de commodité de l'étude, du fait que la plupart des mutuelles ne dispose ni de personnalité juridique, ni de domiciliation précise, la présente étude s'est plutôt intéressée à quelques structures d'appui aux mutuelles qui sont assimilées à des fédérations de mutuelles. Les promoteurs des structures d'appui aux mutuelles de santé qui suivent ont été interviewés dans le cadre de la présente étude.

3. 1. 1. La MUSANT

La Mutuelle de Santé Pour Tous (MUSANT), mutuelle à but non lucratif humanitaire est une structure de la coopérative béninoise pour la Promotion de la Santé Publique créée en Août 1998. En Février 2000, elle a été constituée en une ONG régie par la loi du 1^{er} Juillet 1901.

Les promoteurs de la MUSANT sont des personnes toutes professions confondues qui ont eu à cœur la protection socio-sanitaire par le système de la MICRO ASSURANCE SANTE (MAS).

La MUSANT est conçue pour constituer une dynamique de solidarité entre ses membres dans le cadre de l'accessibilité aux soins de santé pour tous et à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Les organes de gestion de la MUSANT sont :

L'Assemblée Générale, le Conseil d'Administration, le Comité de Direction, le Collège des Médecins Conseil et le Comité d'assistance et de remboursement.

Les prises en charge sont directement exécutées dans les Formations Sanitaires conventionnées et dans les pharmacies sur toute l'étendue du territoire béninois et dans l'espace de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA).

A ce jour, la MUSANT compte 20.052 adhérents au total contre 3.307 en 2000 soit 6,06 fois plus d'adhérents.

3. 1. 2. Le PROMUSAF

C'est le Programme d'appui aux Mutuelles de santé en Afrique. Il est mené en partenariat avec l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes de Belgique (ANMC) et Solidarité Mondiale (WS). La coordination nationale de ce programme au Bénin a été créée en 1998. Le PROMUSAF Bénin appuie à ce jour dix sept (17) mutuelles de santé réparties dans les localités de Calavi, Comè, Bembèrèkè, Parakou, Sakété, Kétou et Dassa zoumè.

Les objectifs de PROMUSAF Bénin sont :

- Promouvoir le développement des mutuelles de santé
- Apporter un appui technique à la création des mutuelles de santé
- Renforcer les compétences des promoteurs, administrateurs et gérants de mutuelles de santé
- Favoriser les échanges entre mutualistes par la mise en réseau des différentes initiatives
- Renforcer les réseaux d'expertise nationale en mutuelles de santé

Les activités menées par PROMUSAF au Bénin se résument comme suit :

- Information / sensibilisation des populations et des organisations à la base
- Organisation de sessions de formations diverses aux gérants et administrateurs de mutuelles de santé
- Réalisation d'étude de faisabilité pour appuyer la création de mutuelles viables
- Suivi-évaluation des mutuelles existantes
- Activités d'appui conseil « sur mesure » pour renforcer le fonctionnement des mutuelles

3. 1. 3. Le PHR Plus

Le Partenariat pour la réforme de la santé (PHR) est un programme de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID) pour la réforme du secteur de la santé et le renforcement des systèmes de santé. PHR plus, c'est le second volet du programme PHR qui a démarré en 2001 ; le premier volet s'est étendu sur quatre (4) ans de 1996 à 2000, il était dénommé PHR.

Le programme PHR est implanté dans plusieurs pays d'Asie, d'Amérique latine, d'Afrique et de ceux de l'ancien bloc de l'Est. Il appuie tous les projets liés à la réforme du secteur de la santé tels que :

- La décentralisation
- La réforme hospitalière
- Le financement du secteur santé

Néanmoins le PHR appuie chaque pays selon ses besoins exprimés. Au Bénin, les besoins sont liés à l'appui à la décentralisation et à la création des mutuelles.

Le PHR plus s'efforce d'améliorer la santé des populations du Bénin par une meilleure performance des soins de santé afin d'obtenir une utilisation accrue des services de santé prioritaires de qualité et durables, en particulier par les groupes les plus vulnérables tels que les femmes, les enfants et les pauvres.

La coordination de PHR plus Bénin a été créée en octobre 2003. Pour le moment, elle a mandat d'intervention dans les départements du Borgou et de l'Alibori. Actuellement, dix (10) mutuelles appuyées par le PHR plus dont huit (08) fonctionnelles et deux (02) en situation de redressement réparties comme suit :

- Quatre (04) mutuelles appuyées en 2004 dans la localité de Sinendé
- Six (06) mutuelles appuyées en 2005 à Banikoara.

L'appui institutionnel aux mutuelles de santé développé par PHR plus a consisté en :

- Des plaidoyers en direction du gouvernement et des partenaires au développement en faveur des mutuelles
- Des plaidoyers en direction des groupements de producteurs agricoles et des communes pour le relais de l'appui en cas de retrait des partenaires au développement
- Des formations et assistance technique aux gérants et administrateurs de mutuelles (exemple : contrats de communication avec les radios communautaires pour la sensibilisation des communautés à la base)
- Des formations des responsables des formations sanitaires partenaires des mutuelles que PHR plus appuie.
- Achat de carburants pour les tournées de sensibilisation et d'information

3. 1. 4. Le BIT/STEP

Le programme Stratégies et Techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté (STEP) du département de la sécurité sociale du Bureau International du Travail vise à promouvoir le développement social pour contribuer à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, et à préserver et renforcer la cohésion et la protection sociales.

Le programme STEP conduit ses activités sur les cinq continents au bénéfice des personnes exclues. Il met surtout l'accent sur la micro assurance, destinée à promouvoir la démocratisation des systèmes d'assurance ainsi que l'égalité d'accès pour tout le monde. C'est une initiative applicable à de nombreux domaines d'activités notamment dans le secteur de la santé et surtout en Afrique où près de 90% de la population ne bénéficie d'aucune protection sociale.

En coordination avec le programme STEP Genève, le programme STEP Afrique (basé à Dakar) suit différents projets nationaux et régionaux comme le projet "Développement de micro assurance santé pour les femmes " (Bénin, Burkina Faso, Guinée Conakry, Sénégal).

Le programme STEP bénéficie du concours technique et financier de différentes agences de coopération internationale, notamment d'une importante contribution de la Belgique.

Au Bénin, le programme STEP est présent depuis Août 2000 et connu essentiellement comme une structure d'appui aux mutuelles. Quatre structures de micro assurance sont appuyées présentement par STEP, il s'agit de :

- L'Association d'Entraide des femmes (ASSEF), elle mène des activités d'épargne crédit avec un volet couverture sanitaire de ses membres dont l'effectif est de 30 000 femmes aujourd'hui.
- La mise en place de la mutuelle de santé Azondjègbé dans la zone sanitaire Djidja-Abomey-Agbangnizoun dont la population est de 250 000 habitants, cette zone sanitaire est appuyée par l'UNICEF pour l'offre de soins. La ville d'Abomey a été identifiée pour servir de site pilote pour le démarrage des activités de cette mutuelle.
- La mise en place d'une mutuelle dans la zone sanitaire Pobè-Kétou-Adjawèrè (270 000 habitants) appuyée par l'UNICEF pour l'offre de soins.
- Depuis 2004, la dynamisation d'une structure déjà existante mais léthargique, la mutuelle de sécurité sociale (MSS) créée en septembre 2000 par le Ministère béninois de la fonction publique et du travail pour la prise en charge socio-sanitaire des travailleurs du secteur informel.

Les autres interventions de STEP Bénin concernent :

- La formation des promoteurs et administrateurs de mutuelles sur la conduite d'étude de faisabilité, la mise en place, la gestion et l'administration financière et le suivi-évaluation d'une mutuelle.
- Des actions de plaidoyer en direction du gouvernement béninois et de la communauté internationale pour l'extension de la protection sociale.

- La production d'outils didactiques indispensables aux différentes formations et sensibilisation.

3. 1. 5. Le CIDR

Le Centre International pour le Développement et la Recherche (CIDR) est un projet de la coopération socio-sanitaire suisse qui est actif dans la promotion des mutuelles de santé au Bénin depuis 11 ans. Actuellement 29 mutuelles de santé bénéficient de l'appui du CIDR et elles interviennent dans le département du Borgou et le nord du département des Collines. Le CIDR organise régulièrement pour les responsables des mutuelles des sessions de formations à l'élaboration, la négociation, la mise en œuvre et le suivi des contrats de partenariat.

Depuis juin 2005, le CIDR a élaboré et mis en route un projet d'appui au développement des mutuelles de santé au Bénin dénommé le Centre d'appui au développement des mutuelles de santé (CADEMU).

3. 1. 6. Le CADEMU

Élaboré et mis en œuvre par le CIDR depuis juin 2005, le centre d'appui au développement des mutuelles de santé au Bénin (CADEMU) est financé par la coopération française. C'est un centre ressource dont la vocation est de développer le mouvement mutualiste au Bénin et d'appuyer le Ministère de la santé publique principalement dans le processus de la contractualisation et de co-développement entre les mutuelles et les formations sanitaires.

Le CADEMU, outre l'expertise technique qu'il apporte à la concertation nationale des promoteurs de mutuelles de santé (CONSAMUS), en assure le secrétariat technique facilitant ainsi son fonctionnement.

Le CADEMU professionnalise les promoteurs de mutuelles de santé au Bénin grâce à ses actions de formations. Il développe les synergies entre les mutuelles en favorisant les échanges d'expériences, les capitalisations sur des problématiques communes.

Le centre appuie le MSP en participant au comité interministériel d'élaboration des cadres juridiques devant régir le mouvement mutualiste au Bénin. Il facilite par ailleurs le travail du MSP par la mise en place d'outils de suivi adéquats.

Le CADEMU organise également en faveur des cadres du ministère des actions de formations et de sensibilisation aux enjeux de la contractualisation. Il organise le recensement des expériences de contractualisation et identifie des zones d'expérimentation pour la contractualisation.

L'émergence du mouvement mutualiste a fait naître un besoin de sensibilisation, d'information et de formation des cadres du MSP, sur les enjeux liés aux mutuelles, sur leur fonctionnement, les conditions de leur viabilité et sur le rôle que peuvent jouer les services de santé pour favoriser leur développement. C'est pourquoi le CADEMU a créé la cellule d'appui à la contractualisation (CAC) dont la mission est de coordonner l'appui du Ministère de la santé aux formations sanitaires engagées dans un processus de contractualisation avec des mutuelles.

Les objectifs opérationnels de la CAC sont :

- Sensibiliser et former les cadres du Ministère de la santé aux enjeux du développement du mouvement mutualiste pour les services publics de santé
- Négocier et mettre en œuvre le processus de contractualisation entre les mutuelles de santé et les formations sanitaires dans des zones tests
- Evaluer la fonctionnalité des contrats expérimentaux

3. 2. L'AMCES et ses hôpitaux membres

3. 2. 1. L'hôpital st Jean de Dieu de Tanguéta dans le département de l'Atacora

C'est un hôpital catholique de renommée internationale, créé le 29 juin 1970 et géré par les Frères religieux de l'Ordre hospitalier saint Jean de Dieu. D'une capacité de 216 lits, il dispose des services ci-après :

- Médecine générale
- Chirurgie générale et spécialisée
- Gynécologie obstétrique
- Pédiatrie
- Laboratoire d'analyses médicales
- Imagerie médicale
- Centre de récupération nutritionnelle
- Laboratoire d'orthopédie et d'appareillage
- Hospitalisation
- Pharmacie

Il a un taux d'occupation des lits de 95% et il a reçu 57 252 patients en 2004. Il y a été réalisé 3175 actes chirurgicaux dont 14% d'urgences.

3. 2. 2. L'hôpital évangélique de Bembérékè dans le Borgou

C'est un hôpital évangélique de renommée régionale, créé en 1961 par la Mission Protestante de la Société internationale missionnaire (SIM). Il appartient depuis 1983 à l'Union des Eglises évangéliques du Bénin. D'une capacité de 107 lits, il dispose des services suivants :

- Médecine générale
- Chirurgie générale
- Gynécologie obstétrique
- Pédiatrie
- Laboratoire d'analyses médicales
- Imagerie médicale
- Centre de traitement des tuberculeux
- Laboratoire d'orthopédie
- Ophtalmologie
- Hospitalisation
- Pharmacie

D'un taux d'occupation des lits de 116%, il y a été reçu 34 784 patients en 2004 et 2842 actes chirurgicaux y ont été réalisés dont 9% de césariennes.

3. 2. 3. L'hôpital St Martin de Papané dans le Borgou

C'est un hôpital catholique créé en 1972 et géré par l'Archidiocèse de Parakou, il a une capacité de 106 lits et dispose des services ci-après :

- Médecine générale
- Chirurgie générale
- Gynécologie obstétrique
- Pédiatrie
- Laboratoire d'analyses médicales
- Imagerie médicale
- Ophtalmologie
- Pharmacie
- Hospitalisation

Il est membre fondateur de l'AMCES et a été érigé en hôpital de zone depuis 2000. Il y a été reçu 12 078 consultants durant l'année 2004 et 602 actes chirurgicaux dont 25% sont des césariennes. Le taux d'occupation des lits est de 72%.

3. 2. 4. l'hôpital Sounon Séro de Nikki dans le Borgou

Il s'agit d'un hôpital associatif, créé en 1989 et géré par l'Association de développement de Nikki « Su ti déra » qui signifie « aidons-nous nous même ». Il a une capacité d'accueil de 75 lits et dispose des services de :

- Médecine générale
- Chirurgie générale
- Maternité
- Unité de rééducation fonctionnelle
- Laboratoire d'analyses médicales
- Imagerie médicale
- Cabinet dentaire
- Hospitalisation
- Pharmacie

Le taux d'occupation des lits est de 143%. 622 actes chirurgicaux ont été réalisés dans cet hôpital en 2004 dont 24,6% de césariennes et 13 699 consultants y ont été reçus.

3. 2. 5. L'hôpital St Jean de Dieu de Boko dans le Borgou

Créé en 1966 comme un simple dispensaire, il a été reconnu par l'Etat béninois comme un hôpital en 1972. Il est géré par l'Archidiocèse de Parakou. Depuis 2000, il est considéré par l'Etat comme un hôpital de zone pour la zone sanitaire Parakou-N'dali. Ainsi il couvre une population de 223 743 habitants. C'est un hôpital privé catholique à but non lucratif qui fait partie des quatre hôpitaux de zone du département du Borgou. Il est situé à 15 kilomètres du centre de la ville de Parakou, la capitale régionale du département du Borgou. D'une capacité d'accueil de 104 lits, il dispose des services suivants :

- Médecine générale
- Chirurgie générale
- Gynécologie obstétrique
- Pédiatrie
- Laboratoire d'analyses médicales

- Imagerie médicale
- Stomatologie
- Laboratoire d'orthopédie et d'appareillage
- Hospitalisation
- Pharmacie

Membre fondateur de l'AMCES, il a pour mission d'offrir aux populations de son aire géographique de couverture des soins de qualité à moindre coût.

Le taux d'occupation des lits est de 68%. Le nombre total de consultants reçus en 2004 est de 14 680. En fin 2004, 612 actes chirurgicaux ont été réalisés dont 20% de césariennes.

3. 2. 6. L'hôpital de Mènontin dans le Littoral

Il s'agit d'un hôpital public à but non lucratif créé le 24 juillet 1996 dont la gestion a été confiée à l'association médico-sociale de Mènontin, une association régie par la loi de 1901 sur les associations. Il a une capacité de 116 lits et dispose des services ci-après :

- Médecine générale
- Chirurgie générale
- Gynécologie obstétrique
- Pédiatrie
- Laboratoire d'analyses médicales
- Imagerie médicale
- Unités de consultations médicales spécialisées : cardiologie, ORL, ophtalmologie, psychiatrie, dermatologie
- Cabinet dentaire
- Protection maternelle et infantile
- Hospitalisation
- Soins à domicile aux patients grabataires
- Pharmacie

Le taux d'occupation des lits est de 65% en fin 2004. 54 348 consultations ont été réalisées en 2004. Il a été réalisé en 2004, 675 actes chirurgicaux dont 54% constituent des urgences et 36% d'entre elles sont des césariennes.

3. 2. 7. Le Directeur du BEC/AMCES

Il coordonne les activités du bureau exécutif de l'Association des œuvres médicales privées confessionnelles et sociales au Bénin. C'est un médecin de santé publique béninois, gestionnaire des services de santé. Il est le maître d'œuvre de l'aboutissement des négociations pour la signature de l'accord cadre de partenariat entre le MSP et l'association. Il a été le premier Directeur de l'hôpital de Mènonlin, expérience pilote de gestion déléguée d'un hôpital public au Bénin, et à ce titre, il est une référence en matière de contractualisation dans le secteur de la santé au Bénin.

3.3. Les cadres du ministère de la santé publique impliqués dans la contractualisation

3. 3. 1. Le conseiller technique à la promotion du partenariat sanitaire

Il a pour mission d'émettre des avis sur les dossiers qui lui sont affectés par le ministre ou par le directeur de cabinet sur instruction du ministre. Les dossiers sont relatifs au développement des partenariats crédibles internes et externes (laboratoires pharmaceutiques, universités des pays du Nord, jumelages divers etc.) dans le secteur de la santé. Il est un membre à part entière du cabinet du Ministre.

3.3. 2. Le conseiller technique juridique du MSP

Il est chargé d'émettre des avis juridiques sur les dossiers à lui affectés par le Ministre de la santé et les Directeurs centraux. Il est le garant de la légalité des actes pris au sein du MSP. Il conseille le MSP en cas de conflits avec des partenaires. Il est membre du cabinet du Ministre.

3. 3. 3. Le Directeur national de la protection sanitaire (DNPS) du MSP

Il est sous l'autorité directe du Secrétaire général du ministère (SGM). Il est le responsable de l'organe de conception, de mise en œuvre de la politique sanitaire en matière de santé communautaire, de soins hospitaliers, de l'information, de l'éducation, de la communication, de l'épidémiologie et de la surveillance sanitaire des frontières, ports et aéroports.. Il veille au développement du partenariat entre le secteur public et le privé en collaboration avec les autres directions techniques concernées. Il coordonne les activités des ONG et autres intervenants dans le secteur de la santé.

3. 3. 4. La Directrice du développement des zones sanitaires du MSP

Elle est la responsable de l'organe de promotion et de coordination du processus de réforme de la base de la pyramide sanitaire. La Direction de développement des zones sanitaires est un organe de soutien sur lequel peut s'appuyer le Ministre de la Santé en cas de besoin. Elle est chargée de :

- ✓ Veiller à la promotion et à la mise en œuvre du concept de zone sanitaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- ✓ Veiller à l'application efficiente des réformes nécessitées par le contexte de la décentralisation
- ✓ Coordonner les actions d'appui au développement des zones sanitaires

3. 3. 5. Le directeur des hôpitaux (DH)

Il est le responsable de l'organe de conception, de contrôle et de coordination des règlements, normes et procédures en matière de gestion des hôpitaux publics et privés. Il est rattaché au Secrétaire général du ministère. Il est chargé en collaboration avec les autres structures de :

- ✓ Elaborer et faire appliquer les normes en matière de qualité des services et des soins hospitaliers
- ✓ Elaborer et suivre la mise en œuvre de la politique de tarification dans les hôpitaux
- ✓ Recenser, actualiser et compléter les textes réglementaires et législatifs destinés au bon fonctionnement des hôpitaux
- ✓ Assurer un appui technique et administratif aux hôpitaux
- ✓ Centraliser les statistiques des structures hospitalières publiques et privées.

3. 3. 6. Le chef du service de santé communautaire (SSC) du MSP

Il est le responsable du service qui fait la promotion, la coordination, le suivi et l'évaluation des mesures collectives et individuelles de prévention et de lutte contre les maladies déclarées au sein de la communauté. C'est un service qui dépend du DNPS. Il est donc le maître d'œuvre de toutes les stratégies pour l'amélioration de la santé des communautés béninoises.

4. Méthodes de collecte de données

Un modèle de guide d'entretien a été utilisé pour chaque groupe de la population cible pour conduire les interviews.

Le premier modèle a servi de base aux interviews des Directeurs des hôpitaux membres de l'AMCES.

Le deuxième modèle de guide d'entretien a servi pour les interviews des promoteurs de mutuelles de santé.

Enfin le troisième modèle de guide d'entretien a été utilisé pour interviewer les cadres du Ministère de la santé impliqués dans la contractualisation dans le secteur de la santé au Bénin.

Quelques contrats et conventions ont été analysés en se servant de la grille recommandée dans la littérature.

4. 1. Présentation des guides d'entretien

La majorité des questions posées était des questions ouvertes pour permettre aux personnes interviewées de s'exprimer librement sur le sujet à l'étude.

Un modèle de chaque guide d'entretien est joint en annexe.

4. 2. Le déroulement des entretiens

La majorité des entretiens s'est déroulée en la présence physique des intéressés. La coordinatrice du CIDR (dont le siège est à Parakou à 415 km de Cotonou et qui était absente le jour de notre passage dans cette ville) et le Directeur de l'hôpital St Jean de Dieu de Tanguiéta situé à 584 kilomètres de Cotonou, pour des problèmes de logistique, ont été soumis à des entretiens téléphoniques.

Après une brève présentation de la chargée de l'étude, l'objet de l'interview a été exposé à chaque séance d'entretien. Ce bref exposé permet de mettre les intéressés en confiance et de détendre l'atmosphère afin d'éviter que l'entretien ne soit assimilé à une supervision et que des biais ne soient introduits dans les réponses aux différentes questions. Une bonne ambiance a prévalu durant toutes les interviews. Certains acteurs rencontrés étaient très passionnés et ravis de voir leurs activités faire l'objet d'un intérêt scientifique. Ils ne se sont donc pas faits prier pour répondre aux diverses questions qui leur étaient posées.

Les entretiens ont été des occasions d'échanges très fructueux.

4. 3. L'étude des contrats et conventions

Le contenu d'un contrat est déterminant pour sa bonne mise en œuvre, son élaboration dans les règles de l'art devrait être la préoccupation première de tout acteur engagé dans ce processus.

Il existe dans la littérature des structures types de contrat qui ont été utilisées pour analyser la structure de quelques contrats et conventions rencontrées sur le terrain au Bénin. Cette étude a été l'occasion de détecter beaucoup d'insuffisances dans la structure de ces contrats. Cet état de choses s'explique par le fait que pour une bonne élaboration de contrat, il faut une bonne formation sur le sujet et de grandes capacités de négociations. Un modèle de structure type de contrat est proposé en annexe.

CHAPITRE II : Résultats et analyse

1. Les difficultés rencontrées

Elles sont les suivantes :

- ✓ L'absence d'une politique nationale en matière de contractualisation au Bénin qui est à la base du frein au décollage effectif du processus et d'un certain désordre dans le secteur
- ✓ L'absence de documentation sur les structures qui sont engagées dans un processus de contractualisation dans le secteur de la santé au Bénin a été une source de dispersion pendant les travaux de recherche
- ✓ La dispersion des structures contractantes sur le terrain oblige parfois à de longs et pénibles déplacements à l'intérieur du pays malgré les moyens limités pour cette étude
- ✓ Le manque de performance du réseau téléphonique surtout en direction des départements du septentrion limite les entretiens téléphoniques. Cette situation hypothèque cette alternative aux déplacements physiques sur le terrain.
- ✓ L'absence de domiciliation précise et le défaut de mise à jour des adresses de domiciliation et de téléphone des structures intéressées par la présente étude a rendu la prise de contact très pénible.

2. Présentation des résultats des entretiens

2. 1. Au niveau des mutuelles de santé

Les différents entretiens ont fait ressortir des informations qui permettent de mieux connaître les mutuelles de santé au Bénin. Entre autres informations, les interviews ont été l'occasion de connaître :

a. Le nombre d'adhérents ou le nombre de mutuelles appuyées

- ✓ Le nombre d'adhérents de la MUSANT est de 20 052 en fin 2004
- ✓ Le nombre de mutuelles appuyées ou créées par les différentes structures d'appui au développement des mutuelles
 - 2 mutuelles de santé communautaire pour la MUSANT
 - 17 mutuelles appuyées par le PROMUSAF ;
 - 10 mutuelles par le PHR plus ;
 - 4 mutuelles appuyées par le BIT/STEP
 - et 29 mutuelles appuyées par le CIDR.

b. La date de création des mutuelles ou la date de démarrage des activités de la structure d'appui aux mutuelles

- ✓ Le CIDR a démarré ses activités au Bénin en 1994
- ✓ La MUSANT a été créée en août 1998;
- ✓ Le PROMUSAF a démarré ses activités au Bénin en 1998;
- ✓ Le BIT/STEP a démarré ses activités en août 2000;
- ✓ Le PHR plus a débuté ses activités en octobre 2003;
- ✓ Le CADEMU a démarré ses activités au Bénin en juin 2005)

c. La zone de couverture

- ✓ La MUSANT a des adhérents sur tout le territoire béninois, dans les pays de la sous région tels que le Burkina faso, le Sénégal et en France. Elle propose une couverture des risques sanitaires dans tous les pays cités.
- ✓ PROMUSAF est présent dans 7 villes situées dans les départements du Borgou, des Collines, du Mono, de l'Atlantique et du Plateau ;

- ✓ PHR plus travaille dans deux (2) villes dans les départements du Borgou et de l'Alibori.
- ✓ le CIDR appuie des mutuelles dans le département du Borgou et le Nord du département des Collines.
- ✓ le CADEMU appuie les mutuelles sur toute l'étendue du territoire béninois.

d. Les formations sanitaires partenaires des mutuelles de santé

Seule la MUSANT contracte avec les hôpitaux du niveau central. La plupart des autres mutuelles se limite aux hôpitaux et formations sanitaires surtout privés, de niveau périphérique de leur zone de couverture, du fait de la réticence des hôpitaux publics à signer des contrats avec les mutuelles.

e. Les conditions d'adhésion de certaines mutuelles

- ✓ 1000 F CFA de droit d'adhésion et en moyenne 400 F CFA de cotisation / personne / mois pour le BIT/STEP.
- ✓ 5000 F CFA à 15000 F CFA par mois et par famille sans limite du nombre d'enfants de moins de 21 ans avec incorporation systématique des nouveau-nés pour la MUSANT
- ✓ Pour la MUSANT également, 10000 F CFA par personne et par mois comme cotisation supplémentaire en vue de la couverture d'une évacuation sanitaire à l'extérieur du Bénin

f. Le niveau de connaissances des responsables de mutuelles sur le concept de la contractualisation

Une personne sur trois interviewée a un niveau de connaissance empirique sur la contractualisation. Aucun des acteurs de la mutualisation n'a pu nous donner la typologie de la contractualisation.

g. La participation des acteurs des mutuelles de santé à des sessions de formations sur ce concept

Une personne sur trois a suivi une formation réglementaire sur la contractualisation, la majorité a été formée de manière autodidacte dans l'exercice de leurs fonctions.

h. Le souhait de formation en contractualisation des responsables de mutuelles de santé

Il est unanimement partagé par tous les acteurs.

i. La participation à l'élaboration du document cadre devant régir désormais la contractualisation entre les mutuelles de santé et les formations sanitaires publiques et privées

Seuls trois promoteurs sur les six interrogés ont pris part à l'atelier d'élaboration de ce document. Un seul acteur est resté jusqu'à la fin de l'atelier car, selon les responsables interviewés, les conditions de travail n'étaient pas motivantes pour leur permettre de suivre l'intégralité des travaux.

j. Le degré de satisfaction des responsables de mutuelles de santé par rapport au contenu de ce document cadre et les éventuelles propositions pour l'amélioration de ce document cadre en finalisation

La plupart de ceux qui ont pris part à cet atelier ne sont satisfaits ni du contenu du document, ni des conditions de son élaboration. Ils estiment que pour l'élaboration d'un tel document les responsables de mutuelles de santé devraient être largement représentés or cela n'a pas été le cas. Selon ces promoteurs de mutuelles de santé, les conditions d'organisation de cet atelier laissaient à désirer. De plus, ils estiment que la forme finale du document tarde à paraître.

k. Les problèmes éventuels rencontrés dans leur pratique quotidienne, ils ont pour noms :

- ✓ Le manque de maîtrise des promoteurs des mutuelles de santé sur les mouvements des ressources humaines des formations sanitaires. Cet état de fait les soumet à un éternel recommencement dans leurs activités de formation et de sensibilisation aux enjeux du partenariat entre les mutuelles de santé et les prestataires de services de santé.
- ✓ La résistance des agents prestataires de services de santé due aux conflits d'intérêt et surtout à l'absence de motivation de la part des mutuelles. En effet, le remplissage des fiches de maladie et de prestations des adhérents des mutuelles est une source de surcharge de travail les agents prestataires. Or, les maigres ressources des mutuelles de santé ne leur permettent pas d'octroyer des primes de motivation à ces agents prestataires de santé pour ce surplus de travail.
- ✓ La cherté des coûts des prestations rend précaire l'équilibre financier des mutuelles.
- ✓ L'inexistence de l'appui de l'Etat aux mutuelles de santé
- ✓ Dans certaines localités comme Bembéréké, il y a une opposition des formations sanitaires publiques à la signature de contrat entre les mutuelles de santé avec les structures privées. Les responsables de structures publiques de santé estiment que les formations sanitaires privées n'ont pas de problèmes de clientèle. Une contractualisation entre les mutuelles et les structures privées de santé serait, selon les prestataires publics, une concurrence déloyale vis-à-vis des structures publiques.
- ✓ Par contre, certaines formations sanitaires publiques refusent de signer des contrats avec les mutuelles de santé.
- ✓ Le délai trop long d'acheminement des factures des prestations par les prestataires pénalise énormément le suivi de la mise des œuvre des contrats et également le suivi budgétaire des mutuelles.

2. 2. Au niveau de l'AMCES et des Directeurs des hôpitaux membres

Les séances d'interviews ont permis de déceler les forces et les faiblesses des relations de partenariat nouées entre les hôpitaux membres de l'AMCES et le MSP. Entre autres informations, ces entretiens ont été l'occasion de connaître :

a. Le statut de chaque hôpital

- Trois (3) hôpitaux sont confessionnels catholiques, il s'agit des hôpitaux St Jean de Dieu de Tanguéta et de Boko, de l'hôpital St Martin de Papané).
- L'hôpital de Bembèrèkè est confessionnel évangélique
- L'hôpital de Nikki est associatif
- L'hôpital de Mènonatin est public et sa gestion a été déléguée à des privés.

b. Le niveau de connaissance du Directeur de l'hôpital sur le concept de la contractualisation

Il est élémentaire et fait d'informations rudimentaires glanées çà et là sans aucun fondement scientifique pour la majorité des Directeurs d'hôpitaux. Seul le Directeur du BEC/AMCES a une connaissance approfondie du concept pour avoir reçu une formation complète.

c. Si le Directeur d'hôpital a reçu une formation en matière de contractualisation

À part le directeur du BEC/ AMCES qui a reçu une solide formation en contractualisation, aucun des autres Directeurs des hôpitaux membres de l'AMCES engagés dans la contractualisation n'a suivi une formation même sommaire sur le concept.

d. Les attentes de formation des directeurs d'hôpitaux sur la contractualisation

Elles sont très importantes et la formation est vivement souhaitée. En effet, tous les directeurs sont très intéressés par une telle formation. Certains directeurs d'hôpitaux auraient même souhaité que s'il devait y avoir une formation ; qu'elle soit étendue aux Médecins coordonnateurs de zone sanitaire, aux gestionnaires des hôpitaux ainsi qu'à tous les cadres qui pourraient être impliqués de près ou de loin à l'élaboration ou la signature d'éventuels contrats.

e. Le niveau et la nature des appuis du MSP dans le cadre de la mission de service public qui leur a été confiée

Des appuis en ressources humaines et des appuis budgétaires allant de 17 000 000 à 30 000 000 de F CFA ont octroyés chaque année selon l'importance des besoins exprimés.

f. Le niveau de satisfaction des directeurs d'hôpitaux par rapport à ces appuis et vis-à-vis de la relation contractuelle avec le MSP

Tous les directeurs sont très sensibles et reconnaissants à l'Etat béninois pour ces appuis mais ils reconnaissent néanmoins qu'ils sont encore très insuffisants au regard de leurs énormes besoins actuels.

g. Leurs impressions générales sur cette nouvelle mission à eux assignée par le MSP

Cette nouvelle mission permet l'intégration de leurs hôpitaux dans le système sanitaire et diminue sensiblement la dépendance de leurs hôpitaux vis-à-vis de l'aide extérieure.

h. S'il y a eu un contrat spécifique (tel que stipulé dans l'accord cadre signé entre le MSP et l'AMCES) entre le MSP et l'hôpital en dehors de celui signé par l'AMCES

À part l'hôpital Sounon Séro qui avait avec le MSP un contrat antérieur à l'accord cadre MSP/AMCES, aucun des autres hôpitaux n'a signé à ce jour un accord spécifique à ses besoins. Il faut souligner que l'accord cadre entre le MSP et l'AMCES abroge toutes les dispositions contraires aux siennes et contenues dans des conventions déjà existantes entre certains membres de l'AMCES et l'Administration.

i. Si le Directeur a pris connaissance du contenu de cet accord cadre entre le MSP et l'AMCES

Tous les Directeurs ont lu le contenu de l'accord cadre de partenariat entre le MSP et l'AMCES.

j. Si les cadres techniques et autres agents prestataires de services de l'hôpital ont été informés du contenu de l'accord cadre

Les agents n'ont pas vraiment pris connaissance du contenu de cet accord. Certains agents ne sont même pas informés qu'un tel accord les lie désormais au MSP. D'autres agents assimilent cet accord à la convention collective qui régit les travailleurs de l'AMCES.

k. Les impressions générales des directeurs d'hôpitaux par rapport à cet accord cadre de partenariat

Elles sont bonnes car ces contrats fixent les droits et obligations de chaque partie prenante, mais il serait meilleur que des contrats spécifiques soient signés par chaque hôpital soit avec la zone sanitaire, soit avec le MSP tel que stipulé dans l'accord cadre MSP/AMCES.

l. Les attentes des directeurs d'hôpitaux vis-à-vis de ce partenariat avec le MSP

- ✓ La gestion autonome par les hôpitaux des crédits délégués et du recrutement des agents sur mesures sociales,
- ✓ Une augmentation de l'appui de l'Etat
- ✓ L'exonération de frais douaniers sur les équipements techniques
- ✓ Un souhait de formation des membres de l'équipe d'encadrement de zone sanitaire sur la contractualisation
- ✓ Une décentralisation effective et sur tous les plans

m. Les rapports des directeurs de ces hôpitaux avec l'équipe d'encadrement de zone sanitaire depuis que leurs hôpitaux sont associés à la mission de service public

Ils sont très bons car ces hôpitaux se sentent membres à part entière des équipes d'encadrement de zone sanitaire et le système de référence et de contre référence marche mieux.

n. Les problèmes éventuels rencontrés dans la pratique quotidienne et découlant de cette nouvelle mission sont très nombreux :

- ✓ A Papané, 95% du budget de l'hôpital est encore supporté par le financement communautaire et il n'existe pas de fonds pour la prise en charge des indigents.
- ✓ A Boko, la gestion du personnel envoyé à l'hôpital sur mesures sociales (20% du total des ressources humaines de l'hôpital) pose d'énormes problèmes car, du fait que le paiement de leur salaire ne dépende pas de l'hôpital, ils ne se sentent pas sous l'autorité des responsables de l'hôpital.
- ✓ La gestion des crédits délégués est source de nombreux conflits entre les Médecins coordonnateurs de zone et les Médecins directeurs des hôpitaux qui n'approuvent pas toujours la manière dont leurs fonds sont gérés
- ✓ Les équipements et matériaux achetés dans le cadre de l'appui budgétaire ne sont pas toujours conformes aux besoins exprimés par les hôpitaux, de plus le système de passation des marchés par appel d'offres nuit énormément aux intérêts des hôpitaux car selon les Directeurs de ces hôpitaux, le rapport qualité/prix n'est pas toujours le meilleur et il n'arrange généralement pas les utilisateurs

2. 3. Au niveau des cadres du Ministère de la santé

Les différents entretiens menés avec les cadres du MSP ont permis d'apprécier entre autres :

a. Leur niveau de connaissance sur le concept de la contractualisation

Seuls le Directeur des hôpitaux et le Chef du service de santé communautaire ont un niveau de connaissance appréciable du concept de la contractualisation dans le secteur santé. Les autres cadres interviewés ont des notions très vagues sur le sujet. Diverses définitions ont été enregistrées venant des personnes interviewées :

- ✓ La contractualisation, c'est la gestion des structures sanitaires sur la base de contrats qui prennent différentes formes selon qu'il s'agisse d'une relation prestataire/client ou d'une relation propriétaire d'origine/propriétaire délégué.
- ✓ C'est un contrat entre deux structures avec entente sur les modalités
- ✓ C'est une délégation de la gestion de la santé aux privés

- ✓ C'est un accord entre deux parties formalisé par un document appelé contrat. Il peut être de deux types à savoir l'achat de services ou la délégation de responsabilité
- ✓ C'est une privatisation des structures de santé

b. Le manque ou l'insuffisance de formation en matière de contractualisation

Aucun des autres cadres interviewés n'a reçu une quelconque formation sur la contractualisation, mis à part le Directeur des hôpitaux et le Chef du service de santé communautaire. Au cours de ces formations, l'accent a été mis plus sur la contractualisation entre les mutuelles de santé et les formations sanitaires. En effet, l'objectif des structures organisatrices de la formation est déterminant dans l'orientation donnée à la formation. Les autres aspects de la contractualisation ont été largement occultés.

c. La participation à l'atelier d'élaboration du document cadre de contractualisation entre les mutuelles de santé et les formations sanitaires

Le Chef du service de santé communautaire était le maître d'œuvre de l'élaboration de ce document. Le Directeur des hôpitaux était le seul présent parmi les autres cadres du MSP interviewés.

d. L'appréciation de l'expérience de gestion déléguée de l'hôpital de Mènonatin par les cadres du MSP interviewés

L'appréciation générale est bonne, car l'hôpital a apparemment une bonne viabilité après neuf (9) ans d'exercice. Ce succès est à mettre à l'actif du savoir faire de la direction de l'hôpital. Malheureusement, des mécanismes clairs de suivi et d'évaluation n'étaient pas définis dans les clauses du contrat. Ceci rend difficile voire impossible une appréciation objective au vu de rapports d'évaluation.

e. Les impressions sur une éventuelle expérimentation de cette gestion déléguée sur les nouveaux hôpitaux de zone.

Toutes les personnes interviewées reconnaissent l'incapacité actuelle de l'Etat béninois à poursuivre seul la gestion de la santé des populations de la manière dont elle se fait actuellement. Ils estiment qu'il est une évidence qu'il va falloir repenser une autre manière

d'administration pour les nouveaux hôpitaux de zone. Un des cadres interviewé a même proposé un désengagement progressif mais total de l'Etat de la gestion des formations sanitaires publiques.

Si une évaluation de la gestion de l'hôpital de Mènontin révèle des résultats concluants de cette expérience de gestion déléguée, il n'y aurait aucune objection à ce qu'elle soit répétée ailleurs dans les nouveaux hôpitaux. Certes l'inconnu fait peur et de plus, il ne faut pas déléguer pour le plaisir de le faire mais seulement si l'opportunité en est évidente.

« S'il m'était donné de prendre une décision pour la gestion de ces nouveaux hôpitaux, je n'hésiterai pas à les privatiser », a dit en substance, un cadre interviewé. Néanmoins certains cadres seraient plus favorables à une association des structures privées déjà existantes à la mission de service public de santé plutôt qu'à une délégation de la gestion des hôpitaux publics à des privés.

3. Analyse des données des entretiens individuels

3. 1. Du niveau des connaissances sur la contractualisation des différents acteurs intéressés par cette étude

Sur les 19 personnes interviewées, 1 sur 5 seulement a pu donner une définition qui se rapproche de celle unanimement retenue pour la contractualisation.

1 seul acteur sur les 19 interrogés a pu décrire correctement les typologies de la contractualisation.

Le tableau XII montrant la situation du niveau de connaissance des acteurs sur la contractualisation se présente comme suit :

Tableau XII : Situation du niveau de connaissance des acteurs sur la contractualisation

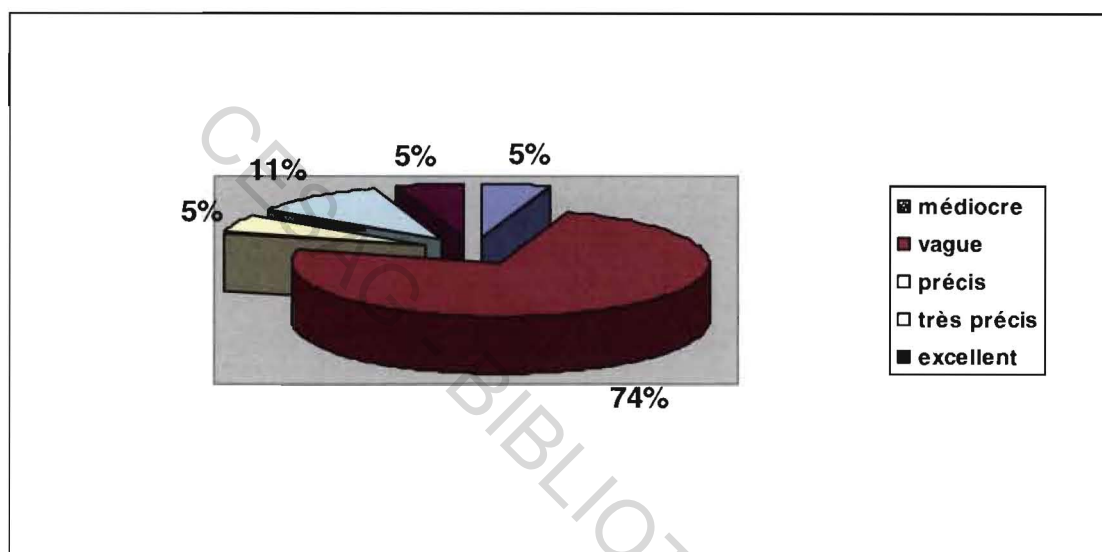
Niveau de connaissance	Médiocre	vague	précis	Très précis	excellent
Nombre d'acteurs	1	14	1	2	1

Légende :

- ✓ *Excellent* : a pu définir le concept de contractualisation et décrire correctement toutes les typologies

- ✓ *Très précis* : a pu définir le concept et citer les typologies sans pouvoir les décrire
- ✓ *Précis* : a pu définir le concept et citer quelques typologies
- ✓ *Vague* : a donné une définition approximative du concept et un exemple de typologie
- ✓ *Médiocre* : n'a pas pu définir le concept et l'a confondu avec la privatisation

Graphique n° 3 : Nombre d'acteurs selon le niveau de connaissances sur la contractualisation



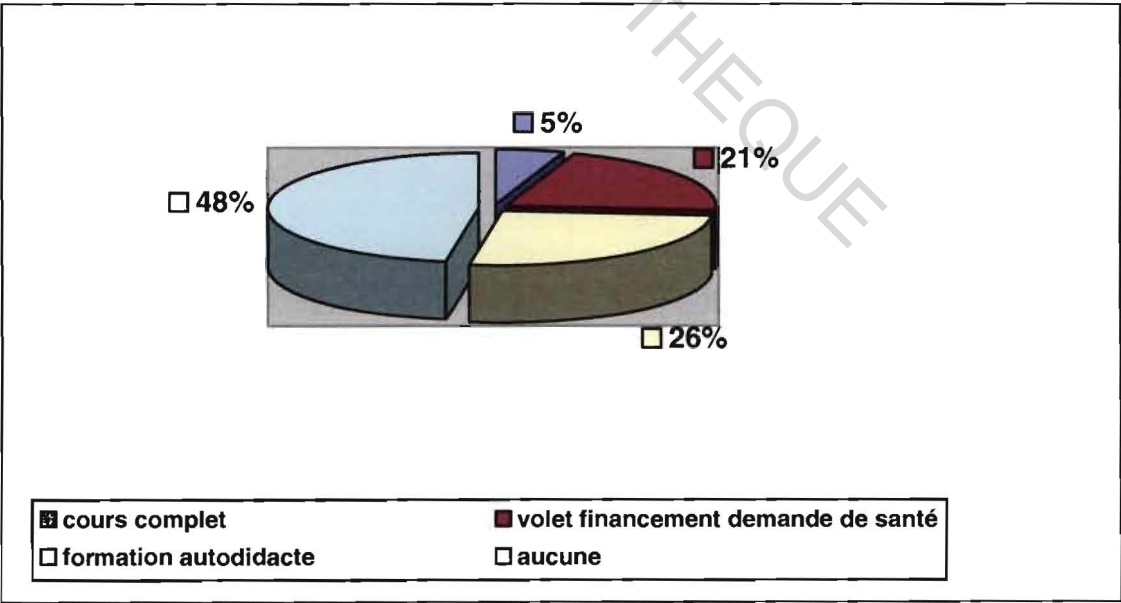
La leçon à tirer de ces résultats est que la majorité des acteurs et décideurs (74%) dans le processus de la contractualisation dans le secteur de la santé au Bénin ne savent même pas clairement de quoi il est question. Il leur serait donc très difficile d'en parler, de préparer des fiches d'information à l'attention des décideurs politiques chargés de prendre les textes devant définir la politique nationale en matière de contractualisation. Ces responsables de la contractualisation du secteur de la santé n'auront donc pas d'arguments pour convaincre les membres de la commission interministérielle en charge de la gestion du dossier sur la politique nationale de contractualisation au Bénin. Ce document de politique qui est censé venir aplanir toutes les difficultés dans le développement de ce processus risque de ne pas voir le jour de si tôt par manque de spécialistes pouvant éclairer la lanterne de ces commissaires, qui malheureusement, sont pour la plupart étrangers au secteur de la santé. Les éclairages indispensables au déblocage du dossier ne pourront cependant pas être obtenus auprès des acteurs du domaine par manque d'informations précises sur le sujet. En effet, les membres de cette commission sont réticents à la prise de textes en faveur de la contractualisation du

secteur de la santé car ils assimilent la contractualisation à une privatisation pure et simple de la santé. Ce qui n'est nullement le cas.

3. 2. De la formation des acteurs interviewés sur la contractualisation dans le secteur de la santé

- ✓ 1 seul acteur sur les 19 soit 5% a suivi le cours complet sur la contractualisation dans le secteur de la santé. Il est actuellement formateur et il anime des séminaires de formations dans toute la sous région en partenariat avec les institutions de coopération bilatérale et multilatérale.
- ✓ 4 acteurs sur les 19 (21%) ont reçu une formation orientée exclusivement sur le volet du financement de la demande de santé à travers le partenariat entre les mutuelles de santé et les structures sanitaires.
- ✓ 5 acteurs sur 19 (26%) sont formés de manière autodidacte par le biais des sites Internet et des revues spécialisées sur le thème.
- ✓ Les autres (9) n'ont jamais reçu de formation sur le sujet, soit près de la moitié des personnes interviewées.

Graphique n° 4 : Nombre d'acteurs formés et type de formation



31,6% de ces acteurs interviewés sont des responsables de structures d'appui au développement des mutuelles de santé. Ils ont la charge de procurer une assistance technique aux administrateurs et autres gestionnaires de mutuelles de santé dans

l'élaboration, la négociation, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des contrats de partenariat avec les formations sanitaires. Or, ils n'ont eux-mêmes reçu aucune formation dans ce sens. Il est aisé de comprendre le manque de professionnalisme constaté dans la mise en œuvre du processus de contractualisation sur le terrain.

- 42% des acteurs sont soit des directeurs d'hôpitaux, soit des responsables de zones sanitaires appelés à élaborer, négocier, signer, mettre en œuvre, suivre et évaluer des contrats, or ils n'ont jamais été formés à ces tâches. Il leur serait alors très difficile dans ces conditions d'avoir des contrats valables et viables.

3. 3. Du souhait de formation des acteurs sur la contractualisation

Tous les acteurs interrogés ont vivement émis un souhait de formation. Cette immense soif de savoir exprimée par ces hauts responsables du secteur de la santé émeut quand on sait qu'il est très difficile pour des cadres de l'administration d'admettre leur ignorance dans un domaine où ils pratiquent déjà grâce à une formation sur le tas.

3. 4. De la formation des agents des structures prestataires de services de santé pour la mise en œuvre de la contractualisation

Certaines organisations d'appui aux mutuelles de santé ont eu à faire des formations à la carte aux agents des formations sanitaires avec lesquelles elles sont en partenariat. Malheureusement, le manque de maîtrise des mouvements intempestifs de ces agents rend à chaque fois caduque le travail de formation réalisé sur le terrain. Il devient une nécessité de répéter périodiquement cette formation pour espérer avoir un nombre satisfaisant d'agents formés, informés et acquis à la cause et aux enjeux de la contractualisation.

Par contre, aucun des agents des structures hospitalières associées à la mission de service public de santé n'a été sensibilisé et formé à la mise en œuvre de cette nouvelle mission. Cette situation constitue un sérieux handicap à la mise en œuvre correcte des accords de partenariat faute d'appropriation du processus par ces agents prestataires de services de santé.

4. Analyse de quelques contrats et conventions cadres

Les trois importants documents étudiés sont :

- ✓ L'accord cadre de partenariat AMCES/MSP
- ✓ La convention type signée par la mutuelle de l'ASSEF et l'hôpital de Mènonin

- ✓ Le document cadre de contractualisation entre les mutuelles et les formations sanitaires
- ✓ Le contrat de services intermédiaires entre un service d'entretien d'équipements dénommé SAEB et l'hôpital de Mènontin.

Il ressort de l'examen de ces documents les insuffisances relatives à :

- ✓ Un manque de clarté dans la définition de l'objet de la contractualisation (exemple de l'accord cadre de partenariat entre le MSP et l'AMCES)
- ✓ Une définition peu claire des principes fondamentaux devant régir la mise en œuvre du contrat (cas du contrat entre la société SAEB et l'hôpital de Mènontin).
- ✓ Une insuffisance ou inexistence du cahier de charges (cas de l'accord cadre de partenariat entre le MSP et l'AMCES)
- ✓ Un défaut de définition des objectifs à atteindre dans la mise en œuvre du contrat (document cadre de contractualisation entre les mutuelles de santé et les formations sanitaires).
- ✓ La durée indéterminée d'un des contrats, ce qui est peu recommandable (accord cadre de partenariat entre le MSP et l'AMCES)
- ✓ Absence de définition claire des activités à mettre en œuvre par le contrat et de leur modalité de mise en œuvre quand elles sont définies (cas de l'accord cadre de partenariat entre l'AMCES et le MSP)
- ✓ Absence de définition d'un échéancier de réalisation des activités (la plupart des contrats).
- ✓ L'absence d'un inventaire des moyens à mettre en place pour la conduite des activités du contrat (cas de la convention entre l'ASSEF et l'hôpital de Mènontin)
- ✓ Une inexistence de définition d'indicateurs de performance pour l'appréciation des résultats de la mise en œuvre du contrat (la plupart des contrats).
- ✓ L'absence de mécanismes clairs de suivi-évaluation (exemple de l'accord cadre de partenariat MSP/AMCES)
- ✓ L'absence dans certains contrats de modalités de leur rupture (cas de la majorité des contrats).
- ✓ L'absence d'information claire sur les modalités d'enregistrement du contrat (cas de tous les contrats).
- ✓ L'absence de personnalité juridique de certains acteurs

- ✓ L'absence d'une indication claire et des conditions de mandature des signataires de contrat (cas de la plupart des contrats).
- ✓ L'absence d'indication sur les catégories d'acteurs engagés dans la mise en œuvre du contrat et pouvant en connaître la teneur sans oublier les modalités pour y avoir accès (cas de la convention entre l'ASSEF et l'hôpital de Mènonatin).

Il faut toutefois faire remarquer que la structure de la convention entre l'ASSEF et l'hôpital de Mènonatin se rapproche de celle recommandée dans la littérature. Une structure type de contrat est joint en annexe.

Chapitre III : Synthèse des résultats de l'étude et recommandations

1. Les réponses aux questions de recherche : synthèse des résultats de l'étude

- ✓ ***Les coordonnateurs des structures d'appui aux mutuelles ont-ils été formés sur la contractualisation ?***

La majorité n'a reçu aucune formation sur le concept. Il existe un énorme besoin de sensibilisation, d'information et de formation de tous les acteurs animant la vie des mutuelles de santé et engagés dans des relations contractuelles.

- ✓ ***Les gérants et administrateurs des mutuelles de santé ont-ils été formés aux différentes phases du processus de contractualisation ?***

Ces acteurs de la contractualisation n'ont pas reçu de formation sur ce sujet pour la simple raison que ceux qui doivent les appuyer sur ce plan ne sont pas non plus formés. Ils sont formés plutôt au calcul des coûts des prestations et des taux de cotisation pouvant assurer la viabilité des mutuelles.

- ✓ ***Les cadres du MSP ont-ils été suffisamment sensibilisés, informés et formés sur les enjeux et le contenu de cette contractualisation ?***

La réponse à cette question est négative car le terrain est vierge en matière de contractualisation. Tout est donc à faire pour permettre la mise en œuvre de la contractualisation au Bénin.

- ✓ ***Existe-t-il au Bénin une politique nationale de contractualisation ?***

Il n'existe pas à l'heure actuelle de document de politique nationale de contractualisation. C'est donc le lieu d'attirer l'attention des décideurs politiques sur les enjeux de l'élaboration d'un tel document comme il a été fait déjà dans certains pays tels que le Tchad et le Sénégal.

✓ ***L'Etat vient-il en appui aux institutions engagées dans des relations contractuelles dans le secteur de la santé au Bénin ?***

Certes, l'Etat apporte un certain nombre d'appuis aux formations sanitaires ayant contracté avec le MSP. Néanmoins, malgré ces nombreux appuis de l'Etat en faveur de ces acteurs du secteur privé, des efforts supplémentaires restent à faire pour l'augmentation des subventions octroyées chaque année en raison de l'immensité de besoins. Une restructuration de la gestion de ces appuis budgétaires de l'Etat aux formations sanitaires privées devra être envisagée.

Il est important de faire remarquer que les rôles de l'Etat sont plus nombreux et ne se limitent pas seulement à des appuis financiers et en ressources humaines.

Par contre, aucun appui n'est accordé par l'Etat aux mutuelles de santé et à leurs structures d'appui qui pourtant en ont un grand besoin.

L'Etat devrait également jouer son rôle dans :

- La mise à disposition des acteurs de la contractualisation d'un cadre légal leur permettant la bonne mise en œuvre des contrats.
- La formation de tous les acteurs afin de garantir le professionnalisme dans la mise en œuvre de la contractualisation.
- L'accréditation des parties prenantes à la contractualisation.
- La tenue d'un bon système d'information sur les relations contractuelles.
- L'évaluation de la mise en œuvre des contrats.
- La médiation dans les conflits entre les acteurs de la contractualisation.
- Le contrôle des relations contractuelles.
- La prise de mesures incitatives (exonérations de taxes, octroi de primes à la contractualisation) pour le développement des relations contractuelles.

✓ ***Les institutions prestataires de services de santé ont-elles été informées et formées sur le contenu des accords signés par les responsables des réseaux dont elles sont membres ?***

Ce n'est pas toujours le cas. Certaines structures ne connaissent même pas le contenu des accords et conventions cadres signés en leur nom par des promoteurs ou des fédérations d'organisations oeuvrant dans le secteur de la santé.

✓ ***Les agents prestataires de services de santé sont-ils informés des divers accords de partenariat signés par leurs dirigeants ?***

La majorité des agents des structures de santé engagées dans des relations contractuelles n'est pas informée sur le contenu des contrats. Ces ne sont donc pas en mesure de mettre en œuvre de façon correcte les clauses du contrat.

✓ ***Les responsables des formations sanitaires contractant avec les mutuelles sont-ils informés de la spécificité des mutuelles pour des facilités de tarification lors des négociations de contrats ?***

La plupart des responsables de structures sanitaires contractantes assimilent les mutuelles à des organismes privés d'assurance maladie et en tant que tels, leur appliquent la tarification en vigueur pour ces organismes. Or, en général, les organismes privés d'assurance maladie servent à subventionner les coûts des prestations des patients dépourvus de protection sociale, ce qui fait que cette tarification est souvent majorée.

✓ ***Existe-t-il dans les clauses des contrats des mécanismes clairs du suivi et de l'évaluation de leur mise en œuvre ?***

La grande majorité des contrats n'ont même pas prévu de mécanismes de suivi et d'évaluation. Ceux qui en ont parlé sont restés très évasifs sur les conditions et modalités de mise en œuvre de ces mécanismes de suivi et d'évaluation.

2. Recommandations

Pour la réussite de la contractualisation dans le secteur de la santé au Bénin, il serait important que les différents acteurs soient formés et que des appuis matériels, financiers et humains soient accordés à toutes les organisations engagées dans ce processus.

Il y donc la nécessité d'une formation en cascade des acteurs à divers niveaux de la pyramide sanitaire.

Il est indispensable qu'un travail de dissémination et de vulgarisation des divers accords de partenariat signés soit fait sur le terrain en direction des acteurs en activité sur le terrain afin que tout le monde soit au même niveau d'information.

2.1. A l'attention des cadres du MSP engagés dans la contractualisation

- Susciter des candidatures pour la formation en matière de contractualisation

- Répertorier les arrangements contractuels actuellement en cours au Bénin en vue de l'évaluation de l'organisation et de la performance des services de santé
- Promouvoir les meilleures pratiques dans le domaine des arrangements contractuels au Bénin
- Organiser des sessions de formation pour les directeurs d'hôpitaux, les Médecins coordonnateurs de zone sanitaire, les Médecins chefs de centre de santé, les gestionnaires d'hôpitaux, bref tous les acteurs appelés à établir des accords de partenariat dans le secteur de la santé
- Organiser la sensibilisation des membres de la commission interministérielle chargée de l'élaboration du document de politique nationale de contractualisation pour les amener à mieux connaître le concept de contractualisation. Ceci pourrait les amener à réviser leurs opinions sur le sujet pour que ce document soit enfin rédigé et son décret de mise en application promulgué.
- Dynamiser la cellule d'appui à la contractualisation initiée par le CADEMU et installée au MSP
- Finaliser et vulgariser le document cadre de contractualisation entre les mutuelles de santé et les formations sanitaires
- Elaborer et vulgariser un document définissant la structure type de contrat de partenariat entre le MSP et les formations sanitaires du secteur privé.
- Négocier et signer avec les hôpitaux membres de l'AMCES actuellement associés à la mission de service public de santé des contrats spécifiques à leurs besoins
- Evaluer les arrangements contractuels actuellement en cours entre le MSP et certaines associations, les structures privées et les mutuelles de santé.
- Enregistrer les contrats existants entre les différents acteurs de la contractualisation.
- Instituer l'accréditation pour les parties prenantes à la contractualisation.
- Contrôler la mise en œuvre des arrangements contractuels par le biais de la cellule d'appui à la contractualisation (CAC).

2. 2. A l'attention du BEC/AMCES

- Organiser des séances de sensibilisation sur les enjeux de la contractualisation en direction des acteurs du système de santé au Bénin et des partenaires au développement
- Former les acteurs des structures de santé laïques et de l'église, des acteurs des structures publiques à l'approche contractuelle

- Evaluer les expériences existantes d'arrangements contractuels au Bénin
- Vulgariser les résultats d'expériences concluantes d'arrangements contractuels au Bénin
- Vulgariser les guides d'approche contractuelle de Médecus Mundi international
- Créer et animer un site sur la contractualisation dans le secteur de la santé au Bénin
- Encourager la mise en œuvre des arrangements contractuels d'une part entre les acteurs des structures confessionnelles de santé et le MSP et entre les structures laïques de santé et le MSP d'autre part
- Former les acteurs des ONG/ associations à l'approche contractuelle
- Informer suffisamment les responsables des structures prestataires des services de santé membres de l'AMCES sur tous les contrats et conventions signés par le BEC/AMCES
- Former et informer les agents prestataires des hôpitaux membres de l'AMCES sur les clauses des accords de partenariat signés par le BEC/AMCES pour en assurer une bonne mise en œuvre
- Enregistrer les contrats de partenariat entre les hôpitaux membres de l'AMCES et les autres acteurs en vue de constituer une base de données sur les arrangements contractuels mis en oeuvre.

2. 3. A l'endroit des directeurs d'hôpitaux engagés dans des relations contractuelles

- Participer à des sessions de formation sur la contractualisation.
- Restituer le contenu de cette formation aux autres membres de l'équipe de la direction de l'hôpital
- Former et informer largement leurs cadres techniques et autres agents prestataires de leurs services de santé sur le contenu des accords de partenariat signés par la structure
- Proposer aux mutuelles des conditions tarifaires favorables à leurs survies respectives
- Tenir à jour des statistiques sanitaires en vue d'un bon suivi de la mise en œuvre des contrats.
- Elaborer des plans de suivi évaluation des différents contrats.

2. 4. A l'endroit des promoteurs des mutuelles de santé

- Participer à des sessions de formation sur le processus de contractualisation dans le secteur de la santé.
- Former les gérants et administrateurs de mutuelles de santé aux différentes étapes du processus de contractualisation.
- Répertorier et évaluer toutes les expériences d'arrangements contractuels entre les mutuelles de santé au Bénin et les formations sanitaires.
- Elaborer et diffuser des outils didactiques pour la formation dans le domaine de la contractualisation.
- Former et informer les responsables des structures sanitaires engagées dans la contractualisation avec les mutuelles de santé sur les spécificités des mutuelles de santé afin de faciliter les négociations de tarifs au cours de l'élaboration des contrats.

2. 5. En direction des décideurs politiques

- Elaborer un plan de communication en direction de toutes les parties prenantes à la contractualisation en vue de vaincre les éventuelles résistances.
- Faire de l'élaboration du document de politique nationale de contractualisation une priorité nationale.
- Faire un état des lieux des pratiques contractuelles en cours dans le secteur de la santé au Bénin.
- Elaborer et vulgariser le document de politique nationale de contractualisation afin de créer un cadre de formalisation des rôles et responsabilités des différents acteurs de la contractualisation.
- Elaborer un plan de suivi et d'évaluation de la politique de contractualisation
- Elaborer un plan de formation des acteurs cibles du processus de contractualisation dans le secteur de la santé au Bénin
- Constituer un noyau de formateurs nationaux en matière de contractualisation pour minimiser les coûts de formation à l'extérieur du pays
- Apporter des appuis techniques et financiers aux mutuelles de santé pour garantir leur viabilité

2. 6. En direction des partenaires au développement et autres organismes de coopération bilatérale et multilatérale comme l'OMS et la Banque Mondiale (BM)

- Apporter un appui technique et financier au Bénin en vue de renforcer les capacités et les compétences des acteurs engagés dans le développement des arrangements contractuels.
- Créer une base de données factuelle pour faciliter l'évaluation des différents types d'arrangements contractuels sur l'organisation et la performance des systèmes de santé.
- Répertorier et promouvoir les meilleures pratiques en matière de contractualisation pour servir de modèle aux structures engagées dans des relations contractuelles.
- Apporter des appuis matériels et financiers pour la formation des acteurs de la contractualisation au Bénin.

CONCLUSION GENERALE

La contractualisation dans le secteur de la santé se fait au Bénin actuellement entre :

- Les mutuelles de santé et les formations sanitaires aussi bien du secteur public que du secteur privé.
- Les structures de santé du secteur privé et le MSP
- Les acteurs des structures de santé du secteur privé
- Les structures de santé et les prestataires de services généraux non médicaux.

Certes, la volonté politique existe, mais à ce jour, il n'existe pas encore de document de politique nationale de la contractualisation dans le secteur de la santé au Bénin. Des travaux sont en cours pour l'élaboration d'un tel document.

Il faudra également élaborer une structure type de contrat et une convention propre aux spécificités du Bénin pour servir de guide à l'élaboration des contrats.

Il ressort de cette étude un manque de professionnalisme notoire dans la mise en œuvre de la contractualisation dans le secteur de la santé au Bénin.

Le manque de qualification et de formation des acteurs actuellement engagés dans la contractualisation pourrait être une cause de son échec par une mauvaise utilisation.

En effet, actuellement au Bénin, très peu d'acteurs sont formés en matière de contractualisation dans le secteur de la santé.

- 74% des acteurs interviewés dans le cadre de cette étude ne savent pas quel est le contenu réel de ce concept de contractualisation dans le secteur de la santé.
- 48% des acteurs interviewés et engagés dans des relations contractuelles dans le secteur de la santé au Bénin n'ont reçu aucune formation sur la contractualisation.

Il se pose également dans le secteur un problème de rétention d'information. Les responsables à divers niveaux engagés dans la contractualisation dans le secteur de la santé sont souvent les seuls à prendre part aux négociations pour l'élaboration et la signature des contrats. Ils ne sont pas toujours les acteurs de la mise en œuvre de ces contrats. Ils ont donc, vis-à-vis des acteurs sur le terrain, un devoir d'information à propos des accords de partenariat passés avec d'autres partenaires. De plus, ils ont un devoir de restitution des résultats des formations reçues sur la contractualisation, étant entendu que tous les acteurs ne peuvent pas être formés au même moment.

Il est un fait que la contractualisation est un outil pour l'amélioration de la performance des systèmes de santé. Néanmoins, sa réussite dépend de sa bonne mise en œuvre. Sa bonne mise en œuvre ne pourrait être compatible avec une asymétrie informationnelle des acteurs. D'où la nécessité de la formation de tous les acteurs sans exception aucune.

L'Etat Béninois a un devoir de former tous les acteurs engagés dans la contractualisation dans le secteur de la santé afin de garantir le professionnalisme dans sa mise en œuvre. Pour ce faire, il va falloir former en cascade :

- Les acteurs du MSP
- Les responsables et promoteurs de mutuelles de santé
- Les acteurs du secteur privé

Cette formation pourrait se faire par :

- La constitution d'un pool de formateurs qui se chargera de la formation des autres acteurs
- La participation à des sessions de formations à l'extérieur du Bénin
- L'organisation de visites et de voyages d'études dans les pays ayant les meilleures pratiques en matière de contractualisation.

L'Etat béninois a également un devoir de prendre des mesures d'accompagnement de la contractualisation au Bénin à savoir :

- Des appuis financiers aux acteurs
- Des ressources humaines qualifiées
- Le cadre légal et réglementaire de mise en œuvre
- Des mesures incitatives (exonération de taxes douanières, primes à la contractualisation etc.) à la mise en œuvre de la contractualisation dans le secteur de la santé.

Enfin, l'Etat a un rôle à jouer dans le suivi et l'évaluation des arrangements contractuels au Bénin.

Ceci est un défi que le Bénin devrait relever pour une performance de la mise en œuvre de la contractualisation dans le secteur de la santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. *BEC/AMCES – Exposé à la conférence des évêques de Cotonou sur les expériences de l'AMCES en matière de coordination des formations sanitaires et de partenariat public-privé- Juin 2005*
2. Direction des études démographiques - Institut National de la Statistique et de l'analyse économique – *Synthèse des résultats du troisième recensement général de la population et de l'Habitation, février 2002* – INSAE, Cotonou, octobre 2003
3. DNPS/MSP – *Document cadre de contractualisation entre les mutuelles de santé et les formations sanitaires*
4. DPP/MSP/SSDRO 2004 – *Annuaire des statistiques sanitaires année 2003*
5. Dr MALICK NIANG – *Module sur la contractualisation dans le secteur de la santé- Cours de DESS en Gestion des Programmes de santé au CESAG*
6. INSAE et ORC Macro 2002 – *Enquête Démographique et de Santé au Bénin 2001* – Calverton, Maryland, USA : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique et ORC Macro
7. JEAN PERROT – *Analyse de l'allocation des ressources financières au sein d'un système de santé* – WHO – Genève 2002
8. JEAN PERROT – GUY CARRIN – FABRICE SERGENT - *L'approche contractuelle : de nouveaux partenariats pour la santé dans les pays en développement* – document technique n° 24 – OMS, Genève Juin 1997
9. *L'approche contractuelle – Tome 1- Guide méthodologique*
10. *L'approche contractuelle- Tome 2 – Les enjeux de la contractualisation, annexes documentaires*
11. MSP (2001) – *Politique et stratégies de développement du secteur de la santé 2002-2006* – Novembre 2002
12. MSP/TCHAD – *Guide opérationnel pour la contractualisation dans le secteur de la santé au Tchad- La contractualisation au niveau du district sanitaire* - Janvier 2003
13. MSP/TCHAD – *Politique contractuelle dans le secteur de la santé au Tchad*
14. OMS - 2000 - *Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant*
15. JEAN PERROT - *Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé* – département " Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation " (FER) Groupe "Evidence and Information for Policy" (EIP) - OMS (2004)
16. Site Internet - www.concertation.org
17. Site Internet - www.who.int/contracting/training/fr/
18. Site Internet – www.who.int/contracting/documents – *Résolution de l'Assemblée Mondiale de la Santé-« Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé »*
19. Site Internet sur les mutuelles de santé –

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXES

Annexe 1

La structure-type d'un contrat

Une structure-type ne veut pas dire un contrat-type. La structure type définit les grandes rubriques qui devraient être retrouvées dans un contrat. La présente structure type est juste une proposition qui tient compte des recommandations de la littérature sur la contractualisation. Elle n'est en aucun cas imposée aux acteurs de la contractualisation au Bénin. La structure d'un contrat pourrait comporter les rubriques suivantes :

1. Préambule

- Référence à la politique nationale de santé
- Informations diverses sur les institutions signataires
- Références légales et réglementaires

2. Les parties prenantes au contrat

- Les institutions qui vont mettre en œuvre et respecter les termes du contrat, y compris leur statut
 - ne pas confondre avec les signataires
- Les institutions qui se portent garantes

3. L'objet du contrat

- Quelques formulations:
 - « Gestion déléguée de l'hôpital public du district sanitaire de CHACHA »
 - « Association du centre de santé de BOBO, propriété de la congrégation des sœurs de l'avenir, au service public de santé »
 - « Réalisation d'une campagne de sensibilisation à la vaccination auprès des enfants des écoles primaires de DIDI »
 - « Appui technique à l'hôpital public du district sanitaire de FUFU »

4. Les principes non négociables

Par exemple:

- Respect des tarifs
- Non discrimination des patients
- Fourniture des informations sanitaires
- Confidentialité pour les patients
- Etc.

5. Les objectifs à atteindre: le cahier des charges

- Clarté des résultats à atteindre
- Réalisme des objectifs

- Possibilité de mesurer les résultats
- Incomplétude

6. La durée du contrat

- Long ou court?
- La mise en vigueur: conditionnalité

7. Les moyens : humains, financiers, physiques

Notion d'obligation de moyens

- Les moyens apportés à la signature du contrat: inventaire, propriété, maintenance
- Les moyens mis en place par le contrat: périodicité, modalités de mise en place

8. Le rôle de chacun des acteurs

- A chacun des moments du contrat

9. Indicateurs de performance

- Indicateurs sur la mise en place des moyens
- Indicateurs sur les résultats à atteindre
- Indicateurs sur le déroulement du processus: conflits, rapports....

10. Les mécanismes de suivi

Comité de suivi

- Rôle: proposition ou décision?
- Moyens de fonctionnement du comité
- Financement

11. Mécanismes d'évaluation (en dehors du suivi)

- Évaluation interne
- Évaluation externe

12. Conflits

- Prévention
- Résolution : Graduation indiquée dans le contrat

13. Transparence

- Enregistrement du contrat
- Publication du contrat: outil de référence tant pour les personnels que les patients et les décideurs

14. Clauses de ruptures avant échéance

- Modalités et procédures par lesquelles les parties peuvent mettre fin au contrat avant son échéance
- Indication des conséquences
- Notion de force majeure

15. Avenants

- Éléments pouvant faire l'objet d'un avenant
- Procédures

16. Modalités de fin de contrat et renouvellement

- Procédures pour l'arrêt comme pour le renouvellement (tacite reconduction, renouvellement après évaluation ou avis, etc.)
- Le sort des actifs en cas de non renouvellement

17. La qualité des signataires

- Mandat attesté

18. La signature du contrat

- Une fois qu'un draft a été rédigé, chaque partie prenante doit le faire valider par ses instances de décision
- Version finale: la lettre de mandat
- Nombre de documents originaux
- Cérémonie de signature

19. L'enregistrement du contrat

- Certains contrats n'ont pas de nécessité d'être connu en dehors des signataires
- Enregistrement local ou national
- Entité responsable de l'enregistrement ou divisions techniques

Annexe 2

Modèle 1

Guide d'entretien pour les interviews des Directeurs des hôpitaux membres de l'AMCES

- 1 Depuis quand êtes vous membre de l'AMCES ?
- 2 Savez vous que votre hôpital a été érigé en hôpital de zone et est de ce fait associé à la mission de service public de santé avec le MSP ?
- 3 Avez-vous été associé aux discussions préliminaires à votre érection en hôpital de zone ?
- 4 Que savez vous de la contractualisation dans le secteur de la santé ? Pouvez-vous me dire la typologie des contrats dans le secteur de la santé ?
- 5 Avez-vous reçu une formation en matière de contractualisation ?
- 6 Si non, souhaiteriez vous recevoir une formation sur la contractualisation ?
- 7 Avez-vous pris connaissance de l'accord cadre signé entre le MSP et l'AMCES dont vous êtes membre ?
- 8 Connaissez vous vos droits et devoirs vis-à-vis de cet accord cadre de partenariat entre le MSP et l'AMCES ?
- 9 Dans le cadre de votre mission de service public, recevez vous des appuis du MSP ?
- 10 Si oui, de quelle nature sont ils ?
- 11 Vos impressions générales sur cette nouvelle mission à vous assignée par le MSP ?
- 12 Etes vous satisfait de l'état actuel de votre relation contractuelle avec le MSP ?
- 13 Participez vous aux activités de l'équipe d'encadrement de zone sanitaire (EEZS) ?
- 14 Vous sentez vous réellement membre de l'EEZS ?
- 15 Quelles sont vos propositions pour l'amélioration de votre partenariat avec le MSP ?
- 16 Pensez vous que l'état respecte ses obligations ?
- 17 Les responsables techniques de votre hôpital sont-ils informés de la signature d'un tel accord vous engageant dans une mission de services publics ?
- 18 Quelles sont vos attentes vis-à-vis de cet accord cadre de partenariat entre le MSP et l'AMCES ?

Annexe 2

Modèle 2

Guide d'entretien pour les interviews des promoteurs de structures d'appui aux mutuelles de santé

- 1 Quand avez-vous démarré vos activités au Bénin ?
- 2 Combien d'adhérents avez-vous actuellement ?
- 3 Combien de mutuelles de santé avez-vous créé ou appuyé ?
- 4 Quelles sont les localités couvertes par vos activités ?
- 5 Avec quelles formations sanitaires êtes-vous en partenariat ? Publiques ? Privées ?
- 6 Quelles sont les conditions d'adhésion à vos mutuelles ?
- 7 Parlez-moi un peu de ce que vous savez de la contractualisation dans le secteur de la santé ?
- 8 Avez-vous été formé sur la contractualisation dans le secteur de la santé ?
- 9 Si non, souhaiteriez-vous recevoir une formation sur la contractualisation dans le secteur de la santé ?
- 10 Savez-vous qu'un document cadre de contractualisation entre les mutuelles de santé et les formations sanitaires est en cours de finalisation au niveau de service de la santé communautaire (SSC) ?
- 11 Avez-vous participé à l'atelier d'élaboration de ce document cadre de contractualisation organisé par le SSC du MSP ?
- 12 Si non, avez-vous tout au moins pris connaissance du contenu de la première ébauche de ce document cadre de contractualisation entre les mutuelles de santé et les formations sanitaires ?
- 13 Si oui, quelles sont vos appréciations sur son contenu ?
- 14 Avez-vous des propositions pour son amélioration ?
- 15 Parlez-moi un peu des problèmes que vous rencontrez dans l'exercice quotidien de votre mission ?

Annexe 2

Modèle 3

Guide d'entretien pour les interviews des cadres du MSP impliqués dans la mise en œuvre de la contractualisation dans le secteur de la santé au Bénin

- 1 Connaissez-vous le concept de contractualisation dans le secteur de la santé ?
- 2 Parlez-moi de ce que vous savez de la contractualisation dans le secteur de la santé ?
- 3 Avez-vous participé à un séminaire de formation sur la contractualisation dans le secteur de la santé ?
- 4 Si oui, voulez-vous me parler un peu du contenu de cette formation ?
- 5 Si non, souhaiteriez-vous recevoir une formation sur le sujet ?
- 6 Savez-vous que le MSP a initié l'élaboration d'un document cadre de contractualisation entre les mutuelles de santé au Bénin et les formations sanitaires ?
- 7 Avez-vous participé à l'atelier d'élaboration de ce document ?
- 8 Si non, avez-vous tout au moins pris connaissance du contenu de la première ébauche de ce document ?
- 9 Quelles sont vos appréciations sur le contenu de ce document ?
- 10 Savez-vous que le MSP a signé un accord de partenariat par le biais de l'AMCES avec des hôpitaux confessionnels pour une association à la mission de service public de santé ?
- 11 Savez-vous que dans le cadre de cet accord de partenariat, ces hôpitaux ont été érigés en hôpitaux de zone ?
- 12 Vos impressions sur cet accord ?
- 13 Connaissez-vous l'expérience de l'hôpital de Mènonlin comme exemple de gestion déléguée d'un hôpital public à une structure privée ?
- 14 Quelle est votre appréciation sur cette première et unique expérience au Bénin ?
- 15 Souhaiteriez-vous que cette expérience soit répétée dans les nouveaux hôpitaux de zone non encore fonctionnels au Bénin ?
- 16 Si vous devriez être la seule personne dont dépendrait une telle décision de contractualisation des nouveaux hôpitaux de zone, quelle serait votre position ?

ANNEXE 3 : GRILLE D'ANALYSE D'UN CONTRAT

La grille qui est proposée ci-après doit être vue comme un outil qui peut être utilisé pour examiner un contrat déjà signé et sur lequel on veut se faire une opinion. Mais cette grille devrait surtout être un outil de préparation à un contrat, donc par conséquent être utilisée avant la signature d'un contrat. Ainsi, lorsque, dans un processus contractuel, les parties en présence sont arrivées à un premier draft de leur contrat, elles devraient utiliser la grille afin de les aider à voir si leur document est correctement établi.

Dans ce cas, on peut imaginer que les parties en présence se rencontrent et, ensemble, utilisent la grille afin d'examiner leur document de contrat.

ÉTAPE 1: ADAPTER LA GRILLE À LA SITUATION

Cette étape consiste à regarder la grille et à se poser les questions suivantes:

- Les questions de la grille sont-elles appropriées au contrat spécifique que l'on examine? En effet, si cette grille se veut générique, il va sans dire qu'elle ne peut pas prétendre s'adapter parfaitement à toutes les situations. Les utilisateurs de la grille devront donc se prononcer sur la pertinence de chaque question et, éventuellement, retirer certaines d'entre elles qui ne seraient pas pertinentes.
- Certaines considérations importantes dans le cadre du contrat spécifique sont-elles absentes? Les utilisateurs de la grille doivent se poser cette question et, si la réponse est positive, ils doivent formuler les questions appropriées et les introduire dans la grille.
- La pondération attribuée à chaque question est-elle pertinente? Dans la grille ci-dessous, une pondération est proposée: il est possible qu'elle soit mal adaptée au contrat spécifique qui est examiné; dans ce cas, les utilisateurs doivent changer les pondérations avant d'utiliser la grille, et, donc, se mettre d'accord sur une nouvelle pondération.

ÉTAPE 2: UTILISER LA GRILLE

Dans cette étape, les utilisateurs de la grille attribuent une note à chaque question et, éventuellement, indiquent des remarques.

QUESTIONS	NOTE	REMARQUES
1. Préambule - Est-il fait une référence claire à la politique nationale de santé ou à tout autre texte de portée nationale, ou à une convention-cadre? - Le contexte du contrat est-il clair? - Dispose-t-on d'informations sur les acteurs?	0,2,4,6 0,1,2,3 0,1,2,3	
2. Les parties prenantes (institutions) au contrat - sont-elles clairement identifiées? - ont-elles la capacité juridique permettant la signature d'un contrat?	0,2,4,8 0,3,6,9	

3. L'objet du contrat : - Est-il clair? - S'inscrit-il dans la Politique nationale de santé ? - Est-il possible dans le cadre de la loi ou de la réglementation? - Est-il bien formulé?	0,4,8,12 0,2,4,6 0,1,2,3 0,1,2,3	
4. Est-ce qu'un certain nombre de principes fondamentaux pour le contrat ont été énoncés?	0,2,4,6	
5. Le cahier des charges: - est-il approprié? (par rapport au type de relation contractuelle, est-il détaillé comme il se doit?: trop détaillé ou pas assez détaillé?) - les activités concernées par le contrat sont-elles clairement identifiées? - Les modalités de mise en œuvre des activités sont-elles claires? - Les objectifs à atteindre sont-ils clairement définis? - Les objectifs à atteindre sont-ils réalistes? - L'échéancier des activités est-il présent? - Le rôle que doit jouer chacune des parties au contrat est-il clair? - Si prévu, la collaboration avec d'autres acteurs est-elle claire?	0,1,2,3 0,2,4,6 0,1,2,3 0,2,4,6 0,1,2,3 0,1,2,3 0,1,2,3 0,1,2,3 0,1,2,3	
6. La durée du contrat est-elle : - clairement indiquée? - appropriée par rapport au type de contrat?	0,2,4,6 0,1,2,3	
7. Les moyens - existe-t-il un inventaire des moyens en place au moment du contrat: humains, physiques et financiers? - les moyens humains à mettre en place dans le contrat sont-ils clairement identifiés? Les moyens financiers qui devront être mis en place pendant le contrat sont-ils clairement définis? - Les moyens à mettre en place vous paraissent-ils appropriés?	0,1,2,3 0,3,6,9 0,3,6,9 0,1,2,3	
8. Les indicateurs de performance - existe-t-il des indicateurs permettant d'apprécier la mise en place des moyens prévus au contrat? - existe-t-il des indicateurs permettant d'apprécier les résultats obtenus? - ces indicateurs vous paraissent-ils pertinents par rapport aux objectifs?	0,3,6,9 0,3,6,9 0,2,4,6	
9. Les mécanismes de suivi - Le contrat prévoit-il clairement des mécanismes de suivi? - Les modalités de fonctionnement de ces mécanismes sont-elles prévues?	0,2,4,6 0,1,2,3	
10. Mécanismes d'évaluation: - ces mécanismes d'évaluation sont-ils prévus au contrat? - les moyens de les mener à bien sont-ils identifiés?	0,2,4,6 0,1,2,3	
11. Prévention et résolution des conflits		

- le contrat prévoit-il des mécanismes de prévention des conflits?	0,2,4,6	
- le contrat prévoit-il des mécanismes de résolution des conflits?	0,2,4,6	
- ces mécanismes sont-ils graduels?	0,1,2,3	
12. Les clauses de ruptures avant échéance sont-elles correctement prévues?	0,1,2,3	
13. La possibilité d'établir des avenants est-elle correctement prévue?	0,1,2,3	
14. Les modalités de fin de contrat et de renouvellement ont-elles été clairement identifiées et explicitées?	0,2,4,6	
15. Les modalités d'enregistrement du contrat sont-elles claires?	0,2,4,6	
16. Identification des signataires: les mandats donnés par les institutions sont-ils clairs?	0,1,2,3	
Total des notes obtenues		

ÉTAPE 3. ANALYSE DES RÉSULTATS

3.1. Score global:

1. Le numérateur sera déterminé par le total des points que vous aurez attribués lorsque vous aurez répondu à toutes les questions
2. Le dénominateur est le résultat de l'addition de toutes les notes maximales qui auraient pu être attribuées. Ici, ce nombre est de 200.
3. Calculez le ratio:

Total des notes attribuées 200 (ici)

Le résultat donne un pourcentage de satisfaction. Par exemple, si vous obtenez 100/200, cela veut dire que le contrat (la copie?) a obtenu la note de 10 sur 20; il a la moyenne!

4. Comment apprécier ce résultat global? Il n'y a pas de règle en la matière. Mais on pourrait aussi retenir l'idée que, si le contrat n'a pas atteint le score de 75%, c'est-à-dire de 150 sur 200, cela signifie que le contrat présente, aux yeux de ceux qui l'ont examiné, des imperfections encore nombreuses et qu'il ne devrait pas aller à la signature.

3.2. Améliorations

Partant de ce score global insuffisant, l'étape suivante permet d'identifier:

1. Quels sont les points où le contrat est suffisamment bien établi? Pour cela, vous allez repérer les questions auxquelles vous avez attribué la note maximale. Cela signifie que ce sont des points où les négociateurs du contrat n'ont pas besoin de retravailler.
2. Quels sont les points où le contrat est significativement mal établi? Pour cela, vous allez repérer les questions auxquelles vous avez attribué la note de 0. Ce sont les points pour lesquels vous devez prioritairement apporter des améliorations sensibles. Tant que ces améliorations ne seront pas apportées, le contrat ne pourra pas aller à la signature.
3. Les questions auxquelles vous avez attribué des notes intermédiaires, sont celles où vous devez apporter des améliorations, mais pour lesquelles la formulation va déjà dans le bon sens.

3.3. Itérations

Une fois les améliorations apportées, les parties prenantes devront à nouveau utiliser la grille, et ce, jusqu'à ce que le score soit jugé suffisant. Alors, le contrat peut aller à la signature.

ANNEXE 4

LES ELEMENTS QUI PEUVENT ETRE INCLUS DANS UNE CONVENTION-CADRE SONT :

1. En référence à la Politique Nationale de Santé et la Politique Contractuelle dans le secteur de la santé, la convention-cadre *rappellera les activités qui doivent faire partie de chaque arrangement contractuel spécifique, évitant ainsi toute renégociation au niveau d'une formation sanitaire*. Elle pourra ainsi porter une attention particulière sur certaines de ces activités ;
2. La convention-cadre peut *définir le rôle de l'instance fédérative dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de développement du district sanitaire* ;
3. La convention-cadre *définira un certain nombre d'articles qui devront être présents dans un arrangement contractuel et qui ne devront plus être renégociés à ce niveau* : par exemple, la convention-cadre pourra définir les modalités d'affectation et de détachements de personnels de la fonction publique dans les formations sanitaires qui relèvent de cette instance fédérative, les critères de performance et de suivi, le système d'information, etc. ;
4. La convention-cadre *définira le rôle que doit jouer l'instance fédérative dans le processus contractuel au niveau de chaque formation sanitaire* : dans la négociation du contrat, pour la signature du contrat, pour la supervision de la mise en œuvre du contrat, dans le règlement des conflits, dans l'évaluation ;
5. La convention-cadre déterminera l'attitude que doivent avoir chacune des formations sanitaires : par exemple, la convention-cadre peut *déterminer un calendrier de mise en place des arrangements contractuels pour chacune des formations sanitaires* relevant de cette instance fédérative ;
6. La convention-cadre peut *définir le rôle d'accompagnement que doit jouer*

chacun des acteurs de la convention-cadre, à savoir le Ministère de la Santé Publique et l'instance fédérative : par exemple, en matière de formation à la contractualisation ;

7. La convention-cadre peut définir des règles communes pour la prévention et la résolution des conflits, elle peut déterminer un certain nombre d'indicateurs de performance qui devront être systématiquement être utilisés dans chacun des arrangements contractuels spécifiques, elle peut déterminer des modalités d'établissement des rapports ainsi que leur périodicité, elle peut arrêter les règles comptables et budgétaires, elle peut définir certaines terminologies (par exemple, la notion de force majeure), elle peut définir les modalités d'exercice de la supervision, etc.

Ainsi, chacun des arrangements contractuels spécifiques des entités rattachées à une instance fédérative seront enchâssés dans une convention-cadre qui en assure l'harmonisation. Elle garantit à l'instance fédérative, mais aussi au Ministère de la Santé, que les arrangements contractuels des entités rattachées à ces instances fédératives sont harmonisés. Elle évite des négociations au cas par cas qui peuvent être inutilement longues.

ANNEXE 5 : LEXIQUE

- *Un système de santé* est un ensemble articulé de pratiques, de méthodes et d'institutions qui concourent à un même objectif d'amélioration de la santé des communautés.
- *Prestataires de soins* : désignent des agents de santé qui administrent et participent à l'offre de soins
- *La zone sanitaire (ZS)* : c'est l'entité géographique la plus décentralisée, formée d'un ensemble de structures publiques et privées, couvrant les besoins essentiels d'une population donnée et appuyée par une formation sanitaire de première référence. Elle se situe au niveau périphérique de la pyramide sanitaire du Bénin. Elle correspond au district sanitaire dans les autres pays.
- *L'hôpital de zone sanitaire* : c'est l'hôpital de référence de la zone sanitaire au Bénin
- *Les formations sanitaires* : ce sont les institutions publiques ou privées qui administrent des soins de santé
- *Les soins de qualité* : ensemble de soins de santé administrés dans le respect des normes et protocoles en vigueur en la matière et unanimement acceptés par tous en vue d'atteindre la satisfaction totale du client.
- *La performance des services de santé* : degré d'atteinte optimale des résultats attendus par les services de santé
- *Ticket modérateur* : contrepartie directement versée par le bénéficiaire de soins couvert par une mutuelle
- *Franchise* : montant moyen au-delà duquel le remboursement est accordé par la mutuelle
- *Plafonnement* : niveau de consommation de prestations de santé au-delà duquel aucun remboursement n'est accordé.

- *Tiers payant* : paiement des dépenses de santé par une mutuelle en lieu et place de ses adhérents
- *Prépaiement* : paiement des prestations avant la survenue de la maladie
- *Paiement par capitation* : paiement par avance d'une somme forfaitaire par personne contre la fourniture d'un certain paquet de prestations de santé défini par un contrat
- *Service de santé* : lieu où sont organisées des activités ayant une incidence sur la santé des populations
- *La personnalité juridique* : La personnalité juridique peut être accordée aux personnes physiques ou morales. La personnalité juridique peut s'acquérir par l'enregistrement sous différentes formes : association sans but lucratif (ASBL), coopérative, mutuelle, société anonyme (SA), société à responsabilité limitée (SARL), etc.