

Revue alternative sectorielle "Santé"



Le présent document a été élaboré avec l'aide financière de l'Union Européenne. Le contenu de ce document relève de la seule responsabilité du consortium et ne peut aucunement être considéré comme reflétant le point de vue de l'Union Européenne.

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ACC	Adaptation aux Changements Climatiques
ANAM	Agence Nationale d'Assurance Maladie
ANGC	Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne
ANTS	Agence Nationale de la Transfusion Sanguine
ANV-SSP	Agence Nationale de Vaccination et des Soins de Santé Primaires
ARCH	Assurance pour le Renforcement du Capital Humain
ARV	Anti Rétro Viral
ASS	Annuaire des Statistiques Sanitaires
BM	Banque Mondiale
CCNUCC	Convention Cadre des Nation Unies sur les Changements Climatiques
CEDEAO	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CODIR	Comité de Direction
COMPACT	Protocole d'accord signé et relatif à la mise en œuvre du Plan Triennal de Développement du secteur de la Santé en vue d'atteindre les OMD relatifs à la survie de la Mère
CTB	Coopération Technique Belge
CTRSS	Commission Technique des Reformes du Secteur Santé
DAF	Direction de l'Administration et des Finances
DDS	Direction Départementale de la Santé
DHIS	District Health Information Software (DHIS)
DIEM	Direction des Infrastructures, de l'Equipement et de la Maintenance
DIP	Direction de l'Informatique et du Pré- archivage
DNH	Direction Nationale des Hôpitaux
DNSP	Direction Nationale de la Santé Publique

DPMED	Direction des Pharmacies, du Médicament et des Explorations Diagnostiques
DPP	Direction de la Programmation et de la Prospective
DRH	Direction des Ressources Humaines
DSIO	Direction des Soins Infirmiers et Obstétricaux
DSME	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EEZS	Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire
FADeC	Fonds d'Appui au Développement des Communes
FM	Fonds Mondial
FSI	Fonds Sanitaire des Indigents
HTA	Hypertension Artérielle
IGE	Inspection Générale d'Etat
INSAE	Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
MCZS	Médecin Coordonnateur de Zone Sanitaire
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MICS	Multiple Indicateur Cluster Survey
MNT	Maladies Non Transmissibles
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
MTN	Maladie Tropicale Négligée
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAG	Programme d'Actions du Gouvernement
PEV	Programme Elargi de Vaccination

PF	Planning Familial
PND	Plan National de Développement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLMNT	Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles
PNLMT	Programme National de Lutte contre les Maladies Transmissibles
PNPMT	Programme National de la Pharmacopée et de Médecine Traditionnelle
PNS	Politique Nationale de Santé
PNT	Programme National contre la Tuberculose
PSLS	Programme Santé de Lutte contre le Sida
PTD	Plan Triennal de Développement
RAMU	Régime Assurance Maladie Universelle
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SARA	Service Availability Readness Assesment
SGM	Secrétariat Général du Ministère
SIDA	Syndrome Immuno-Déficitaire Acquis
SIMR	Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SNIGS	Système National d'Information et de Gestion Sanitaires
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SSP	Soins de Santé Primaires
STEP (Enquête)	Enquête réalisée étape par étape
TB	Tuberculose
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZS	Zone Sanitaire

Sommaire

Liste des abréviations et acronymes	03
Sommaire	07
Liste des tableaux et graphiques.....	09
Avant-propos	11
Introduction	13
Chapitre 1 : Méthodologie	17
Chapitre 2 : Cadre normatif et institutionnel du droit à la santé au Bénin.....	23
Chapitre 3 : Réalités de l'offre des services d'accès à la santé dans le cadre géographique de la vérification communautaire	31
Chapitre 4 : De l'ineffectivité persistante de l'accès à la santé aux approches inclusives durables	49
Conclusion	61

Liste des tableaux et graphiques

Tableau 1 : système national de santé au Bénin depuis 2014.....	25
Figure 1: Cartographie des OSC partenaires selon les zones d'intervention.....	20
Figure 2: Disponibilité de maternité isolée	35
Figure 3: Disponibilité d'Unité Villageoise de Santé (UVS).....	35
Figure 4: Disponibilité de dispensaire.....	36
Figure 5: Etat des pistes d'accès aux centres de santé	40
Figure 6: Accès à un service de prise en charge des indigents	42
Figure 7: Accès à un service d'accueil	43
Figure 8: Accès à des agents d'orientation à l'entrée des centres.....	43
Figure 9: Accès à un service de réclamation.....	47

Avant-propos

Les Etats parties au Pacte International relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels doivent prendre les mesures nécessaires en vue d'assurer « *La création de condition propre à assurer à tous les services médicaux et une aide médicale en cas de maladie* ». Ainsi est formulée aux points (d.) de l'article 12 du Pacte International relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels, la quatrième mesure nécessaire et consubstantielle au droit à la santé que devrait prendre chaque Etat partie dont le Bénin.

Cette adhésion du Bénin au principe universel du droit à la santé suppose par ricochet une pleine adhésion aux standards et normes de qualité structurant la mise en place de service d'accès à la santé. Le gouvernement du Bénin s'inscrivant dans la continuité de l'action publique au niveau du secteur de la santé, a affiché dans son Programme d'Action Gouvernementale 2016-2021, une ferme volonté d'assurer pour tous les citoyens un accès au service de soins de santé tel que requis supra.

De la volonté aux initiatives passant par leur réalisation, l'effectivité demeure la principale problématique avec l'échéance 2030 qui met un accent particulier sur l'impact perceptible au niveau des cibles.

La société civile, dans son rôle de contrôle citoyen de l'action publique, a décidé de s'imprégner au mieux de l'effectivité de quelques initiatives prises pour remonter, au cas échéant, le niveau de satisfaction des citoyens et nourrir un dialogue fructueux entre acteurs de l'offre et de la demande du service public d'accès à la santé.

C'est l'occasion de remercier l'Union Européenne qui, dans le cadre du 11^e Fonds Européen de Développement (FED), à travers le programme RePaSOC, a permis au consortium CSB-PASCIB-WANEP Bénin à la diligence, es qualité chef de fil, Changement Social Bénin (CSB) de conduire l'initiative intitulée « *Participation décisionnelle des OSC aux politiques publiques* ». De la mobilisation au renforcement de capacités passant par l'appropriation de la politique publique sectorielle, le consortium avec douze (12) OSC cibles présentes dans les douze (12) départements a procédé à la vérification communautaire de l'effectivité des initiatives publiques dans le secteur de la santé au niveau national. Au-delà des généralités en termes de critères structurant la vérification que sont la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité, l'adaptabilité dans le secteur de la santé au niveau national, un focus a été mis sur la phase pilote du volet santé du projet ARCH qui concerne trois zones sanitaires (Abomey-Calavi - Sô-Ava, Djougou – Copargo - Ouaké, Dassa-Zoumé - Glazoué).

Le Ministère de la santé et sa structure l'ANAM, en qualité d'institution porteuse de l'offre du service public d'accès à l'eau, saisissant l'opportunité de l'initiative portée par le consortium n'ont ménagé aucun effort pour avoir un regard extérieur sur les impacts de leurs services.

Par ailleurs, l'atelier national de consolidation des données a été l'occasion pour les parties prenantes élargies à l'Association Nationale des Communes du Bénin (ANCB), au regard de la forte participation des communes aux ateliers départementaux de relever la différence d'approche en termes d'indicateurs et par ricochet de critères d'évaluation de performance entre la société civile et les acteurs de l'offre.

Il s'agit de façon globale de l'Approche Basé sur les Droits Humains qui a vocation lorsqu'elle est prise en compte tant à la conception, à l'élaboration et au suivi-évaluation des politiques publiques de ne laisser personne de côté.

Le droit à la santé en tant que droit humain gagnerait au Bénin à une réelle prise en compte des outils onusiens généreusement mis à disposition des Etats par le Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme.

Ralmeg GANDAHO

*Président du Conseil d'Administration
Changement Social Bénin*

Introduction

L'accès des populations aux soins de santé de qualité s'imbrique parfaitement avec les politiques développementalistes. Cette constance, le Programme des Nations Unies pour le Développement l'a rapidement comprise et prise en compte dans ses actions en faveur des Etats. Au début des années 1990, sous la direction de Mahbud ul Haq en référence aux travaux de Amartya Sen, le PNUD lance le concept de "développement humain". Ce concept, pendant une décennie, va s'affiner en intégrant plusieurs dimensions, ce, à travers la production de rapports annuels au niveau mondial, puis à partir de 1993 de rapports nationaux abordant des thèmes spécifiques (modes de consommation, financement, croissance, problème de genre, sécurité, mondialisation, gouvernance, etc.) (UNDP, 1999). Il est stimulé par l'idée selon laquelle le développement humain et les politiques associées visent à accroître la capacité des individus à mieux "fonctionner", c'est à dire à vivre mieux et ainsi à s'épanouir (Sen, 1987-1993). Dans cette optique, le PNUD affirme que « *les individus sont la véritable richesse d'une nation. Le développement doit donc être un processus qui conduit à l'élargissement des possibilités offertes à chacun. Il a pour objectif fondamental de créer un environnement qui offre aux populations la possibilité de vivre longtemps, et en bonne santé, d'acquérir les connaissances qui les aideront dans leurs choix et d'avoir accès aux ressources leur assurant un niveau de vie décent*¹. »

Implicitement, on se rend compte que, plus qu'on ne veuille l'admettre, le développement d'un pays s'appuie sur deux leviers fondamentaux parmi tant d'autres, à savoir la santé et l'éducation au sein de la population étant donné que la population active doit être en bonne santé afin de pouvoir produire de la richesse. Face à cet état impératif, le Bénin n'y échappe pas non plus. Et c'est pour faciliter cette accessibilité aux services de santé que la politique publique a conçu une pyramide sanitaire qui se focalise autour de l'organisation territoriale administrative. Elle est faite de 34 zones sanitaires dont quelques-unes ne sont pas fonctionnelles, et ce pour plusieurs motifs.

Cette organisation territoriale sanitaire doit disposer d'un plateau technique et d'un personnel médical formé, compétent et disponible à cet effet. Dès lors, la conscience de ces enjeux inscrit le Bénin dans des relations multilatérale au sujet des questions de santé de population.

C'est dans ce contexte que l'Etat a le devoir de satisfaire le droit à la santé qui s'exprime en termes d'égal accès à la santé selon l'article 8 de la Constitution du 11 Décembre 1990.

¹PNUD, 1990.

Cependant, dans la réalité des faits, toutes les populations ne sont pas à l'abri des difficultés d'accès aux services de santé dans tous ses aspects. Beaucoup d'études ont prouvé cette exclusion de fait des services sanitaires par certaines catégories démographiques selon les établissements humains (EDS-2017-2018 ; Annuaire statistique 2019 ; PNDS 2018 ; Enquête SARA 2015- 2018). Les facteurs justifiant cette exclusion de certaines personnes de la population béninoise ont fait objet de vérification et des mesures en vue d'une grande couverture sanitaire du territoire national ont été prises.

C'est dans la perspective d'une grande intégration sanitaire de la population béninoise, que le PAG de 2016-2021 à travers son troisième pilier, a prévu d'améliorer les conditions de vie des populations. Lequel prend en compte les interventions du secteur de la santé à travers l'axe 6 relatif au renforcement des services sociaux de base et de protection sociale. Quant au Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2018-2022, qui est élaboré au terme des études d'évaluation du plan précédents et autres domaines de la santé et dont le but est d'améliorer l'état de santé de la population, il incarne une vision selon laquelle : « *Le Bénin dispose en 2030 d'un système régulé, performant et résilient basé sur la disponibilité permanente de soins promotionnel, préventif, curatif, ré-adaptatif et palliatif de qualité, équitable et accessible selon le cycle de vie, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec la participation active de la population* ». Il est aussi à préciser que le PNDS est organisé autour des six piliers de l'OMS pour le renforcement des systèmes de santé. Il s'agit de :

- 1- Développement du leadership et de la gouvernance,
- 2- Prestation de service,
- 3- Développement des ressources pour la santé,
- 4- Développement des infrastructures, des équipements, de la maintenance et des produits de santé,
- 5- Amélioration du système d'information sanitaire et promotion de la recherche pour la santé, et,
- 6- Amélioration du mécanisme de financement pour une meilleure couverture sanitaire universelle.

Les questions de santé de la population ne sont plus uniquement des préoccupations nationales mais aussi internationales. Car, la mobilité de la population, tout comme sa bonne santé est un indicateur au développement. C'est dans ce contexte que se justifient les apports de l'Union Européenne pour le secteur de la santé au Bénin.

Au terme de la présentation du plan, la présente revue se réalise sous l'angle de la structuration ci-après : Il est dans un premier temps exposé la méthodologie ayant prévalu à sa réalisation (**Chapitre 1**). Dans un second temps, le cadre normatif et institutionnel du secteur de la santé au Bénin est présenté (**Chapitre 2**) avant qu'il ne soit procédé à une exposition des réalités de l'offre des services d'accès à la santé dans le cadre géographique

de la vérification communautaire en se basant sur les résultats de la mission de vérification communautaire faite ainsi que des données agrégées à l'issue des différents ateliers de consolidation (**Chapitre 3**). La dernière ligne droite de cette revue consiste à construire une analyse autour de l'ineffectivité persistante de l'accès à la santé en zone de forte vulnérabilité et à définir des approches inclusives durables (**Chapitre 4**).

CHAPITRE 1

MÉTHODOLOGIE

Les points développés dans cette partie du travail sont : la revue communautaire, la cible ayant réalisé la mission de vérification communautaire, l'univers de ladite mission, l'élaboration de l'outil et enfin l'organisation pratique de cette dernière.

La question de santé est une préoccupation tant scientifique que politique, car le droit à la santé n'a de sens que si chacun des citoyens bénéficie des soins convenables à son état sanitaire, dans la mesure où la santé de tout individu est aussi conditionnée par les déterminants sociaux. C'est ce qui justifie une pluralité des facteurs qui sous-tendent la non satisfaction adéquate des individus.

C'est dans cette perspective que s'inscrit alors la présente revue documentaire, qui a un caractère synthétique.

1- 1- Revue documentaire

La présente revue documentaire s'articule autour de la problématique de la mission faisant objet de vérification communautaire. Elle est liée à la fourniture des services de santé dans les communes en l'occurrence le volet santé du projet ARCH. Ce projet est une innovation du gouvernement pour intégrer les extrêmes pauvres dans un panier de service public lié à leur état de santé une fois défaillant.

La politique de santé s'organise autour des infrastructures sanitaires avec un personnel médical disponible, compétent et équitablement réparti dans toutes les unités administratives et hospitalières du pays. Là c'est l'idéal, mais à l'épreuve des faits, des facteurs multiples constituent des obstacles à la satisfaction de tous les citoyens, ce qui engendre alors des discriminations dans l'accès aux soins de santé, générant ainsi des exclus avec des pathologies létales qui déciment certaines couches sociodémographiques vulnérables. Parmi elles, figurent les femmes de toutes situations, les enfants de 0 à 5 ans et les personnes âgées.

L'environnement épidémiologique révèle que parmi les pathologies prioritaires qui font objet de consultation médicale (42,8%) et d'hospitalisation (52,3%) selon l'annuaire statistique de 2016 figure le paludisme. Quant à celui de 2019, il indique que le taux de létalité dû au paludisme est de 1,3%. Il y a aussi des pathologies chroniques transmissibles et non transmissibles : c'est le cas du VIH/SIDA et de la Tuberculose qui contribuent au fort taux de décès dans la population générale. Le Bénin dispose d'un statut ambivalent

en termes de pathologies, car, parmi celles-ci figurent les pathologies endémiques et épidémiques. Il existe aussi des pathologies qui sont négligées par des politiques publiques adéquates. Suite à cette brève analyse signalétique du profil épidémiologique, la fourniture des services de santé est aussi tributaire des infrastructures socio-sanitaires et des compétences médicales. Cette variable dans la justification du faible taux de satisfaction de la population dans sa diversité montre les défaillances du système de santé. C'est ainsi que le taux de couverture relatif aux infrastructures socio-sanitaires est faible dans la mesure où il est de 96% selon l'annuaire statistique de 2019. On en déduit qu'une partie des populations est ainsi restée en « rade » alors même que les capacités d'accueil au Bénin ne relèvent plus uniquement du secteur public. Les acteurs sont devenus pluriels, en témoignent les composantes de l'organisation sanitaire. Parmi eux se trouvent les confessionnels, les ONG, les privés et autres programmes de santé pour contribuer à réduire les disparités en matière d'accès aux soins. A titre d'illustration, figure le programme de médecins généralistes communautaires en zones rurales dans le Nord du Bénin (Alibori, Donga, Atacora, Collines).

Outre l'inégalité en matière d'infrastructures sanitaires qui illustre la faible couverture médicale, il y a non seulement, la qualité des soins mais aussi les compétences médicales disponibles et présentes. L'annuaire statistique de 2019 révèle que pour 10.000 habitants, le nombre de médecin est nul.

En revanche, le nombre de sages-femmes pour 10.000 femmes en âge de procréer est de trois (3).

Quant au taux de fréquentation des services de santé, il est de 59,1%. Cet indicateur témoigne que pour les questions de santé, les centres de santé ne constituent pas toujours les premiers recours d'une part, et d'autre part, certains sont exclus, ce, du fait de la non disponibilité des infrastructures sanitaires alors que le Bénin connaît une croissance démographique, laquelle est en opposition avec la démographie médicale. La présence du personnel non qualifié est prouvée aussi par la dernière Edition de l'Enquête Démographique de Santé (2017-2018) où 5% des aides-soignantes continuent d'offrir des soins prénataux.

La problématique de la santé de population, nécessite parfois, des évaluations du système de santé, afin de mieux combler les lacunes par secteur et par nature de formation sanitaire. C'est ainsi que l'Etat béninois a effectué des évaluations, lesquelles ont sous-tendu l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire (2018-2022). C'est au terme de tous les diagnostics, que des mesures sont prises, face à l'un des maux, qu'est la faible fonctionnalité des instances de coordination et de concertation au sujet de la santé de la population, selon la pyramide sanitaire (PNDS 2018-2022).

Outre ce diagnostic national, le Bénin, bénéficie à l'instar des autres pays membres de l'OMS, d'une enquête d'évaluation du système de santé appelée SARA, dont l'objectif est d'apprécier la disponibilité, la capacité opérationnelle des services de santé au Bénin et la qualité des données du Système National d'Informations et de Gestion Sanitaire. Elle est à sa troisième édition au Bénin, où pour celle de 2015, il est indiqué que : « globalement, on note une faible capacité de diagnostic en matière de soins prénataux et de soins de l'enfant (64% en 2015 contre 34% en 2013) ». En revanche il est apparu qu'« on note également que 100% des Formations Sanitaires offrent des services de diagnostic ou de traitement du paludisme contre 22% en 2013 ». On se rend compte que le paludisme reste ainsi une pathologie dont la compétence médicale est disponible.

Quant à sa troisième édition, SARA (2018), on note que moins de 1% des enquêtés sont couverts par l'assurance maladie.

C'est ce constat qui entre autres, justifie l'avènement du projet ARCH dont l'un des services est l'assurance maladie surtout pour les extrêmes pauvres dont la prise en charge incombe à l'Etat. Il assure à ces derniers cette couverture sanitaire qui intègre une typologie des affections et des actes médicaux, préalablement identifiés et retenus sur la base de plusieurs mobiles et pour une certaine durabilité de l'initiative dans le temps.

L'ARCH est actuellement à l'étape pilote dans trois zones sanitaires (Abomey-Calavi ; Sô-Ava ; Djougou ; Copargo ; Ouaké ; Dassa-Zoumé ; Glazoué) pour une population bénéficiaire, des extrêmes pauvres, dénombrée et estimée à 88 948 Pauvres extrêmes affiliés détenteurs de carte². La présente mission est opérationnalisée par les agents de la Société Civile dans ces zones sanitaires.

1-2- Présence des acteurs

Le besoin d'une professionnalisation des acteurs de la Société Civile, a contribué à l'avènement des compétences par domaine thématique. C'est ainsi que certains ont bénéficié des formations par secteur d'opérationnalisation de la Maison de la Société Civile. Cette approche favorise leur inscription dans le secteur de la santé en conformité avec l'ODD 3, qui intègre le bien-être, l'hygiène de vie et le sport. Au terme de cette réorganisation des acteurs de la Société Civile, ceux de la santé se retrouvent sur l'axe social couvrant les ODD 1 à 6, ceci, sur la base d'organisation territoriale à deux niveaux à savoir : départemental et communal.

C'est sur la base de cette nouvelle organisation des acteurs de la Société Civile, que la mission de la vérification communautaire de la fourniture des services sanitaires, au

²Source : ANAM

profit de la population s'appuie pour être réalisée. Cette approche permet de mobiliser les ressources humaines de chacune des structures, selon leurs échelles géographiques, départementales et communales afin que la mission de vérification communautaire soit un succès.

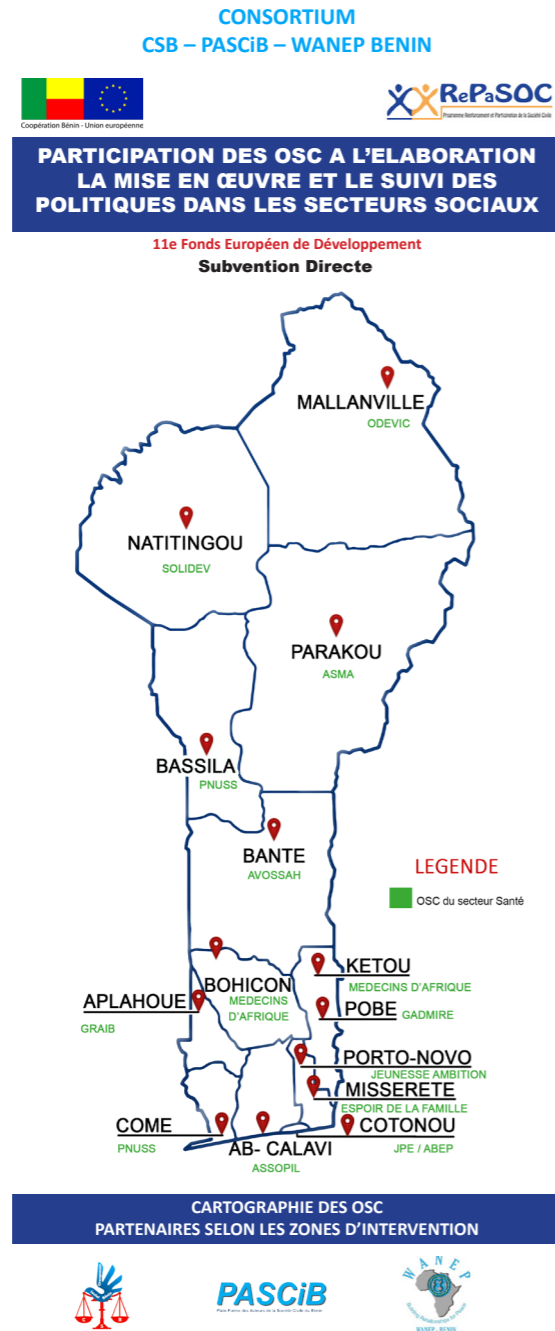


Figure 1: Cartographie des OSC partenaires selon les zones d'intervention

La cartographie ci-dessus présente les acteurs de la Société Civile mobilisés à cet effet. A l'issue de cette présentation des acteurs de la Société Civile de ce pool thématique qu'est la santé, il est aussi utile d'envisager les zones desservies par la présente mission de vérification communautaire de la fourniture des services sanitaires dans les contrées territoriales bénéficiaires du présent projet.

1-3- Couverture géographique

Une bonne santé, est un facteur indispensable à la prospérité sociale et économique. Or, aujourd'hui, cette bonne santé est tributaire de plusieurs déterminants dont le personnel médical, le plateau technique et la couverture totale du territoire en vue d'assurer une équité dans l'accessibilité géographique. Cependant, à l'épreuve des faits, il est reconnu que le milieu urbain est mieux loti que celui du rural (EDS2017-2018 ; SARA 2015-2018). Cette disparité sociale, est à la base de plusieurs initiatives qui militent pour une forte couverture sanitaire de la population dans sa diversité. C'est dans ce contexte que s'inscrit l'approche assurance maladie de ARCH qui a trois zones sanitaires au titre de pilotage. C'est ainsi que le cadre géographique de la mission de vérification communautaire se précise. Ledit cadre géographique se présente avec la photographie sociale des acteurs de la Société Civile mobilisés à ce propos.

Après cette identification des acteurs de la Société Civile en charge de la mission, dans leurs zones sanitaires respectives, il est important de décrire l'outil avec lequel ladite mission est accomplie.

1-4- Élaboration de l'outil de vérification communautaire

La préoccupation de la présente mission est d'évaluer la fourniture des services de santé aux populations selon leur cycle de vie. Alors, il se révèle important d'appréhender, entre autres, la disponibilité d'une formation sanitaire dans la localité bénéficiaire de la présente mission, leur fonctionnalité tout comme les commodités requises, que sont l'existence d'une source d'eau potable et d'une source d'électricité. Ces préoccupations sont fondées sur l'approche ABDH. C'est dans une ambiance de mobilisation sociale aux causes sanitaires de la population, objet de la présente mission, que les acteurs de la Société Civile se sont réunis pour élaborer leur outil de travail. Ce conclave est mené avec des moments d'échanges sur les types d'information à renseigner dans l'univers géographique, identifié et retenu au sein de la pyramide sanitaire. Ces trois jours de formation du personnel de terrain ont permis non seulement de retenir les variables de la mission selon les objectifs du projet mais aussi d'en approprier le contenu.

C'est au terme de ces trois jours d'échanges entre acteurs que l'outil de vérification communautaire est élaboré par toutes les parties prenantes à cette mission à visée empirique. Après avoir élaboré l'outil, il est question d'opérationnaliser ladite mission sur le terrain ce qui nécessite la mise en place d'une organisation.

1-5- Organisation pratique de la mission

Les différents acteurs de la Société Civile, du fait de leur localisation territoriale sont chacun, dans leurs zones respectives, responsabilisés pour opérationnaliser la présente mission. A ce titre, leur personnel est déployé dans les localités où se trouvent les formations sanitaires qui sont les unités statistiques de la présente mission. Chacun des responsables des organisations de la Société Civile tant à l'échelle départementale qu'à celle communale, assure et contrôle le travail du personnel de terrain. Les agents enquêteurs sur le terrain avec les logistiques convenus surtout la tablette qui héberge l'outil de vérification communautaire (qu'est Kobo collecte) réalisent les interviews au sein de la population de la vérification communautaire. Les personnes à interviewer sont âgées d'au moins 18 ans et vivent dans les localités retenues pour la présente mission.

En plus de ce palier de la mission, il y a aussi celui de la supervision. Elle est composée des acteurs qui conduisent le projet. La supervision contrôle l'effectivité de la mission par le personnel dans leurs zones respectives. Elle vérifie la qualité de la mission sur le terrain et apporte les solutions aux diverses difficultés des équipes sur le terrain.

C'est au terme de cette organisation pratique que les données renseignées via la plateforme ont fait objet de traitement.

1-6- Traitement des données

Les données ont été traitées avec Excel afin de réaliser les tableaux statistiques pour chacune des variables de l'outil. Après traitement des données, les gestionnaires du projet ont mis aussi en place une stratégie visant à la consolidation des données brutes obtenues sur le terrain. C'est ainsi que le premier niveau de discussion de ces données brutes est départemental.

A ces rencontres, des réalisateurs de la mission dans leurs zones géographiques procèdent à l'exposition des résultats. Ces derniers font objet de commentaires de la part des autorités communales et des responsables des Organisations de la Société Civile cibles c'est-à-dire du secteur de la santé. Il est aussi un espace de collecte des données, de par les apports et les insuffisances relevées en vue de leur amélioration. Outre l'échelle départementale où les données brutes du terrain ont connu des dynamiques, vient l'étape nationale où d'autres catégories d'acteurs sont invitées à faire au même exercice avec des données améliorées à l'échelle inférieure. C'est avec cette trame que les données ont connu des analyses affinées pour que les recommandations soient soutenues par les informations fiables et complètes.

La problématique de la santé de la population est au cœur de plusieurs acteurs avec des fonctions dévolues dans un cadre à la fois législatif et réglementaire.

CHAPITRE 2

CADRE NORMATIF ET INSTITUTIONNEL DU DROIT À LA SANTÉ AU BÉNIN

2-1- Cadre normatif

Le cadre normatif du secteur de la santé au Bénin est composé des différentes normes (Lois, Décret, Arrêté etc...) qui le structurent.

Sans être exhaustif, les textes juridiques ci-dessous sont les plus importants et concernent directement ou indirectement le sous-secteur de la santé au Bénin.

Il s'agit des :

- Loi N° 90-32 du 11 Décembre 1990 portant Constitution de la République du Bénin révisée par la loi N° 2019- 40 du 07 Novembre 2019 portant révision de la Loi N° 90-32 du 11 Décembre 1990 portant Constitution de la République du Bénin,
- Décret N° 2005-61 du 28 Septembre 2005 portant réorganisation de la base de la pyramide sanitaire de la République du Bénin en zones sanitaires,
- Décret N° 2020-078 du 19 février 2020 portant Attributions, Organisation et Fonctionnement du Ministère de la Santé,
- Décret N° 88-444 du 18 Novembre 1988, portant autorisation de vente des médicaments essentiels et rétention des recettes des formations sanitaires en leur sein,
- Décret N°90-347 du 14 Novembre 1990 portant approbation des statuts des centres hospitaliers départementaux ou des formations Sanitaires assimilées,
- Décret N° 2002-113 du 12 mars 2002 portant approbation des statuts des hôpitaux de zones,
- Décret N° 2012-300 du 28 Août 2012, portant attributions, organisation et fonctionnement des Centres Hospitaliers et Universitaires du Bénin,
- Arrêté interministériel année 2017 N° 34 MS/MDGL/DC/SGM/CTJ/DNSP/SDPPP/SA/036SGG17 portant attribution, composition, organisation et fonctionnement du Comité de Santé de la Zone Sanitaire (CS/ZS),
- Arrêté Interministériel année 2017 N°032 /MS/MDGL/DC/SGM/CTJ/DNSP/SDPPP/SA/037SGG17 portant attributions, composition, organisation et fonctionnement du Comité de Gestion des Centres de Santé (COGECS),
- Arrêté N° 2017-002 du 30 janvier 2017 portant attributions, organisation et fonctionnement de la Direction Nationale de la Santé Publique,

- Arrêté n° 7556/MSP/DC/SGM/DRFM/DNPEV-SSP/CADZS/SA du 22 Septembre 2003 portant règlementation de la contribution du financement communautaire au fonctionnement de la Direction Départementale de la Santé Publique et des organes de gestion du niveau périphérique,
- Arrêté N° 10277/MSP/DC/SGM/CTJ/DDZS/SA du 21 Octobre 2005 modifiant l'arrêté portant fixation des primes et indemnités à la charge du Financement Communautaire dans les services et formations sanitaires du niveau périphérique,
- Arrêté Interministériel année 2020 N°037/MEF/MS/DC/SGM/CJ/CTJ/DAF/SA/3945GG19 portant gestion des fonds d'amortissement dans les centres de santé publics périphériques,
- Arrêté interministériel année 2019 N° 2406 /MEF/MS/DC/SGM/CTJ/DAF/DGTCP/SA/01075GG portant gestion des ressources financières des établissements hospitaliers publics,
- Arrêté Année 2017 N° 033 MS/DC/SGM/CTJ/DNSP/SDPPP/SA/0385GG17 portant attributions, composition, organisation et fonctionnement de l'Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire.

Par ailleurs, dans leur politique de développement, les différents gouvernements de la République du Bénin, ont toujours accordé une place privilégiée à la santé de la population. Cet effort est visible à travers :

- Les Etudes Nationales de Perspectives à Long Terme Bénin 2025 Alafia qui mettent l'accent sur le bien-être social qui repose entre autres sur les soins de santé de qualité.
- L'adoption en septembre 2015 des Objectifs de Développement Durable (ODD) qui offre une opportunité à travers l'ODD3 « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ».
- La Politique Nationale de Population (PNP) qui vise la promotion de la santé à travers plusieurs de ses objectifs spécifiques dont les objectifs spécifiques 2 et 3 qui aspirent respectivement à réduire les taux de fécondité précoce et tardive et à contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile-juvénile.
- Le Programme d'Action du Gouvernement (PAG 2016-2021) quant à lui ambitionne de « Relancer de manière durable le développement économique et social du Bénin ». A cet effet, trois (3) piliers ont été définis. Le troisième intitulé: "Améliorer les conditions de vie des populations" prend en compte les interventions du secteur de la santé à travers l'axe 6 relatif au renforcement des services sociaux de base et protection sociale.
- La Politique Nationale de Santé (PNS) : Elle vise à traduire la politique du Gouvernement dans le secteur de la santé assurant l'amélioration de la qualité de vie des populations.
- Le Plan National de Développement (PND 2018-2025).
- Le Plan de Croissance pour le Développement Durable (PC2D 2018-2021) qui est le document opérationnel du PND.

2-2- Cadre Institutionnel

Au Bénin, le système sanitaire suit une structure pyramidale à trois niveaux, calquée sur le découpage territorial. On distingue le niveau central (national), le niveau intermédiaire (départemental) et le niveau périphérique (communes et arrondissements).

En plus des structures publiques, le Bénin compte un nombre important de structures privées (2197 recensées en 2012) et un grand nombre d'acteurs des médecines traditionnelles et alternatives.

Au niveau central, le Ministère de la Santé a pour mission la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la politique de l'État en matière de Santé, conformément aux lois et règlementation en vigueur au Bénin et aux visions et politique de développement du Gouvernement. Le Ministre de la Santé est responsable de la promotion sanitaire au Bénin. À ce titre, il est chargé de :

- Concevoir, appliquer et contrôler la politique sanitaire nationale et internationale de l'État ;
- Définir et suggérer au Gouvernement, au besoin, de concert avec d'autres départements ministériels, les stratégies et programmes d'actions conformes à la politique sanitaire ;
- Développer et exécuter, en collaboration avec les autres départements ministériels, les politiques de formation et de mise à niveau du personnel de la santé.

Tableau 1 système national de santé au Bénin depuis 2014

Niveaux	Structures	Institutions hospitalières et Socio-sanitaires	Spécialités / Activités
CENTRAL ou NATIONAL	Ministère de la Santé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU-HKM) ▶ Centre National de Pneumo-phtisiologie ▶ le Centre National Hospitalier de Psychiatrie ▶ le Centre National Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant (CHU-MEL) ▶ Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) ▶ Agence Nationale de la Transfusion Sanguine (ANTS) ▶ Service d'Accueil Médical des Urgence (SAMU) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Médecine ▶ Pédiatrie ▶ Chirurgie ▶ Gynéco- obstétrique ▶ Radiologie ▶ Laboratoire ▶ O.R.L ▶ Ophtalmologie ▶ Cardiologie ▶ Dermatologie ▶ Urologie ▶ Banque de Sang ▶ Psychiatrie ▶ Autres spécialités

INTERMÉDIAIRE ou DÉPARTEMENTAL	Direction Départementale de la Santé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Centre Hospitalier Départemental (CHD) ▶ Centre d'Information, de Prospective, d'Ecoute et de Conseil (CIPEC) ▶ Centre de Traitement Anti Lèpre (CTAL) ▶ Centre de l'Ulcère de Buruli d'Allada et de Pobè ▶ Centre de Pneumo-Phtisiologie d'Akron ▶ Centre Départemental de Transfusion Sanguine 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Médecine ▶ Pédiatrie ▶ Chirurgie ▶ Gynéco obstétrique ▶ O.R.L ▶ Ophtalmologie ▶ Radiologie ▶ Laboratoire ▶ Autres spécialités : Banque de sang
PÉRIPHÉRIQUE	Zone Sanitaire (Bureau de Zone)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Hôpital de Zone (HZ) , Centre de Santé (CS) ▶ Site de prise en charge du VIH/SIDA Formation sanitaire privée/confessionnelle ▶ Centre de Détection de la Tuberculose (CDT) ▶ Centre de dépistage de la lèpre et de l'ulcère de Buruli ▶ Centre de Dépistage Volontaire de VIH (CDV) ▶ Unité Villageoise de Santé (UVS) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Médecine générale ▶ Chirurgie d'urgence ▶ Gynéco- obstétrique ▶ Soins curatifs ▶ Accouchements ▶ Radiologie ▶ Laboratoire ▶ Vaccination ▶ IEC/CCC ▶ Pharmacie ou dépôt pharmaceutique ▶ Loisirs ▶ Alphabétisation ▶ Activités à base communautaire

Source: SGI/DPP/MS

Le niveau central comprend :

- le cabinet du ministre ;
- l'Inspection générale du ministère ;
- les services directement rattachés au ministre ;

- le Secrétariat Général du Ministère ;
- les directions centrales et techniques ;
- les établissements hospitaliers de référence ;
- les organismes sous tutelle ;
- les organes consultatifs nationaux.

Au niveau intermédiaire, les Directions Départementales de la Santé (DDS), au nombre de 12 à raison d'une par département représentent le niveau intermédiaire du système de santé et constituent les organes de programmation, d'intégration et de coordination de toutes les actions de santé au niveau du département. Elles supervisent les structures de santé des niveaux intermédiaire et périphérique.

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

Le système sanitaire béninois fait recours de plus en plus aux relais communautaires (RC) qui jouent le rôle d'interface entre les formations sanitaires et les populations. Ils constituent des interfaces fort utiles, qui suite aux prestations données dans les formations sanitaires prolongent dans les villages et les maisons, les messages et recommandations mis en place au centre de santé ; et qui parfois sont amenés à fournir des soins mineurs pour lesquels ils ont été formés. Dans le cadre des programmes spéciaux visant la réduction de la morbidité et de la mortalité des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans, plusieurs zones et formations sanitaires mettent à contribution les relais communautaires qui dans les localités dispensent gratuitement les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine à ces cibles particulièrement vulnérables au paludisme.

La pratique officieuse de la médecine en clientèle privée est l'une des grandes faiblesses du système sanitaire béninois. Un recensement de 2012 conduit par la DPP (Direction de la Programmation et de la Prospective) dénombrait sur l'ensemble du territoire national 2197 formations sanitaires privées dont 968 ont été déclarées et autorisées, soit 44%. Plus d'un millier de structures sanitaires privées n'étaient ni déclarées, ni enregistrées et par conséquent, exercent officieusement sans autorisation d'exercer et/ou d'installation en clientèle privée. Aussi, elles n'envoyaient pas régulièrement et systématiquement leurs rapports d'activité au PNLP (Programme National de Lutte contre le Paludisme).

Il est vrai qu'aujourd'hui, le contexte a complètement changé et ces statistiques sont déjà dépassées. Cependant, on sait que les structures sanitaires privées (autorisées et non-autorisées) consultent 65 % de malades (y compris pour le paludisme) sans s'aligner sur les standards, normes, directives et protocoles nationaux en vigueur au Bénin. Cette tendance est due au manque d'information et de vulgarisation des documents normatifs officiels. Des efforts timides se font depuis peu pour former les prestataires privés sur ces documents. Il reste à renforcer et améliorer ces efforts d'encadrement et d'accompagnement des prestataires du secteur privé pour les mettre à niveau.

2-3- Organisation du secteur pharmaceutique

Le sous-secteur pharmaceutique du Bénin, autrefois placé sous La Direction des Pharmacies, du Médicament et des Explorations Diagnostiques (DPMED) n'existe plus aujourd'hui et a déjà fait place à l'**Agence Béninoise de Régulation Pharmaceutique (ABRP)**. Il est composé d'un secteur privé et d'un secteur public.

Secteur privé

Il intervient dans les domaines de l'importation, de la production et de la distribution des produits pharmaceutiques. Ces activités se font à travers les grossistes répartiteurs, les officines de pharmacie, les dépôts pharmaceutiques et trois unités de production locales à savoir PHARMAQUICK, COPHARBIOTEC et BIO-BENIN. Mais BIO-BENIN n'est plus actuellement opérationnelle. Des ONGs et autres structures confessionnelles reçoivent des dons qui échappent malheureusement aux dispositions réglementaires en vigueur.

Le secteur informel est toujours très actif et difficile à cerner. Cependant, les opérations de saisie et de destruction étaient régulièrement menées par la DPMED aujourd'hui devenue l'ABRP. De même, des activités de sensibilisation à l'attention des populations face aux dangers du marché parallèle sont menées par les structures techniques du Ministère de la Santé.

Secteur public

Il est mieux organisé depuis les réformes entreprises avec :

- La création en 1989 de la Centrale d'Achats des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux (CAME), grossiste bénéficiant d'une autonomie de gestion et qui assure l'approvisionnement des structures sanitaires publiques et privées à but lucratif et non lucratif. Il faut préciser que cette centrale n'existe plus aujourd'hui. Elle a été remplacée par une nouvelle structure appelée : Société Béninoise d'Approvisionnement en Produits de Santé (SOBAPS)

- La création du Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux (LNCQMECM), qui assure le contrôle qualité des médicaments avant l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). Le LNCQ a aujourd'hui aussi subi des réformes pour devenir LNCQ pour devenir l'Agence Nationale de Contrôle de Qualité des Produits de Santé et de l'Eau (ANCQ)
- L'adoption en 1989 d'une Liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME) sous noms génériques et par niveau de soin. Cette liste est révisée tous les deux ans.

Toutes ces mesures contribuent à l'approvisionnement continu des médicaments et consommables médicaux sur l'ensemble du territoire national.

2-4- Acteurs internationaux

Le Bénin est soutenu par de nombreux partenaires au premier rang desquels le Fonds Mondial présent depuis 2003, mais aussi UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance), USAID (Agence des Etats Unies pour le Développement International) et PMI (Président Malaria Initiative), l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), la Banque Mondiale, la Coopération Technique Belge (CTB) et Plan Bénin.

CHAPITRE 3

RÉALITÉS DE L'OFFRE DES SERVICES D'ACCÈS À LA SANTÉ DANS LE CADRE GÉOGRAPHIQUE DE LA VÉRIFICATION COMMUNAUTAIRE

Le PNDS 2018-2022 structuré en six orientations stratégiques contribue à la vision du secteur libellée comme suit : « *Le Bénin dispose en 2030 d'un système de santé régulé, performant et résilient basé sur la disponibilité permanente de soins promotionnel³ préventif, curatif, ré-adaptatif et palliatif de qualité, équitables et accessibles selon le cycle de vie, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec la participation active de la population³* ». On y lit la volonté du gouvernement, conformément à son programme d'action en lien avec l'ODD 3 de : « *Donner aux individus l'opportunité de mener une vie saine et promouvoir le bien-être pour tous et à tous les âges* ». « *En conséquence, le Gouvernement a opté pour un système de santé réorganisé et une couverture sanitaire plus efficace à travers l'amélioration de la gouvernance et la gestion des ressources dans le secteur santé, l'accès universel aux services de santé et une meilleure qualité des soins et le renforcement du partenariat pour la santé⁴* » Mieux, selon le Pr Benjamin HOUNKPATIN, Ministre de la Santé, « *Le gouvernement du Président Patrice TALON s'attèle de jour comme de nuit à la mise en œuvre de réformes dont il est attendu l'amélioration de la qualité des services sanitaires au profit des populations béninoises. Il est indispensable et impérieux que dans notre pays, chacun puisse jouir pleinement de son droit à la santé. Ceci implique que l'on puisse, en toute confiance, se rendre dans un centre de santé en cas de maladie, y recevoir les meilleures qualités de soins qui soient aux fins de pouvoir rentrer chez soi en étant mieux portant. Il est important que les agents de santé puissent comprendre que les réformes en cours dans le secteur de la santé sont salutaires pour tous, surtout dans la mesure où nul ne sait à quel moment qui peut se rendre dans quelle formation sanitaire pour se faire prendre en charge pour quel souci de santé⁵*. »

Des confessions de foi au défi d'implémentation d'actes concrets, sur le fondement des différents critères d'appréciations de l'effectivité des politiques publiques dans les secteurs sociaux en termes de satisfaction aux droits économiques, sociaux et culturels, il convient d'interroger, dans le cadre spécifique de l'accès à la santé, la réalité de l'offre des services d'accès à la santé dans le cadre géographique servant de support à la vérification communautaire.

³Voir Draft PNDS 2018-2022, p.10

⁴Voir PAG, p.71

⁵<https://ask.gouv.bj/article/8/reformes-dans-le-secteur-de-la-sante-une-nouvelle-dynamique-prometteuse>

Ceci se fera, par le truchement de la constatation de la vulnérabilité de la population en matière d'accès à la santé et des perceptions de l'offre de services d'accès à la santé dans différentes zones sanitaires.

3 -1-Vulnérabilité des populations en matière d'accès à la santé

Les résultats du secteur de la santé au Bénin sont encore peu satisfaisants. En effet, le pays a une espérance de vie à la naissance de 59,2 ans et un taux de mortalité infantile élevé (59,5 pour mille) de même que celui de mortalité maternelle (204 pour 100.000 naissances vivantes). Du point de vue du financement de la santé, la dépense nationale de santé per capita s'élevait à 15.320 F CFA (soit 30,67 US \$) en 2008. La part du budget national dévolue au secteur de la santé en 2012 ne représentait que 6,6% : très loin de l'engagement des Chefs d'Etat d'Abuja (15%).

Selon une enquête réalisée par un organe de presse sur l'étendue du territoire national en mai 2019 dans 13 centres de santé publics dont 8 Centres Hospitaliers de Zone (CHZ), 3 Centres Hospitaliers Départementaux (CHD) et 2 Centres Nationaux (l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune - HOMEL et le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert K. Maga – CNHU-HKM), « Souvent exposés aux maladies chroniques en raison de leur condition et mode de vie, les béninois de faibles revenus peinent à faire face aux coûts des services sanitaires dans les centres de santé publics. L'analyse comparative du prix des prestations dans les différentes formations sanitaires du pays révèle des disparités importantes. En effet, il est noté une échelle à géométrie variable des prix en fonction du niveau d'administration des formations sanitaires. Selon le Plan National de Développement Sanitaire du Bénin 2009-2018, le système de santé du Bénin a une structure pyramidale inspirée du découpage territorial. Il comporte trois différents niveaux : le niveau central ou national administré par le ministre de la Santé ; le niveau intermédiaire ou départemental administré par les Directeurs départementaux de santé ; et le niveau périphérique ou opérationnel administré par des Comités de santé des zones sanitaires et des équipes d'encadrement sous tutelle du ministère. Pour la même prestation sanitaire, le prix au niveau périphérique ou opérationnel peut doubler ou voir triplé au niveau départemental, central ou national. C'est le cas, à titre illustratif, de l'Hémogramme ou Numération de Formule Sanguin (NFS), l'un des examens médicaux les plus demandés pour évaluer l'état de santé général du patient tant en gynécologie qu'en pédiatrie. Facturé à 2.500 fcfa à l'hôpital de zone de Malanville, le même examen est facturé à 3.000 fcfa à l'hôpital de zone Djougou, Dassa-Zoumè et Covè ; 4.050 fcfa au CHD de Parakou ; 4.500 fcfa à l'HOMEL de Cotonou ; 5.250 au CHD de Porto-Novo et à 9.900 fcfa au CNHU à Cotonou.

Pareil pour l'Examen Cytobactériologique des Urines = AntibioGramme (ECBU + ATB) qui permet de déceler une éventuelle infection urinaire et les germes qui la causent. 14.080 fcfa au CNHU à Cotonou, le même examen coûte 13.500 fcfa à l'hôpital de zone de Covè ; 10.050

fcfa au CHD de Lokossa ; 9.000 fcfa au CHD de Porto-Novo et Parakou et 6.200 à l'HOMEL de Cotonou. Au niveau des frais d'hospitalisation journalière, la disparité est plus profonde. 10 jours de frais d'hospitalisation au CNHU à Cotonou (60.000 fcfa) équivaut à 4 mois de frais d'hospitalisation à l'Hôpital de zone de Covè ; 1 mois à l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi, de Djougou ou à l'HOMEL de Cotonou ; et 20 jours à l'hôpital de zone de Kandi ou de Malanville⁶. [...] De plus en plus dans les hôpitaux publics du Bénin, il est enregistré, notamment dans les services de pédiatrie et de gynécologie, des cas de patients incapables de faire face aux frais de soins. Ils sont pour la plupart du temps empêchés de quitter les hôpitaux sans solder les frais dus. Mais certains arrivent à tromper la vigilance des agents de sécurité des hôpitaux pour s'échapper sans avis médical. D'autres se font aider par le personnel de l'hôpital⁷. »

Pour le Directeur d'un hôpital de zone du Nord Bénin, « le phénomène de l'évasion de patients sans avis médical dénote de la pauvreté absolue des populations ». Selon le rapport 2018 sur les perspectives économiques en Afrique de la Banque Africaine de Développement (BAD), le taux de pauvreté au Bénin est de 40,1%. Selon le même rapport, le pays est caractérisé par un chômage persistant, et un Indice de Développement Humain (IDH) de 0,485. Il en résulte, d'après le statisticien économètre béninois Dona Kokou, qu'une frange importante de la population béninoise est confrontée au manque de ressources nécessaires pour faire face aux besoins de survie notamment l'accès aux soins de santé⁸.

3 -2-Perceptions de l'offre de services d'accès à la santé au Bénin

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet "participation décisionnelle des OSC aux politiques publiques", visant à renforcer le positionnement des Organisations de la Société Civile (OSC) dans l'élaboration, le suivi de la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques, à travers l'élaboration de documents sectoriels de position et la mise en place de cadres de dialogue ETAT-OSC, il a été organisé du **25 au 29 mai 2020 une mission de vérification communautaire dans trois secteurs ciblés (eau ; énergie et santé).**

Ladite mission a permis entre autres, de collecter des données à l'aide d'un formulaire d'enquête auprès des populations béninoises dans tous les 12 départements et dans les 77 communes.

⁶<https://beninwebtv.com/2019/08/dossier-benin-acces-aux-soins-de-sante-publics-2-5-etat-des-lieux-du-cout-des-soins-prioritaires/>

⁷<https://beninwebtv.com/2019/09/dossier-benin-acces-aux-soins-de-sante-publics-3-5-le-poids-des-couts-de-services-sanitaires/>

⁸Voir : <https://beninwebtv.com/2019/09/dossier-benin-acces-aux-soins-de-sante-publics-3-5-le-poids-des-couts-de-services-sanitaires/>

Les données collectées dans le cadre de la vérification communautaire, ont permis de renseigner entre autres critères de l'effectivité du droit, la disponibilité, l'accessibilité et l'acceptabilité des services d'accès aux soins de santé. Les résultats issus du dépouillement des données de la vérification communautaire suffisent à analyser les moyens et outils déployés par l'offre à l'aune des critères. Il en est ainsi de la :

3-2-1-Disponibilité

A- PRÉOCCUPATIONS DE LA DEMANDE

La collecte effectuée dans le secteur de la santé a permis de renseigner, entre autres critères fondamentaux de l'effectivité du droit à l'accès aux soins de santé, celui de la disponibilité. Deux constats majeurs se dégagent, à savoir, l'indisponibilité d'infrastructures équipées de manière adéquate et le manque de personnel qualifié.

1- Indisponibilité d'infrastructures sanitaires équipés et alimentés en eau potable et en énergie électrique

Les données collectées dans les 11 départements sont largement en faveur de l'inexistence d'infrastructures sanitaires équipées de sorte à répondre aux standards de disponibilité requis. Plus spécifiquement, ce constat met en exergue quelques réalités qui méritent qu'on s'y attarde. Il s'agit notamment :

- **De l'inexistence de centre de santé publics**, particulièrement de type maternité isolée, Unité Villageoise de Santé (UVS⁹), dispensaire. Les tendances qui se dégagent des observations effectuées sont indiquées sur les graphiques ci-dessous.

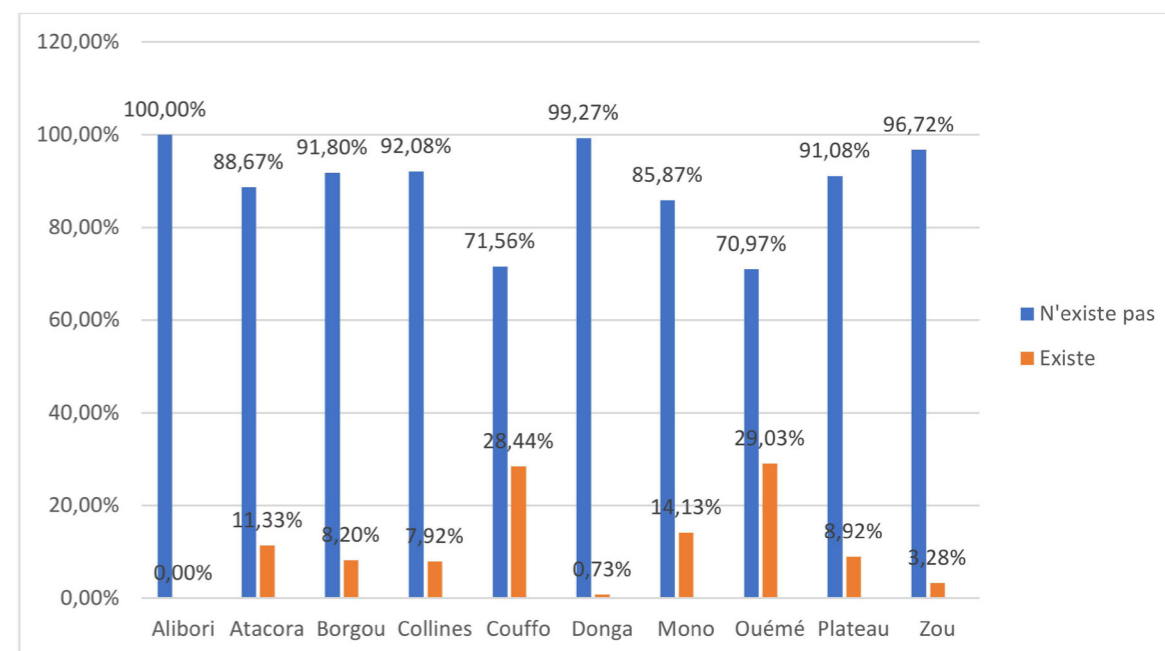


Figure 2: Disponibilité de maternité isolée

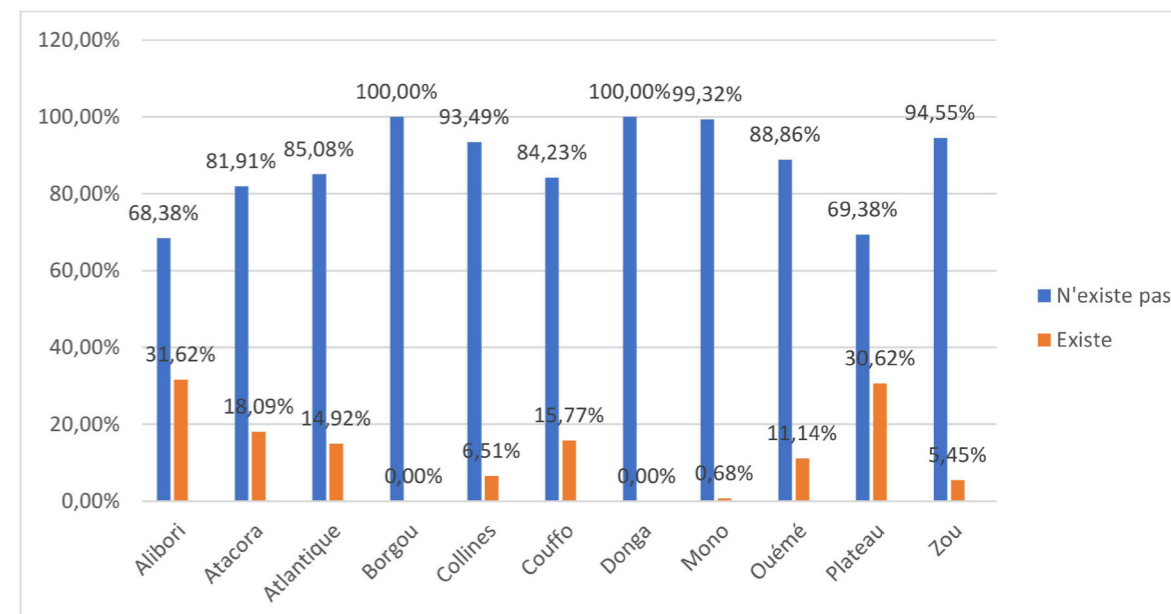


Figure 3: Disponibilité d'Unité Villageoise de Santé (UVS)

⁹Il est vrai que l'Etat n'est plus aujourd'hui dans la logique de faire la promotion des maternités isolées et des UVS. Toutefois, dans certains départements les UVS existent encore. Il importe donc de les transformer en dispensaires ou maternités isolés

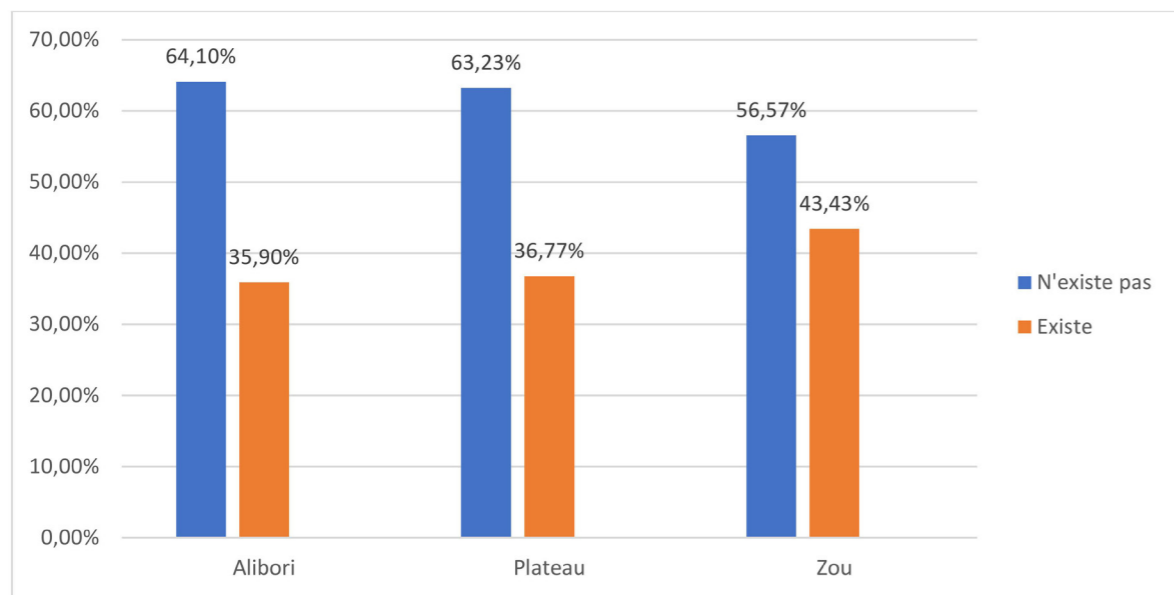


Figure 4: Disponibilité de dispensaire

- **D'un état de délabrement avancé des infrastructures dans certaines formations sanitaires, notamment dans les milieux ruraux** : en effet si certains milieux sont purement et simplement dépourvus d'infrastructures sanitaires, tant de type dispensaire, maternité isolée, Unité Villageoise de santé (UVS), que de clinique ou centre confessionnel, celles existantes dans d'autres milieux ne disposent pas des compartiments basiques et sont dans un état de ruine qui fait régner une insalubrité notoire. Cet état de chose a été noté dans tous les départements touchés par la vérification communautaire.
- **D'un plateau technique défaillant** : cette situation a été notée dans tous les départements. A titre illustratif, dans certains arrondissements de KETOU, comme à ADAKPLAME il a été enregistré des centres ne disposant d'aucun lit.

Nous citons entre autres cas, la situation dans le dispensaire et la maternité de l'arrondissement d'ADAKPLAME dans la commune de KETOU, qui a été rapportée par le représentant de cette mairie dans le cadre des ateliers de consolidation, en ces termes « ... avant c'est des chauves-souris qui nous accueillait, aujourd'hui c'est (le dispensaire) en ruine, nous n'avons pas de pharmacie (...); nous avons rendu visite à la maternité en juillet 2020 et une des femmes qui ont accouché était par terre avec son enfant nouveau-né, sur un sac de jute à même le sol (...) la maternité elle-même est en ruine (...) ».

Par ailleurs, des centres très sous-équipés ont été enregistrés dans le COUFFO à APLAHOUE et dans le MONO à BOPA, où les soins élémentaires sont indisponibles, de même

que les produits de première nécessité. Ainsi, a-t-il été mentionné par le Chef Service Développement local de la Mairie d'APLAHOUE en ces termes « ... même si les centres existent, ce sont des centres sous-équipés, qui n'ont pas suffisamment le matériel approprié pour les prestations aux patients... ».

- **La non alimentation en eau potable et en énergie électrique** : la tendance générale dans les centres ruraux, et dans quelques centres de chefs-lieux de commune, est l'indisponibilité de l'eau potable. Les sources d'approvisionnement en eau de ces centres de santé sont notamment la pluie, les puits ou les rivières, en vue d'administrer les soins. Le Chef Service Développement Local de la Mairie d'APLAHOUE rapporte par exemple que « ... à ATOME centre, l'ouvrage (l'AEV (Adduction d'Eau potable) qui dessert le centre) est en panne, pareil à KODOHOU centre où le Centre de Santé n'est pas desservi en eau potable, et c'est un risque si dans le centre de santé, qui est sensé apporté la solution à l'hygiène et à la santé des usagers (...), on doit y servir de l'eau insalubre... ». Aussi, faut-il signaler que, pour défaut de disponibilité de l'énergie électrique, les services de soins dans ces centres se font la nuit grâce aux lampes torche ou aux lampes à Pétrole. L'absence d'une source d'énergie électrique a été notée, par exemple, dans les communes d'AKPRO-MISSERETE et des AGUEGUES, également dans le centre de santé d'arrondissement de KOUTI dans la commune D'AVRANKOU.

2- Manque de personnel qualifié pour le fonctionnement des services sanitaires

Le manque de personnel est une situation récurrente notée, tant dans des formations sanitaires rurales qu'urbaines, dans tous les départements objets de la présente vérification communautaire. **Dans la commune de DANGBO par exemple, il a été noté qu'il existe 05 maternités isolées construites depuis plus de 05 ans grâce aux fonds FADEC (Fond d'Appui au Développement des Communes), mais qui n'ont jamais été mises en service par défaut d'équipement et de personnel, comme rapporté par la représentante de la mairie de cette commune à l'occasion des ateliers de consolidation. Cette situation perdure malgré que la mairie ait saisi par écrit à plusieurs reprises le ministère de la santé avec ampliation au ministère de la décentralisation.** L'un des centres construits par la mairie dans un village lacustre de la commune où aucun centre n'existe, et qui était animé par des aides-soignants, a été fermé par le ministère de la santé pour défaut de personnel qualifié. Depuis lors, les populations de cette localité et celles environnantes, qui y trouvaient un minimum de services de soins, sont laissées pour compte.

Dans les communes d'APLAHOUE, de ZE, comme à KETOU c'est plutôt des infirmiers qui sont obligés de jouer le rôle de sages-femmes et vice versa. A ce sujet le représentant de la mairie de KETOU mentionne : « ...les dispensaires existants sont souvent de "nom" parce que ne disposant pas d'infirmiers d'Etat de niveau acceptable, même les maternités également (...); c'est ce que nous appelons les aidessoignants ou les infirmières de santé qu'on remarque souvent dans ces maternités ».

B- EXPLICATIONS ET JUSTIFICATIONS DE L'OFFRE

Les acteurs de l'offre présents à l'atelier national de consolidation des données issues de la vérification communautaire ont tous reconnus la justesse de l'Etat des lieux ainsi fait.

Selon le représentant du Directeur National de la Santé publique, « C'est un état des lieux complet qui a été fait. La disponibilité des infrastructures qui doivent permettre l'accès aux soins, cette disponibilité pose problème¹⁰... »

Cependant, sur des considérations pleines de sens, les acteurs de l'offre ont tenu à revenir sur certains points sur lesquels il importait de procéder à quelques clarifications.

Sur ce,

- Sur la préoccupation inhérente au manque de personnel qualifié pour le fonctionnement des services sanitaires, selon le représentant du Directeur National de la Santé publique, « La grande difficulté est que le prestataire utilise rationnellement ce qui est mis à sa disposition. Donc pour traiter le paludisme, il faut qu'il soit rationnel compte tenu du protocole qui est exigé¹¹. ». Abondant dans le même sens, selon un cadre à l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie, « En fait, tout est encadré. C'est le manque d'information et de sensibilisation qui pose problème. Tous les prestataires sont formés et nous avons élaborés des tonnes de documents. Je veux commencer simplement par la liste des médicaments. Si un cas de palu se présente à un agent de santé dans les 3 zones pilotes, il n'y a rien à faire que de faire ce qui est standard. On a mis à leur disposition, des ordigrammes de soins, c'est-à-dire que dans ce document, la démarche diagnostique est décrite, l'information, le diagnostic jusqu'à la prescription, tout est décrit dedans : Un cas de palu simple, la démarche est connue, un cas de paludisme grave, c'est connu, une autre pathologie, c'est connu. L'agent de santé n'a pas à faire autre chose. Il y a ce document. Mais nous avons aussi élaboré un document que nous appelons "nomenclature des actes professionnels", tant pour les médecins, les sages-femmes que pour les infirmiers. Un médecin qui doit poser un acte, comment il doit poser, c'est décrit dans le document. Nous avons aussi élaboré la nomenclature des actes de biologie et de l'imagerie médicale. Si c'est une radio qu'on a demandé, comment ça va se passer, tout est décrit dedans, et le panier de soins. Aujourd'hui, il y a la liste des affections à prendre en charge. Et quand un intéressé se présente avec une affection qui n'est pas prise en charge dans le panier de soins, ce n'est pas que l'agent de santé n'est pas en mesure, il va le soigner, mais ce sont les parents du patient qui vont payer. Mais, il n'a pas à facturer ça à l'ANAM. L'ANAM ne supporte pas la prise en charge des pathologies qui ne se trouvent pas dans le panier de soins. Ces documents existent¹². » Dans le même ordre d'idées, selon un membre de la cellule de suivi-évaluation de la DPP Ministère de la Santé, « Pendant longtemps, les infirmières de santé ont joué le rôle de sages-femmes parce que c'est pratiquement la même formation. Une infirmière de santé, l'avantage, c'est qu'elle administre des soins

¹⁰Voir Vidéo P1000568, Copyrights Cellule de Communication CSB

¹¹Vidéo P1000571, Copyrights Cellule de Communication CSB

¹²Vidéo P1000572, Copyrights Cellule de Communication CSB

infirmiers mais aussi des soins obstétricaux [...] L'effort qui est en train d'être fait, c'est au moins avoir le personnel qualifié dans les centres leaders de proximité, c'est à dire niveau arrondissement. La politique veut que ce soit dans un rayonnement de 5km. Si on dépasse, on devrait ensembles avec les élus locaux savoir si la demande est en soins obstétricaux ou en soins infirmiers pour voir est ce que c'est un dispensaire qu'on va installer en satellite par rapport aux centres leaders ou bien est-ce que c'est une maternité¹³. »

- Par rapport aux préoccupations inhérentes aux problèmes de non alimentation en eau et en énergie électrique de qualité.

Selon un membre de la cellule de suivi-évaluation de la DPP Ministère de la Santé, « On s'apprête à faire la réception provisoire de 118 forages dans les centres de santé sur tout le territoire. Chaque centre de santé a alors son dispositif de forage pour pouvoir alimenter le centre. C'est beaucoup hein, mais la première phase est 118. Un répertoire a été fait et les centres là sont connus. C'est dans le cadre de l'autonomisation sanitaire en eau et en Energie¹⁴. »

Pour mieux étayer, selon le représentant du Directeur National de la Santé publique, « Par rapport au problème d'électricité, je crois que l'Etat a son plan de couverture. Du coup, l'Etat aussi n'a pas encore les moyens pour rendre l'énergie accessible dans tous les villages. Donc, ce qu'on peut faire, c'est que lorsqu'il s'agit de construire un centre de santé, il faut prévoir les panneaux solaires parce qu'il y a d'autres énergies qu'on peut avoir. Il y a des centres qui sont alimentés par les panneaux solaires, même le réfrigérateur qui contient les vaccins et tout. Donc nous n'avons pas à attendre tout de l'Etat. Ceux qui implantent les centres de santé, ils n'ont qu'à prévoir en même temps l'énergie. Il y a aussi des formations sanitaires qui ont aussi prévues des points d'eau. Donc il y a des solutions qu'on peut trouver.¹⁵ »

Sur la question de la qualité de l'eau, selon le représentant du Directeur National de la Santé publique, « Il se fait un travail pour traiter les puits avec une périodicité donnée. C'est non seulement les puits qui alimentent les centres de santé, mais aussi toute la localité. Cela se fait particulièrement au début des différentes saisons donc, pour prévenir un certain nombre de maladies. Donc c'est aussi un point important qui permet aux centres de santé d'utiliser l'eau de bonne qualité¹⁶. »

Renchérissant dans le même sens, selon la représentante de l'ANCB, « Le ministère de la santé a un service lié à l'hygiène et à l'assainissement de base qui a un laboratoire qui fait ces genres de contrôles. Il y a le Plan de Gestion de la Sécurité Sanitaire de l'eau qui est forcément une condition sine qua non qui est mise en place. Donc ce plan est rigoureusement suivi. Donc s'il y a quelque chose à faire sur le plan opérationnel pour garantir la qualité et l'intégrité de l'eau dans le temps, ça doit être fait. Ça, il n'y a pas d'inquiétudes par rapport à ça dans les formations sanitaires¹⁷. »

¹³Vidéo P1000575, Copyrights Cellule de Communication CSB

¹⁴Vidéo P1000575, Copyrights Cellule de Communication CSB

¹⁵Vidéo P1000578, Copyrights Cellule de Communication CSB

¹⁶Voir vidéo P1000581, Copyrights Cellule de Communication CSB

¹⁷Voir Vidéo P1000580, Copyrights Cellule de Communication CSB

3-2-2- Accessibilité

A- PRÉOCCUPATIONS DE LA DEMANDE

L'accessibilité aux services de soins de santé sera appréhendée à travers ses aspects physique, économique et informationnel. Les tendances lourdes enregistrées suite à l'appréciation de ces sous-critères se présentent comme suivant :

1- Accessibilité physique

a- Mauvais état des pistes d'accès aux centres de santé en milieux ruraux

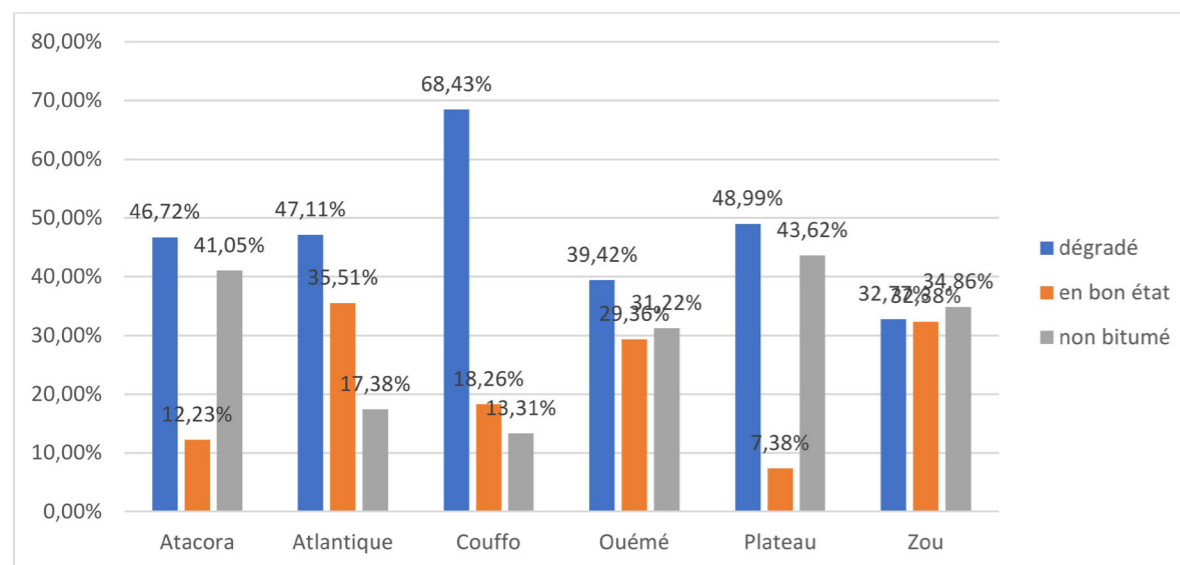


Figure 5: Etat des pistes d'accès aux centres de santé

Les données relevées dans l'appréciation de l'accessibilité physique, font état de la pénibilité de l'accès des usagers à certains centres de santé urbains, et plus particulièrement à ceux des milieux ruraux. Le caractère pénible de cet accès est principalement dû au mauvais état des pistes, qui sont impraticables et quelques fois non ouvertes, réduisant considérablement le taux de fréquentation de ces formations sanitaires publiques. Cette difficulté d'accès physique est accentuée par la distance généralement longue que doivent parcourir les usagers demandeurs des services de soins de santé, du fait de l'inadéquation du nombre de centres de santé publics existants avec la densité démographique ; exemple de DJOUGOU avec trois centres de santé publics pour toute la commune.

A titre illustratif, il a été noté que les populations d'AGONLIN - PAHOU- ADAKPLAME dans la commune de KETOU devront parcourir des distances environnant les 25 et 38 km pour

se rendre au centre de santé du Chef-lieu de la commune, lui-même très sous-équipé. Cette situation a été notée dans tous les départements, où les populations doivent quitter les périphériques pour se rendre dans les centres des chefs-lieux pour se faire soigner. Aussi, faut-il signaler que les restrictions visant la fermeture des centres de santé de périphériques à 17H00 accentuent la situation à bien d'égards, comme l'ont mentionné le Chef Service Développement local de la Mairie d'APLAHOUE et des élus locaux dans l'OUEME et le PLATEAU à l'occasion des ateliers de consolidation. A ce sujet, le représentant de la mairie de KETOU mentionne que « ...il y a la question des horaires dans les centres de santé, lorsqu'il n'y a pas un infirmier de qualité, il faut soit fermer, soit on ouvre à 08h et on ferme à 17h (...); et on demande que soit les populations ou la mairie recrute un infirmier de qualité, qu'il paie, pour que les services soient continus, (ce qui ne se fait pas faute de moyens) (...) ».

b- Inexistence de rampe d'accès aux personnes à motricité réduite

Les infrastructures adaptées à la situation des personnes à motricité réduite sont absentes dans les centres de santé des localités enquêtées, à l'exception de quelques hôpitaux de zone et des chefs-lieux. La quasi-totalité des centres périphériques, y compris les UVS, maternités isolées, dispensaires, sont confrontés à l'absence des infrastructures facilitant l'accès physique à cette catégorie de personnes. Les proportions des répondants attestant cet état de chose envoient les 100% dans toutes les localités rurales touchées par la collecte.

2- Accessibilité économique

- Inexistence de service de prise en charge des indigents dans les formations sanitaires

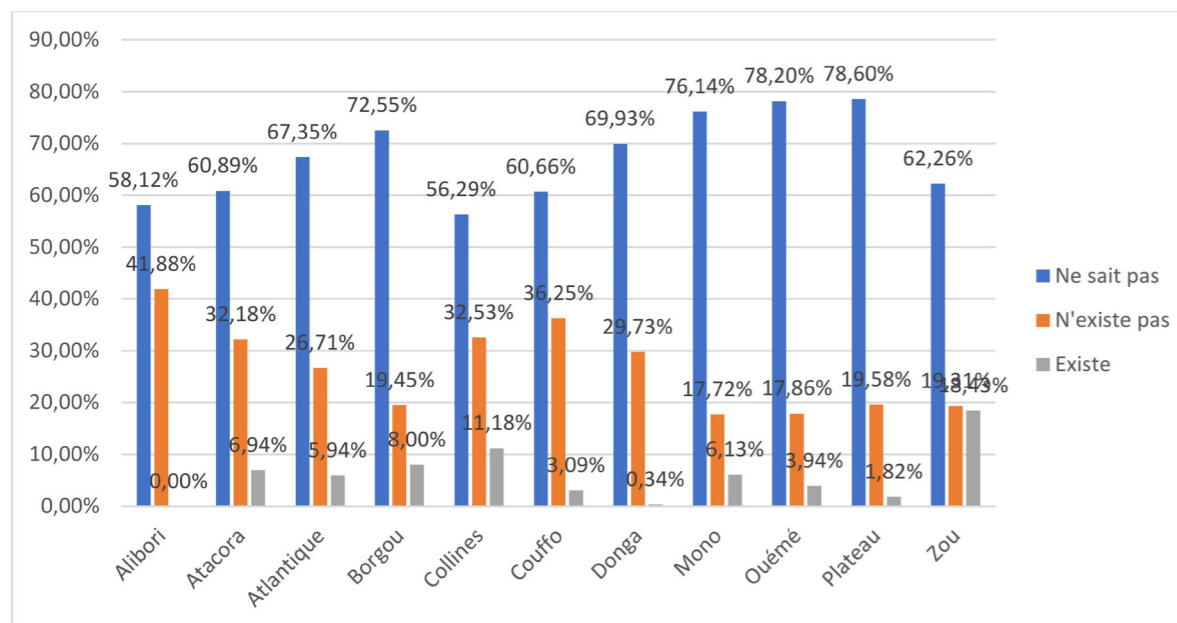


Figure 6: Accès à un service de prise en charge des indigents

La situation des usagers vulnérables d'un point de vue financier, a été prise en compte dans le cadre de la présente collecte. L'absence d'un service de prise en charge de ces personnes dans les formations sanitaires, a été constatée dans la quasi-totalité des centres fonctionnels dans tous les départements parcourus, et confirmée dans le cadre des ateliers de consolidation. **Dans ce cadre, le deuxième adjoint au maire de la commune de ZE rapporte que ce service n'existe pas dans la commune.** Ces séances ont permis particulièrement de cerner la situation liée aux répondants ayant déclaré n'avoir aucune idée sur l'existence ou non de tels services.

Mieux, les quelques rares individus qui ont déclaré avoir bénéficié d'une prise en charge dans le cadre de la demande de soins de santé, sont ceux qui ont dû s'adresser directement au service des affaires sociales de leur mairie, tirant avantage de leur rapprochement géographique. Pour ceux qui sont à des distances envoisnant plusieurs kilomètres, aucun service de prise en charge n'est accessible. Pour ces derniers, le résultat de la comparaison coût du déplacement et avantage escompté est sans nul doute défavorable.

3- Accessibilité informationnelle

- Inexistence de service d'accueil et d'orientation

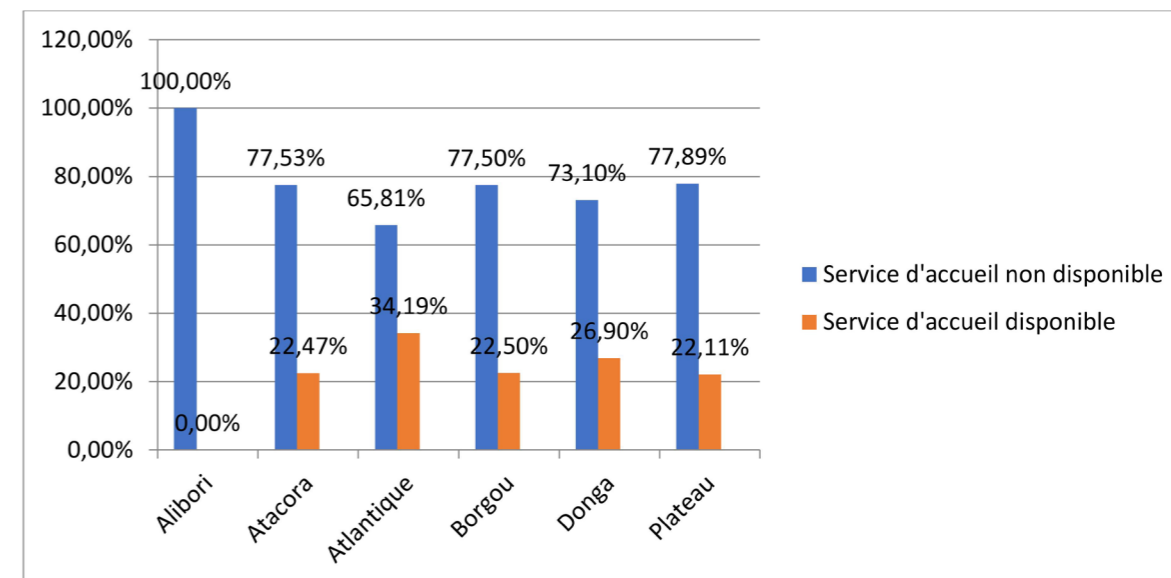


Figure 7: Accès à un service d'accueil

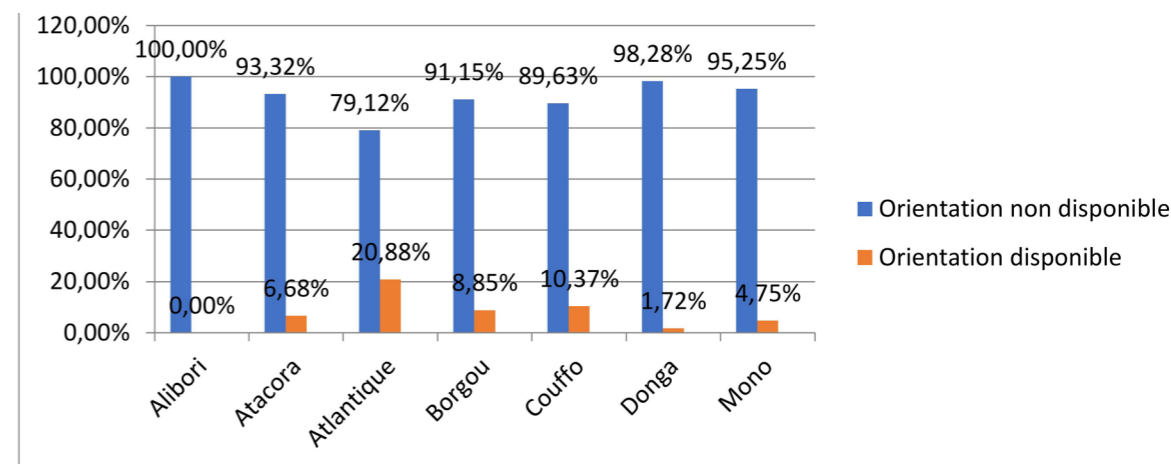


Figure 8: Accès à des agents d'orientation à l'entrée des centres

L'accueil et l'orientation des usagers dans les formations sanitaires sont les deux paramètres appréciés dans le cadre de l'accessibilité informationnelle. La tendance générale observée dans la plupart des départements est l'inexistence de ces services. Les proportions des répondants enregistrées dans cette catégorie constituent ou envoisnent les 100% dans

la plupart des départements. Cette situation est accrue dans les départements comme l'ALIBORI, l'ATACORA, la DONGA, dans l'ATLANTIQUE notamment dans la commune de ZE, comme confirmé par des élus locaux dans le cadre des activités de consolidation.

Les rares centres dans lesquels un espace est réservé pour l'accueil, force est de constater qu'il n'existe pas de personnel spécialement affecté à l'animation du service. C'est majoritairement le cas des individus qui ont mentionné l'existence de service d'accueil dans les centres qu'ils ont fréquenté, comme l'indique le graphique ci-dessus. Des infirmiers, pour les centres qui en disposent plusieurs, se succèdent parfois à ce poste, mais se trouvent fréquemment obligés d'y renoncer dès qu'il faille administrer des soins. Ces cas ont été relevés dans des quelques centres dans le MONO, dans le COUFFO, dans l'OUEME comme dans le PLATEAU.

B- LES EXPLICATIONS ET JUSTIFICATIONS DE L'OFFRE

• *Sur la question de l'accessibilité, physique,*

Selon un cadre à l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie, « *Le travail répond à certains diagnostics que le ministère a lui-même déjà posé du point de vue accessibilité géographique, financière, équipement, personnel, infrastructures etc...* »¹⁸ »

Sur la question de l'accessibilité informationnelle, selon lui, « *c'est vrai, l'ANAM, techniquement met en œuvre la phase pilote du volet assurance maladie du projet ARCH. Mais, c'est sous l'égide de l'unité de gestion du projet ARCH. L'ANAM travaille donc sous la direction de cette unité de gestion du projet ARCH. Donc il y a des initiatives que l'ANAM ne peut pas prendre seule de façon unilatérale. Depuis 2018, nous avons fait les activités préparatoires de la phase pilote où nous avons même eu à tenir un atelier technique d'élaboration du plan de communication et de sensibilisation sur le volet assurance maladie, présidé par un responsable de communication de la Direction de la Communication de la présidence même. On a élaboré le plan, nous étions prêts à mettre en œuvre les activités, mais il se fait qu'in nous a demandé d'attendre. Nous, on a voulu anticiper avant que la phase pilote ne soit lancée pour permettre à la population de savoir ce qu'il faut faire avec la carte, comment les conserver, arrivé au centre de santé, comment l'exploiter, comment aider les pauvres extrêmes à sortir, parce que c'est des gens, généralement qui vivent reclus. Ça veut dire que, autour d'eux, il faut porter l'information, et dès qu'ils tombent malades, qu'on puisse les amener aux centres de santé. Mais il a été demandé d'attendre d'abord que l'on lance officiellement. Ça a été fait. Nous voulions aussi démarrer, mais on nous a dit, il faut coupler avec les activités de communication dans les médias parce que ce ne serait pas bien qu'il y ait des gens sur le terrain entraînés de sensibiliser, mais que dans les médias, c'est le silence total, qu'il vaut mieux coupler les deux volets, plutôt que de faire la sensibilisation seule. Sinon, dans notre stratégie même, on a voulu s'appuyer sur les OSC pour faire le travail au niveau communautaire. Mais comme on a demandé d'attendre,*

¹⁸Vidéo P1000659, Copyrights Cellule de Communication CSB

*nous sommes toujours dans l'attente. Donc effectivement, je reconnais qu'il y a un déficit de communication, et c'est des choses qui seront corrigées*¹⁹ [...] »

Sur cette préoccupation précise, les acteurs de la demande présents à l'atelier national de consolidation ont tenu à rebondir. C'est ainsi que selon la Représentante de la PNUSS (Plateforme Nationale des Utilisateurs des Services de Santé), « *Les informations partagées par le consortium ne sont pas de fausses informations. C'est ce que nous vivons au quotidien. Les plaintes récurrentes qui viennent à chaque fois sont liées à ces difficultés qu'ils ont eu à recueillir sur le terrain. Le problème principal auquel nous sommes confrontés sur le terrain c'est l'information sanitaire. La population n'a pas du tout accès à l'information. Nous avons réclamé à maintes fois au moins le prix, le catalogue des soins qu'on doit afficher à la population. Comme ça, la population en quittant la maison sait que d'avance, si je dois dépenser 1000f pour qu'on me soigne pour le palu, en quittant la maison, je dois avoir les 1000f avant d'aller dans le centre de santé. A chaque fois qu'on réclame, on nous dit que c'est disponible, mais l'accessibilité pose problème à la population. Donc tout gravite autour de l'information sanitaire. Si l'information est accessible à la population, je crois que beaucoup de problèmes seraient réglés et on n'assistera plus à ces difficultés qu'on voit sur le terrain.* »

En guise d'éléments justificatifs, selon un cadre à l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie, « *Par rapport au problème de la circulation de l'information, vous à la Société Civile, vous avez vos stratégies techniques pour atteindre vos cibles. Mais, par exemple, depuis, je crois sous le régime Kérékou, moi j'ai vu faire au ministère de la santé. Je sais que dans beaucoup de structures, ça a été fait, on affiche tout ce à quoi les bénéficiaires ont droit, les services et les prestations auxquelles la population a droit. On affiche assorti des coûts. J'ai vu des intellectuels qui viennent et qui demandent encore les mêmes choses. Et pourtant, c'est affiché. N'oublions pas aussi que la majorité de la population est analphabète. Et même les instruits aussi ne lisent pas. Donc c'est vrai, mais c'est un problème que tout de suite... Dans certains centres de santé, c'est affiché hein, aux portes, la liste des médicaments qu'il faut, assorti des coûts. C'est harmonisé à certains égards. Vous pouvez aller dans un département et c'est la même chose. Maintenant, ça peut varier d'un département à un autre. Mais, comme je l'ai dit tout à l'heure dans le cadre par exemple de la phase pilote, nous avons constaté que d'une zone à une autre, il y a divergence de prix. Mais cependant, ce qui est là d'abord là, on ne connaît pas avant de chercher à savoir si ailleurs, c'est autre chose. Donc, en dessous, il y a d'autres paramètres qu'il faut peut-être régler avant d'atteindre l'objectif visé. Au-delà de la lenteur, au-delà de toutes les récusations qu'on peut nourrir à l'endroit des institutions, il y a que l'habitude d'aller prendre connaissance de ce qui est écrit pose problème à notre niveau. Je n'incrimine pas que la population analphabète, même la population instruite*²⁰ »

¹⁹Vidéo P1000659, Copyrights Cellule de Communication CSB

²⁰Voir vidéo P1000589, Copyrights Cellule de Communication CSB

- *Sur la préoccupation inhérente à l'accessibilité économique,*

Selon un cadre à l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie, « Par rapport à chaque acte, il y a un coût. Nous aussi, nous avons constaté ça. On a dit, pour un cas de palu, on ne peut pas prendre un patient en charge à DASSA à X francs et peut être à Abomey Calavi à Y francs. Ce n'est pas possible, ce n'est pas bien. Donc récemment, nous avons élaboré un autre document qui harmonise les prix. Le prix d'un cas de palu simple à Abomey Calavi doit être le même à DJOUGOU OUAKE COPARGO. Ces documents-là existent. C'est dans la pratique qu'il y a encore quelques problèmes, et là, ce sont des activités de supervision formative, des descentes régulières sur le terrain pour corriger ces choses-là avant le passage à l'échelle. Tout ce que vous aviez dit, c'est des choses qui sont prévues, les documents existent. C'est dans la mise en œuvre qu'il y a quelques petits dysfonctionnements et le suivi est en cours pour corriger ces choses-là. Et ce qui reste fondamentalement, c'est d'associer les OSC pour plus de sensibilisation parce que si on ne sensibilise pas les cibles, il y aura une faible fréquentation. Donc on est conscients de ces choses et les dispositions sont prises.²¹ »

A sa suite, selon un membre de la cellule juridique du ministère de la santé, sur la préoccupation inhérente au mauvais état des pistes d'accès aux centres de santé en milieux ruraux, « il n'y a pas que le ministère de la santé pour régler cette question, parce que la question de la santé appelle plusieurs acteurs selon le problème qui se pose. Le problème de l'accessibilité en parlant des routes, est ce que c'est le ministère de la santé qui s'occupe de ça?²²»

²¹Voir Vidéo P1000572, Copyrights Cellule de Communication CSB

²²Voir Vidéo P1000577, Copyrights Cellule de Communication CSB

3-2-3- Acceptabilité

A- LES PRÉOCCUPATIONS DE LA DEMANDE

- *Inexistence de service de réclamation dans les formations sanitaires*

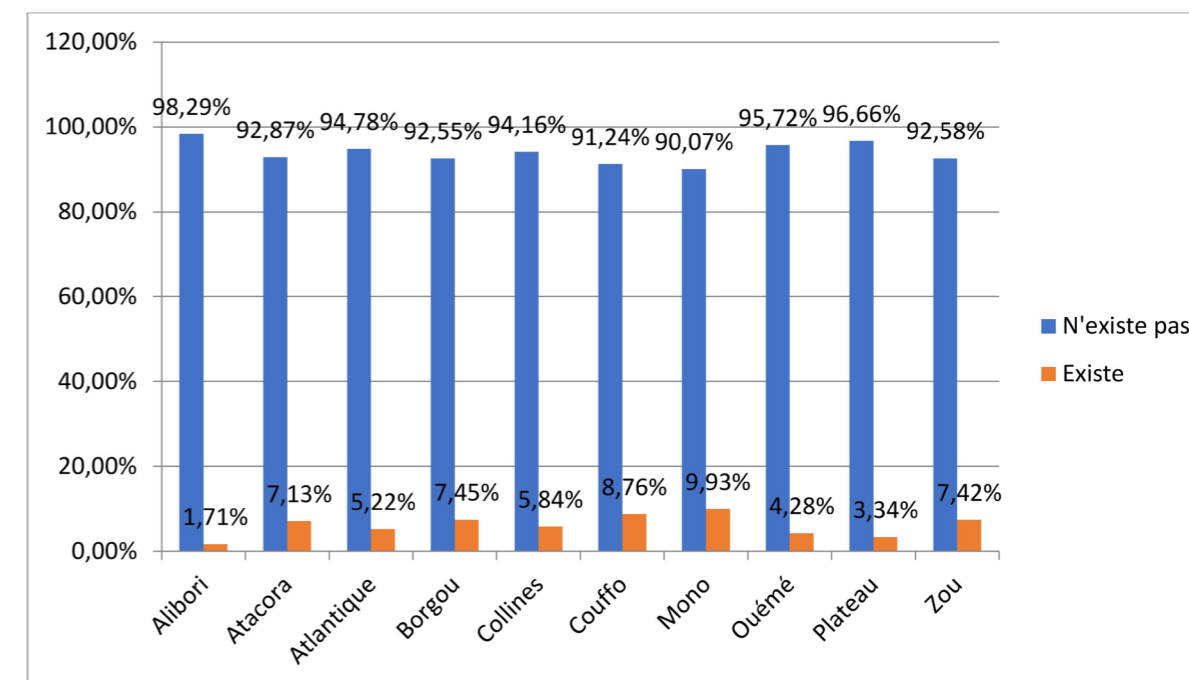


Figure 9: Accès à un service de réclamation

L'acceptabilité mettant en exergue la qualité des services, les informations collectées dans ce cadre, ont montrées des proportions considérables d'insatisfaction dans le rang des citoyens. Cependant, force est de constater que les cadres de réclamation en cas d'insatisfaction en vue de l'amélioration des services, sont inexistantes dans les formations sanitaires des localités parcourues. Les proportions des répondants ayant affirmé cet état de chose constituent pratiquement la totalité dans tous les départements considérés, comme l'illustre le graphique ci-dessus.

Par ailleurs, les séances de consolidations ont permis de comprendre les affirmations contraires, qui tiennent notamment à la confusion avec les services d'accueil, qui a priori, sont pour la plupart non animés.

B- LES EXPLICATIONS ET JUSTIFICATIONS DES ACTEURS DE L'OFFRE

Par rapport à la préoccupation récurrente inhérente à l'inexistence de service de réclamation dans les formations sanitaires, selon le représentant du DNSP, « *Auparavant le droit du patient n'est pas considéré. Aujourd'hui dans le manuel d'accréditation des hôpitaux figure en bonne place la gestion des plaintes et la prise en compte des droits du patient. C'est des innovations qui montrent aujourd'hui que le ministère de la santé est engagé par rapport à certaines réformes. Donc c'est un processus qui va évoluer progressivement. Même dans les approches d'information et de communication, le ministère est en train d'évoluer. Il faut un peu de temps pour peut-être constater, peut être voir comment adapter l'approche à la base pour que ce soit vraiment rentable. C'est ce qu'il faut. Il faut également que les ONGs au niveau local se fassent connaître par le ministère de la santé. Il faut se faire connaître et être vraiment formalisé pour pouvoir répondre*²³ ». Par rapport à ce cas de figure, selon la représentante de l'ANCB (Association Nationale des Communes du Bénin), « *il faut travailler à renforcer cet engagement citoyen au niveau de chaque citoyen béninois.* ». Selon un membre de la CSE/DPP Ministère de la Santé, par rapport à la question de la sanction des mauvais comportements et à la gestion des plaintes, « *Là aussi, je crois qu'il y a 3 semaines de cela, un manuel de procédure de gestion des plaintes a été validé. La PNUSS a été invitée à la validation de ce projet-là*²⁴. »

²³ Voir vidéo P1000592, Copyrights Cellule de Communication CSB

²⁴ Voir vidéo P1000575, Copyrights Cellule de Communication CSB

CHAPITRE 4 DE L'INEFFECTIVITÉ PERSISTANTE DE L'ACCÈS À LA SANTÉ AUX APPROCHES INCLUSIVES DURABLES

Sur la base des différentes réformes entreprises dans le secteur de la santé depuis quelques années, on se rend compte, à n'en point douter, que le gouvernement de la République du Bénin est fortement intéressé aux questions de la santé notamment de l'accès à la santé pour tous, de sorte à faire de ce secteur, un véritable pilier de développement. C'est ainsi qu'à la lumière de la situation sanitaire peu reluisante constatée, il a cru devoir initier un ensemble de mesures visant l'amélioration de la condition de vie des populations en matière sanitaire, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural, en particulier celle des populations pauvres et indigentes. C'est ainsi qu'à l'instar de nombreux autres pays d'Afrique de l'Ouest, le Bénin s'est doté depuis 2009 d'une Politique Nationale de Santé (PNS) et d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018 adopté en Conseil des Ministres le premier Septembre 2010. Ce document est accompagné d'un Plan de Suivi Evaluation et de Revue (PSE 2009-2018). La mise en œuvre du PNDS s'est faite à travers la conduite de deux Plans Triennaux de Développement (PTD) respectivement de 2010 à 2012 et de 2013 à 2015. Ce dernier a coïncidé avec l'échéance des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). L'évaluation à mi-parcours du PNDS en 2016 a permis de mesurer les performances réalisées dans le secteur, de tirer des leçons et de réorienter les stratégies.

Compte tenu alors des changements importants intervenus aux plans national et international, notamment les Objectifs de Développement Durable (ODD), le Plan National de Développement (PND) 2018-2025, le Plan de Croissance pour le Développement Durable (PC2D), le Programme d'Actions du Gouvernement (PAG 2016-2021) et les réformes intervenues dans le secteur, il a été jugé nécessaire d'élaborer un nouveau plan pour faire face aux enjeux de développement du secteur santé. C'est dans cette veine que le Programme d'Action du Gouvernement (PAG 2016-2021) ambitionne de « *Relancer de manière durable le développement économique et social du Bénin* ». A cet effet, trois (3) piliers ont été définis. Le troisième intitulé: "Améliorer les conditions de vie des populations" prend en compte les interventions du secteur de la santé à travers l'axe 6 relatif au renforcement des services sociaux de base et de protection sociale.

C'est donc évident que pour traduire en actes concrets et palpables tous ces objectifs, il faudra user de moyens appropriés ainsi qu'employer une méthode efficace auxdites fins. Par moyens, on sous-entend les institutions et les instruments qui servent de support à l'implémentation des politiques sectorielles inhérentes au secteur de la santé, toutes choses ayant été explicitées dans les chapitres précédents.

Sur la base d'une analyse objective, il sied donc de procéder, ici, à la vérification de l'efficacité des moyens et outils annoncés au chapitre 2 de la présente revue (Outils et moyens entendus simplement comme étant les différentes institutions et instruments en vigueur dans le droit positif béninois, occurrence au secteur de la santé), à l'aune des réalités exposées au chapitre 3, ceci sur le fondement d'une analyse basée sur les droits de l'Homme avec à l'appui, les différents critères d'évaluation de l'effectivité et de l'efficacité des politiques publiques.

Dans un premier temps, il s'agira donc pour nous de procéder à une appréciation de l'effectivité du droit d'accès à la santé, et dans un second temps, esquisser des approches de solution, pour une meilleure prise en compte de l'approche ABDH dans la définition des politiques publiques sectorielles.

4-1- Appréciation de l'effectivité du droit à la santé

La santé est un droit fondamental de l'être humain, indispensable à l'exercice des autres droits de l'être humain. Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint, lui permettant de vivre dans la dignité. Selon le Comité des Droits Economiques, Sociaux et Culturels des Nations Unies, à l'issue de sa 22^{ème} session du 25 Avril au 12 Mai 2000, « *La réalisation du droit à la santé peut être assurée par de nombreuses démarches, qui sont complémentaires, notamment la formulation de politiques en matière de santé ou la mise en œuvre de programmes de santé tels qu'ils sont élaborés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ou l'adoption d'instruments juridiques spécifiques... Le droit à la santé est étroitement lié à d'autres droits de l'Homme et dépend de leur réalisation : Il s'agit des droits énoncés dans la Charte Internationale des Droits de l'Homme à savoir les droits à l'alimentation, au logement, au travail, à l'éducation, à la dignité humaine, à la vie, à la non-discrimination, et à l'égalité, le droit de ne pas être soumis à la torture, le droit au respect de la vie privée, le droit d'accès à l'information et les droits à la liberté d'association, de réunion et de mouvement. Ces droits et libertés, notamment, sont des composantes intrinsèques du droit à la santé²⁵.* »

L'importance du droit à la santé, et son rôle majeur dans la mise en œuvre des politiques publiques d'impact social ainsi déclinée, il est dès lors manifeste que, pour autant que l'on veuille atteindre les différents objectifs de développement durable fixés, on ne peut dès lors plus se permettre de faire une analyse sans s'arrimer aux standards internationaux,

²⁵Voir observations générales N°14 des Nations Unies sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)

lesquels prévoient, pour chaque secteur, des critères sur lesquels s'appuyer en termes d'appréciation holistique de l'effectivité.

Selon le point 12 de l'Observation Générale N°14 des Nations Unies sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, pour être effectif, « *Le droit à la santé sous toutes ses formes et à tous les niveaux suppose l'existence des éléments interdépendants et essentiels suivants dont la mise en œuvre précise dépendra des conditions existant dans chacun des Etats parties :*

- a) disponibilité,
- b) accessibilité,
- c) acceptabilité,
- d) qualité...²⁶».

4-2- Analyse de la prise en compte du critère de la disponibilité dans le secteur de la santé au Bénin.

Conformément aux observations générales N°14 des Nations Unies, la disponibilité comme exposée supra dans les clarifications conceptuelles suppose qu'il doit exister dans l'Etat partie, en quantité suffisante, des installations, des biens et des services, ainsi que des programmes fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé. La nature précise des installations, des biens et des services dépendra de nombreux facteurs, notamment du niveau de développement de l'Etat partie. Ces installations, biens et services comprendront toutefois les éléments fondamentaux déterminants de la santé tels que l'eau salubre et potable et des installations d'assainissement appropriées, des hôpitaux, des dispensaires et autres installations fournissant des soins de santé, du personnel médical et professionnel qualifié recevant un salaire décent par rapport au niveau national, et des médicaments essentiels, au sens du Programme d'action pour les médicaments essentiels de l'OMS²⁷.

Au regard de ces considérations, on peut constater, qu'il y a bel et bien une volonté de l'Etat, de procéder à la redynamisation du sous-secteur de la santé en y injectant des intrants nécessaires à son opérationnalisation et à son efficacité.

Toutefois, de la réalité exposée au chapitre 3 de la présente revue, à l'issue de la présentation des résultats de la mission de vérification communautaire, il se dégage clairement, dans les départements objets de la vérification communautaire, une indisponibilité d'infrastructures sanitaires équipées et alimentées en eau potable et en énergie électrique, un état de délabrement avancé des infrastructures dans certaines formations sanitaires notamment dans les milieux ruraux, la défaillance du plateau technique, la non alimentation en eau potable et en énergie électrique de certains centres de santé en milieu rural et dans

²⁶Ibid.

²⁷Ibid

quelques centres de chefs-lieux de communes (où les sources d'approvisionnement en eau de ces centres de santé sont notamment la pluie, les puits ou rivières), le manque de personnel qualifié dans certains centres de santé tant en milieu ruraux qu'en milieu urbains, en tout cas, dans tous les départements objets de la vérification communautaire.

Sur la base de toutes ces constatations ainsi qu'à la lumière des explications fournies par les acteurs de l'offre qui reconnaissent d'ailleurs la justesse des constatations, (C'est un état des lieux complet qui a été fait. La disponibilité des infrastructures qui doivent permettre l'accès aux soins, cette disponibilité pose problème²⁸...), dans le chapitre 3 de la présente revue, il convient de se poser quelques questions fondamentales en ce qui concerne la prise en compte du sous critère de la disponibilité dans la formulation des politiques publiques dans le secteur santé : Tout d'abord, est ce que le gouvernement capitalise suffisamment l'importance de ce critère dans la définition des politiques publiques dans le secteur de la santé ? Est-ce que ce ne serait pas le défaut de prise en compte de ce critère qui justifie les contres performances réalisées dans ce secteur? Mieux, le défaut de prise en compte du critère de la disponibilité dans la formulation de ses politiques publiques n'est-elle pas de nature à affecter sérieusement le bien être des bénéficiaires des services de santé dans la satisfaction d'un droit aussi fondamental ? Encore que, selon les Nations Unies, ce droit s'avérant indispensable à l'exercice des autres droits de l'être humain, englobe aussi une grande diversité de facteurs socioéconomiques de nature à promouvoir des conditions dans lesquelles les êtres humains peuvent mener une vie saine. Et, dans ces conditions, l'Etat peut-il affirmer sans coup férir que les impacts de ses politiques et de ses réformes dans le secteur de la santé sont vivaces et effectifs ? Sommes-nous de ce fait encore dans un système qui tient compte du bien-être des populations en leur créant les conditions nécessaires à leur épanouissement, lesquelles conditions devant leur assurer selon la définition qu'apporte le préambule de l'OMS à la santé, "un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ?

4-3- Analyse de la prise en compte du critère de l'accessibilité dans le secteur de la santé au Bénin.

Selon les Observations Générales N°14 des Nations Unies, le critère de l'accessibilité suppose que les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles, sans discrimination, à toute personne relevant de la juridiction de l'Etat partie. L'accessibilité comporte 4 dimensions qui se recoupent mutuellement à savoir: **La non-discrimination** (les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles à tous, en particulier aux groupes de populations les plus vulnérables ou marginalisés, conformément à la loi et dans les faits, sans discrimination fondée sur

l'un quelconque des motifs proscrits.), **l'accessibilité physique** (les installations, biens et services en matière de santé doivent être physiquement accessibles sans danger pour tous les groupes de la population, en particulier les groupes vulnérables ou marginalisés tels que les minorités ethniques et les populations autochtones, les femmes, les enfants, les adolescents, les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes atteintes du VIH/sida. L'accessibilité signifie également que les services médicaux et les facteurs fondamentaux déterminants de la santé, tels que l'eau salubre et potable et les installations d'assainissement appropriés, soient physiquement accessibles sans danger, y compris dans les zones rurales. L'accessibilité comprend en outre l'accès approprié aux bâtiments pour les personnes handicapées), **l'accessibilité économique** (Les installations, biens et services en matière de santé doivent être d'un coût abordable pour tous. Le coût des services de soins de santé ainsi que des services relatifs aux facteurs fondamentaux déterminants de la santé doit être établi sur la base du principe de l'équité, pour faire en sorte que ces services, qu'ils soient fournis par des opérateurs publics ou privés, soient abordables pour tous, y compris pour les groupes socialement défavorisés. L'équité exige que les ménages les plus pauvres ne soient pas frappés de façon disproportionnée par les dépenses de santé par rapport aux ménages plus aisés), et **l'accessibilité de l'information** (qui comprend le droit de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et idées concernant les questions de santé. Toutefois, l'accessibilité de l'information ne doit pas porter atteinte au droit à la confidentialité des données de santé à caractère personnel.).

Or, sur la base de la mission de vérification communautaire effectuée par les O.S.C, Les données relevées dans l'appréciation de l'accessibilité physique, font état de la pénibilité de l'accès des usagers à certains centres de santé urbains, et plus particulièrement à ceux des milieux ruraux. Le caractère pénible de cet accès est principalement dû au mauvais état des pistes, qui sont impraticables et quelques fois non ouvertes, réduisant considérablement le taux de fréquentation de ces formations sanitaires publiques. Cette difficulté d'accès physique est accentuée par la distance généralement longue que doivent parcourir les usagers demandeurs des services de soins de santé, du fait de l'inadéquation du nombre de centres de santé publics existants avec la densité démographique. C'est l'exemple de DJOUGOU qui ne dispose que de trois centres de santé publics pour toute la commune. Pire, des restrictions visant la fermeture des centres de santé de périphériques à 17H00 accentuent la situation à bien d'égards, comme l'ont mentionné le Chef Service Développement local de la Mairie d'APLAHOUE et des élus locaux dans l'OUEME et le PLATEAU à l'occasion des ateliers de consolidation. A ce sujet, le représentant de la mairie de KETOU mentionne que « ...il y a la question des horaires dans les centres de santé, lorsqu'il n'y a pas un infirmier de qualité, il faut soit fermer, soit on ouvre à 08h et on ferme à 17h (...); et on demande que soit les populations ou la mairie recrute un infirmier de qualité, qu'il paie, pour que les services soient continuels, (ce qui ne se fait pas faute de moyens) (...).»

²⁸Voir Vidéo P1000568, Copyrights Cellule de Communication CSB

On se rend compte que le déficit d'accès au service de santé s'accroît plus pour les populations résidant dans les zones rurales que pour celles vivant en zones urbaines. Tout porte à croire que les populations rurales bénéficient de moins de droit d'accès aux services publics de santé que leurs pairs urbains. En plus d'un défaut d'inégalité à l'accès aux services publics de santé, il se pose un problème criard d'équité, en ce qu'on a comme l'impression que les besoins des populations rurales sont considérés à la baisse relativement à ceux des populations urbaines, qui quant à ce qui les concernent disposent plus ou moins de voies bien tracées, de l'accès à l'eau et à l'énergie électrique, et d'une disponibilité plus ou moins permanente en termes d'accès aux centres de santé. La logique qui fonde la mise en œuvre des ODD étant qu'il ne faut mettre personne de côté dans la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels, il va s'en dire que l'Etat a encore de conséquentes actions à entreprendre dans la satisfaction du droit d'accès de tous aux services de santé. Ce n'est qu'en réduisant et même en éliminant conséquemment toute disparité manifeste dans la mise en place de moyens et politiques devant suffire à satisfaire tous les utilisateurs des services de santé, fussent-ils de zones urbaines ou rurales que l'Etat pourrait effectivement se targuer d'avoir réussi à atteindre ses objectifs en ce qui concerne l'accès de tous, sur une base équitable aux soins de santé.

Par ailleurs, il a été exposé que les infrastructures adaptées à la situation des personnes à motricité réduite sont absentes dans les centres de santé des localités enquêtées, à l'exception de quelques hôpitaux de zone et des chefs-lieux. La quasi-totalité des centres de périphériques, y compris les UVS, maternités isolées, dispensaires, sont donc confrontés à l'absence des infrastructures facilitant l'accès physique à cette catégorie de personnes. Les proportions des répondants attestant cet état de chose avoisinent les 100% dans toutes les localités rurales touchées par la collecte.

Il est constaté, que des professions de foi à l'effectivité, il y a un grand chemin à encore parcourir. Tout porte à croire qu'aujourd'hui, les portes d'accès aux centres de santé sont plus ouvertes aux patients disposant d'une bonne condition physique qu'à ceux vivant avec des handicaps, alors même qu'il est évident que vu leurs conditions physiques, ce sont ceux-là mêmes qui pourraient le plus requérir et recourir aux services de santé. Cela pose par ailleurs le problème de la prise en compte des besoins des populations dans la définition des politiques publiques. Est-ce que les besoins de toutes les couches de la population sont-ils suffisamment pris en compte dans l'élaboration des différentes infrastructures devant les servir ?

Rebondissant sur la question de l'accessibilité économique, il a été exposé dans le chapitre 3 que l'absence d'un service de prise en charge des indigents dans les formations sanitaires, a été constatée dans la quasi-totalité des centres fonctionnels dans tous les départements parcourus, et confirmée dans le cadre des ateliers de consolidation.

Mieux, les quelques rares individus qui ont déclaré avoir bénéficié d'une prise en charge dans le cadre de la demande de soins de santé, sont ceux qui ont dû s'adresser directement au service des affaires sociales de leur mairie, tirant avantage de leur rapprochement géographique. Pour ceux qui sont à des distances envoisnant plusieurs kilomètres, aucun service de prise en charge n'est accessible. Pour ces derniers, le résultat de la comparaison coût du déplacement et avantage escompté est sans nul doute défavorable. Face à ce cas de figures, il serait important que des mesures soient prises afin que le coût des services de soins de santé ainsi que des services relatifs aux facteurs fondamentaux déterminants de la santé soient établis sur la base du principe de l'équité, pour faire en sorte que ces services soient abordables pour tous et plus pour ces personnes indigentes. En effet, sur le fondement des observations générales N° 14 des Nations Unies, l'équité exige que les personnes les plus pauvres ne soient pas frappées de façon disproportionnée par les dépenses de santé par rapport aux personnes plus aisées.

Enfin, sur la question de l'accessibilité informationnelle où il apparaît clairement que la tendance générale observée dans la plupart des départements est l'inexistence des services d'accueil et d'orientation des usagers dans les communes²⁹, il est important que des mesures soient prises afin de faire répandre dans la plupart des centres de santé, peu importe les moyens et stratégies utilisés, les informations et les idées concernant les questions de santé, afin que les personnes de toutes catégories sociales confondues, analphabètes ou intellectuels, sourds, ou malvoyants etc... puissent avoir effectivement accès en temps utiles à ces informations-là.

4-4- Analyse de la prise en compte du critère de l'acceptabilité dans le secteur de la santé au Bénin

Appliqué au secteur de la santé sur la base des observations générales N° 14, le critère de l'acceptabilité suppose que les installations, biens et services en matière de santé doivent être respectueux de l'éthique médicale et être appropriés sur le plan culturel, c'est-à-dire respectueux de la culture des individus, des minorités, des peuples et des communautés, réceptifs aux exigences spécifiques liées au sexe et au stade de la vie et être conçus de façon à respecter la confidentialité et à améliorer l'état de santé des intéressés. Outre qu'ils doivent être acceptables sur le plan culturel, les installations, biens et services en matière de santé doivent également être scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité, ce qui suppose, notamment, du personnel médical qualifié, des médicaments et du matériel hospitalier approuvés par les instances scientifiques et non périmés, un approvisionnement en eau salubre et potable et des moyens d'assainissement appropriés.

²⁹ Les rares centres dans lesquels un espace est réservé pour l'accueil, force est de constater qu'il n'existe pas de personnel spécialement affecté à l'animation du service.

L'acceptabilité mettant en exergue la qualité des services, les informations collectées dans ce le cadre de la vérification communautaire, ont montrées de proportions considérables d'insatisfaction dans le rang des citoyens. Force est de constater que les cadres de réclamation en cas d'insatisfaction en vue de l'amélioration des services, sont inexistantes dans les formations sanitaires des localités parcourues. Les proportions des répondants ayant affirmé cet état de chose constituent pratiquement la totalité dans tous les départements enquêtés.

Par ailleurs, les séances de consolidations ont permis de comprendre les affirmations contraires, qui tiennent notamment à la confusion avec les services d'accueil, qui a priori, sont pour la plupart non animés. Cet état de chose ne permet pas d'affirmer sans coup férir de la prise en compte effective de ce critère, en termes d'appréciation de la qualité dans le suivi de la mise en œuvre des politiques publiques dans le secteur de la santé. Les services proposés aux patients aux fins de rendre la dispensation des soins de santé plus accessible et appropriés à leurs besoins sont-ils effectivement optimaux ? Suffit-il simplement de doter les établissements sanitaires de moyens pour s'assurer de la prise en compte effective et totale des besoins des populations ?

4-5- Des approches de solutions

S'il continue à subsister des biais de non exhaustivité et d'inefficacité des politiques publiques dans le secteur de la santé, malgré les différentes réformes entreprises dans le secteur par l'Etat, il convient de se poser en toute légitimité la question de l'impact des indicateurs sur lesquels se fondent les décideurs dans l'élaboration des politiques publiques.

On se rend compte que les différents indicateurs qui ont fait rédiger et mettre en œuvre les projets, sont loin d'être des indicateurs d'impacts. L'approche basée sur les droits humains n'est donc pas suffisamment prise en compte dans la définition des projets à impact social. En effet, la prise en compte de cette approche conduit aujourd'hui à un changement de paradigme dans la conception, l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques. L'approche du développement initialement fondée sur les besoins des populations a cédé la place à une approche fondée sur les droits de l'Homme. De ce point de vue, les personnes ne doivent plus seulement faire l'objet d'une aide programmée en amont par des instances décisionnaires mais elles doivent être considérées comme des acteurs à part entière du développement. L'action publique n'est donc plus conçue en termes de compensation, ou d'« assistantat », mais au regard de la mise en œuvre des droits fondamentaux. C'est ainsi qu'on se rend compte que la pleine effectivité du droit à la santé par exemple, sur la base de l'approche basée sur les droits humains repose sur la disponibilité, l'acceptabilité, l'accessibilité, et l'adaptabilité du droit considéré. Cela suppose donc que l'on implique directement les populations dans l'amélioration de leurs conditions de vie. Elle est alors un gage d'efficacité de l'action publique car elle permet

d'identifier toutes les dimensions d'un problème à l'aide des personnes concernées, et donc de garantir ainsi plus aisément l'effectivité des droits de l'Homme. En poursuivant la garantie effective des droits de l'Homme pour tous, cette approche est sous-tendue par une ambition réparatrice et, surtout, transformatrice. Elle vise en effet, à remettre en cause, plus fondamentalement, les rapports sociaux inégalitaires qui se sont figés, au fil du temps, dans les structures sociales. En insistant sur la mise en œuvre des droits de l'Homme pour tous, elle a vocation à lutter contre les discriminations structurelles.

Afin de parvenir à la réalisation effective de tous les droits de l'Homme pour tous, cette approche implique, pour sa propre effectivité, le respect d'un processus. Les instances onusiennes ont développé un certain nombre de principes appelés à caractériser les modalités de cette approche, qui coïncident avec des pratiques promues par ailleurs par la Société Civile. Ces principes, issus des conventions internationales relatives aux droits de l'Homme, sont regroupés au sein de l'acronyme anglais PANEL, et sont destinés à servir de guide aux pouvoirs publics, notamment, pour favoriser l'application concrète de cette approche : Participation, responsabilité (« Accountability »), Non-discrimination, autonomisation (« Empowerment »), respect des normes internationales (« Law »).

En effet, le principe de participation a été conçu, à l'origine, pour remédier aux défauts des programmes de coopération au développement élaborés à partir des stratégies des agences de développement et des donateurs qui ont tendance à établir des priorités d'action en fonction des besoins supposés des populations destinataires de l'aide internationale. L'approche fondée sur les droits de l'Homme part du postulat qu'il est impossible d'améliorer les conditions de vie des individus et des communautés sans les impliquer dans la définition de leurs besoins. Non seulement cette exigence de participation peut se prévaloir d'une référence normative, telle que l'exercice des droits civils et politiques (liberté d'expression, d'association, de réunion, etc.), voire le « droit à la participation », mais, d'un point de vue plus pragmatique, elle accroît également les chances de réussite d'un programme d'action : elle évite notamment les échecs ou les effets pervers d'une initiative publique qui, bien souvent, sont imputés aux « bénéficiaires », voire se retournent contre eux.

En ce qui concerne le principe de la responsabilité, il sous-entend le fait pour les Etats, et plus généralement d'ailleurs les débiteurs d'obligation (par exemple les délégataires de service public) d'avoir à répondre de la façon dont ils appliquent les droits de l'Homme dans la mise en œuvre des politiques publiques.

Le principe de non-discrimination quant à ce qui le concerne est ancré dans la démarche attachée à l'approche fondée sur les droits de l'Homme. Corollaire de l'universalité des droits de l'Homme, mis en avant dans la plupart des textes internationaux relatifs aux

droits de l'Homme, le principe de non-discrimination suppose que toutes les personnes soient associées à cette démarche. Ce principe vise à attirer l'attention des instances chargées de mettre en œuvre les droits sur la nécessité de prendre en compte tous les stades d'un projet, depuis l'analyse de la situation des dispositifs d'accès aux droits en amont jusqu'à la protection en aval, des personnes placées structurellement en position d'exclusion. Ce faisant, l'approche fondée sur les droits de l'Homme poursuit l'objectif d'identifier précisément des situations de discrimination, éventuellement multiples ou intersectionnelles.

Par ailleurs, corollaire des principes de participation et de non-discrimination, l'autonomisation implique de renforcer les capacités d'action des groupes sociaux en situation de vulnérabilité, quelles qu'en soient les causes (financières, intellectuelles, physiques, psychologiques...). Sous cet angle, l'approche fondée sur les droits de l'Homme vise à impliquer ces groupes dans l'analyse des besoins, dans l'élaboration des moyens d'y répondre, et à les mettre en position d'exiger de l'État et des autres débiteurs d'obligation de les respecter. Cependant, le terme « autonomisation », qui vient de la traduction d'« empowerment », n'est pas satisfaisant : il ne s'agit pas seulement d'autonomiser les personnes mais littéralement de leur redonner un pouvoir sur la mise en œuvre des droits de l'Homme.

Enfin, le respect des normes internationales. L'approche fondée sur les droits de l'Homme repose sur un cadre normatif. Cette cinquième exigence du PANEL renvoie aux règles et principes contenus dans les textes internationaux. Cet ensemble normatif constitue un cadre de référence pour les détenteurs de droits et les débiteurs d'obligation. C'est pourquoi, dans une situation donnée, il convient d'abord d'identifier l'ensemble des droits en cause afin d'élaborer une stratégie visant à en garantir l'effectivité et clarifier les éléments appelés à nourrir la responsabilité des débiteurs d'obligation.

Ces principes définissent un cadre d'action exigeant. Ils impliquent le respect de la dignité de la personne humaine et de prendre en compte les droits de l'Homme à tous les stades de l'action publique. En définitive, l'approche fondée sur les droits de l'Homme est fondamentalement caractérisée par une plus grande implication des détenteurs de droits et par une responsabilité des débiteurs d'obligation entendue largement.

C'est donc sur ces considérations que deux types de recommandations seront proposées à l'effet de favoriser une meilleure effectivité du droit à la santé pour qu'à l'avenir, compte tenu des efforts entrepris par l'État dans ce secteur précis, les fruits en arrivent à mieux rendre compte de la promesse des fleurs. Il s'agit notamment de :

- La nécessité d'une prise en compte des différents critères issus des principes de

l'Approche Basée sur les Droits humains et contenus dans l'observation générale N°3 du Comité des Droits Economiques Sociaux et culturels à savoir : la dotation, l'accessibilité, l'acceptabilité et l'adaptabilité, dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques dans le secteur de la santé, pour que désormais les indicateurs à prendre en compte n'en soient point que de résultats, mais aussi et surtout d'impacts.

- La mise en place d'un mécanisme de redevabilité sectorielle pour renforcer le dialogue et l'interaction entre la demande, l'offre et les collectivités territoriales autour de la gouvernance du secteur de la santé au Bénin.

Conclusion

« Le Comité recommande à l'État partie de collecter et de faire figurer dans son prochain rapport périodique les statistiques comparatives annuelles nécessaires pour évaluer les progrès accomplis, et de veiller à ce que ces données soient ventilées par sexe, âge, région géographique, niveau socioéconomique et toute autre situation. Par ailleurs, il lui recommande de mesurer l'effet des politiques et des programmes économiques et sociaux en utilisant des indicateurs de mesure de la disponibilité, de l'accessibilité, de l'acceptabilité et de la qualité des biens et services. À cet égard, le Comité attire l'attention de l'État partie sur le document *Indicateurs des droits de l'homme : guide pour mesurer et mettre en œuvre (HR/PUB/12/5)* et sur le cadre conceptuel et méthodologique concernant les indicateurs des droits de l'homme mis au point par le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme³⁰ ».

Ainsi formulait dans ses observations finales en date du 06 Mars 2020, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies à l'issue de sa 30^e séance où le Bénin parmi tant d'autres pays membres des Nations Unies a été examiné sur le niveau de mise en œuvre des dispositions du Pacte International relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels auquel il a adhéré le 12 Mars 1992. La recommandation sus visée est relative à l'application plus spécifiquement de l'article 2 du Pacte, lequel article stipule que « *Chacun des Etats parties au présent Pacte s'engage à agir, tant par son effort propre que par l'assistance et la coopération internationales, notamment sur les plans économique et technique, au maximum de ses ressources disponibles, en vue d'assurer progressivement le plein exercice des droits reconnus dans le présent Pacte par tous les moyens appropriés, y compris en particulier l'adoption de mesures législatives. 2. Les Etats parties au présent Pacte s'engagent à garantir que les droits qui y sont énoncés seront exercés sans discrimination aucune fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance ou toute autre situation. 3. Les pays en voie de développement, compte dûment tenu des droits de l'homme et de leur économie nationale, peuvent déterminer dans quelle mesure ils garantiront les droits économiques reconnus dans le présent Pacte à des non ressortissants.* »

La Société Civile Béninoise, à travers le projet « *Participation Décisionnelle des O.S.C Béninoises aux Politiques Publiques* » a procédé opportunément et avec pertinence à l'exercice de vérification communautaire axée sur l'Approche Basée sur les Droits Humains, puisque le droit à la santé constitue un droit fondamental inhérent à l'humanité.

³⁰ voir HRI/MC/2008/3

Avec l'implication du gouvernement et de l'Union Européenne qui ont rendu possible la conduite du présent projet, la prise en compte des éléments de suggestion de la présente revue alternative, pour une correction, voire amélioration des initiatives publiques sectorielles relatives à la santé s'avère logique.

C'est pourquoi, des prédispositions institutionnelles au niveau du gouvernement, il s'avère nécessaire de mettre en place au plus tôt, les cadres institutionnels de redevabilité du secteur de la santé, pour s'offrir, dans une démarche inclusive, les chances de relever les défis d'efficacité auxquels les institutions publiques du secteur de la santé sont confrontées.

Table des Matières

Liste des abréviations et acronymes	03
Liste des tableaux et graphiques.....	09
Avant-propos	11
Introduction	13
Chapitre 1 : Méthodologie	17
1-1- Revue documentaire.....	17
1-2- Présence des acteurs.....	19
1-3- Couverture géographique	21
1-4- Élaboration de l'outil de vérification communautaire	21
1-5- Organisation pratique de la mission	22
1-6- Traitement des données	22
Chapitre 2 : Cadre normatif et institutionnel du droit à la santé au Bénin	23
2-1- Cadre normatif	23
2-2- Cadre Institutionnel.....	25
2-3- Organisation du secteur pharmaceutique.....	28
Secteur privé.....	28
Secteur public.....	28
2-4- Acteurs internationaux.....	29
Chapitre 3 : Réalités de l'offre des services d'accès à la santé dans le cadre géographique de la vérification communautaire	31
3-1- Vulnérabilité des populations en matière d'accès à la santé.....	32
3-2- Perceptions de l'offre de services d'accès à la santé au Bénin	33
3-2-1- Disponibilité	34
A- PRÉOCCUPATIONS DE LA DEMANDE.....	34
1- Indisponibilité d'infrastructures sanitaires équipés et alimentés en eau potable et en énergie électrique.....	34
2- Manque de personnel qualifié pour le fonctionnement des services sanitaires	37
B- EXPLICATIONS ET JUSTIFICATIONS DE L'OFFRE	38
1- Sur la préoccupation inhérente au manque de personnel qualifié	38
2- Par rapport aux préoccupations inhérentes aux problèmes de non alimentation en eau et en énergie électrique de qualité	39
3-2-2- Accessibilité.....	40

A- PRÉOCCUPATIONS DE LA DEMANDE.....	40
1- Accessibilité physique	40
a- Mauvais état des pistes d'accès aux centres de santé en milieux ruraux.....	40
b- Inexistence de rampe d'accès aux personnes à motricité réduite	41
2- Accessibilité économique	42
• Inexistence de service de prise en charge des indigents dans les formations sanitaires.....	42
3- Accessibilité informationnelle	43
• Inexistence de service d'accueil et d'orientation.....	43
B- LES EXPLICATIONS ET JUSTIFICATIONS DE L'OFFRE	44
1- Sur la question de l'accessibilité physique.....	44
2- Sur la préoccupation inhérente à l'accessibilité économique	46
3-2-3- Acceptabilité	47
A- LES PRÉOCCUPATIONS DE LA DEMANDE.....	47
• Inexistence de service de réclamation dans les formations sanitaires.....	47
B- LES EXPLICATIONS ET JUSTIFICATIONS DES ACTEURS DE L'OFFRE	48

Chapitre 4 : De l'ineffectivité persistante de l'accès à la santé aux approches inclusives durables.....	49
4-1- Appréciation de l'effectivité du droit à la santé.....	50
4-2- Analyse de la prise en compte du critère de la disponibilité dans le secteur de la santé au Bénin	51
4-3- Analyse de la prise en compte du critère de l'accessibilité dans le secteur de la santé au Bénin	52
4-4- Analyse de la prise en compte du critère de l'acceptabilité dans le secteur de la santé au Bénin	55
4-5- Des approches de solution	56
Conclusion	61

*“Nous œuvrons pour un Bénin où les conditions
sont créées en vue de satisfaire à tous les droits humains
sans distinction aucune ”*

Sis au lot V- 3174a, YENADJRO (Womey / Abomey - Calavi)
BP: 565 Womey, Abomey - Calavi / Tél: +229 67 54 40 79
Email: secretariat@csbenin.org

N° d'enregistrement: 2006/ 068/ PDZ/-C/SG – SG - D2
ASSOC J.O N° 21 du 1er novembre 2006 Page 893 ;
N° IFU: 6201300898803 ;
N° Compte Bancaire : 002393280005 BOA BENIN

Site web: <https://changementsocialbenin.org/>