

REPUBLIQUE DU BENIN

ASSOCIATION BENINOISE DES CHERCHEURS EN SANTE (ASSOBREC)

PROJET DE RECHERCHE

GOUVERNANCE ET QUALITE DES SOINS AU BENIN

RAPPORT FINAL DE RECHERCHE

CHERCHEUR PRINCIPAL

Pr. Léonard Fourn MD, Msc, PhD

Santé communautaire/épidémiologie

FINANCEMENT : CRDI

Août 2008

TABLE DES MATIERES	
RAPPORT DE RECHERCHE.....	1
OBJECTIFS DU PROJET	5
2. METHODE DE TRAVAIL	8
3. RESULTATS	12
3.1 GOUVERNANCE ORGANISATIONNELLE DU MINISTERE DE LA SANTE.....	12
3.2. GOUVERNANCE ADMINISTRATIVE DU MINISTERE ET DES DEPARTEMENTS	15
3.2.1 Organisation du circuit d'information administrative.....	15
3.2.2 Organisation de la décentralisation de la gestion locale	16
3.2.3 Organisation de la gestion des ressources humaines.....	17
3.3 RESPONSABILISATION AU SEIN DU MINISTERE	18
3.4 QUALITE ET EFFICACITE DES SOINS.....	19
3.4.1 TENDANCE DE LA FREQUENCE DES PRESTATIONS DE SOINS	19
3.4.2 TENDANCE DES ISSUES DES SOINS	22
• Evolution des décès dus aux affections prioritaires	24
3. 5 ORGANISATION DE LA GESTION DES DEPENSES DE SANTE	24
3.5.1 Evolution et équité dans les dépenses de santé	24
3.6.1 CENTRE HOSPITALIER DE REFERENCE.....	27
3.6.1.1 Organisation des soins et gestion des malades.....	27
3.6.1.2 Gestion transparente dans les services de l'hôpital	29
3.6.2 Gouvernance à l'hôpital confessionnel privé.....	30
3.6.3. Efficience des résultats de soins au niveau central	31
3.7 RESPONSABILISATION AU SEIN DU COGEA.....	32
3.7.1 Implication des membres dans la gestion.....	32
3.7.2 Transparence de la gestion des fonds.....	33
3.8 OPINION DES USAGERS SUR LA GOUVERNANCE DU MINISTERE	34
4. PERSPECTIVES.....	75
Références bibliographiques.....	76

RESUME

Dans le cadre de l'objectif social de l'OMS « Santé pour tous », les pays africains comme le Bénin ont entrepris des réformes de leur système de santé avec la décentralisation des structures de soins et la mise en place des organes de gouvernance comportant les représentants de la communauté. Le souci des autorités étant d'améliorer la qualité des soins dans les formations sanitaires et l'accent est mis sur la gouvernance avec ses dimensions comme la responsabilisation et l'implication effective de la communauté, dans le fonctionnement de ces organes. Mais peu de données sont disponibles sur l'application de ces dimensions depuis le renouveau démocratique en 1990. C'est pour combler ce vide d'information que ce travail se propose d'étudier la relation entre la pratique de la bonne gouvernance et la qualité des soins dans les départements du Mono/Couffo et l'Atlantique/Littoral. A cet effet, il a été mené une enquête descriptive à deux bras, le premier concerne les structure institutionnelles du Ministère et le second la gouvernance locale au niveau périphérique du système de santé. Au plan méthodologique deux volets, quantitatif et qualitatif ont été utilisés pour la collecte des données, auprès des membres des comités en place dans les formations sanitaires à savoir ceux des Conseils de gestion des hôpitaux, des COGEA puis les agents de soins et les usagers.

Il ressort des résultats de l'analyse des données qu'au niveau institutionnel, l'application de la bonne gouvernance à des difficultés de compréhension du concept, les tentatives de corruption sont présentes aussi bien dans les services administratifs que dans les hôpitaux de référence publiques ou privés. L'ambiance de travail est dominée par le clientélisme et le népotisme créant des clans au sein du Ministère. Les usagers sont peu considérés et sont difficilement satisfaits dans leurs besoins en matière d'acte administratif ou de formation. Toute chose constituant un sérieux frein à la bonne gouvernance. Pour la gouvernance locale, les résultats ont montré que le concept « bonne gouvernance » est différemment perçu par les différents acteurs y compris les responsables à charge des services de soins. Dans la pratique de cette gouvernance, l'implication des représentants de la communauté est très faible, plus théorique que pratique surtout dans le domaine de la gestion des fonds. Cette gestion qualifiée d'opaque par certains enquêtés est à la base des plaintes et des mécontentements au sein des structures de soins au niveau périphérique. La responsabilisation ne concerne qu'une minorité des membres des comités de décision et de gestion (organes de gouvernance) des hôpitaux et autres centres périphériques de soins malgré les renouvellements périodiques des membres des organes.

Quant à la qualité des soins, l'évolution des indicateurs de santé est à la hausse dans la plupart des hôpitaux et des centres de santé. Les taux de mortalité maternels et néonataux sont à des niveaux supérieurs à ceux de tout le pays. Le département du Mono/Couffo reconnu défavorisé est le plus concerné. La morbidité due aux trois principales maladies prioritaires accuse une très lente régression à travers les années et le passage des différentes équipes dirigeantes et organes de gouvernance. En ce qui concerne la qualité des soins, elle n'est pas assurée comme attendu avec les réformes engagées. Le coût moyen des soins se trouve élevé dans l'ensemble des formations sanitaires en raison des dépenses des malades en médicaments, soulignant la faible efficacité des soins aux usagers. Aussi, le problème d'équité d'accès aux soins demeure-t-il un défi malgré les efforts du gouvernement en direction des malades indigents dans les hôpitaux périphériques. Aucun mécanisme durable d'aide aux pauvres pour les soins n'existe dans les centres de santé bien que les représentants de la population soient présents au moment des prises de décisions. La satisfaction des usagers des services de soins est peu

acceptable et n'offre pas une amélioration au regard de leurs attentes. Par ailleurs les dimensions de la gouvernance se trouvent effectivement liées à la qualité des offres de soins dans les deux départements du projet, Mono/Couffo et Atlantique /Littoral. Face à ces différents constats, des suggestions sont faites pour l'amélioration de la pratique de la gouvernance dans le sens de l'amélioration de la qualité des soins.

INTRODUCTION

La stratégie des Soins de Santé Primaires, issue de la Conférence d'Alma Ata, a proposé la participation de la population à la prise en charge de sa santé et la décentralisation de la prise de décision mais sans un contenu précis. Cette lacune a été comblée par les déclarations de l'Initiative de Bamako qui ont suggéré le financement communautaire avec des cibles privilégiées. Depuis l'avènement du renouveau démocratique en 1990 au Bénin, des efforts sont entrepris par les autorités sanitaires pour l'amélioration de la qualité des services de soins de santé. Ce souci a été à la base des réformes du système de soins à travers l'organisation et la gestion des entités de santé. L'expérience du terrain a montré que la décentralisation dans le secteur n'a pas été effective et a pris l'allure de la déconcentration du système. Ainsi, en dépit des discours sur l'équité, l'inégalité des citoyens devant l'accès aux soins demeure une réalité permanente. Certes, le souci de décentralisation a conduit à la création des structures décentralisées mais leur fonctionnement autonome reste encore un défi de la gouvernance en santé. En fait, la qualité des soins et services devrait connaître une amélioration effective au regard des préoccupations souvent annoncées par les autorités depuis le début du renouveau démocratique. C'est dans cette optique que les autorités sanitaires ont mis en place des comités de gestion, chargés de la gouvernance des formations sanitaires afin de renforcer l'implication et la responsabilisation de la communauté en vue d'une gestion administrative transparente en vue de réduire les inégalités devant les soins. L'on constate cependant, un dysfonctionnement des structures en place et une persistance des écarts d'accès aux soins de qualité marqués par l'exclusion des démunis des bénéficiaires de la réforme du système de santé. De plus, au sein des comités et des équipes dirigeantes des formations sanitaires périphériques sont apparues des incompréhensions, des manifestations de manque de transparence, de la gestion souvent unilatérale des structures de santé, toute chose qui influence la performance et la qualité des services. Or, les autorités gouvernementales ont pris des dispositions textuelles pour rendre la participation de la communauté, plus efficace et effective, avec le financement communautaire des centres de santé et le rapprochement des structures des utilisateurs de soins. Les textes soutenant les réformes du système ont accordé aux centres de santé, la rétention des bénéficiaires de la vente des médicaments pour permettre aux organes de gouvernance de répondre à leurs besoins financiers et de se pencher sur la prise en charge des pauvres. Depuis ces différentes mesures et la mise en place de ces organes de gouvernance, il est aisé de remarquer qu'aucune étude n'est réalisée sur le fonctionnement de la bonne gouvernance prônée par les autorités politiques [MS,2000] et sur l'assurance de la qualité des soins aux usagers.

Cette situation a suscité des questionnements et inquiétude de la population bénéficiaires des soins et services de santé. Mais à notre connaissance, aucune donnée n'est disponible pour se prononcer sur cette expérience de gouvernance dans les formations sanitaires. C'est pour combler ce vide que le présent travail est entrepris pour analyser d'une part la situation de la gouvernance au niveau central et d'autre part dans les structures du niveau périphérique du système de soins en vue d'une prise de décision pour l'amélioration de la qualité des soins au profit de la population.

I. GENERALITES

I.1 Définition du concepts gouvernance

Le vocable gouvernance est apparu pour la première fois en 1989 dans une étude de la Banque Mondiale qui annonçait un changement de paradigme dans la problématique du processus de ce développement. Ce changement devrait favoriser la mobilisation des ressources au service du développement. En fait, la naissance du concept remontait en 1980 où les institutions de *Bretton Woods* suggéraient à l'Afrique et aux pays en développement une « thérapie de choc » pour mieux faire passer le Programme d'Ajustement Structurel (PAS). L'objectif visé était de faire changer les comportements des pays en mettant l'accent sur le management (Criel, 1994). Suite aux difficultés du PAS en 1990, le regain de rigueur dans les mécanismes de marché et la défiance d'une gestion gouvernementale jugée responsable de la crise, a renforcé le recours au concept de la bonne gouvernance. Ce n'est qu'à partir de 1992 que la Banque Mondiale a précisé le contenu de ce concept axé sur le renforcement du secteur privé en privilégiant la décentralisation des services, de la transparence dans la gestion et la responsabilité. L'idée de rapprocher les décisions du lieu de leur mise en œuvre et d'accroître la soumission au droit des autorités locales et nationales, a commencé par se répandre à travers la décentralisation et le contrôle de la légalité. La bonne gouvernance couvre donc les dimensions telles que la décentralisation et le contrôle de la légalité, la transparence, la responsabilisation du public avec la participation de la communauté à la prise de décision.

Selon le Fonds Mondial International, la bonne gouvernance répond à l'exigence de l'Etat de droit pour atténuer les difficultés liées à la pauvreté sociale. Au plan juridique, elle s'exprime par la limitation de la capacité d'action des autorités centrales avec l'élargissement de la base sociale du pouvoir communautaire et le plaidoyer politique devra renforcer et doubler son appropriation pour le succès des enjeux sociales et sanitaires. Pour ces derniers, la contrainte du financement des services de santé imposait une forte pression mais la démocratisation des points de vue à travers la participation effective de la communauté devrait permettre d'amoindrir les difficultés [Bowawo, 1997]. L'un des objectifs de la bonne gouvernance est l'élargissement de la base sociale et économique du pouvoir ; faute de capacité économique, la couche vulnérable de la population est exclue de la citoyenneté. Et le défi de leur intégration nécessite des politiques publiques que l'administration doit définir clairement et appliquer [Bowawo, 1997]

L'appropriation du concept par le monde des entreprises a généré « le corporate governance » qui met en valeur la transparence de la gestion des sociétés doublée d'une forte responsabilisation sur la base d'objectifs précis et sur la participation de la communauté à tous les niveaux de la prise de décision. La coordination organisée et le leadership au sein de l'entreprise sont deux dimensions spécifiques qui viennent s'ajouter aux autres. Plusieurs entreprises des pays du Nord appliquent ce concept pour mieux rentabiliser leurs affaires dans la transparence et avec la participation des acteurs. En fait, la définition de la « corporate governance » n'est pas facile (Pekins, 2000). Certains auteurs l'ont défini comme un imaginaire fait de démocratie, de concertation, de transparence, de qualité, d'évaluation des pratiques, des objectifs et même des hommes. Son application au monde des entreprises concourt à l'amélioration du bien être individuel et global des clients sur la base du principe suivant : tout doit être porté à la vue externe ; rien ne doit rester opaque. Le manque de visibilité et de clarté des dirigeants n'a plus sa place dans l'entreprise. En fait, le respect des principes de bonne gouvernance contribue au développement des organes de l'entreprise et de

la qualité de son image. Cependant, la violation des règles applicables est une menace pour la réputation de cette entreprise, ce qui témoigne de la nécessité de bien gérer le défi réglementaire.

Dans le secteur de la santé, certains pays ont appliqué ce concept au sein des établissements de soins avec un accent particulier sur les prestations et la bonne marche des formations sanitaires. Les dimensions privilégiées sont la démocratisation des décisions au sein des établissements de soins axée sur la concertation des dirigeants, du personnel et des patients (Pekins, 2000 ; Barnett, 2001). La responsabilisation des praticiens, des dirigeants dans la gestion des soins et des ressources puis l'assurance de la qualité des interventions et la préparation de la dévolution progressive de la gestion des centres de santé périphériques ont été les principaux éléments de ces expériences.

En ce qui concerne la littérature africaine, la bonne gouvernance, socle de toute réforme actuelle, est appréhendée comme la manière dont le pouvoir est exercé dans le domaine de la gestion et de la résolution des problèmes de la communauté. Une bonne lecture du concept permet de cerner les réalités de la décentralisation entreprise par les Ministères de la Santé des pays africains sur la base des principes des Soins de Santé Primaires. Cette décentralisation est interprétée par la population comme un retrait de l'Etat du fonctionnement des formations sanitaires ; mais en fait la « main peu perceptible » de l'Etat n'est pas totalement absente de la gestion des centres de soins dans les pays en développement dont le Bénin. L'Etat continue d'allouer des fonds aux formations sanitaires publiques pour les activités de soins aux citoyens.

Selon les documents du Ministère de la santé du Bénin, la bonne gouvernance fait appel à la pratique de la transparence, de la décentralisation des services de soins avec la participation responsable de la communauté. L'efficacité et l'efficience des soins dans les établissements, la prise en charge des minorités dans la population des malades et une bonne gestion des solidarités dans un contexte de lutte contre la corruption [MSP, 2002]. La gouvernance est l'exercice de l'autorité administrative, économique et politique pour manager les affaires à tous les niveaux du système de soins. Elle comprend les mécanismes, procédures et institutions à travers lesquels les bénéficiaires des soins exercent leur droit légal, rencontrent leurs obligations et communiquent leurs différences. L'obligation faite aux dirigeants des structures de soins, aux comités et conseils en place permet de rendre compte de leurs actes ou d'en assumer les conséquences. En fait, dans une gestion démocratique, les communautés ont le droit d'exiger que des comptes leur soient rendus.

Ces différentes appréhensions du concept sont unanimes sur des dimensions clés auxquelles se sont ajoutées des particularités propres à chaque secteur de développement dans l'optique d'une bonne performance et surtout de l'assurance d'une bonne qualité des prestations dans les centres de soins, conformément aux grandes lignes de la réforme du système de santé.

1.2. SYSTEME DE SANTE BENINOIS

Le système de santé du Bénin épouse la forme d'une pyramide dont la base constitue le niveau périphérique (niveau local) et le sommet le niveau central en passant par le niveau départemental. C'est au sommet que se retrouvent les structures administratives du Ministère de la santé avec toutes les directions techniques. La mission de ce ministère est de mettre en

application la politique du gouvernement en matière de santé. Les structures centrales du Ministère sont situées à Cotonou dans l'un des départements de l'étude en l'occurrence l'Atlantique/Littoral où l'on retrouve l'hôpital de référence d'obédience universitaire, le Centre National Hospitalo- universitaire). Au niveau périphérique se retrouve les hôpitaux de zone et les centres de santé qui offrent des prestations de soins curatifs et préventifs dans le cadre des soins de santé primaires. Le Ministère dispose d'un document de politique et stratégies nationales de développement du secteur comportant des axes précis d'intervention basés sur les principes de la décentralisation des structures et la transparence de gestion capacités financières du secteur.

La bonne gouvernance définie dans le document de la politique du quinquennat (1996-2001) tient compte des valeurs, règles et dispositions qui permet de gouverner, de favoriser le dialogue entre acteurs et de créer des conditions qui allègent les frustrations.

En fait, la décentralisation des services de santé a été la première dimension mise en œuvre par le Ministère de la santé avec la décision de l'application du financement communautaire renforcé par le système de recouvrement des coûts des prestations. Ainsi, dans les formations sanitaires, se pratique le paiement des soins à l'acte ; la tarification se fait par épisode de maladie avec un tarif séparant les frais de consultation de ceux des médicaments génériques en vente au sein des établissements. Une structure nationale d'approvisionnement, le Centre d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (CAME) est chargée au niveau central de l'achat groupé et de la distribution de ces médicaments sur la base des commandes et de la capacité de paiement des centres. Le prix de cession est uniforme pour toutes les formations et ces dernières devraient fixés le prix de vente aux usagers en appliquant un coefficient multiplicateur en vue de la prise en charge des frais récurrents.

Les organes de gouvernance en place dans les centres de santé et les hôpitaux publics sont chargés de prendre en main la bonne marche de ces formations. A cet effet la réforme de système de santé a prévu, les Conseils de gestion tenant lieu de Conseil d'Administration créés dans les hôpitaux de zone et les comités de gestion dans les centres de soins, au niveau communes et arrondissements.

La mise en œuvre de cette réforme au niveau local ou périphérique a bénéficié de plusieurs décisions de haut niveau. C'est ainsi que la vente des médicaments essentiels sous nom générique et la rétention des recettes au sein des formations sanitaires ont été autorisées par le gouvernement (Décret n° 88-444 du 18/11/1988) pour faire face aux besoins de fonds complémentaires pour l'achat des médicaments et pour le fonctionnement des établissements de soin. Pour rapprocher les services de soins de la communauté, les autorités ont procédé à la réorganisation de la base de la pyramide sanitaire en zones sanitaires dix ans plus tard (Décret 98-300 du 20/07/1998) ; le texte portant attribution, composition, organisation et fonctionnement des organes de gouvernance des formations sanitaire est pris (Arrêté n° 1269/MSP/DC/SGM/CADZS du 2/3/1999) en vue de faciliter leur fonctionnement. Ces textes renforcés par un règlement intérieur des organes de gouvernance (comité de gestion, conseil de gestion...) seraient vulgarisés dans les structures de soins de santé dans les communes et les arrondissements. Le système de soins est marqué également par le secteur privé et confessionnel dans un souci de partenariat entre les différentes structures de soins.

La subvention de l'Etat est la source principale des formations sanitaires publiques à laquelle s'ajoutent les fonds du financement communautaire. Le principe de cette dernière source est que l'argent généré par les prestations des soins et géré par les populations doit contribuer au maintien et au développement des services en réduisant l'ampleur de la question d'inaccessibilité aux soins. Les pays africains suivent ce même modèle issu des principes de

l'Initiative e Bamako, laquelle a suggéré un système de vente des médicaments aux malades à un coût de revient abordable ; il en est de même des prestations (soins curatifs, hospitalisation) à coté des prestations sans charge (vaccination, consultations prénatales). Le coût des prestations et des médicaments au niveau périphérique est laissé à l'initiative des organes de gouvernance. Le risque financier est présent chez les malades et consiste à ce qu'ils ne peuvent pas pouvoir se faire soigner dans un centre par manque d'argent alors qu'ils ont choisi de s'y rendre. Ce risque croît à mesure que les dépenses à faire pour se soigner augmentent ; cet état de fait conduit à la nécessité de connaître les dépenses moyennes par centre du fait que la seule comparaison des tarifs ne peut rendre compte de l'écart de gestion entre les formations sanitaires. Les coûts moyens reflètent la productivité avec laquelle une activité de soins est menée en combinant les intrants disponibles.

1.3 OBJECTIFS DU PROJET

1.3.1 Objectif général

Déterminer le lien entre la bonne gouvernance dans les structures d'offre de soins et la qualité des soins prodigués aux usagers des formations sanitaires en vue de l'amélioration de la mise en application de la politique sanitaire en matière de décentralisation.

1.3.2 Objectifs spécifiques

- Apprécier le niveau d'application des règles et principes de la bonne gouvernance institutionnelle au niveau du Ministère de la santé et dans les directions départementales
- Apprécier l'efficacité des résultats des soins puis l'utilisation des informations sanitaires pour la prise de décision à tous les niveaux de la structure des soins
- Déterminer les facteurs qui entravent l'implication et la responsabilisation effectives de la communauté à la gestion transparente des structures d'offre de soins
- Apprécier le degré de satisfaction des usagers des soins des formations sanitaires des localités retenues
- Mettre en évidence les mécanismes de protection financière mis en place pour la prise en charge des soins aux pauvres.
- Etablir la relation entre les dimensions de la bonne gouvernance et la qualité des soins dans chacun des milieux retenus
- Explorer les besoins de formation et identifier les partenaires potentiels, internes et externes, nécessaires pour un programme ultérieur de plaidoyer et de formation des comités dans la gestion transparente, la communication pour une participation active et responsable.

2. SITES ET METHODE DE TRAVAIL

2.1 Sites

2.2 Méthode de travail

Pour répondre aux différents objectifs, nous avons effectué deux enquêtes, une au niveau institutionnelle du Ministère de la santé et la seconde au niveau de la périphérie du système de santé.

- L'enquête institutionnelle s'est déroulée en deux volets : exploitation des documents (rapport, base de données) statistiques en vue de renseigner le profil de la situation des certaines pathologies et leur gravité de manière globale. Ces renseignements sont des données agrégées que nous avons utiliser pour dégager les tendances durant les périodes de quinquennat de la démocratie. Ces données secondaires portent sur : la morbidité des maladies prioritaires retenues par la politique sanitaire nationale : paludisme, tuberculose et infection à VIH ;
- le suivi des grossesses (consultations prénatales: nouvelles et anciennes)
- les décès maternels et néonataux comme indicateurs de la qualité des services et soins et les décès dus aux trois affections retenues.

L'évolution de la fréquence de ces affections et des visites prénatales constituent le « baromètre » de l'efficacité des activités de soins.

- Aussi, avons-nous collecté des données sur les dépenses de santé d'une part et sur le Produit Intérieur Brut (PIB) d'autre part, durant la période allant de l'avènement du renouveau démocratique (1990) jusqu'en 2004. Les sources utilisées sont les documents des services du Ministère des Finances. Un fiche de dépouillement est élaborée à cet effet.

Nous avons également recueilli les textes (décret, arrêtés et note de service) pris par les différentes équipes qui ont dirigé le Ministère durant la période de l'enquête. Quatre textes (décret, arrêtés et note de service) pris au niveau central et portant sur différentes périodes puis adressés aux départements par les autorités en place par période, ont été tirés au hasard et leur réception à destination vérifiée avec leur délai de transmission.

En raison de l'incomplétude des sources de données du Ministère, les sources de données départementales ont été également exploitées. Pour compléter ces données secondaires existantes, des interviews d'anciens cadres du Ministère de la santé (MS) qui ont eu à participer à la gouvernance du système de santé ont été menés. A cet effet, un recensement suivi d'entretien parfois à domicile, ont permis d'avoir des données complémentaires.

De même, au sein du Ministère et dans les départements, des entrevues individuelles auprès des responsables (nouveaux et anciens) à différents niveaux sanitaires et des agents de santé, usagers des structures de la gouvernance, ont été effectuées. Ces entretiens face à face ont permis de recueillir les opinions des uns et des autres sur l'organisation, le fonctionnement des services et sur les prestations de soins pendant la gestion des différentes équipes dirigeantes du Ministère.

Par ailleurs, la collecte des données à la suite d'une immersion dans l'hôpital universitaire et dans un hôpital confessionnel privé de Cotonou a été effectuée pour obtenir les points de vue des gardes malades sur les soins et surtout sur les « pots de vin » dans ce milieu hospitalier. Au centre universitaire, nous nous sommes intéressé à la qualité des soins obstétricaux en collectant les données sur les complications de suppurations post opératoires (complication qui ne devrait pas survenir si les soins étaient de bonne qualité). La fréquence de cette complication nosocomiale est considérée également dans la littérature comme indicateur de qualité des prestations de soins obstétricaux.

Pour documenter la gouvernance locale à la périphérie du système de santé, nous avons entrepris une enquête de type transversale à deux volets (quantitatifs et qualitatifs) auprès des

membres des différents organes installés dans les structures sanitaires, les agents de santé fournisseurs des soins et les usagers des centres de soins des départements du Mono/Couffo et de l'Atlantique/Littoral. Les deux départements étaient déjà retenus dans le document du projet opposant les premiers départements reconnus économiquement défavorables (seuil de pauvreté faible) aux seconds relativement aisés (seuil de pauvreté relativement élevé). Au niveau de chaque département, trois communes ont été tirées au hasard sur la base de petits morceaux de papiers numérotés de 1 à 13 (13 communes dans chaque département). Ainsi, Comé, Lokossa, Aplahoué ont été retenus dans le Mono/Couffo et Ouidah, Allada, Abomey Calavi dans l'Atlantique puis Cotonou dans le Littoral portant le nombre de communes à sept.

Les hôpitaux de zone, l'hôpital départemental et les hôpitaux privés de Dogbo et Bethesda à Cotonou ont été d'office retenus. Il en a été de même des centres de santé des communes urbaines à proximité de ces centres de soins. Au niveau de chaque centre de santé de commune les centres de santé d'arrondissement satellites sont inclus. Au total 30 centres de santé des deux catégories ont participé à l'enquête avec 5 hôpitaux de zone, 2 hôpitaux privés confessionnels et un centre hospitalier départemental.

Dans les hôpitaux, nous avons interrogé les membres des Conseil de Gestion (COGES) et de l'administration hospitalière, les membres de l'Equipe d'Encadrement de zone et autres agents de soins. La même approche a été utilisée pour les centres de santé où tous les membres des COGEA ont été pris en compte dans l'enquête. Ainsi, 57 membres de COGES (dans les hôpitaux), 151 membres de COGEA et COGECS puis 199 agents de soins y compris les membres des équipes d'encadrement des hôpitaux ; dans les centres de santé 133 agents fournisseurs de soins ont été retenus de manière aléatoire. Quant aux usagers, ils ont été tirés au hasard parmi ceux venant des soins des formations sanitaires à raison de 10 par centre pour un total de 300 usagers (nous avons enfin de compte 308 personnes) inclus.

Pour la collecte des données, nous avons procédé à l'entrevue individuel de chaque cibles sus visé en utilisant des questionnaires (préalablement établis et pré testés). Nous avons mené l'enquête parfois en dehors du lieu de travail, en l'occurrence à domicile des enquêtés afin d'éviter l'influence d'une tierce personne sur les réponses. Les questionnaires sont remplis au fur et à mesure des réponses obtenues. Dans le souci d'harmoniser les vues et la bonne compréhension de la méthode de collecte avec les outils une formation des enquêteurs (tous de niveau universitaire), a été organisée au cours d'une journée entière avant l'enquête proprement dite. Ces enquêteurs sont pour la plupart sont constitués de sociologues et d'agents de santé (médecins et infirmiers) , ne travaillant pas dans les structures d'enquête.

Le questionnaire adressé aux agents de santé comportait les rubriques relatives à leur perception et à la pratique de la gouvernance, à l'implication de la population au processus de gestion du centre de soins et à la qualité et performance des soins. Celui à l'intention des usagers porte surtout sur le degré de satisfaction des soins offerts par les services ainsi que leur opinion sur le fonctionnement du COGEA. L'entretien individuel des membres du COGEA a été réalisé avec un autre questionnaire prenant en compte leur perception de la gouvernance, leur implication dans la gestion, la prise de décision au sein du comité et les difficultés de fonctionnement de leur organe.

Nous avons également organisé des séances de discussions de groupe focalisées « focus group » avec surtout les usagers pour recueillir leur opinion sur la gouvernance des

structures en place. Une séance de discussion est organisée dans chaque centre de soins surtout avec les membres du COGEA après l'entretien individuel. La séance dirigée par un animateur, un observateur et un assistant regroupe une dizaine de personnes en vue d'obtenir les points de vue sur la fonctionnalité de l'organe de décision et les difficultés de leur implication effective dans les prises de décision. Nous avons, réalisé dans chacun des département 15 séances (total 30 séances).

Le guide d'entretien utilisé pour la discussion de groupe comportait entre autre deux principaux items : l'implication des membres dans la gestion du centre et les vues sur la fonctionnalité des organes de gouvernance (anatomie verbale de leur fonctionnement). Ces différentes séances sont réalisées en langues locales.

En ce qui concerne les données sur les finances, les dépenses per capita (par habitant) et le rapport « budget santé et budget national » les données ont été collecté dans les services financiers du niveau central et dans ceux du Ministère des finances. Mais, seuls les crédits délégués alloués aux départements ont été considérés pour apprécier le respect de l'équité dans ces allocations. Les dépenses du financement communautaire, autre source de financement des formations sanitaires publiques n'ont pu être exploitées pour vérifier leur tendance en raison du manque de fiabilité de certaines d'entre elles. Ces données concernent les périodes allant de 1990 à 1995 (premier quinquennat du renouveau démocratique) ; 1996 à 2001 (seconde quinquennat) et de 2001 à 2004 (troisième quinquennat).

Pour l'analyse des données recueillies lors de l'enquête institutionnelle au niveau central, nous avons exploité des données existantes en calculant la fréquence des variables catégorielles telles par exemple celle des maladies et celle des issues médicales des soins (décès) utilisés comme indicateurs de qualité des prestations de soins, ont été calculées. Leur tendance dans le temps est également analysée. Les consultations prénatales, indicateur d'accessibilité aux soins ont été réparties en quintile (quintile un à cinq) aussi bien pour les premiers contacts de la femme avec les services que pour les consultations de suivi. La tendance des dépenses et des indicateurs de décès maternels et néonataux a été tracée en vue d'étudier l'efficacité des soins procurés aux usagers (une première approche d'étude).

Au niveau local, l'analyse de la qualité des services a pris en compte travers des indicateurs de performance des formations sanitaires en l'occurrence les coûts moyens des prestations et les coûts moyens des médicaments cédés. L'allure des leurs tendances dans le temps et selon les formations sanitaires est utilisée pour apprécier le progrès dans la fourniture des soins par centre de santé. Ces différentes données sont collectées au niveau des services de comptabilité des formations sanitaires.

La gouvernance ayant été mesurée à partir de ses dimensions (responsabilité, transparence, implication, équité...) du modèle d'analyse du projet, des scores ont été affectés à chaque dimension de la gouvernance. Quant à la qualité des soins et service mesurée sur la base de la perception par les usagers, elle a été transformée en variable binaire (qualité acceptable =1 mauvaise qualité=0). Elle est prise pour la variable dépendante alors que les variables de la gouvernance constituent les variables indépendantes. L'analyse multivariée en l'occurrence la régression logistique a permis d'apprécier la liaison entre la bonne gouvernance et la qualité des soins. Ainsi, la prédiction d'une bonne qualité des soins est recherchée à travers les « Odds ratio » avec un intervalle de confiance à 5%.

Les tracés graphiques sont réalisés avec le logiciel Excel version 3.0 tandis que l'analyse a été réalisée avec le logiciel SPSS/PC.

Quant aux données qualitatives, issues des entrevues individuels et surtout des discussions de groupe focalisés, nous avons procédé au traitement manuel : (i) à la transcription en français a été réalisée dans un premier temps (ii) à l'analyse descriptive du verbatim. Cette dernière a permis de dégager les idées forces de chaque séance. La méthode d'analyse des champs de force a permis d'apprécier le degré d'application de la bonne gouvernance alors que l'analyse de contenu des discours a fourni des éléments nécessaires à la synthèse des messages des discours.

3. RESULTATS ETAT DE LA BONNE GOUVERNANCE INSTITUTIONNELLE AU NIVEAU DES STRUCTURES CENTRALES DU MINISTERE DE LA SANTE

3.1 GOUVERNANCE ORGANISATIONNELLE DU MINISTERE

Le fonctionnement du Ministère est régi par des textes que chaque Ministre actualise à son entrée en fonction et selon les instructions et orientations du gouvernement. Ces orientations auxquelles répond le contenu des textes relèvent également des événements spécifiques ou mondiaux mis en exergue lors des réunions des organisations internationales (résolution des Nations Unies ou de l'OMS). Le texte élaboré est soumis en conseil des Ministres pour son adoption. Chaque directeur technique au niveau central se sert de la partie qui le concerne et en fait usage sans se préoccuper systématiquement du reste du texte.

Au lendemain du renouveau démocratique (1990), les institutions de Bretton Woods et la Banque Mondiale ont beaucoup influencé la conception des textes administratifs (décrets et arrêtés ministériels). Ces institutions avaient une forte influence sur l'appareil de la gouvernance. Une consultation soutenue par l'ACDI (Agence Canadienne pour le Développement International) était commise par le gouvernement d'alors pour appuyer la définition des composantes minimales des différents Ministères dont celui de la santé avec son organigramme. L'un des changements a été, à la différence de l'ancien régime socialiste, la revue à la baisse du nombre de directions techniques (de treize à quatre) avec un service d'audit interne. Les différents textes administratifs et juridiques élaborés à la suite, sont discutés et finalisés au conseil de cabinet composé des directeurs techniques et des représentants des syndicats des professionnels de santé.

Le Ministère est créé par un Décret qui a fixé la mission et les attributions des différentes structures internes. L'examen de ces textes révèle une même structuration et le même format depuis l'avènement du renouveau. Seul le nombre des directions techniques a varié pour le contenu. Mais depuis 1997, un Secrétariat Général mis en place a été placé de prime abord sous le Directeur de Cabinet, puis sera rattaché au Ministre de la Santé par la suite, au même rang que le Directeur de Cabinet. Le décret de création du Ministère fait ressortir en ses articles 3 et 4, sa durée de mandat (5 ans) et le profil du Secrétaire Général sans autres détails. Mais à aucun moment, l'arrêté d'application devant préciser les attributions et sa position par rapport aux autres services centraux n'a été pris en cette période. Il faut attendre 2005 pour mieux comprendre le rôle de ce secrétariat qui devra « assister le Ministre dans l'administration et la gestion du Ministère de la santé ». La lecture attentive du nouveau texte suscite des questionnements sur la relation entre cette structure, qui de par ses attributions, apparaît comme une « super direction » de coordination et le cabinet. La position de cette structure souvent appelée « mémoire du Ministère » reste floue et favorise des situations conflictuelles en matière de responsabilité organisationnelle. En fait, il prend une partie des attributions du Directeur de Cabinet, laissant ce dernier aux tâches de signature de certains messages et de la représentation du Ministre en son absence à des manifestations techniques et politiques. Cette direction, bien que rattachée au Ministre comme le Secrétariat Général, est isolée des autres directions techniques.

L'avènement du premier quinquennat du renouveau démocratique (1990/1995) a été caractérisée par l'instauration de la table ronde des partenaires, une émanation de la Banque Mondiale. Cette table ronde était un exercice programmatique (une consultation entre le Ministère et les partenaires au développement sanitaire). C'est au cours de l'une de ces concertations que la notion de « zone privilégiée d'intervention par partenaire » est née. Ainsi, chaque partenaire a ciblé une zone pour y développer le contenu de ses interventions. Par exemple, l'Unicef a dénommé ses aires retenues « zones de convergence » et y a concentré son appui. L'appui financier destiné à ces zones est peu connu par les structures du Ministère bien que les agents en place relèvent de la fonction publique. De plus, l'absence d'information dans ce domaine financier ne permettait aucunement d'évaluer avec détails le soutien de ces partenaires et de suivre la transparence de la gestion du soutien accordé à cette partie du système de santé.

Par ailleurs, l'organisation du Ministère n'a prévu aucune disposition réglementaire contre les malversations ; le service de l'Audit interne en place faisait des propositions de sanction qui restaient sans suite en raison du fait que l'autorité de la Santé s'y opposait pour des raisons politiques. Ainsi, les prises de responsabilité en toute liberté de cette structure de contrôle interne se heurtaient à des positions du Ministre sur certains dossiers techniques et financiers. L'absence de textes n'a pas facilité la transparence de la gestion au sein du Ministère et dans les directions départementales. Ce vide juridique n'a pas été en faveur de la lutte contre la corruption dans les établissements de soins.

Mais après la période de renouveau, caractérisée par le retour de l'ancien Chef de l'Etat en 1996, les structures de la gouvernance ont connu un réaménagement avec les directions techniques supprimées qui ont refait surface. La direction des études et de la planification est désormais chargée de la coordination des programmes et placée sous le chef de cabinet du Ministère lequel intervient également dans le contrôle des ressources et joue le rôle de cellule de programmation. La Direction de l'Inspection et de la Vérification Interne est mise en place en remplacement du service d'Audit interne. De plus, la Direction Générale (DG) du Ministère a été remplacée par le cabinet avec son directeur.

Le comité de directeurs (CODIR), une structure de suivi des activités des directions techniques regroupant directeurs centraux et conseillers, est mise en place avec le Ministre comme président. Cette structure émane des instructions du gouvernement et concerne tous les Ministères dont celui de la Santé. Dans le décret de création du Ministère de la santé, un seul article lui est réservé et les textes ou arrêtés d'application devant préciser sa structure, son organisation et fonctionnement n'existent pratiquement pas. Une première tentative de texte sur les modalités de fonctionnement a été initiée mais n'a jamais abouti. Après quelques années de fonctionnement, cette structure s'est élargie aux directeurs techniques centraux, aux coordonnateurs de projets et programmes. Mais aucun texte administratif n'a légitimé cette nouvelle structure dénommée Comité de Direction Elargie (CODIR E). Les sujets discutés dans cette instance ont trait aux activités des projets/ programmes et aux plans d'action des responsables. Parmi les facteurs qui ont freiné son évolution, il y a le comportement du Ministre, président de ces comités. L'expérience a montré que le Ministre préfère discuter séparément avec les directeurs techniques centraux, leur donner des instructions directement plutôt que d'attendre la tenue du comité de direction. Ce dernier est alors dirigé par le Directeur de Cabinet sans instructions particulières du Ministre de la santé. Le peu d'importance qu'accorde l'autorité de la santé a favorisé des comportements désinvoltes des membres en cette période. Par exemple, pendant la réunion les directeurs peuvent sortir pour

répondre à des coups de fil sur leurs téléphones portables et revenir sans gêne et sans un mot d'excuse au dirigeant de la réunion.

Parmi les quatre Ministres qui sont passés depuis le début du renouveau démocratique, seul le Ministre après du second quinquennat du renouveau a choisi d'assister au CODIR et de l'animer pour l'amélioration des performances des directions techniques et programmes. Cette nouvelle équipe a dynamisé les comités de direction ainsi que les réunions annuelles avec les partenaires au cours desquelles l'état d'avancement des projets et programmes est discuté. Par la suite, avec l'équipe du troisième quinquennat, les rencontres de discussion ont commencé en « pool » de travail et les résultats des réflexions sont exposés à la séance du comité. Cette façon de faire a donné plus de crédibilité à la structure de concertation et plus de visibilité au Comité National d'Evaluation des Projets / programmes (CNEEP).

Mais l'organisation des Etats généraux du Ministère de la Santé n'a jamais eu lieu contrairement aux autres Ministères ; seul le Centre National Hospitalier et Universitaire en a fait mais les conclusions n'ont jamais été exploitées, ni vulgarisées du fait des divergences des points de vue des cadres sur les conclusions.

Dans le domaine des relations du Ministère avec les usagers, aucune disposition structurelle ni textuelle n'existe depuis le premier quinquennat du renouveau démocratique. De plus, il n'y a pas de textes réglementant les droits et les devoirs des agents de santé. Quant aux plaintes de ces usagers, elles sont affectées au service de l'Audit interne (1990) et plus tard à la Direction de l'Inspection et de Vérification Interne qui vérifient le contenu et rendent compte à l'autorité des résultats de son enquête.

Aussi, l'implication des usagers dans les prises de décisions a été très minime bien que les syndicats aient souvent manifesté leur désir d'être présents à toutes les activités du Ministère (formations professionnelles, séminaires, ateliers). Ce n'est qu'en 1998 que le Ministre en charge de la santé a permis leur participation effective aux activités et aux réunions dont celle du CODIR élargi.

3.2. Gouvernance administrative du Ministère et des départements de santé

3.2.1 Organisation du circuit d'information administrative

Le système de correspondance entre le Ministère et les usagers est marqué par la lenteur dans la transmission de l'information aux structures départementales et périphériques. Toutes les autorités ayant en charge la santé ont connu cette lenteur avec des variances dans les délais de satisfaction des usagers. Au sein de la structure centrale, des courriers mettaient un minimum de trois jours pour être acheminés aux autres services dans la même enceinte ou directeurs techniques. En direction des départements les délais de réception varient de deux à huit semaines pour les départements du sud et de deux voire trois mois pour ceux du Septentrion. Parfois, certains courriers n'arrivent pas à destination et aucun mécanisme de contrôle n'est prévu.

La réponse d'un courrier adressé au Ministre par un usager intervient après deux semaines (pour les cas heureux) ou 6 mois après relance de l'auteur. Au niveau des départements, le délai selon les déclarations est moindre et la réponse à un courrier adressé au directeur est faite dans un délai moyen de trois jours à une semaine. L'accessibilité à l'information des usagers est limitée dans les départements. Par exemple, les textes des arrêtés, des décrets sont gardés dans le bureau du Secrétaire Particulier dans certains cas ou conservés dans le bureau du directeur dans d'autres cas, après enregistrement par le Secrétariat Administratif.

L'absence d'un mécanisme de gestion des courriers au sein du Ministère d'une part et dans les départements d'autre part pourrait expliquer ce constat qui prive le personnel de soins

en périphérie des informations utiles à l'amélioration de la qualité des soins. De même, le manque d'archivage des dossiers administratifs à différents niveaux est un problème qui peut retarder les prises de décisions et entraver la bonne gouvernance administrative. Selon les agents de santé, en dépit de la décentralisation de l'administration dans les zones sanitaires, le personnel de la périphérie du système de santé reste sous informé. Par exemple, des agents ayant droit aux primes accordées aux membres des équipes de zones sanitaires sont sans information alors qu'il y a un arrêté à cet effet. De même, plusieurs médecins de centres de santé ont déploré l'absence de documents devant leur notifier les crédits alloués à leur formation sanitaire.

3.2.2 Organisation de la décentralisation de la gestion locale

Au-delà de l'information, la décentralisation des structures de santé est effective depuis l'avènement du renouveau démocratique et se poursuit à travers la création des comités de santé et des comités de gestion des formations sanitaires au niveau local. Le bon fonctionnement de ces structures devrait conduire à la libre administration des entités sanitaires en vue d'une gestion communautaire efficace. Depuis le Décret N° 88-444 du 18 Novembre 1988, les formations sanitaires étaient autorisées à utiliser les recettes de la vente des médicaments sous nom générique pour aider au fonctionnement des centres de santé. Pour la gestion de ces fonds, l'arrêté N° 0390/MS/DC/DSAF/SAG du 14/02/1995 a précisé la composition du comité et l'attribution de ses membres. Ces derniers ont été chargés, entre autres, du recouvrement des coûts des soins et des médicaments avec une faible implication dans la gestion. Mais le constat a été que ce recouvrement des coûts auprès des malades a pris le pas sur l'amélioration de l'accessibilité escomptée et de la qualité des soins, situation que plusieurs auteurs ont déploré (Criel, 1994 ; Fourn, 1996).

Ce n'est qu'en 1998 que le texte de décret portant réorganisation de la base de la pyramide sanitaire en zones sanitaires a consacré ces comités en leur donnant un cadre administratif et juridique (Décret N° 98-300 du 20/07/1998) les autorisant à veiller sur la transparence de la gestion des fonds collectés.

En 2001, un texte de Décret précisa les statuts des centres de santé de communes avec un accent particulier sur la décentralisation des structures périphériques (Décret 2001-040 du 15/02/2001). C'est dans ce cadre de la réforme administrative que les comités de gestion des arrondissements (COGEA) sont créés. Les arrêtés d'application sont intervenus en 2003 avec la fixation des primes et indemnités des agents de soins à la charge du financement communautaire dans les formations sanitaires et soulignant une fois encore que le travail des membres du COGEA est bénévole.

En 2004, un autre arrêté vient fournir aux comités de gestion un nouveau règlement intérieur qui abroge celui de 1995 avec un réexamen du fonctionnement des comités de gestion des centres de santé d'arrondissement. Les différents textes relatifs à ces entités locales de gestion sont toujours élaborés au niveau central sans une implication effective des membres de ces comités, encore moins les représentants de la population du niveau périphérique. Par ailleurs, le rôle des comités de gestion s'arrête au niveau du financement communautaire et n'intervient nullement dans la gestion des crédits alloués aux centres de santé de leur localité. Cet état de fait favorise parfois les doubles emplois dans certaines dépenses prises en charge par ces crédits et encore autorisées par les assises des comités de gestion.

3.2.3 Organisation de la gestion des ressources humaines

A l'avènement du renouveau démocratique il n'existait pas de politique des ressources humaines au Ministère de la Santé. L'attribution des bourses de formation ne répondait à aucun critère précis. Le clientélisme était présent et les agents du même bord politique que l'autorité responsable de la structure des soins était privilégiée. Lors de ses tournées, l'autorité faisait des promesses à certains agents qui en bénéficiaient effectivement, ce qui mettait en difficulté toute planification du personnel pour les stages de formation. Aussi, l'accès aux informations du personnel du niveau périphérique sur les possibilités de ces aides financières à leur formation était très réduit.

Durant la période de 1996 à 2000, un appui de la Banque Africaine de Développement a facilité la réalisation, par un bureau d'Etude Sénégalais, de la planification des formations après l'élaboration d'un document sur les besoins et le plan de carrières des agents de santé. Mais les conclusions n'ont pas été appliquées du fait de l'exagération des prévisions au regard des moyens disponibles et de la suspension des recrutements dans la fonction publique, conséquence du Programme d'Ajustement Structurel (PAS).

Ce gel de recrutement a renforcé la migration du personnel de santé en quête d'emploi vers les structures privées ou vers l'extérieur, à la recherche du travail mieux payé. Ce phénomène de fuite des cerveaux est devenu plus perceptible (bien qu'il ne soit pas encore aussi criard que dans d'autres pays de la sous région) avec des causes profondes peu maîtrisées. Les déclarations de plusieurs agents et directeurs du personnel ont souligné, sans autres précisions, le rôle des mauvaises conditions de travail et la faible rémunération des agents de la fonction publique dans la compréhension de ce phénomène.

Les statistiques du Ministère de la Santé font relever, pour la migration interne, des détachements de cadres compétents, expérimentés en soins et en gestion des services de santé vers d'autres secteurs non sanitaires. C'est dans le même cadre que des agents compétents sont partis des formations sanitaires de la périphérie vers le niveau central. Au cours de la période démocratique, le nombre d'agents déplacés a été de quatre dont deux médecins alors qu'entre 1996 et 2001, le détachement a atteint 68 agents dont 9 médecins (13%). Ce phénomène de détachement n'a pas cessé avec le régime qui a suivi (2001/ 2004) et qui a autorisé 54 déplacés dont 11 médecins (20,4%).

En ce qui concerne la fuite des cerveaux vers l'extérieur, la tendance selon les statistiques a été à la hausse depuis 1990, passant de 0,3% de l'effectif des agents en 1990-1996 à 0,97% en 1996-2001 puis à 1,1% entre 2001-2004, aggravant ainsi la pénurie du personnel de soins au niveau des formations sanitaires périphériques.

3.3 RESPONSABILISATION AU SEIN DU MINISTERE

Le manque d'un système de motivation des agents a été à la base de ce mouvement de déplacement des agents. En fait, les autorités des différents régimes n'ont pu trouver un mécanisme durable à la satisfaction des agents permanents de l'Etat. Les conditions de travail, que les agents ont qualifié de « peu acceptables », ont conduit les jeunes diplômés (surtout les Médecins) spécialistes à préférer les offres des structures privées ou à s'installer en à leur propre compte plutôt que d'accepter de travailler dans les structures publiques. Par exemple, à l'avènement de la décentralisation des structures en zones sanitaires, le Ministre a ouvert des postes pour recruter des spécialistes (gynécologues, pédiatres et autres) chaque année ; mais aucun candidat ne s'y est intéressé. Quant aux médecins généralistes, ils n'acceptent pas les postes des zones éloignées ou enclavées en raison du fait que l'émolument proposé soit le même que celui de leurs collègues affectés dans les centres urbains. Bien que le Ministère ait investi dans les réhabilitations des formations sanitaires, certains établissements publics de soins souffrent de l'insuffisance du personnel qualifié et demeurent peu et même pas fonctionnels. Par exemple, sur les 34 zones sanitaires créées dans le pays pour rapprocher les soins des populations défavorisées, seuls 15 fonctionnent normalement faute de médecins spécialistes.

En 1996, l'administration du Ministère a mis en place un système de lettre de félicitation des agents méritants en poste sur la base des propositions des directeurs départementaux. Ces initiatives ont été renforcées par l'instauration des avantages (primes) selon l'éloignement du poste. Cette opération a été facilitée par la mise à disposition des fonds d'aide à la réduction de la pauvreté. Mais à force de prendre en compte les cas sociaux (rapprochement de conjoints dans le sens femme vers le mari installé en ville) parmi les bénéficiaires de ces avantages d'une part, le manque de suivi de ces cadres sur le terrain (certains ont abandonné leur poste tout en continuant de percevoir les primes) d'autre part, l'opération s'est soldée par un échec. Les autorités sanitaires aux affaires en 2001/2004 ont dû arrêter ce gaspillage de ressources sans qu'aucune sanction n'a été envisagée à l'encontre de ces agents qui ont profité d'un vide de texte juridique d'engagement notarié, pour leur comportement.

Par ailleurs, le mauvais traitement des cadres en poste de responsabilité a été mis en évidence par les entretiens avec les agents du niveau central comme cause de démotivation. En effet, les repositionnements des cadres au sein du Ministère demeurent depuis le renouveau, une question délicate de l'utilisation judicieuse de ces agents. Par exemple, un directeur technique du niveau central affecté de son poste de responsabilité est mis à la disposition de la Direction de l'Inspection et de Vérification Interne (DIVI) sans attribution. En fait, à l'arrivée d'un nouveau Ministre, les cadres qui ont travaillé avec son prédécesseur sont considérés comme des cadres non valables, ni compétents pour poursuivre le travail commencé avec l'ancien Ministre de Santé.

La nouvelle équipe choisit nécessairement de nouveaux cadres pour remplacer les anciens responsables techniques. Ainsi, n'étant pas du bord politique du Ministre, ces derniers font parfois un long temps à la maison (6 mois), sans travail, mais ils ont régulièrement leur salaire. Il faut que ce cadre déclare à l'autorité sa position, avant que n'intervienne son orientation vers la DIVI où il sera confronté aux problèmes de contentieux alors qu'il n'a pas de compétence dans ce domaine. Ces faits administratifs ont de fortes répercussions sur le travail des agents aussi bien au niveau central qu'à la périphérie et sur les prestations de soins dans les formations sanitaires et sur leur approvisionnement en matériel technique.

3.4 APERCU DE LA QUALITE DES SERVICES DE SOINS

3.4.1 TENDANCE DE LA FREQUENCE DES PRESTATIONS DE SOINS

- Soins prénatals

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins prodigués aux femmes enceintes, le Ministère de la Santé a élaboré un document de normes de qualité en collaboration avec les praticiens du domaine. Il est prévu un minimum de quatre visites pour chaque femme avant l'accouchement, des gestes et pratiques à exécuter par les agents de soins pour l'efficacité de ces visites. Mais l'irrégularité de la pratique de ces visites par les femmes, surtout en milieu rural, crée des inégalités dans le suivi des grossesses. Parfois, au début de leur grossesse, des femmes évitent de se rendre aux soins. C'est ainsi que seulement moins d'une femme sur deux se présente aux services de santé maternels au premier trimestre du fait que, selon elles, « les déclarations de grossesse en ce moment pourraient mettre en péril leur produit de conception en raison des craintes d'éventuelles nuisances de la sorcellerie liés au contexte socioculturel du village ». Les femmes des ménages pauvres sont les plus concernées et sont souvent absentes aux rendez-vous, à la suite de la première visite prénatale ; les plus assidues sont celles ayant des antécédents obstétricaux.

Par ailleurs, toutes les femmes qui se présentent aux visites ne bénéficient pas toujours des gestes et pratiques prescrits par les normes et standards des soins obstétricaux parce que peu d'agents s'y conforment. Or, ces soins prénatals devraient permettre de réduire les risques de complication et d'assurer l'accouchement dans des conditions de sécurité optimale. Le comportement de certains agents ayant en charge ces soins ne favorise pas l'attraction des femmes à utiliser les services obstétricaux. Aussi, la question du « mauvais » accueil des gestantes n'a pas trouvé de solution et constitue un facteur de frustration et de découragement des gestantes depuis l'avènement du renouveau démocratique.

En fait, la maternité à moindre risque constitue un droit pour les femmes ; un droit aux soins de santé à travers la garantie des soins de qualité appuyé d'un système approprié d'orientation recours. Mais, force est de constater que le respect de ce droit connaît des difficultés surtout dans les prestations des soins conformément aux normes existantes.

Durant le quinquennat 1991 – 1995 et selon les données de l'enquête démographique et de santé (EDS,1996), un peu moins d'une femme enceinte sur cinq se sont abstenues de se rendre aux visites avant leur accouchement. Pour celles qui ont eu un premier contact, 4% ne sont plus retournées. Parmi celles qui n'ont pas été en consultation, plus des trois quart ont accouché à domicile. Celles qui n'ont pas poursuivi les visites prénatales (plus d'une sur trois) n'ont pas aussi accouché dans une formation sanitaire. Ce phénomène est plus marqué dans les départements économiquement défavorisés. Par exemple, dans le Mono plus de 47 % des accouchements sont intervenues à domicile alors que dans l'Atlantique (un des départements favorisés) seuls 7 % des accouchements ont eu lieu à domicile.

Cinq ans plus tard et selon la même source (EDS, 2001), moins d'une femme sur dix n'a pas accès aux services de visites prénatales et plus des trois quart d'entre elles ont accouché à domicile. Les départements du Mono et du Septentrion reconnus défavorisés sont encore les plus touchés avec environ une femme sur dix absente aux visites et 39% ayant accouché à domicile contre 6% dans l'Atlantique.

Les visites de qualité peuvent contribuer positivement à la prévention de plusieurs complications liées à la grossesse et avoir des répercussions sur le fœtus voire sur le nouveau-

né en période néonatale (Fourn, 2004). Dans le Septentrion et le Mono, le pourcentage de femmes enceintes non suivies atteint souvent 35% et pour celles qui assurent la continuité des soins, plusieurs d'entre elles font en moyenne trois séances. La fréquentation des services fort au début du renouveau s'est ensuite réduite à la fin de cette période et le quinquennat qui a suivi.

Le département de l'Ouémé semble plus privilégié en matière de fréquentation des services maternels que les autres départements depuis 1990 jusqu'en 2003. Les statistiques au niveau central indiquent que ce comportement n'est pas encore rentré dans les habitudes des femmes des autres départements. Cette situation est plus fréquente chez les femmes dont les conditions de vie sont précaires. Pour la qualité de ces soins, les gestes élémentaires ne leur sont pas souvent offerts par le personnel en charge (Quévison, 2005). C'est ainsi que la pression artérielle n'est pas régulièrement prise lors de la consultation alors que l'hypertension artérielle est un signe de gravité en lui-même (hypertension gravidique). Il est souvent associé à l'éclampsie dont l'issue en zone rurale est fatale dans plus d'un cas sur deux. Dans la plupart des départements, les aides soignantes sont souvent impliquées dans les consultations prénatales et les accouchements, alors qu'elles n'ont reçu aucune formation en obstétrique.

En considérant la distribution des soins prénatals dans les départements, il apparaît une disparité des services d'un département à un autre ; les femmes arrivent moins dans les services de soins prénatals dans les départements pauvres que dans les départements relativement favorisés. Le gradient des écarts de la moyenne des visites par département progresse en pas d'escalier (aussi bien pour les premiers contacts que pour la continuité des soins prénatals) des départements pauvres vers les favorisés économiquement. La figure 1 indique que plus l'on va des départements pauvres à ceux qui sont riches, la moyenne des femmes en visites prénatals croît par an. Ce qui pourrait suggérer que les femmes des départements pauvres utilisent moins les services prénatals que les autres femmes. Ainsi, les chances de protection contre les complications de grossesse sont inégales selon que la femme réside dans un département pauvre ou non.

Pendant le renouveau démocratique le département du Mono avait le nombre moyen de visites prénatals le plus faible alors que l'Atlantique était l'un des privilégiés. Au cours des quinquennats suivants le premier, le nombre moyen visites a augmenté respectivement de 14% et 24% mais moins que pour les autres départements, maintenant ainsi la disparité en dépit de la variation des équipes de gouvernance.

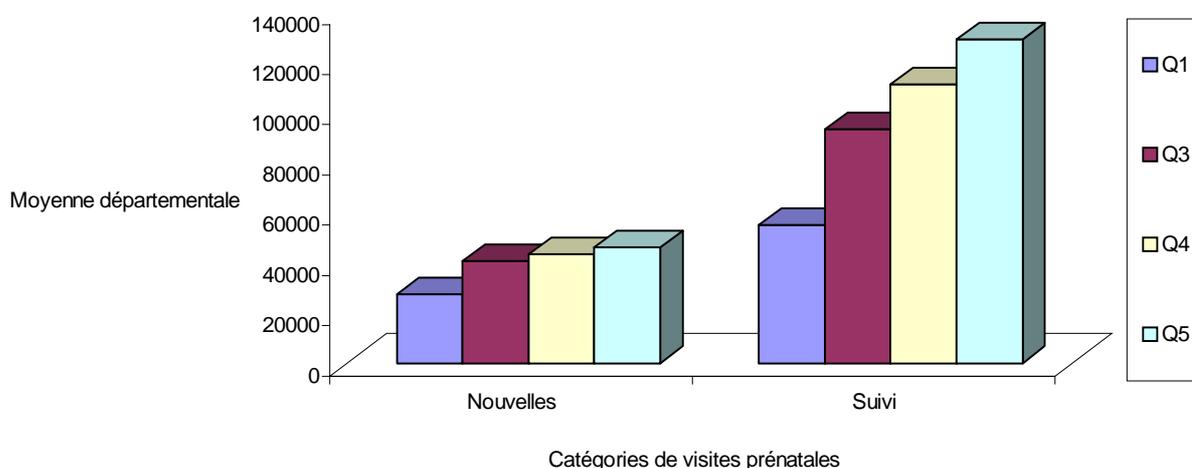


Figure 1: Evolution par quintile des visites prénatals au niveau départemental

- **Evolution de la fréquence des affections prioritaires**

Paludisme

Le paludisme continue de faire ravage surtout par sa forme grave responsable d'une forte mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. La cible la plus atteinte est celle des enfants de moins de 12 mois. La gravité de cette parasitose se manifeste surtout par la forme neurologique dont la prise en charge efficace dans les formations sanitaires n'est pas encore maîtrisée par les agents malgré l'existence d'un programme de lutte avec des moyens financiers constitués en majorité d'aide extérieure. La capacité des services de soins à prendre en charge efficacement les enfants atteints est variable d'un centre à un autre dans les mêmes localités. En effet, la létalité de cette parasitose de 5,7% au début du renouveau démocratique a augmenté et atteint en 1996 son pic élevé de 10,5%. Dans l'ensemble, elle se situe entre 4,3 et 10,5% selon les données statistiques du Ministère de la santé.

Ces formes graves défont ainsi les efforts du personnel de soins malgré le protocole de prise en charge existant. La plupart de ces cas graves surviennent parmi les enfants de milieu défavorable. Cette parasitose donne l'impression de sélectionner ces victimes parmi les enfants dont les parents ont des conditions de vie précaires avec un niveau socioéconomique bas.

Infection à VIH

Quant à l'épidémie du VIH, un système de surveillance est mis en place en 1990 pour suivre sa dynamique. Cette surveillance n'a concerné que 11 centres sentinelles où l'on pratique le dépistage systématique chez les femmes enceintes en visites prénatales et les consultants admis pour des infections sexuellement transmissibles. De nouveaux sites ont été créés en 2003 portant le nombre à 45 dont 39 maternités contre 7 auparavant (PNLS, 2004). Cette extension a permis de réduire, tant soit peu, l'inégalité des chances de dépistage de nouveaux malades. Dans cette situation, la prévalence de 0,30 en 1990 est passée à 4,1 en 2001 avec une forte disparité entre les départements et selon le milieu de vie. Ainsi, la fréquence de l'infection est deux fois plus élevée en ville (2,8%) qu'en milieu rural (1,3%). Ces deux dernières années, le Mono partage la même prévalence d'infection 3% que l'Atlantique avec une dominance dans le milieu rural du Mono (2,8%). La co-infection VIH/Tuberculose se contrôle uniquement dans deux centres lesquels drainent plus de la moitié des malades tuberculeux du pays (PNLS, 2000; 2004). La tendance observée indique depuis 1996 une forte progression de cette association (figure 2) jusqu'à une stagnation à partir de 2000 (3-5% en 1990/1995 ; 12,04 en 2001 et 16,3% en 2004).

Tuberculose

Pour la tuberculose, la forme pulmonaire, la plus contagieuse est fréquemment enregistrée dans les Centres de Dépistage et de Traitement (CDT). Elle survient surtout dans le groupe des pauvres et des démunis. Un réseau de 50 centres de dépistage et de traitement est intégré aux centres de santé des communes pour la prise en charge des malades suspects. A côté de ces centres sont créés récemment, avec l'appui du Fonds Mondial, une vingtaine de centres de traitement directement observé (CTDO). L'incidence de l'affection est de 43 pour 100 000 au premier quinquennat du renouveau démocratique et s'est retrouvée à 38,5 au quinquennat suivant puis 36,5 pour 100 000 habitants au troisième (PNT, 2004). Les jeunes de moins de 35 ans constituant les bras valides et économiquement productifs sont les plus

concernés (56 %). Les enfants sont inégalement atteints avec une forte proportion des filles (plus de filles que de garçons de moins de 14 ans). Au plan départemental, le Mono, l'Atlantique et l'Ouémé ont de forts taux d'incidence. La tendance des cas enregistrés indique une moyenne de 504 tuberculeux dépistés pendant le premier quinquennat du renouveau démocratique, 426 en 1995-2001 puis 538 en 2001-2003. L'évolution en dent de scie de cet indicateur pose le problème de la qualité de la prise en charge des cas en dépit de la gratuité du traitement. En effet, le taux d'échec du traitement de 3,5 % pendant le début du renouveau a légèrement régressé à 2 % au second quinquennat avant de remonter à 3 % des malades suivis. Quant aux rechutes, sur 100 malades soumis au traitement et déclarés guéris, 17 sont revenus avec la maladie au Mono, 9 à 10 dans l'Atlantique et le Borgou.

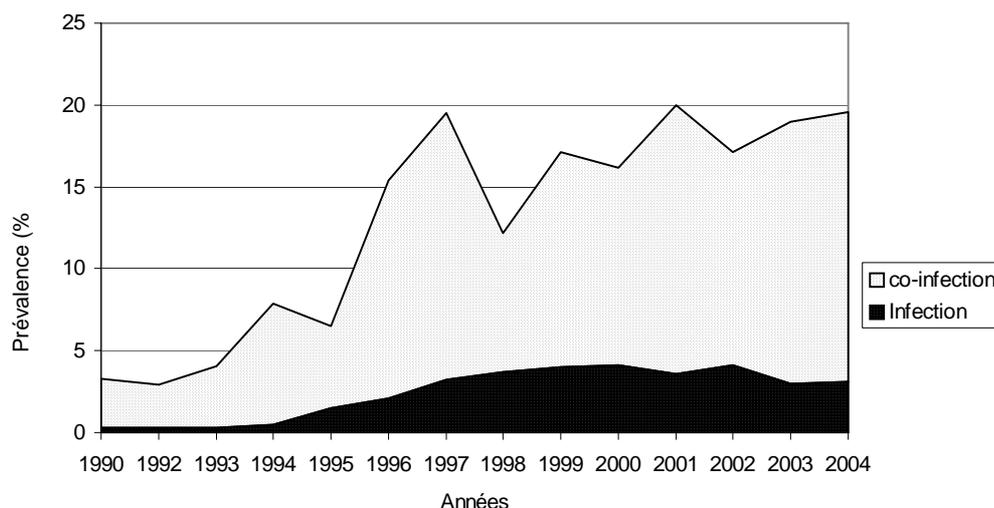


Figure 2: Evolution de la prévalence du VIH dans les sites et de la co-infection chez les tuberculeux

3.4.2 TENDANCE DES ISSUES DES SOINS

- **Décès maternels**

L'examen de l'évolution des décès maternels montre une tendance à la baisse de 1990 jusqu'en 1995, avec une remontée progressive de la courbe de tendance en 1996/1997. Cette dernière période correspond au séjour d'une nouvelle équipe de gouvernance. Le pic de la courbe de ces décès est observé en 1998, année correspondant au début des difficultés de financement des programmes de soins par le budget national. L'allure de la courbe a décliné puis s'est retrouvée presque en plateau depuis 1999 (Figure 3). En fait, la mortalité maternelle est considérée par plusieurs auteurs (Murray, 1992 ; Brugh, 1998) comme indicateur de la qualité des soins et du niveau de développement sanitaire. Son incidence toujours élevée malgré la régression progressive de la courbe de tendance suscite réflexion sur le plateau technique offert aux femmes enceintes en visites prénatals et dans les lieux d'accouchement.

Parmi les causes évitables (Fourn, 2000), l'infection durant les accouchements est responsable de plus d'une suppuration sur cinq accouchement par voie haute. Les fautes d'asepsie ainsi que la mauvaise pratique de l'hygiène sont souvent à l'origine de cette situation. Cette infection fait prolonger la durée d'hospitalisation d'une à deux semaines aux frais de la femme dans les hôpitaux de référence et des zones sanitaires. La survenue des éclampsies dans plus d'un cas sur dix provient sans aucun doute d'un suivi défaillant des

grossesses lors des visites prénatales et de la prise en charge peu efficace des cas de pré éclampsie (Lokossou, 2002).

Les statistiques hospitalières montrent l'évolution tendancielle des décès bien qu'elles rendent souvent compte partiellement de la réalité du phénomène dans la population. Elles indiquent une régression des décès maternels à l'avènement du renouveau démocratique jusqu'en 1993 avant d'amorcer une remontée qui a duré deux ans avant de se stabiliser presque en plateau au cours des autres quinquennats. Par contre, l'enquête démographique et de santé réalisée en population a estimé la mortalité maternelle à 498 décès pour 100 000 à la fin de la période 1991/1996 et à 474 pour 100000 pour 1996/2001. Le risque de mortalité maternelle de 0,032 (une femme court un risque de décéder une fois sur 30) représentant la probabilité pour la femme de décéder par cause maternelle durant les âges de procréation est estimé par la même source.

- **Mortinaissance et décès néonataux précoces**

Quant à la tendance de l'évolution de la mortinaissance (morts-nés), elle a connu dès le début du renouveau une légère baisse puis une remontée avant sa régression jusqu'à la fin de 1995. L'incidence de ces décès en milieu hospitalier s'est ensuite accrue progressivement jusqu'en 1997 (pic de la courbe de tendance). Elle a commencé par diminuer avant la fin du second quinquennat. Cette diminution moins prononcée que celle du début du renouveau a donné lieu à une stabilisation de la courbe durant deux ans (1998-2000) comme l'indique la figure 3. La variabilité du taux annuel de mortinaissance (de 10 à 14 ‰) est sans doute le reflet de la qualité des soins prénataux reçus par ces femmes enceintes dans les services de santé.

Par ailleurs, les enfants nés en milieu rural ont une forte probabilité de décéder dans la première semaine de vie que ceux nés en milieu urbain. En 1991/1996, le rapport de mortinaissance ville /rural est de 1,2 en faveur du milieu rural. Cette disparité du taux des mort-nés est plus visible au niveau des départements du Mono, de l'Atacora et du Borgou. Passés la période néonatale, sur 1000 nouveau-nés 103 décèdent avant leur premier anniversaire avec une prédominance en milieu rural (EDS,1996).

En 1996/2001, le taux de mortalité néonatal a légèrement diminué de 3,2 points passant de 44,6 ‰ au début du renouveau à 41,4‰ au second quinquennat (1996/2001). Une amélioration sensible du décès néonatal est enregistrée dans le département du Mono mais avec un taux toujours élevé, plaçant ce département au cinquième rang des départements les plus éprouvés (Atacora, Atlantique, Zou, Borgou, Mono). Le risque de décès des enfants avant l'âge d'un an est moindre 95 ‰. Comparé à la situation au début de l'avènement démocratique, l'écart

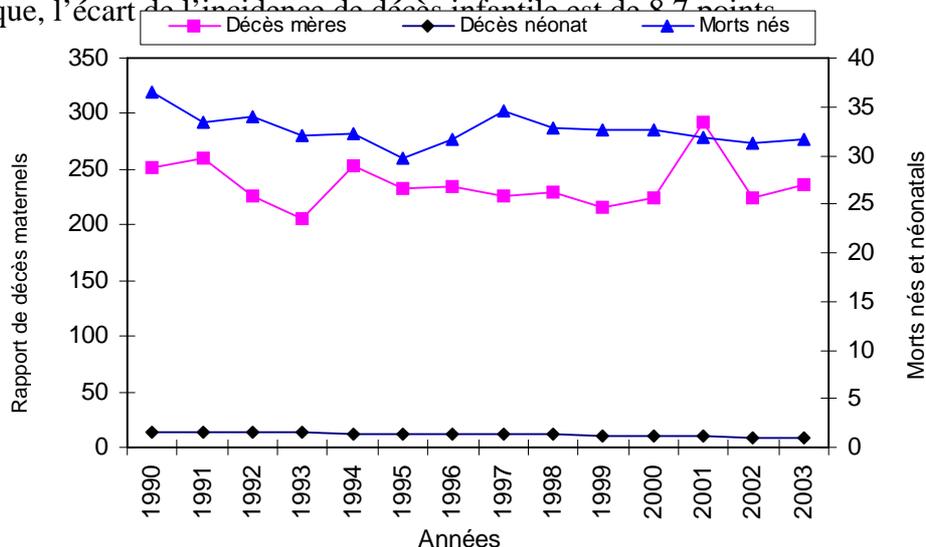


Figure 3: Evolution des décès maternels, néonataux précoces et des morts nés

- **Evolution des décès dus aux affections prioritaires**

Pour le paludisme grave, sur 100 enfants hospitalisés, 6 à 9 enfants sont décédés des suites de cette parasitose au cours pendant le premier quinquennat du renouveau démocratique malgré les soins prodigués par le personnel de soins. Cette létalité a augmenté en 1996 avant de revenir au taux de 6,5 % deux ans plus tard voire 4,3 en 2000. Ce constat montre que les capacités des services à prendre en charge efficacement les paludismes graves ont fléchi et en moyenne plus d'un enfant souffrant de paludisme grave sur dix décède malgré la mise en œuvre du protocole de prise en charge thérapeutique.

Pour les décès dus à la tuberculose, sur 100 malades admis sous traitement, cinq décèdent malgré le suivi thérapeutique. Cette situation commencée stable en 1990 a connu à la fin de 1995 une légère hausse (5,7 %). Mais au quinquennat suivant la tendance des décès est restée en plateau à 5% puis l'accroissement du taux (7 %) est apparu en 2003 en dépit de la gratuité du traitement.

Quant au Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA), les statistiques sur les décès sont peu organisées. Cependant, le taux de létalité calculé reste toujours élevé à plus de 91 % pendant la période de 1990/1995 et au quinquennat suivant, elle s'est légèrement accrue (91,8 %), indiquant l'incapacité des services de soins à prendre en charge ces malades en dehors de l'utilisation des anti-rétroviraux.

3. 5 ORGANISATION DE LA GESTION DES DEPENSES DE SANTE

3.5.1 Evolution et équité dans les dépenses de santé

L'évolution des dépenses en santé mesurée à la fois par les dépenses per capita (par habitant) et le ratio « budget santé/budget national » donne une idée de l'allocation des ressources du secteur. Les dépenses per capita sont proposés dans la littérature comme indicateur de mesure d'équité dans le système de santé (Bossert, 2003). L'examen des courbes de tendance de ce dernier indique une lente progression à la hausse de 1990 à 1996. Mais dès 1997, la croissance des dépenses par habitant a évolué de manière rapide en dehors d'un petit fléchissement en 1998. Pour le ratio « budget santé/budget national », son évolution est irrégulièrement marquée par deux fléchissements, l'un plus accentué en 1999 et l'autre en 2002 (figure 4) traçant les effets de la crise budgétaire sur l'enveloppe de la santé.

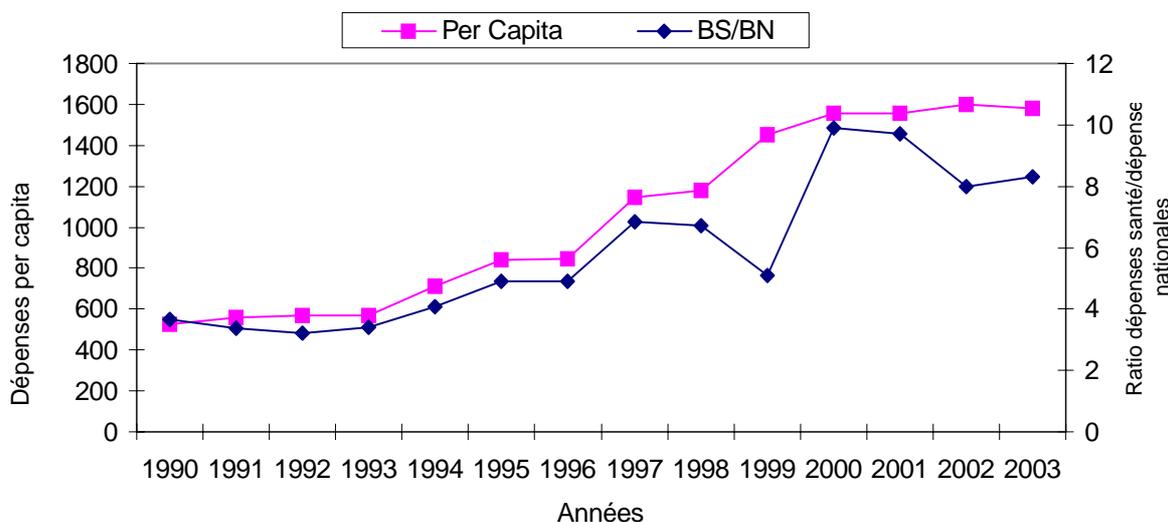


Figure 4: Evolution des dépenses percapita et de santé (1990-2003)

Cependant, le financement accordé à la santé par l'Etat s'améliore d'année en année depuis le renouveau démocratique. La part des dépenses de santé en pourcentage du Produit Intérieur Brut s'élève néanmoins de 4 à 6% au fur et à mesure que progresse le revenu national. Cette tendance apparaît peu linéaire du fait que les dépenses de santé ne permettent d'expliquer qu'environ 27% ($R^2 = 0,27$) de ce revenu national. Ainsi, les dépenses n'augmentent pas proportionnellement à l'accroissement du revenu national. Cependant, l'analyse du rapprochement des dépenses et du PIB (figure 5) montre globalement que la part des dépenses en santé dans le revenu national varie d'un quinquennat à un autre et que les dépenses de santé sont insuffisantes dans un contexte socio économique caractérisé par la cherté des soins de santé. Ainsi, les ménages pauvres ne pourront cesser de payer des compléments des frais de soins à condition que des mécanismes d'aide ou de soutien soient envisagés dans le financement du fonctionnement du système de soins. Ce constat corrobore les conclusions des travaux de Ruger, (2000) et de Musgrove, (2002) qui stipulent que la part du budget de santé doit croître au fur et à mesure que la richesse du pays augmente. Pour palier les aléas du financement des dépenses, le gouvernement a autorisé dans les faits, la rétention des recettes de la vente des médicaments et des prestations dans les établissements publics de santé pour faire face aux besoins d'accessibilité financière des malades pauvres.

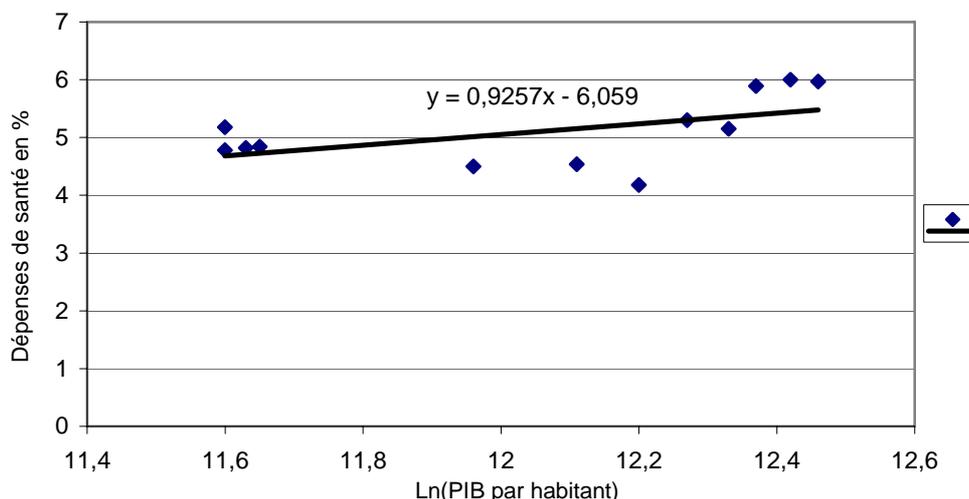


Figure 5: Evolution des dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut

En effet, chaque année l'Etat alloue des crédits aux départements pour les soutenir dans les frais de fonctionnement des centres de santé et pour faciliter l'accessibilité financière de la population aux soins. La répartition des crédits délégués par le Ministère se fait par les services centraux, en tenant compte des besoins exprimés par les Directeurs départementaux et les coordonnateurs de zones sanitaires, sur la base des critères qui échappent aux responsables du niveau périphérique. Or, les propositions de budget émanent de ces directeurs lesquels ne sont plus impliqués dans la prise de décision finale lors de la répartition des allocations de crédits. Il s'ensuit souvent des frustrations de ces responsables du niveau périphérique parce que des spécificités de certains départements ne sont pas toujours prises en compte dans le montant des sommes allouées. En fait, l'absence d'un mécanisme permanent de répartition judicieuse des crédits avec la participation effective des responsables départementaux peut entretenir l'iniquité dans l'attribution des crédits. En considérant la répartition de ces crédits par tête d'habitant, l'on constate également une disparité interdépartementale que décrit si bien la figure 6.

En effet, la tendance de la répartition des crédits par habitant indique une période de grâce entre 1998 et 1999 où dans l'ensemble des départements chaque citoyen avait droit à un crédit allant de 1167 FCFA (en 1998) et 1327 (en 1999) pour le département de l'Ouémé par exemple. Ces montants assez élevés pour les dépenses de soins individuels, ne concernent pas tous les départements, car quelques disparités apparaissent avec les départements défavorisés, le Mono (805 FCFA), l'Atacora (824 FCFA) et le Borgou (871 FCFA).

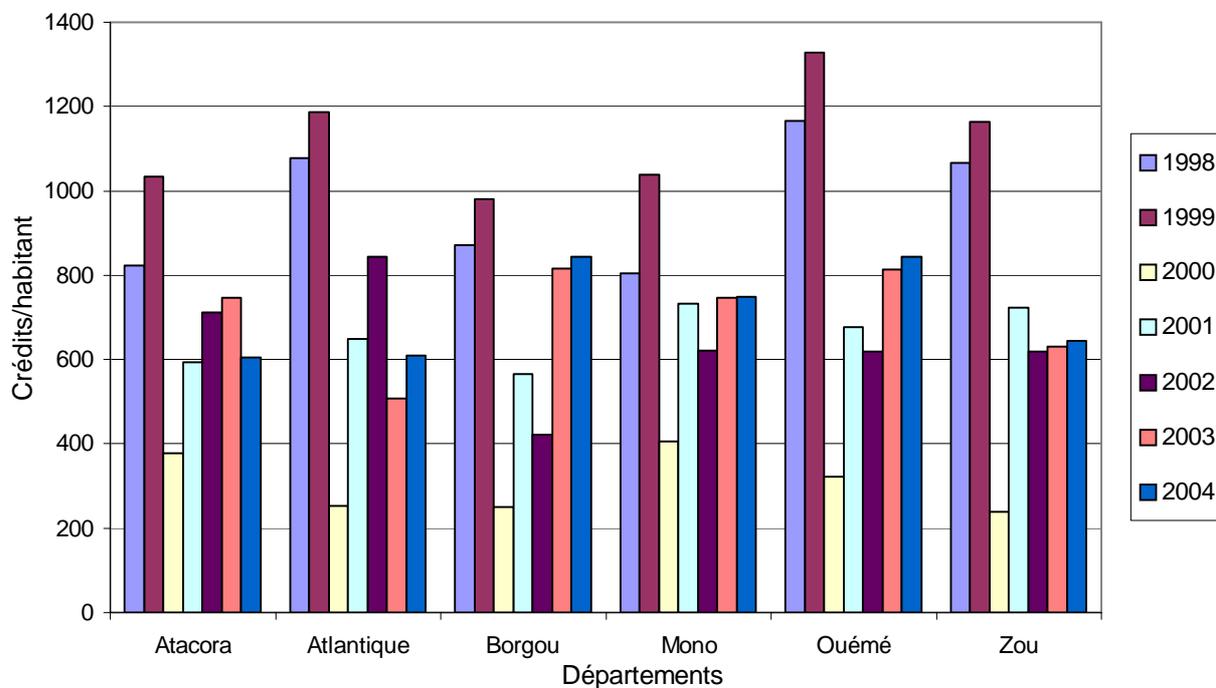


Figure 6: Evolution des crédits alloués aux soins par habitant et par département 1999-2004

Après cette période de renouveau, les montants des crédits alloués ont diminué et leur progression dans le temps reste moindre dans les départements de l'Atacora et du Zou. Cependant, les efforts sont intervenus pour le Mono et le Borgou. La situation n'a pas été aussi florissante dans l'Atlantique comme on pourrait s'y attendre en raison du mouvement des étrangers des pays limitrophes, utilisateurs des mêmes services de soins que les nationaux. Mais dans l'ensemble, la progression par département des efforts financiers de l'Etat par habitant est en dent de scie avec quelques particularités de croissance rapide dans l'Atacora, le Borgou et le Mono (figure 6) et un fond d'inégalité d'attribution des crédits.

- **Transparence dans le processus de gestion**

Dans les départements, ces crédits sont utilisés entre autre pour les dépenses de fonctionnement relatives à l'achat des médicaments, du carburant et des fournitures de bureau. La lecture des dépenses des crédits par rapport aux dépenses des fonds du financement communautaire non budgétisés fait ressortir des doublons de dépenses sur les rubriques, tels que le carburant pour le transport et déplacement, les médicaments et autres dépenses.

Au sein du Ministère, la procédure de décaissement des fonds du budget national est difficile et s'étale sur une longue période (un minimum de 3 mois). Par exemple, la première tranche intervient à la mi-avril et la clôture des comptes est pour la mi-octobre de chaque année. Ces échéances ne facilitant pas l'exécution des activités à temps, des procédures d'urgence sont déclenchées, conduisant au non-respect des règles d'orthodoxie financière. Du

fait que la première tranche doit être vite consommée pour solliciter le reste avant la clôture, le recours au clientélisme devient ainsi la règle de plusieurs chefs de service. Il s'ensuit l'orientation des ressources sur des fournisseurs spécifiques sans une compétition préalable avec des fournitures parfois inappropriées pour les services. Cette situation a constitué une porte d'accès aux abus (achat des biens non pertinents, abus de gestion), du fait qu'il faut vite justifier les fonds reçus tardivement pour accéder à la tranche suivante. Le système de gestion publique intégrée qui exige au moins trois fournisseurs parmi lesquels on en choisit un, n'a souvent pas fonctionné aussi bien au niveau central que départemental pour les dépenses sur crédits délégués.

En 1998 la gestion en régie est instaurée pour contrôler le respect des procédures de marché et procéder à la vérification des dépenses tous les deux ans. Deux organes s'occupent de ce contrôle, la division de vérification du trésor et l'Inspection Générale des Finances (IGF), mais cela n'empêche pas la poursuite du même comportement durant le processus d'engagement des dépenses.

Par ailleurs, pour les aides extérieures, le processus est sans grande difficulté. On établit les termes de référence (TDR) et les fonds sont mis à disposition sur un compte du Ministère en trois tranches : 60 % au démarrage, 30% et 10% à la fin des activités, après justification des dépenses. Mais le retrait des 10% nécessitent parfois que les agents pré financent les activités ; ce qui crée des difficultés de fonctionnement des projets à la dernière phase. Par ailleurs, les bailleurs de fonds achètent eux-mêmes leurs matériels sans que le coût ne soit porté à la connaissance des services financiers du Ministère. En réalité, les services techniques ne gèrent que le 1/10^è des fonds accordés pour les projets financés (cas des financement du Fond Mondial, de la Coopération française, du projet canadien SIDA)..

3.6 GOUVERNANCE DANS LES HOPITAUX UNIVERSITAIRE ET PRIVES

3.6.1 Centre hospitalier de référence

3.6.1.1 Organisation des soins et gestion des malades

L'organisation des services à l'hôpital de référence à Cotonou relève des professeurs cliniciens, chefs de service dont les expériences datent de plusieurs années. Au plan structurel, chaque service fonctionne de manière isolée malgré leur identification en pavillon de spécialité médicale, chirurgicale et gynécologique. L'entretien avec les surveillants de ces structures permet de constater que la forme d'organisation des services n'est pas uniforme ; il en est de même de l'organisation du personnel des soins et de la prise en charge des malades hospitalisés. Certes, la qualité des prestations des soins aux malades hospitalisés préoccupe les agents mais le manque d'harmonie et de travail en équipe, réduit souvent les efforts des acteurs de soins.

Par exemple, les textes relatifs à la qualité des soins existent dans de rares services et là où on en trouve, seul le chef de service les a définis unilatéralement sans la participation de ses collaborateurs et le suivi est peu contrôlé.

Quant à l'organisation des services, elle relève du chef de service et dans la plupart des cas (deux sur six), c'est le surveillant qui a cette charge et rend compte au médecin chef du service. Dans ses efforts, il n'est pas parfois soutenu par le chef face aux pressions de ses collègues infirmiers. En dehors du surveillant, les autres collaborateurs du Médecin chef sont peu consultés pour la gestion des services et rarement pour des décisions en matière des soins aux malades. En matière de relation entre agents, l'ambiance est généralement bonne dans la

plupart des services. Mais dans d'autres, le chef de service est peu accessible et ses collaborateurs doivent prendre rendez-vous avant de discuter des cas de malades avec lui. La discussion n'est possible qu'après que l'agent ait respecté la hiérarchie (surveillant d'abord et le médecin ensuite). Dans d'autres services, les infirmiers refusent de reconnaître l'autorité du Médecin chef qu'ils ont eu à encadrer et vu souvent « maltraiter » par son patron lors de sa formation dans le même service.

Au niveau de certains pavillons d'hospitalisation, les services sont cloisonnés si bien que dans le même bâtiment (pavillon) voire même salle, les malades relevant de plusieurs spécialités sont regroupés (neurologie, endocrinologie, rhumatologie). Le médecin spécialiste, à la visite, ne s'occupe que de ses malades sans un coup d'œil sur les autres. Ce geste qui se répète chaque fois suscite frustration des autres malades de la salle. En fait, les malades ne sont pas informés et ne comprennent pas ce cloisonnement des services. Il n'est pas rare de constater que dans certains services hospitaliers, les médecins chefs sont peu disponibles et les malades ont du mal à les rencontrer lorsqu'ils manifestent le désir, alors que dans d'autres la disponibilité est totale avec l'écoute des malades et des agents. La non disponibilité des médecins entraîne parfois la frustration des parents des malades qui n'hésitent pas à manifester leur agressivité.

A la fin de leur séjour hospitalier, les malades bénéficient des conseils de suivi à domicile et d'un rendez-vous de contrôle. Force est de constater que rarement le médecin traitant prend la responsabilité d'expliquer la suite au malade à sa sortie de l'hôpital. Cette prestation revient au surveillant qui oriente les malades vers la consultation externe pour les conseils et rendez-vous de contrôle. Le personnel de soins se préoccupe peu de l'orientation de ces malades ou de leur garde vers le service de consultation externe. Pour d'autres services, les conseils et les rendez-vous de contrôle sont fournis directement par le surveillant.

Dans aucun service, il n'existe de programme de formation continue ou de recyclage des agents, mis à part la discussion des cas cliniques avec les étudiants en Médecine, à laquelle participent les autres médecins du service et pas les infirmiers. Cependant, l'administration de l'hôpital a eu à organiser en 2004, de manière ponctuelle, deux séances de formation à l'attention de tous les agents sur la gestion des services et la qualité des soins. Cette initiative de la direction n'a pas prévu un mécanisme de contrôle de l'application des acquis dans les services. De temps à autres certains surveillants de pavillon prennent l'initiative, de manière informelle et ponctuelle, des séances de recyclage en matière de soins infirmiers.

Mais le découragement intervient dans le service, lorsque le matériel de travail manque, réduisant la volonté de mieux faire des agents. Les agents des différents services hospitaliers ont insisté également sur l'état de vétusté du matériel durable dans les services avec des pannes régulières. Par exemple, les pannes des appareils de radiographie rendent difficile la satisfaction des besoins des malades et n'encouragent pas l'amélioration de la performance des prestations de ces soins. C'est dans cette ambiance que des conflits entre services viennent entraver dans d'autres services, les transferts de malades dans de bonnes conditions, toute chose qui constitue un frein à la qualité des soins dans ces pavillons de l'hôpital. Cette atmosphère est mal vécue par les malades dont certains décèdent, en raison du retard de ce transfert vers les services appropriés. Aussi, le droit du malade n'est pas pris en compte, mettant en péril l'application du contenu de la déontologie en matière de soins aux malades.

Par ailleurs, le manque d'harmonisation des actions au sein de l'hôpital n'est pas de nature à favoriser la qualité des soins encore moins une bonne gouvernance. L'un des exemples de cet état de fait est que la rédaction des dossiers d'évacuations sanitaires des malades vers

l'extérieur du pays sont faits gratuitement par certains services, alors que dans d'autres les malades paient une certaine somme dont le montant varie selon les spécialités en cause. Parfois les malades ne pouvant honorer cette somme traînent et les chances d'évacuation peuvent s'estomper si le décès survenait. L'amélioration de cette situation par les dirigeants de l'administration aiderait à réduire la disparité entre ceux qui ont les moyens de payer les frais de dossier et ceux qui n'en ont pas et qui ont droit aux mêmes conduites sanitaires.

A la maternité de l'hôpital, le manque de matériel est évoqué parmi les causes de la fréquence élevée du risque d'infections nosocomiales. La courbe d'évolution des suppurations post opératoires (figure 7) issue de l'analyse des statistiques, suit globalement celle des interventions alors que ces complications sont évitables. La tendance de cette complication, dont les conséquences sanitaires, financières et juridiques sont bien connues en milieu hospitalier, suscite ainsi des questionnements sur la qualité des soins obstétricaux durant les différentes administrations.

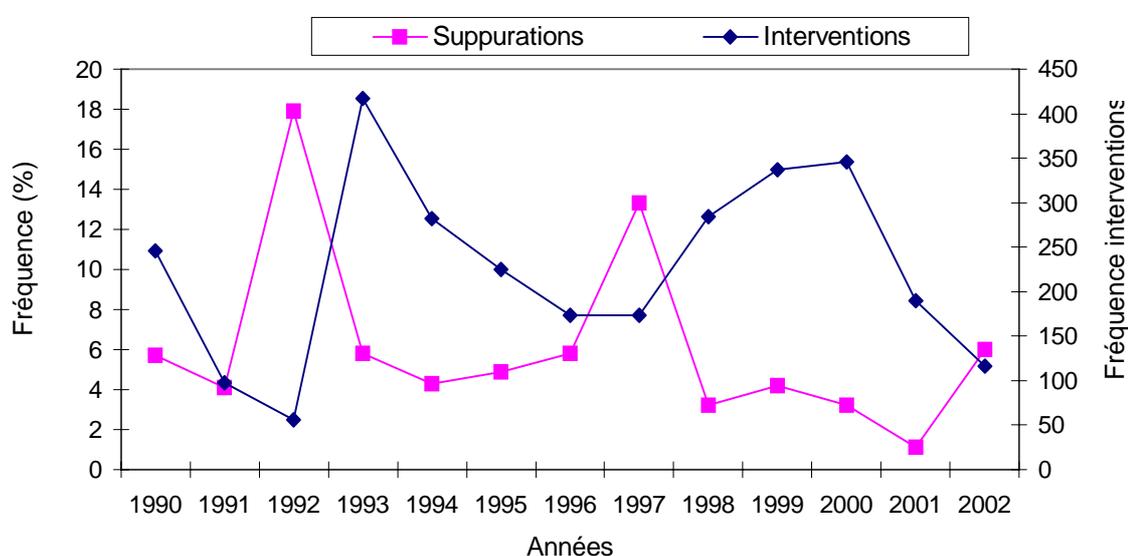


Figure 7: Evolution des suppurations et des interventions chirurgicales en obstétrique 1990-2002

3.6.1.2 Gestion transparente dans les services de l'hôpital

Lors de l'approche par immersion, les déclarations des gardes malades ont permis de suivre quelques manifestations de la corruption dans les différents services de l'hôpital. Le phénomène est plus marqué dans les services de soins d'urgence ou de réanimation des malades délicats. Profitant des précautions cliniques des soins, les aides soignants n'hésitent pas à proposer leur service aux gardes malades qui leur donne des cadeaux en argent pour « *un travail rapide et bien fait à leurs malades* » selon les déclarations. Le montant varie 500 à 1000 f cfa. La même somme est exigée pour les visites sous cape en dehors des heures réglementaires dans des secteurs où la visite est interdite. Dans les mêmes services, certains infirmiers se livrent à la vente illicite de médicaments à un coût moindre que le prix de la pharmacie de l'hôpital. L'origine de ces médicaments n'a pu être déterminée par cette étude. Mais le phénomène est connu des infirmiers d'autres services qui en conseillent et y orientent les malades de leur pavillon. De plus, le reste des médicaments prescrits à des malades décédés malgré les soins est récupéré par des agents qui les revendent à leur profit sans retourner aux parents ni au service les produits de cette vente.

Certains infirmiers ont organisé des prestations parallèles dans les services des urgences, sans que l'administration ne soit au courant. Ces soins qui se déroulent dans la salle

des infirmiers avec le matériel du service hospitalier, sont payés directement aux prestataires (8 à 10 000 fcfa). Aussi, entre le service des urgences et celui de la traumatologie, il y a un autre réseau de soins parallèles qui confectionne les plâtres aux blessés, à des prix moindres que celui pratiqué par l'administration, fourniture de matériel compris. La somme perçue n'est pas versée à l'administration. Dans les services de chirurgie, c'est la prise en charge parallèle de la petite chirurgie (par exemple les points de suture) par les infirmiers qui utilisent également le matériel de l'hôpital contre une somme de 1500 fcfa.

Le réseau de vente de médicaments existe dans plusieurs pavillons où les prescriptions (ordonnances) sont interceptées par des groupes d'agents qui proposent leur service aux gardes malades. Dans d'autre service, le même phénomène de vente est dirigé par un aide soignant connu des autres agents.

La maternité de l'hôpital ne fait pas exception à cette vente illicite des médicaments qui est organisée dans ce service par les étudiants en spécialisation. Les médicaments donnés gratuitement sous forme d'échantillon par les délégués médicaux, sont vendus après camouflage ou ablation de l'étiquette « ne pas vendre, gratuit ». De plus, quelques sages femmes proposent aux femmes enceintes de meilleurs soins en dehors de l'hôpital dans leurs cabinets privés sous prétexte de pouvoir mieux les suivre.

Par ailleurs, le détournement des malades se pratique également dans d'autres services comme celui de la chirurgie maxillo faciale où le chirurgien oriente lui-même ses malades vers une structure privée, pour un manque de matériel adéquat dans le service hospitalier de l'Etat. Dans d'autres services, c'est l'agenda des rendez-vous qui serait surchargé avec une longue file d'attente qui pousserait les médecins spécialistes à orienter les malades vers leurs propres cabinets privés. Une autre variance est mentionnée dans les déclarations du personnel de soins et concerne certains médecins, chefs de service, qui consultent les malades à leur domicile ou cabinet privé et adressent à l'hôpital les cas graves à hospitaliser pour interventions chirurgicales. Dans d'autres cas, les malades ayant les moyens de payer les soins et admis à l'hôpital sont orientés vers des centres privés pour leur prise en charge de « *manière plus fouillée* » par les mêmes spécialistes. C'est ainsi que parfois quelques chirurgiens de garde vont opérer en privé, laissant les cas urgents reçus par le service des urgents. Selon les déclarations des agents de ces services, l'administration de l'hôpital est informée de ces situations mais elle répond par l'impunité.

La question de la transparence douteuse dans la gestion et l'organisation des soins n'a pas de réaction d'opposition, ni des dispositions efficaces de lutte pour décourager ces pratiques qui s'exercent surtout sur les malades pauvres qui vendent souvent leurs biens pour faire face aux soins de santé.

3.6.2 Gouvernance à l'hôpital confessionnel privé

Le phénomène d'absence de transparence ne concerne pas que les établissements publics. L'hôpital confessionnel créé par les religieux pour aider la population pauvre de Cotonou, a connu des problèmes d'organisation et de gestion par l'administration du début du renouveau démocratique. L'entretien avec le personnel révèle qu'au sein de l'administration, des malversations caractérisées par la falsification des reçus de compte rendu financier et la diminution des frais payés par les malades, ont été enregistrées surtout dans le service de comptabilité. Cette pratique a ruiné l'hôpital si bien que l'approvisionnement en équipement et matériel de travail n'a pu suivre les prévisions et les salaires n'étaient plus payés régulièrement faute de liquidité. La fréquentation des services a diminué du fait que l'accueil et la qualité des soins en général étaient moins bons.

La situation a été telle, jusqu'à la mise en place d'une nouvelle équipe en 2001. Cette dernière constituée en majorité de cliniciens a pris des mesures de redressement pour la gestion financière, tout en régularisant le paiement et le relèvement de salaires des agents. Limitée par ses possibilités financières, elle a décidé de s'approvisionner en médicaments essentiels dans les officines privées où le coût des médicaments génériques est élevé. Cette stratégie de ravitaillement en dehors de la structure étatique moins chère, serait due aux créances non honorées auprès de ces structures. Il s'en est suivi la reprise de la fréquentation de l'hôpital par les malades avec des efforts d'amélioration des prestations de soins. La qualité des soins ne s'est pas pour autant améliorée comme prévue du fait de l'insuffisance de médecins spécialistes qui oblige l'administration à utiliser des médecins généralistes pour faire les interventions non compliquées (hernies et appendicites) avec tous les risques que cela peut entraîner. Les autres cas d'urgence dépassant leur compétence, sont référés au Centre National Hospitalier et Universitaire. Malgré les efforts de l'administration pour améliorer la situation pécuniaire des agents, l'accueil des malades demeure toujours défectueux. En fait, le contrôle de la qualité revenait aux chefs de service qui s'en occupent peu et certains agents qualifient leurs chefs de « *peu rigoureux* ».

Quant aux chefs de service, ils avancent que les agents « *n'ont pas le réflexe qu'il faut à chaque situation clinique des malades qu'ils reçoivent* ». Cependant, aucune stratégie de recyclage du personnel à différents niveaux des services de soins de cet hôpital n'est envisagée pour améliorer cette dimension importante des soins. De plus, l'absence d'un mécanisme de suivi régulier de l'organisation et de la qualité des soins peut expliquer les difficultés de la bonne gouvernance dont l'influence sur la fréquentation et la qualité des soins est très perceptible. Malgré cette situation, la cherté des médicaments vendus à la pharmacie de l'hôpital a constitué une occasion pour les agents de pratiquer la vente illicite aux malades avec des conditions alléchantes de cession. Par exemple, la plaquette de quinine en comprimé vendue à 500 fcfa en pharmacie de l'hôpital est offerte en vente illicite à 300 fcfa, avec la possibilité pour les hospitalisés de payer en trois tranches. Cette offre alléchante détourne les malades de la structure hospitalière au profit de cette vente des agents conscients des problèmes financiers de « l'entreprise » dans lequel ils travaillent.

3.6.3. Efficience des résultats de soins au niveau central

L'allure des tendances des courbes de décès maternels et des dépenses par habitant du budget alloué à la santé indique une progression lente de l'évolution des dépenses jusqu'en 1993, puis une augmentation rapide les deux dernières années du premier quinquennat du renouveau démocratique (1994-1995). A partir de 1996 l'accroissement est devenu régulier et progressif jusqu'en 2000. Par suite, l'évolution à la hausse est maintenue mais avec un léger fléchissement suivi d'une stabilisation entre 2001 et 2003. Par contre, l'allure tendancielle élevée des décès maternels au début de 1990/1991, a connu une régression en 1993 avant de remonter jusqu'à la fin de 1995. Une stabilisation est intervenue en 2000 puis une remontée brusque un an plus tard avant une nouvelle baisse (figure 8). L'analyse de ces deux tendances montre que l'amélioration des issues des soins obstétricaux n'a pas suivie l'augmentation des dépenses engagées par l'Etat dans les soins de santé. La persistance des décès à la hausse est un indicateur de la mauvaise qualité des soins tels que les visites prénatals et les soins d'accouchement des femmes dans les formations sanitaires. Les résultats des autres soins font ressortir les mêmes constats de la qualité des soins qui ne suit pas forcément les efforts des gouvernants aussi bien du niveau central que des départements. Au plan des ressources mises à disposition, le rapprochement des tendances des composantes (efficacité/qualité des soins et dépenses de santé) montre une efficience modérée des résultats des soins au regard des ressources financières. Pendant le premier quinquennat du renouveau, la diminution des

décès cadre très peu avec le niveau des dépenses qui est presque stationnaire. En dehors de cette période, les tendances de la qualité des soins (décès maternels) et des dépenses de santé sont dans la même direction. Or, on s'attend à ce que les efforts de la gouvernance économique et financière se répercutent positivement pour la régression significative de la courbe des décès (amélioration de la qualité des soins). Cependant, il n'est pas aisé d'affirmer au regard du comportement des données agrégées utilisées dans ce travail, la relation de cause à effet de ces deux phénomènes. L'enquête au niveau des localités devra nous permettre d'infirmer ou de confirmer cette observation.

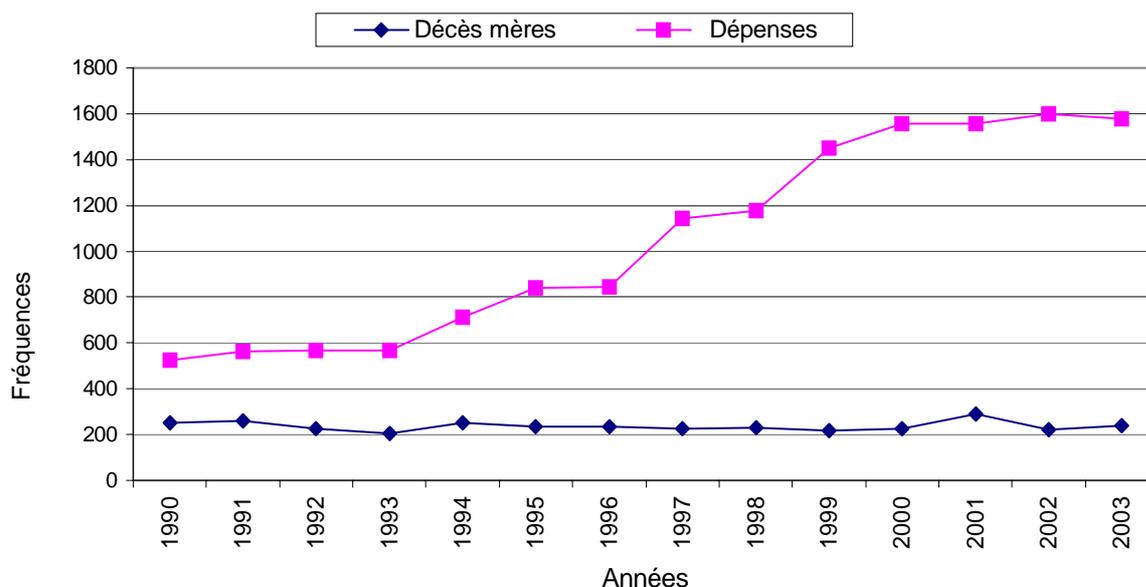


Figure 8: Evolution des décès maternels et des dépenses de santé 1990-2003

3.7 RESPONSABILISATION AU SEIN DU COGEA

3.7.1 Implication des membres dans la gestion

La participation communautaire est l'une des dimensions privilégiées par le Ministère de la Santé dans sa politique de la décentralisation des structures de soins. La population utilisatrice des services doit être activement engagée dans les décisions concernant les soins et la gestion des fonds. Selon les membres du comité de gestion de l'arrondissement (COGEA), cette participation procure une satisfaction intrinsèque et écarte les sentiments d'aliénation et d'impuissance des ruraux. La décision du Ministère d'impliquer la population dans les responsabilités de la gestion des formations sanitaires est bien appréciée par la communauté des localités à l'étude. Mais cette implication manque de valeur lorsque interviennent les modalités fixées par d'autres, outre la communauté. Les membres de cette structure de gestion décentralisée sont élus par la population (élection démocratique) et des arrêtés du Ministre de la Santé viennent préciser la composition de ces comités et les membres de leur bureau. De l'entretien avec les membres, on s'aperçoit que peu d'entre eux sont informés de leur rôle et de leur responsabilité. Par exemple, les responsables des femmes ont déclaré ne pas savoir ce qu'elles doivent faire en dehors des réunions. Seuls les membres du bureau (président, trésorier et secrétaire) sont plus actifs dans les formations sanitaires.

Au sein des comités, les discussions se font souvent en français, langue de travail d'une équipe dont certains membres ne sont pas scolarisés, ce qui rend difficile

d'appréciation le niveau de compréhension des échanges. Or, les comptes rendus devraient se faire en langue locale pour aider à la participation de tous au débat. De plus, les membres non scolarisés sont souvent relégués au second rang. Ils ne sont pas informés de manière active et ne bénéficient pas souvent des explications de ce que font les comptables affectés par le Ministère de la Santé dans ces structures de gestion communautaire bien qu'il y ait un trésorier désigné par ses pairs.

Le travail d'équipe est peu perçu par le bureau mis en place par un règlement intérieur rédigé par le Ministère de la santé pour ces comités. Pour discuter des questions relatives aux plaintes des usagers des services de soins, seuls les membres du bureau se retrouvent avant leur rencontre pour harmoniser leurs points de vue. Les représentants des femmes et des jeunes sont peu impliqués.

3.7.2 Transparence de la gestion des fonds

L'absence de formation et le manque d'information sur le rôle des uns et des autres constituent un frein au contrôle de gestion du centre de santé. La plupart des présidents des comités contrôlent les cahiers de prévision des dépenses pour en vérifier la conformité, visent les projets de dépenses et l'envoient au médecin chef. Parfois, les dépenses sont effectuées par le couple « président et le major du centre » ou par le « président et le comptable » ou encore par le comptable seul. Aucun mécanisme de réception du matériel ou des objets achetés pour le centre de santé n'est mis en place.

Certains membres ont trouvé que la gestion des fonds dans leurs formations sanitaires est opaque et le comptable s'oppose à la vérification des documents comptables. La réticence des comptables à l'action du comité est exprimée en des termes ouverts comme :

« je n'apprécie pas qu'un membre de comité me demande d'expliquer une dépense ; ils veulent se mêler de ce qui ne les regarde pas ».

C'est dans ce cadre que dans certains comités, des membres ont déclaré ne rien comprendre dans la gestion des fonds du financement communautaire à laquelle ils ont une responsabilité.

En fait, le fonctionnement transparent de la structure de gestion n'est pas uniforme et varie d'un comité à un autre. Il ressort des déclarations une variété d'« indicateurs d'évaluation » d'une gestion transparente. Pour certains, du moment où le centre est ravitaillé tous les mois en consommables, la gestion des fonds est sans problème. Pour d'autres par contre, le montant de la caisse doit varier pendant le mois et le fait que la caisse dispose du même montant d'un mois à un autre, n'augure pas une gestion transparente. Le montant de la caisse ne doit pas être « stationnaire » durant un temps donné.

Par ailleurs, le compte rendu n'est pas fait à la population et certains membres du bureau avancent que la communauté est déjà représentée au sein des comités ; elle n'a pas besoin d'un compte rendu une fois ses représentants informés.

Dans les centres où des malversations sont commises, les membres des comités ont recours à des arrangements sans que la population qui les a élus ne soit informée. Par contre, dans d'autres localités toute malversation financière est sanctionnée par le licenciement après remboursement des fonds.

Le travail des membres du comité est bénévole mais il est prévu des frais de transport liés à des réunions ou des activités planifiées alors que dans le même temps, les autorités prévoient des indemnités et primes pour le personnel de santé des établissements de soins de la zone sanitaire. Ces avantages pécuniaires concernent tous les agents des centres de santé,

des hôpitaux de zone et du bureau de zone sur la base des fonds du financement communautaire alors que les membres du comité de gestion qui s'occupent du recouvrement et en principe de la gestion, sont bénévoles.

3.8 OPINION DES USAGERS SUR LA GOUVERNANCE DU MINISTERE

L'enquête auprès des usagers des services du Ministère de la Santé a révélé que le premier quinquennat du renouveau démocratique (1990-1995), a été marquée au plan idéologique par le phénomène du favoritisme des agents appartenant au parti politique des dirigeants. Le principe était que si vous êtes du bord politique du Ministre de la santé vous devenez un privilégié des services du Ministère. Cette coloration politique vous ouvre des portes au niveau de l'obtention des services et vous donne accès aux bourses de formation. La nomination à un poste vous est proposée même si vous n'avez pas la compétence pour répondre à cette offre. Par ce biais, plusieurs responsables des structures de santé (niveau central ou hôpitaux) étaient invités à adhérer et prendre la carte du parti politique au risque de perdre leur poste de responsabilité.

Ce phénomène s'est renforcé au plan national (1996-2001) par les « pots de vin » communément dénommé par l'expression « dépôt de pierre sur les papiers ». En fait, vous devez soudoyer les agents en poste au Ministère avant qu'ils ne vous rendent service dans un délai raisonnable. Dans cette ambiance, le personnel de la périphérie confronté à ces deux phénomènes va rechercher un intermédiaire (ancien camarade ou des connaissances de circonstance) pour l'aider à obtenir un service dont il a droit. Mais ces intermédiaires et connaissances, étaient entretenus par des offrandes régulières de cadeaux en nature ou en espèce.

Selon les déclarations des usagers, pendant la période de 2001-2004, l'administration au Ministère de la santé avait fonctionné sur la base de la recherche d'intérêt individuel des agents qui y travaillaient.

« Ils ne sont pas prêts à vous aider et leur comportement laisse à croire qu'ils méprisent ceux de la périphérie qui viennent au Ministère pour régler leurs problèmes ; c'était une période de magouille au Ministère ».

Le personnel en poste à la périphérie n'a aucun interlocuteur pour la réclamation de ses droits et le phénomène de rançonnement qui existe au Ministère les oblige à donner de l'argent à certains agents avant d'être satisfaits pour le service demandé. Ceci est plus fréquent pour les bourses de formation ou pour les stages de courte durée. En réalité, ces agents ne réclament pas l'argent, mais leur réticence et le temps qu'ils mettent à rendre le service ainsi que les tracasseries qu'ils imposent aux usagers sont des difficultés qu'ils créent et qui poussent les agents (usagers des services) à leur faire « des gestes ». Comme l'ont dit plusieurs agents, le principe qui avait cours était « **donnant / donnant** » c'est-à-dire tu me donnes et je te donne ou encore « **il faut perdre pour gagner** ». C'est dans cette ambiance que des anciens agents non loin de la retraite bénéficiaient des avantages de formation par exemple au détriment des jeunes agents du même service de soins. Les mêmes personnes bénéficiaires étaient reconduites plusieurs fois pour les formations de courte durée (ateliers ou séminaires) alors que d'autres n'étaient jamais retenus pour ces séances organisées par le niveau central.

Les usagers ont avancé que les manifestations de corruption sont favorisées par les longues procédures administratives et surtout l'absence répétée au poste de certains chefs de service. En fait, au second quinquennat du renouveau, l'agent a ses affaires en place mais n'est pas à son poste jusqu'à la fin de l'heure. C'est le phénomène « il s'est levé » qui s'est

étendue aux autres départements ministériels. L'agent du niveau périphérique qui arrive au Ministère tourne en rond, s'énerve du fait qu'il n'est pas aidé pour les procédures à suivre. Les responsables des services en poste au niveau central les accueillent froidement, les écoutent à peine ou sont encore absents au poste.

En fait, le manque d'information de ces agents sur la structure du Ministère de la santé apparaît comme un facteur non négligeable dans cette situation de manque de transparence dans les relations des usagers avec les responsables du niveau central du système de santé. L'entrevue avec certains d'entre eux montre que seul un agent sur quatre connaît la structure du Ministère ; moins d'un sur trois ne connaît que la direction des ressources humaines et le reste n'en a aucune connaissance. De plus, ils sont peu impliqués dans les prises de décision les concernant et restent peu informés des textes de décisions du Ministère de la Santé. C'est par exemple le cas de leurs avancements ou d'autres avantages acquis qui restent sans application faute de réclamation, alors qu'ils n'en sont pas au courant. L'une des raisons de cette sous information a été et demeure l'absence de vulgarisation des textes pris au niveau central. Par exemple, les documents relatifs aux normes de qualité des soins sont peu connus par les agents qui doivent les appliquer alors que le Ministère attend des efforts de changement de comportement chez ces agents de terrain pour l'amélioration des services et soins aux malades.

Parfois certaines informations arrivent au niveau des directions départementales ou des médecins sans atteindre les ayants droits. Ainsi, l'absence d'un mécanisme régulier d'information des agents de la périphérie du système crée une disparité voire l'iniquité dans la circulation de l'information à destination des acteurs du terrain engagés dans la qualité des soins. Il n'est pas rare de constater après les entretiens que plusieurs infirmiers et sages femmes ignorent leur devoir et droits dans la responsabilité de prestataire des soins au sein des établissements de soins. Les textes existants sur la pratique de leur profession sur le terrain leur sont méconnus et certains ont avancé qu'ils n'ont que ce qui leur a été enseigné à la formation de base dans les écoles.

En ce qui concerne les informations relatives à leur carrière, ils sont souvent obligés de s'absenter de leur poste pour plusieurs jours à la recherche au Ministère de la santé, des textes portant sur leur avancement. Le poste est ainsi laissé à la gestion des aides soignants n'ayant reçu aucune formation formelle de prestations de soins aux malades. Par exemple, les textes portant attribution des primes de garde, d'éloignement ou de logement sont peu connus de ces agents de terrain bénéficiaires de ces avantages.

IV. RESULTATS DE LA GOUVERNANCE LOCALE ET DE LA QUALITE DES SOINS

4.1 Perception de la gouvernance dans les formations sanitaires

4.1 Perception par les administrateurs et les agents de soins

L'entretien avec le personnel administratif des hôpitaux a permis de recenser leur point de vue sur la signification du concept gouvernance. De l'analyse des données, il ressort une convergence des déclarations sur les dimensions telles que : manière de diriger une équipe, manière de diriger d'un directeur de l'hôpital, collaboration avec le personnel de soins et services dans une ambiance de collégialité, la mise en œuvre des décisions puis l'absence d'opacité dans la gestion des ressources financières. Les avis sont partagés sur les aspects tels que la décentralisation du pouvoir de décision, la responsabilisation au sein de l'équipe dirigeante et des chefs de service et l'ambiance de travail (Encadré 1).

ADMINISTRATEURS	
<ul style="list-style-type: none"> • Manière de diriger • Collaboration • Respect de la hiérarchie • Gestion optimale • Décentralisation • Management ressources • Transparence gestion 	
AGENTS DE SANTE	
<ul style="list-style-type: none"> • Manière de gérer • Collégialité décisions • Transparence • Responsabilisation • Contrôle/coordination • Relation interpersonnelle 	

Encadré n° 1

Pour l'Equipe d'Encadrement des Zones Sanitaires (EEZS) au sein des hôpitaux, la signification de la gouvernance est la manière de gérer l'hôpital dans une transparence de la gestion. A ces dimensions se sont ajoutées la participation des agents de santé aux différentes prises de décision avec une ambiance moins agressive de travail comme l'indique l'encadré suivant (Encadré 2).

EQUIPE D'ENCADREMENT ZONE

- Manière de gérer
- Collaboration
- Transparence gestion
- Participation décision
- Ambiance de travail

Encadré n° 2

En ce qui concerne les agents des deux hôpitaux privés visités, la bonne gouvernance se résume au respect des principes du management à savoir la gestion correcte des affaires des hôpitaux et la collaboration entre dirigeants et personnel de soins et services.

Avec les membres des COGES, la perception n'est pas uniforme et la majorité des membres ont avancé que la bonne gouvernance signifie pour eux une bonne gestion des ressources de l'hôpital. Peu des membres ont évoqué la transparence dans les affaires de l'administration et la collégialité dans la prise de décision. L'absence de cette collégialité constitue actuellement l'un des problèmes majeurs dans les hôpitaux de zone. Certains des membres ont déclaré que les textes en vigueur ne sont pas respectés ni appliqués (Figure n° 1).

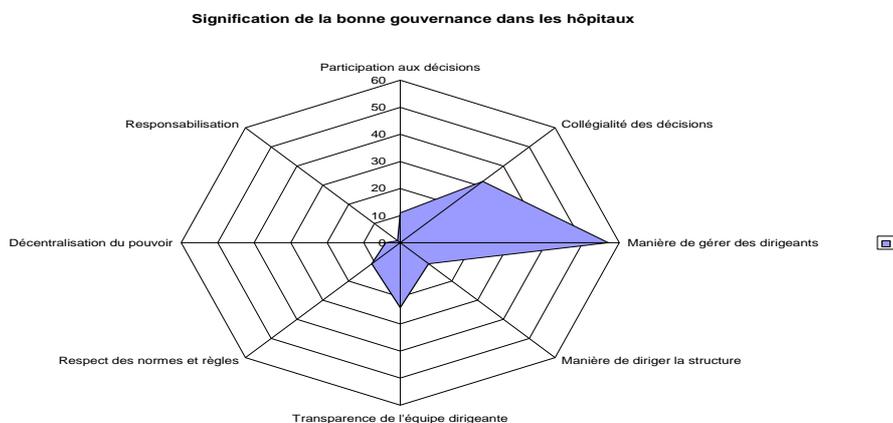


Figure n° 1

4.1. 2 Perception des caractéristiques des gouvernants hospitaliers par le personnel

Au niveau des hôpitaux de zone, les administrateurs et les agents des soins, ont déclaré que les dirigeants des hôpitaux manifestent souvent la confiance en eux-mêmes (88,9%) et n'impliquent de temps à autre le personnel que lorsqu'il s'agit de la gestion technique (74%). Selon eux, les dirigeants ont la capacité de s'adapter facilement aux différentes situations qui se présentent sur le lieu de travail. Mais pour moins de la moitié des enquêtés (45%), ces dirigeants ne prennent pas toujours en compte l'intérêt des malades et des agents. Plus des trois quarts (82,4%) avancent que les directeurs et leur équipe ne jouent pas souvent le rôle de meneur d'hommes et plus d'un cas sur cinq n'applique pas souvent les décisions qu'ils ont annoncées eux-mêmes. Quant à la coordination des activités au sein des établissements (64,3%) elle est peu assurée, à telle enseigne que la relation entre services ne favorise pas une ambiance agréable de travail entre le directeur et les chefs de services (42%). Par ailleurs, plus des deux tiers des membres des comités interrogés ont déclaré qu'aucun esprit d'innovation et même d'initiative ne transparait dans la conduite des équipes gouvernantes des hôpitaux de zone.

Tableau n° I. Appréciation des caractéristiques des gouvernants par le personnel hospitalier

CARACTERISTIQUES	EFFECTIF (n=199)	POURCENTAGE
Ont confiance en eux-mêmes	177	88,9
Impliquent le personnel dans la gestion	148	74,0
Ont une capacité d'adaptation facile	174	87,4
Prendent en compte intérêt personnel	110	55,3
Ne jouent pas rôle de meneur d'équipe	164	82,4
N'appliquent pas les décisions annoncées	44	22,0
N'assurent pas la coordination interne	128	64,3
Ne répondent pas aux attentes des malades	92	46,2
Pas d'esprit d'innovation	136	68,3
Absence de partenariat avec d'autres structures	84	42,2
Ne favorisent pas la relation entre services	89	44,7
Centralisation du pouvoir	41	20,6
Pas changement dans prise de décisions depuis équipe antérieure	155	67,8

4.1.3 Perception de la bonne gouvernance par les coordonnateurs de zone

Selon les responsables de zone, la productivité est liée à la méthode de direction des institutions et des organes ; la bonne gouvernance favorise la motivation et l'engagement des agents de soins pour le travail à eux confié. La pratique de cette gouvernance est susceptible de conduire à l'amélioration du degré de satisfaction des malades et du niveau des indicateurs de santé. Les coordonnateurs déclarent être convaincus que c'est au prix de la motivation du personnel en poste que l'on peut espérer de bons résultats. Selon eux, la bonne gouvernance exige que chaque établissement se dote d'objectifs précis tout en prévoyant les moyens pour les atteindre. C'est à cet effet, qu'ils ont mis l'accent sur l'importance de la disponibilité du personnel compétent et qualifié dans les centres de soins en vue d'une bonne performance et de la garantie des soins de bonne qualité. La performance est pour ces coordonnateurs de zone, la satisfaction des besoins des malades et l'affluence des malades dans les centres de soins. Pour une minorité d'entre eux, la bonne gouvernance n'est pas autre chose qu'une gestion conforme aux textes avec l'observance des normes et procédures puis la participation concertée de la population dans le processus de gestion.

Cependant, l'exercice du pouvoir dans leur zone ne cadre pas souvent avec leur déclaration de la bonne gouvernance. La centralisation de la gestion au niveau des zones est très forte de sorte que tous les organes de gouvernance ainsi que les dirigeants des hôpitaux attendent des instructions ou l'avis des coordonnateurs de zone pour certaines prises de décision. Or, les textes précisent que leur rôle est celui de la coordination des activités relatives à la planification, l'administration, l'organisation et l'évaluation des tâches techniques.

4.2 Pratiques de la bonne gouvernance dans les centres de santé périphériques

Le Ministère de la santé a fait l'effort de mettre à disposition des textes devant faciliter la bonne gouvernance et le management des formations sanitaires. Plus des trois quarts des agents ont confirmé l'existence de ces textes (76,7%) dont le contrôle de l'application ne semble pas souvent effectif (29%). Ce sont les infirmiers major et quelques médecins qui effectuent parfois ce contrôle de l'application dans les autres centres et la tenue des réunions périodiques prescrites aide au partage d'informations liées à la vie des centres (68,4%) selon les textes (Tableau II). Les agents ont déclaré avoir mis beaucoup d'espoirs sur l'organe de décision qu'est le COGEA, mais cet espoir a cédé la place à la déception. Ils ont une mauvaise appréciation de la pratique des membres de COGEA qui s'érigeraient en « super agents de santé » donnant parfois des ordres aux professionnels de soins. Cet état de fait suppose que les membres ne maîtrisent pas ou peu leurs rôles effectifs dans cet organe de la bonne gouvernance. De plus, plusieurs des agents de soins interrogés ont affirmé ne pas être satisfaits du tout de la manière dont fonctionne cet organe (70%) qui doit contribuer à l'amélioration non seulement de la qualité des soins mais également à la gestion transparente des centres de santé. Aussi, de temps à autre, il y a des conflits d'attribution entre le personnel de soins et les membres de ces organes de gouvernance (22%). Ces derniers effectuent des contrôles dans les services ou auprès des malades alors que c'est le rôle du major ou du surveillant du service.

Tableau n° II. Appréciation des agents sur la pratique de la bonne gouvernance

PRATIQUES	EFFECTIF (n=151)	POURCENTAGE
Application des textes	102	76,7

Contrôle application	33	28,8
Réunion périodique	91	68,4
Conflit d'attribution	29	21,8
Insatisfait du COGEA	93	70,4
Pratique membres COGEA peu apprécié par agents	68	51,2

4.3 Participation des organes au processus de gestion des centres de soins

4.3.1 Dans les centres de santé

L'entretien individuel avec les membres des comités (organes de gouvernance) au niveau des communes et des arrondissements, laisse croire qu'ils sont peu impliqués dans la gouvernance des centres. Cela est probablement lié au fait que plus de la moitié d'entre eux ignorent l'existence des textes qui indiquent leur rôle et le pouvoir à eux confié. Dans ce contexte, plusieurs membres s'attendent aux instructions des médecins pour leur « dicter » ce qu'il faut faire. Ainsi, leur présence aux réunions (79,5) n'est souvent pas synonyme de contribution effective pour les prises de décision. Ils déclarent que « les agents ont appris leur métier de soins et de gestion et par conséquent sont des experts des structures de la santé ». Ainsi, l'absence d'information et même de la formation de ces membres de gouvernance ne leur permet pas de contribuer efficacement ou dans certaines situations de s'opposer à des propositions ou décisions inappropriées des agents ou du comptable, lors des réunions. Environ 54% d'entre eux ont affirmé que la présence du comptable n'a réellement pas permis d'améliorer la gestion financière des centres de santé. Selon eux, l'absence d'un vrai mécanisme de contrôle de gestion financière favoriserait l'entente entre les comptables et les médecins chefs ou les majors responsables de centre pour les dépenses à effectuer. Plusieurs des membres insistent sur le fait que, au cours des réunions, les comptables rendent compte de la gestion en français alors que plus de la moitié d'entre eux sont analphabètes en français (44,3%). Cette situation peu favorable à leur participation effective aux discussions de la gestion serait parfois accompagnée de tentatives de mauvaise gestion voire de malversations dans certains centres (9,9%).

Selon les déclarations de plus de 60% des enquêtés, peu de membres font effectivement ce qu'ils doivent faire au sein du comité mis à part ceux des bureaux. Certains membres des bureaux (président, trésorier et le secrétaire) ont reçu une formation rudimentaire sur leur rôle au sein des formations sanitaires et sur les éléments entrant dans la planification et la budgétisation des centres. Cette formation n'est pas étendue à tous les membres et n'a couvert qu'une partie des candidats.

Par ailleurs, l'expérience de la pratique quotidienne dans les formations sanitaires, montre que plusieurs décisions sont prises par les dirigeants des structures sans l'avis des membres des comités à telle enseigne que 96% des enquêtés se demandent si leur rôle est réellement dans la cogestion du centre de santé. Le recouvrement des coûts des soins assuré par eux a généré des fonds de plusieurs millions de francs CFA mis à la banque par presque tous les centres alors que ces mêmes centres manquent d'équipement de soins et de moyen de déplacement des malades à référer. A l'unanimité tous les enquêtés (100%) se posent la question de savoir comment ce fonds sera utilisé et attendent une décision du Ministère de la santé soulevant la question de leur autonomie dans la gestion. Aucun mécanisme de dépenses ou de mise en valeur de ces fonds accumulés n'est en place pour en faire bénéficier la qualité des soins et les

pauvres nécessitent des soins. En vérité, peu de membres des comités ont une part de responsabilité dans la gestion des fonds du financement communautaire encore moins des subventions de l'Etat, mis à part le trésorier dont le rapport avec le comptable reste peu clair et parfois conflictuel (55,6%). Les déclarations sont également unanimes (100 %) pour avancer que les prix des médicaments sont fixés en dehors des membres des comités et appliqués dans les centres de soins sans qu'aucun des membres ne soit capable de donner la base de calcul des prix des médicaments par exemple.

La population se plaint de ce coût élevé et d'autres. En fait, dans peu de formations sanitaires existent des boîtes à suggestion (6%) pour recueillir les doléances des patients afin d'y trouver des approches de solution. Aussi, au niveau de la gestion, les formations sanitaires y compris les hôpitaux ne disposent pas de manuel de procédure pour la gestion aussi bien des activités que des fonds du financement communautaire (65%). Les statistiques des soins et des fonds gérés devaient aider à faire face à certaines des plaintes. Mais l'utilisation de ces données sanitaires survient uniquement à la planification des activités et serait plus du ressort des médecins chefs et des infirmiers responsables de postes (83%) au moment de l'élaboration du budget prévisionnel des centres.

Tableau n°III Appréciation de l'implication des comités dans la gestion des affaires des centres

IMPLICATION	EFFECTIF (n=133)	POURCENTAGE
Ne connaissent pas existence de textes	82	54,3
Attendent souvent instructions médecin	68	45,0
Membres participent aux décisions	120	79,5
Présence comptable n'a pas amélioré la gestion	76	50,3
Pas organe d'un vrai contrôle gestion	97	54,2
Langue d'explication peu accessible	67	44,3
Malversation	15	9,9
Ne font pas ce qu'ils doivent faire	92	60,9
Formation bureau COGEA	73	48,3
Pas de boîtes suggestions	142	94,0
Pas de manuel procédure	99	64,6
Utilisation des statistiques au niveau périphérique	125	82,8
Peu de responsabilité en gestion	84	55,6
Pas fixation prix médicaments	151	100
Pas vraiment rôle cogestion	145	96,0
Pas décision utilisation fonds communautaire	151	100,0

4.3.2 Dans les hôpitaux

Il existe selon les enquêtés des hôpitaux, un texte sur les droits et devoirs de l'administration de l'hôpital (63,2%) et des comités technique spécialisés souvent sollicités pour l'étude des questions techniques dépassant les compétences des membres des COGES. Les membres de ces derniers se réunissent une fois par semestre dans la plupart des établissements et dans d'autres centres les rencontres sont rares (8,8%) ; les rencontres donnent parfois lieu à des discussions des affaires de l'hôpital avec la participation effective de tous les membre de Conseils de Gestion. Ces derniers n'ont pas hésité pour évoquer la dictature qu'ils subissent au sein de l'équipe dirigeante de ces hôpitaux. Plusieurs d'entre eux (42,1%) ont déclaré que l'hôpital devrait être géré comme une entreprise avec un accent particulier sur le respect des textes concernant aussi bien les dirigeants des structures de soins que les organes de gouvernance (COGES) en place. A l'hôpital, les COGES ont le droit de décider de la destination des biens (quel que soit l'état de ces biens) et ne peuvent pas les utiliser à leur profit (89,5) comme on le constate dans certains cas (12%). Pour plus d'un quart des enquêtés des organes de gouvernance (26,3%), l'application d'une bonne gouvernance doit s'apercevoir à travers la gestion correcte des services de l'hôpital, une gestion transparente sans opacité des affaires hospitalières. L'appui et le respect (36,8%) des textes sur la responsabilisation sont indispensables aux chefs de service. D'autres pensent plutôt à une bonne collaboration ou à la collégialité dans les prises de décision (21%) pour relever le défi de la bonne gouvernance dans les hôpitaux.

La gestion dans les hôpitaux est soumise au contrôle par les services des Finances ou la Direction de l'Inspection et de Vérification Interne (DIVI) du Ministère de la santé. Il ne s'agit en fait que des contrôles de conformité de routine des dépenses et des recettes et jamais un contrôle approfondi, prenant en compte les détails des dépenses. L'absence de texte clair et précis dans le domaine n'autorise pas des changements dans les méthodes de contrôle (75,5%). Rares sont par exemple les hôpitaux qui commanditent des audits internes pour un suivi de leur gestion. Or, ces audits pourraient aider à la mise en application des principes élémentaires de la transparence démocratique. L'intention de l'autonomisation de ces structures n'est pas accompagnée des balises textuelles sur les responsabilisations. Néanmoins, selon les déclarations des membres des comités, un effort se fait dans le respect des règles de dépenses pour ce qui concerne la gestion des fonds du budget de l'Etat (59,6%).

Dans le domaine de l'information, lorsqu'il y a un problème ou une situation préoccupante dans l'hôpital, tous les membres des Conseils ne sont pas informés de la même manière (61,4%). L'information ne circule pas comme cela devrait être du fait de l'absence d'un système pertinent d'information posant la problématique de l'inégalité informationnelle des membres. Concernant le style de direction des dirigeants, un peu plus de la moitié des membres interrogés les trouve démocratiques (54,4%) ; par contre pour environ 32% d'entre eux, certains dirigeants discutent peu en réunion tandis que d'autres laissent faire dans une certaine passivité.

Pour les avantages accordés aux directeurs, ils sont fixes et ne dépendent guère de leur performance encore moins du rendement de leur établissement et ces avantages ne sont pas connus de tous les membres des Conseils. Ces Conseils faisant office de Conseils d'Administration, n'a aucun droit de modifier les avantages des dirigeants quel que soit leur performance au sein de leur établissement. En effet, la notion de performance n'est pas uniformément perçue dans tous les hôpitaux de zone. D'aucuns pensent qu'il s'agit de la satisfaction des besoins en soins des malades admis dans les hôpitaux (28%) ; d'autres

l'assimilent à l'effort du directeur de disposer du personnel compétent pour les tâches de soins (28%) ou encore à l'augmentation de la fréquentation des services par les malades (14%).

Dans le département du Mono existe des situations de mal compréhension entre l'administration (équipe dirigeante) et le COGES à telle enseigne que l'ambiance de collaboration est souvent viciée, laissant la main libre (selon les déclarations) à des malversations. Ainsi, il est nécessaire que les hôpitaux de zone disposent désormais de commissaires aux comptes pour vérifier la manière dont les fonds circulent. Dans la situation actuelle, les COGES ne sont pas entièrement opérationnels dans les prises de décisions, comme les membres le souhaitent. Les règles et textes leur donnant pouvoir de cogestion ne sont pas explicites dans ce sens. Les dirigeants des hôpitaux et centres de santé ne subissent pas souvent de contrôle régulier de leur gestion et il n'est pas rare de constater que les comptables sont parfois terrorisés par les dirigeants cèdent vite leur désir au niveau des dépenses.

La situation des COGES n'est pas non plus reluisante dans les hôpitaux de zone du département de l'Atlantique où les membres ont été presque unanimes à reconnaître qu'ils n'ont pas les « mains libres » pour les prises de décisions, du moment où les textes réglementaires ne sont pas appliqués. L'administration des hôpitaux serait dans une situation de gestion opaque des fonds collectés (fonds propres) et certains comptables endossent ouvertement la responsabilité des mouvements irréguliers de ces fonds sans être inquiétés. « *Nous sommes écartés de la gestion de l'hôpital et on nous parle de cogestion, cela n'a pas de sens* » ont déclaré plusieurs membres de COGES (61%). Ils n'ont pas hésité à qualifier de « dictature » la manière de faire de l'administration au sein des hôpitaux.

De plus, il n'y a pas de règlement intérieur dans les milieux hospitaliers des zones (66,7%) ; la gestion des fonds est souvent centralisée sans un véritable système transparent de contrôle des ressources financières. Le manuel de procédure pour les fonds communautaire est inexistant. Seule l'utilisation des subventions allouées par l'Etat se calque sur les règles des dépenses officielles qui font l'objet de contrôle de conformité par les institutions des finances. Les hôpitaux n'ont jamais connus d'audits internes, ni externes pour faire le point de leurs gestions (72%). Dans certains hôpitaux, il n'existe pas de clé de répartition des ressources pour les différents services et les moyens sont distribués selon la volonté du directeur. Ce dernier est nommé par le Ministre de la santé et rend compte à son directeur départemental tout comme les coordonnateurs de zone. Contrairement aux textes, ils ne sont pas tous titulaires d'un diplôme post universitaires en gestion des services de santé, ni en administration hospitalière. Ce sont des médecins, des économistes ou de rares administrateurs.

Tableau n° IV. Appréciation des membres des COGES de l'application de la gouvernance

ITEMS	EFFECTIF (n=57)	POURCENTAGE
Non respect des textes	33	57,9
Non information uniforme des membres	35	61,4
Pas de système de contrôle	34	59,6
Pas de règlement intérieur	38	66,7
Pas manuel de procédure pour FC		

Pas d'audits internes	41	71,9
Non respect des règles de dépenses	23	40,4
Avantages directeurs pas fonction résultats	50	87,7
Pas souvent clé répartition des ressources	19	33,0
Style de direction		
- discute peu	18	18,0
- laisser-faire	8	14,1

4.3 Implication des usagers dans la pratique de la bonne gouvernance

L'entretien avec les usagers des hôpitaux et des centres de santé montre que seuls 57% connaissent l'existence soit du comité de gestion de l'arrondissement, de commune ou le Conseil de gestion, organe de décision des hôpitaux. Bien qu'ils soient dans les mêmes localités, les membres des différents organes de gouvernance sont peu connus (55,6%) des usagers en raison du manque de leur visibilité après leur désignation. Plus des trois quarts des usagers interrogés ne sont pas en mesure de préciser le rôle des membres de ces structures. Cette situation peut s'expliquer entre autre par le fait que les comités rencontrent rarement la population pour les comptes rendus (89%). La tenue des Assemblées Générales est rare et pour ceux qui les tiennent, les représentants de la population prévus selon les textes, ne sont pas invités et certains des participants ont déclaré n'avoir pas été satisfaits des comptes rendus qui leur ont été faits (12%).

Tableau n° V . Connaissances des organes de gouvernance par les usagers

CONNAISSANCES	EFFECTIF (n=308)	POURCENTAGE
Connaît existence des organes de gestion dans les centres de santé	173	57,0
Ne connaît pas les membres	169	55,6
Ne connaît pas le rôle des membres	217	78,0
Pas rencontre avec population	271	89,2
Pas satisfaction des rares rencontres avec population	37	12,0
Pas circulation information entre membres des organes	33	10,7

4.4. Implication du genre dans la pratique de la gouvernance et de la qualité des soins

La performance de l'hôpital est perçue par les agents de sexe féminin comme étant la bonne qualité des soins prodigués aux malades (58,6%). C'est également, la satisfaction des besoins des malades ou le fait de donner une réponse rapide aux attentes des malades (27,6%) en vue les attirer pour un accroissement de la fréquentation.

La manière dont un directeur gère son hôpital constitue la bonne gouvernance pour plus d'une femme sur deux. Les hommes ont plutôt évoqué la collégialité dans les prises de décisions. La transparence dans la gestion des affaires et des fonds de l'hôpital a préoccupé une proportion presque égale des deux sexes (29% pour les hommes et 27,6% pour les femmes) dans leur compréhension du concept. D'autres déclarations des femmes ont mentionné qu'il s'agit en fait des « *résultats de la transparence, de manière que tout le monde voit clair dans la gestion démocratique de la structure de soins ; c'est également l'utilisation des règles et principes clairs, la rigueur dans l'application des règles de gestion au sein de l'hôpital* ». Ces déclarations de forte portée apparaissent comme un défi pour les dirigeants des hôpitaux, majoritairement masculin qui doivent assurer la satisfaction de la population bénéficiaire des soins.

Dans les centres de santé périphériques, les déplacements pour des tâches administratives ou des réunions intempestives des responsables expliquent l'origine de leur indisponibilité pour faire face aux tâches techniques habituelles. Les données de l'enquête soulignent également l'inégalité dans la répartition des responsabilités aussi bien au niveau des directions des hôpitaux que dans les organes de gouvernance des centres de santé. Par exemple, sur les 57 membres des Conseils de Gestion des hôpitaux visités lors de l'enquête, seuls douze membres sont de sexe féminin (21%). La sex-ratio d'appartenance féminine aux organes est d'une femme pour 3,75 hommes (3,75 : 1). Ce rapport varie d'un département à un autre ; plus fort dans le Mono/Couffo avec une femme pour plus de quatre hommes (4,2: 1) et une femme pour plus de trois hommes (3,4 : 1) dans l'Atlantique/Littoral. L'expérience de la gouvernance vaut la peine d'être essayée avec le sexe féminin afin d'assurer l'équité dans l'exercice du pouvoir à la base du système de santé. C'est dans l'optique des actions collectives dignes d'intérêts pour la communauté que des solutions collectives sont attendues en vue des objectifs communs aussi bien aux hommes qu'aux femmes.

4.5 Opinion des membres du COGEA sur leur fonctionnalité

La plupart des membres ont reconnu l'existence des textes qu'ils n'ont pas en leur possession (gardé par le président ou le secrétaire) depuis la lecture du règlement intérieur juste après leur désignation démocratique. Parmi les textes relatifs aux organes de gouvernance, la majorité des enquêtés n'ont mentionné que le règlement intérieur que le Ministère aurait produit à leur intention. Ils ont été unanimes à reconnaître qu'ils n'ont pas participé de près ou de loin à son élaboration et que sur le terrain, le contenu, à leur avis n'est pas réellement appliqué.

Selon les enquêtés, les élections ont permis de choisir démocratiquement les membres, ce qu'ils ont jugé de libre et transparente. Ils déclarent que par ce geste la population a choisi des personnes dynamiques pour la représenter. Cependant, certains se demandent après plus de deux ans d'exercice, leur rôle exact au sein du comité ; ils sont sollicités pour la sensibilisation de la population lors des vaccinations des enfants mais personnes ne leur demande de rendre compte de leurs activités de terrain. Dans cette situation certains membres pensent qu'ils doivent contrôler le fonctionnement des centres de soins y compris les pratiques des agents des formations sanitaires. L'enquête a mis en évidence des déclarations comme celle-ci : «..... *je suis là pour constater les dysfonctionnements de notre centre de soins....* ».

De plus, les membres du bureau des organes, affirment tenir des réunions du COGEA qui se consacrent à la discussion des comptes rendus des activités de soins des agents de santé et du comptable sur les mouvements des fonds du financement communautaire. Les discussions portent également sur les « anomalies » constatés dans les centres, les mauvais traitements infligés aux femmes venues aux soins et le recouvrement des coûts. Mais rares sont les membres qui ont fait allusion aux discussions des activités menées par les membres du COGEA eux-mêmes dans leur localité, en dehors des sollicitations des médecins ou major chefs de poste.

Au cours des réunions, les décisions se prennent en majorité par consensus, la voix prépondérante du médecin chef met souvent fin aux recherches de consensus. Il est vrai que les discussions en séances aboutissent à des décisions, mais la mise en application de ces décisions n'est souvent pas effective et aucun compte rendu n'est fait au COGEA. Dans d'autres formations sanitaires, les réunions sont rares. Par exemple à Aplahoué, les réunions ne se déroulent pas régulièrement si bien que les membres de l'organe de décision se demandent eux-mêmes comment fonctionne leur centre. Cette situation ne semble pas accidentelle et soulève la question de l'absence de mécanisme de coordination et de supervision du fonctionnement de ces organes de gouvernance. La routine des élections et des mandats de trois ans des membres des COGEA n'apportent pas souvent les réponses aux vrais problèmes de prises en charge de la communauté par elle-même. Tout se passe comme si la dévolution du pouvoir n'est pas envisagée afin que l'exercice actuel serve à l'autonomie prochaine de la population à la gestion et à la prise en charge effective de sa santé. Face à ce manque de fonctionnement régulier des organes de gouvernance, certaines dispositions sont prises par les responsables de poste pour autoriser les prestations de soins à crédits aux pauvres et aux démunis avec un cahier d'impayés. Les membres actifs du COGEA sont chargés de recouvrer les frais.

En ce qui concerne la satisfaction des malades, demandeurs de soins, leurs plaintes au sujet du mauvais accueil des agents et de la cherté des soins n'ont jamais eu de solutions. De l'avis des membres du COGEA, l'ambiance de travail avec les agents de soins ne permet pas de répondre positivement à ces plaintes. Le manque de volonté de collaboration des responsables des centres et des agents de soins est à la base de l'insatisfaction qui perdure malgré le renouvellement des membres comme prévu par les textes. Aussi, dans certaines localités, le choix des membres sont apparemment démocratiques mais des personnes relativement aisées s'imposent comme candidats et sont d'office choisis, alors qu'elles ne sont pas tout le temps disponibles pour les réunions et les tâches du comité.

Dans le département de l'Atlantique, les organes de décisions des formations sanitaires se réunissent généralement une fois par mois. Le quorum n'est souvent pas atteint en raison de l'absence répétée de certains membres. Sont débattus au cours des réunions les problèmes de vente illicite des médicaments par les agents de santé, devenue un fléau dans les centres de soins mais les solutions proposées n'ont jamais eu d'effets. Ces solutions se limitent seulement aux dénonciations des agents, de peur de les frustrer et d'attirer leur colère sur les membres. Dans les zones sanitaires, aucun mécanisme de sanction des agents en faute n'est prévu dans les centres de santé encore moins dans les hôpitaux. Les limites des pouvoirs des membres des comités ne les autorisent pas à prendre des sanctions. Les textes stipulent qu'ils doivent : « *veiller à combattre la vente illicite de médicaments dans le centre de santé* ». Le manque de contenu précis des textes ne couvre nullement ces membres du COGEA face à ce phénomène tant décrié et qui reste peu réprimandé.

Aussi, comme dans la plupart des centres, l'implication du comité dans la vérification de la gestion des fonds du centre est moindre sinon presque absente. Le texte les autorise à « *effectuer un contrôle de caisse au moins une fois par mois* » alors qu'ils n'ont aucune compétence dans les domaines de la gestion et de la comptabilité de caisse sous le contrôle des comptables dont certains exercent en « symbiose avec les médecins-chefs ou les médecins coordonnateurs ». Les présidents des comités sont généralement sollicités pour entériner les dépenses en assurant la cosignature des documents financiers à eux présentés. L'un des présidents a déclaré lors de l'enquête :

« quel refus voulez vous que j'oppose à la signature des documents quand les spécialistes ont déjà tout préparé ? »

Le comité n'a pas le droit de vérifier les documents comptables encore moins les pièces justificatives des dépenses mais le président peut signer les documents en émettant son avis qui n'est pas toujours pris en compte. Les textes ne donnent aucun autre pouvoir au comité dans cette situation. La formation des membres serait un atout pour disposer des arguments d'opposition à des dépenses jugées peu appropriées.

Selon les membres des comités, la gestion des fonds dans les formations sanitaires, y compris les hôpitaux de zone, reste souvent opaque si bien que les membres de l'organe de gouvernance déclarent ne « *rien comprendre de la gestion des fonds collectés* ». Parfois, c'est l'infirmier major qui exécute le budget, fait les achats avant de soumettre les reçus au COGEA pour entériner. Dans d'autres cas, le comité décide des dépenses à faire et l'exécution est laissée au comptable sans une structure de réception ou de vérification des dépenses effectuées. Les rares réactions des membres des comités sont parfois à l'origine de la marginalisation ou de la situation conflictuelle qu'entretiennent les dirigeants des structures vis-à-vis des membres du COGEA.

Par ailleurs, pour ce qui concerne les plaintes des malades, les membres avancent qu'ils vérifient sans se faire voir (clandestinement) le comportement reproché aux agents pour confirmer ou infirmer les déclarations des malades. Selon eux, les plaintes sont justifiées dans plus de 95% des cas et les comités font souvent des reproches aux intéressés pour le changement de leur comportement mais sans succès.

4. 6 Equité d'accès aux soins et possibilité pour la mutuelle de santé

La faible possibilité de paiement des malades explique parfois les évasions dans les hôpitaux. Pour les pauvres n'ayant pas les moyens de payer les soins, il n'existe pas de mécanisme applicable retenu par les COGEA dans les centres de santé périphériques. Cependant, les malades sont soignés à crédit avec les médicaments disponibles et le ménage ou la famille est obligée de payer par la suite les frais des soins prodigués. Les membres des comités sont chargés du recouvrement et saisissent parfois les délégués des quartiers ou villages pour la négociation avec les parents du délai de remboursement des frais. Selon les enquêtés, l'expérience a montré que plusieurs parents ne reviennent pas pour rembourser (les malades permanemment pauvres). Par contre, d'autres arrivent à payer avec un décalage de temps après guérison (les pauvres saisonniers). Les membres des comités ont suggéré par ailleurs, la réduction des coûts pour rendre les soins plus accessibles. Ils déclarent ne pas savoir à qui s'adresser pour cette négociation (Médecin-chef ? Médecin

coordonnateur de zone?). En fait, la fixation du coût des prestations et des médicaments échappe aux décisions du comité et se fait à un niveau plus haut alors que cela devrait faire parti de leur attribution. Le règlement intérieur les régissant est muet sur leur rôle à ce sujet.

Les efforts de l'Etat pour assurer l'accessibilité aux soins à tous les citoyens se sont manifestés à travers la mise à disposition chaque année d'une somme d'argent des finances publiques pour les hôpitaux. Les autorités sanitaires choisissant de la mettre à la disposition des hôpitaux, ont fixé des critères d'éligibilité des structures bénéficiaires. Ainsi, la prise en charge financière des malades pauvres, incapables de payer les frais, se fait cas par cas après que l'intéressé soit déclaré indigent par les services sociaux de l'hôpital à la suite d'une enquête sommaire. Le circuit à respecter pour bénéficier d'une attestation d'indigent passe par l'enquête sociale, une commission d'attribution du statut d'indigent, la soumission du dossier après acceptabilité au coordonnateur de zone, lequel transmet le dossier aux services financiers du trésor pour le décaissement. Ce circuit prend du temps et le malade est parfois sans soins spécifiques ou que l'hôpital prend le risque de fournir les soins sans la certitude de l'acceptation du dossier du malade (risque de perte de sous par l'hôpital) par la commission. Pour éviter les déconvenues de ce processus, il convient de revoir le système actuel d'attribution de statut d'indigent, en définissant au niveau de chaque département le concept « indigent », le profil d'indigent en matière de soins de santé et les modalités de prise en charge sanitaire rapide par les structures de soins.

Concernant les centres de santé qui ne sont pas pris en compte dans le partage de ce fonds d'indigents, les membres des comités en place devraient étudier un mécanisme local de prise en charge des pauvres et démunis afin d'éviter les retards d'évacuation ou de référence des malades graves vers les hôpitaux d'une part et l'absence ou le retard des premiers soins à ces malades d'autre part. A cet effet, le système de partage de risque financier est une alternative pour la participation de la population, laquelle doit être bien éclairée des avantages et des limites de ce mode de prise en charge financière.

Les résultats de l'enquête indiquent, qu'à l'idée de la possibilité de création de mutuelle de santé pour le partage des risques, 82% des personnes interrogées ont émis un avis favorable. Les raisons avancées par ceux qui se sont opposés à cette idée sont variées : l'instauration d'une cotisation qu'ils ne souhaitent pas, l'inquiétude d'une mauvaise gestion des fonds et du taux élevé de la cotisation que l'on a l'habitude d'imposer à la population. Concernant la gestion des fonds des futures mutuelles de santé, près de la moitié (49,7%) des usagers ne souhaitent pas les mêmes dispositions en cours dans les formations sanitaires qui ont montré leur inefficacité. Quant à la question de confier la gestion des fonds de la mutuelle à la population, plus des trois quarts (76,8%) se sont opposés du fait que les représentants de la population n'ont reçu aucune formation en la matière.

4.7 Synthèse de l'application de la bonne gouvernance par champs de forces

POINTS FORTS

- Décentralisation des formations sanitaires
- Existence de textes
- Clarification textes
- Mise en place structures de prise de décision
- Démocratisation du choix des comités
- Révision textes
- Budget alloué aux structures et financement communautaire
- Compte rendu périodique
- Auto gestion du financement communautaire
- Normes et Standard soins existent

POINTS FAIBLES

- Pas contrôle application textes
- Clientélisme des directeurs et responsables des structures
- Forte influence des autorités supérieures
- Gestion autoritaire des formations
- Défaut de coordination
- Faible participation de la population
- Non respect des textes
- Faible motivation des agents
- Non fonctionnalité structures gouvernance
- Pas responsabilisation organes
- Conflit dirigeant/ COGECS
- Participation active population limitée
- Absence structure de contrôle transparent

4.8 PERFORMANCE ET QUALITE DES SOINS

4.8.1 Perception de la performance dans les formations sanitaires

La performance des centres de soins n'a pas la même compréhension chez le personnel des hôpitaux de zone que chez ceux des centres de santé des communes et arrondissements. Pour plus de 40% de ces derniers, elle est synonyme de la qualité des soins prodigués aux malades admis dans ces structures. C'est la satisfaction qu'ont ces malades après leur prise en charge thérapeutique (26%). Un agent sur cinq avance qu'une bonne performance peut s'obtenir par l'affectation des agents compétents dans les centres de santé. Le personnel des hôpitaux de zone est globalement du même avis, avec quelques nuances ayant trait à la forte fréquentation des malades (14%) et à l'équipement des hôpitaux (Tableau n° VI).

Tableau n° VI . Perception de la performance par les agents des centres de soins

PERCEPTION	EFFECTIF	POURCENTAGE
Centre de santé	n= 133	
Qualité des soins	54	40,6
Satisfaction	35	26,3

Compétences	27	20,2
Atteinte des objectifs	2	1,6
Fréquentation	15	11,3
Hôpitaux	n= 199	
Qualité des soins	66	33,2
Satisfaction	47	23,6
Équipements	33	16,5
Compétence	23	11,6
Fréquentation	29	14,6

4.8.2 Appréciation de la qualité des soins dans les formations sanitaires

4.8.2.1 Appréciation de la qualité des soins par le personnel des hôpitaux de zone

Le personnel de soins y compris l'Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire (EEZS) reconnaît qu'il y a sur place dans les hôpitaux un bon plateau technique (89%) pour satisfaire les besoins des malades. Cependant, chaque agent devra améliorer son effort personnel dans les prestations des soins (41,7%). L'utilisation d'aide au diagnostic (ordinogramme) mis à la disposition des formations sanitaires par les autorités sanitaires a été jugée efficace par 65% des enquêtés face à la demande de soins des malades (Tableau n° VII). Pour ce qui concerne les moyens de travail, il n'existe aucun compromis objectif pour la distribution de ces ressources dans les différents services (31%). Certains des agents ont constaté que la qualité des soins ne s'est pas améliorée malgré le renouvellement des équipes dirigeantes et les membres de l'organe de gouvernance (58%). En fait, à l'instabilité des responsables s'associe souvent celle des politiques de gestion et de fonctionnement des organes. La littérature africaine précise qu'à chaque affectation des agents ou renouvellement d'organe, on assiste à une nouvelle gouvernance hospitalière. La nouvelle équipe ne prend pas toujours en compte les acquis des prédécesseurs et à chaque responsable, sa logique d'organisation de structure [Blundo]. Ce comportement influe souvent sur les prestations des soignants et sur la gestion de la qualité des soins offerts.

Tableau n° VII. Répartition des enquêtés hospitaliers selon leur appréciation de la qualité des soins

QUALITE SOINS	EFFECTIF (n=199)	POURCENTAGE
Bon plateau technique	128	89,4
Effort individuel amélioré	83	41,7
Pas amélioration qualité des soins depuis équipe en place	116	58,3
Utilisation d'ordinogramme par les infirmiers	130	65,3
Utilisation de guide thérapeutique par infirmiers	132	66,3
Absence de compromis pour répartition ressources	62	31,2

4.8.2.2 Appréciation de la qualité des soins selon les agents des centres de santé

Les conditions du travail constituant une importante dimension de la qualité des soins, elles sont jugées de « mauvais » par environ 62% des agents des centres de santé aussi bien des communes que des arrondissements. Le manque d'agents qualifiés (49%) pèse lourdement dans la balance de la bonne qualité en périphérie du système de santé. Dans cette situation plus de 85% des agents ont déclaré avoir des difficultés pour fournir les soins comme prévus chaque fois qu'ils ont une demande de soins. Les résultats montrent que les centres de santé en périphérie ne répondent pas correctement aux attentes des malades (26%) du fait du manque d'équipement et de la pénurie de certains médicaments vendus dans le centre. En fait, les malades qui achètent tous les médicaments prescrits sont mieux soignés (94,7%) que ceux qui n'ont pas eu les moyens de le faire. Il apparaît ainsi une iniquité dans l'offre des soins dans la population des malades et ceux n'ayant pas les moyens d'acheter tous les médicaments prescrits. De plus, les malades ayant les moyens ont les soins de qualité et sont vite référés vers les hôpitaux en cas de complication contrairement aux pauvres qui renoncent parfois à la référence faute de moyen pour assurer leur déplacement.

La référence des malades intervient en moyenne 4 fois par mois dans les centres de santé d'arrondissement avec un minimum de 2 à 3 le mois. Elles sont plus élevées en nombre dans les formations de l'Atlantique que dans celles des départements du Mono. Les retards aux références proviennent souvent des malades qui manquent d'argent pour assurer le paiement des soins dans les hôpitaux de recours et le déplacement qui coûte cher. Les refus de la référence par certains parents viennent s'ajouter aux difficultés de manque d'argent. Ces retards sont également dus à l'absence des médecins et infirmiers major, obligeant les infirmiers de santé ou les aides soignants à prendre des décisions de référer. Dans cette situation 31,6% font traîner les malades parce qu'ils hésitent dans la prise de décision pour référer et d'autres par crainte de commettre à défaut une erreur de diagnostic (36%). Ces comportements sont enregistrés aussi bien dans les centres de santé de commune que dans les centres de santé d'arrondissement.

En demandant aux agents de s'apprécier à travers l'attribution d'une note sur dix, pour la qualité de leurs prestations dans le centre, près d'un tiers d'entre eux s'est reconnu à peu près moyens (32,4%), d'autres acceptables (30%) ou satisfaits.

Tableau n° VIII. Répartition des agents selon leur appréciation de la qualité des soins

APPRECIATIONS	EFFECTIF (n=133)	POURCENTAGE
Mauvaises conditions de travail	82	61,7
Manque personnel compétent	65	49,0
Difficultés pour donner les soins comme prévus	114	85,8
Malades ayant acheté ses médicaments sont mieux soignés	126	94,7
Centre ne répond pas toujours aux attentes des malades	43	26,3
Causes retard de référence		
- hésitation	42	31,6
- Crainte d'erreur	48	36,1

diagnostic		
Auto appréciation des prestations agents		
Moyens	43	32,4
Acceptable	40	30,0
Satisfaits	50	37,6

4.8.2.3 Appréciation de la qualité des soins par les usagers des centres de soins

Les usagers interrogés ont déclaré qu'il existe une bonne ambiance de travail chez les agents des différentes formations sanitaires (78%) malgré les mauvaises conditions de travail (16%) dont ils se plaignent souvent. L'insatisfaction porte surtout sur l'accueil, (plus d'un enquêté sur cinq), la nervosité manifeste de certains agents lors des soins (38%). En fait, le métier d'agent de santé est à vocation mais il n'est nullement rare de détecter des gens qui sont arrivés par pur hasard ou sous la pression de leurs parents ou encore par fascination face à un agent en blouse. Ce contexte peut permettre de comprendre ces comportements négatifs des agents pour la qualité des soins. L'enquête fait constater que plusieurs malades ne bénéficient pas souvent d'explication de leur maladie ou de leur préoccupation. Aussi, environ deux tiers d'entre eux ont spécifié qu'aucune information n'est donnée sur les éventuels effets secondaires des médicaments prescrits. Par ailleurs, ces médicaments prescrits ne sont pas souvent retrouvés à la pharmacie des centres de soins (51%) à telle enseigne que plusieurs malades sont non seulement insatisfaits mais surtout découragés. Plus d'une personne interrogée sur cinq (22%) ont déclaré n'avoir plus l'intention de revoir les agents qui les ont traité lors d'un autre épisode de maladie.

Tableau n° IX . Répartition des usagers selon leur appréciation de la qualité des soins offerts

APPRECIATIONS	EFFECTIF (n=308)	POURCENTAGE
Mauvaises conditions de travail des agents	50	16,4
Pas satisfait de l'accueil des agents	69	22,7
Agents ne donnent pas des explications aux patients	70	23,1
Pas d'information sur effets secondaires des médicaments	200	65,8
Bonne ambiance travail	238	78,0
Agents souvent nerveux	116	38,1
Ne trouvent pas médicaments prescrits dans les centres	156	51,3
Ne pensent pas revoir l'agent traitement une autre fois	68	22,3

4.8.2.4 Appréciation de la performance des centres de soins par les coûts moyens des soins

On note globalement une croissance rapide des coûts des prestations dans tous les hôpitaux publics sauf à la zone sanitaire d'Aplahoué. L'allure des courbes est une progression en escalier dans la plupart de ces formations sanitaires avec des pics dominants à Ouidah. Ce constat témoigne de la cherté des prestations depuis près de cinq ans, comparé aux autres hôpitaux de zone. L'hôpital d'Abomey Calavi vient en seconde position pour la cherté des prestations au niveau du département Atlantique /Littoral. Dans le Mono, le centre hospitalier départemental s'impose par ces soins plus chers que les hôpitaux de zone alors qu'à Comé la situation du coût des soins se présente en dents de scie, témoin d'une variabilité à la hausse. La lecture de la tendance des coûts laisse percevoir que les soins sont paradoxalement plus chers dans les hôpitaux étatiques que dans ceux du secteur privé confessionnel et la différence de coût est remarquable dans un même département (Figure n° 3).

La demande de médicament est souvent déterminée par des facteurs tels que le coût du transport et le temps nécessaire pour se rendre au centre de santé constituant le coût de « renonciation ». Il prend en compte le temps passé par le malade à faire la queue et toute perte de temps de dépenses occasionnée pour l'achat des médicaments ou les files d'attente. Ainsi, lorsque le coût des soins augmente, plus la non utilisation des services va à la hausse.

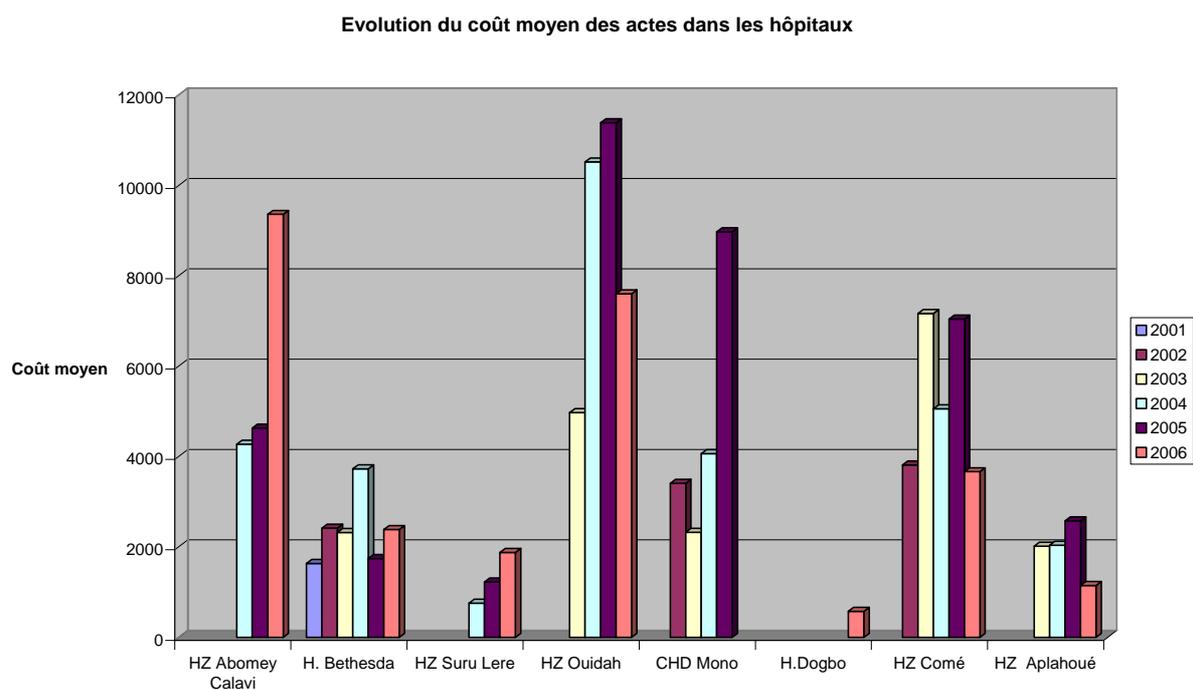


Figure 3

4.8.2.4 Appréciation des coûts moyens dans les centres de santé

Dans les centres de santé, les prestations sont plus chères au centre d'Ayélawadjè dans l'Atlantique/Littoral avec une progression régulière d'année en année. Au Mono/Couffo, ce sont les centres de santé de Lokossa et de Dogbo qui présentent les prestations les plus chères. Mais ces trois dernières années, il y a une tentative de diminution des coûts moyens dans ces

formations contrairement aux centres de santé de l'Atlantique. Ainsi, le centre de santé d'Allada est resté pendant longtemps dans une logique de prix élevé jusqu'en 2005 où une légère baisse est intervenue. Il se dégage de la distribution de ces coûts moyens que tous les centres de l'Atlantique ont évolué à la hausse dépassant en moyenne 1000 fcfa par prestation de soins. Les malades qui se font soigner dans les centres de santé de Comé et d'Aplahoué sont privilégiés en payant les soins moins chers ; mais lorsqu'ils quittent leurs communes, ils trouvent le coût plus cher dans les autres formations. Cette cherté marginalise les pauvres qui ne peuvent se soigner correctement. Dans cette situation l'on pourrait avancer que le système ne semble pas équitable car il ne permet pas à tous ceux qui ont besoin d'un traitement pour une maladie donnée, de pouvoir bénéficier des mêmes possibilités d'accès aux soins.

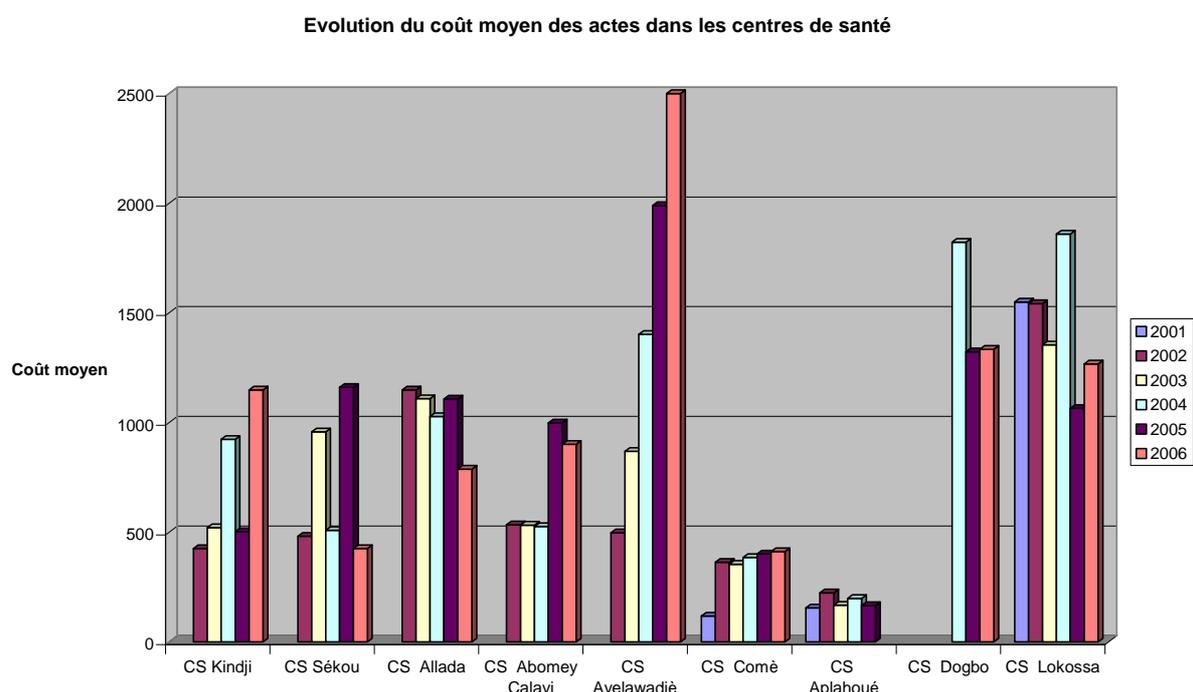


Figure 4

4.8.2.5 Appréciation des coûts moyens des médicaments

Le coût moyen des médicaments prescrits à l'hôpital de Ouidah est très élevé et dépasse celui de tous les hôpitaux de zone aussi bien de l'Atlantique que du Mono (supérieur à 10 000 fcfa). L'hôpital d'Abomey Calavi n'est pas épargné par cette augmentation du coût moyen des médicaments qui a subi une brusque augmentation du simple au double en 2006. Cependant, à l'hôpital de Suru Léré, les médicaments coûtent moins chers et le coût moyen est en dessous de 2000 fcfa.

Dans le département du Mono, reconnu défavorisé économiquement, le coût moyen des médicaments à l'hôpital de zone d'Aplahoué est moindre et abordable. Dans les autres hôpitaux, les médicaments coûtent environ deux fois plus chers qu'à l'hôpital d'Aplahoué. En 2005, une augmentation générale est apparue au centre hospitalier départemental de Lokossa, situation que ne pouvaient supporter les malades de conditions économiques précaires. Ce qui

peut expliquer leur retard à venir l'hôpital malgré eux en phase de complication de leur souffrance.

En fait, le coût moyen des médicaments va de paire avec l'exactitude du diagnostic et l'allure en dents de scie des courbes peut augurer des traitements de plusieurs maladies prescrits en même temps par le soignant. C'est pour éviter ce type de comportement à tâtons que l'aide au diagnostic correct a été proposé à travers les ordinogrammes. Mais son utilisation ne fait pas légion dans les formations sanitaires. Aussi, la qualité des soins fait-elle appel aux compétences du personnel dans les hôpitaux, ce qui pourrait aider à la réduction du coût moyen en raison de la précision des diagnostics de ces agents. Par ailleurs, malgré la surestimation plausible des dénominateurs du calcul, ces coûts moyens donnent une idée de la productivité des centres.

L'une des raisons de cette élévation est la résultante de la non disponibilité des médecins dans les centres ce qui pèse dans la balance du coût des soins. En effet, les médecins sont souvent absents de leurs postes laissant le traitement aux infirmiers, lesquels surchargés impliquent les aides soignants non formés à cette tâche de prestation de soins. Ils sont invités de manière intempestive à des réunions ou des à des séances de formation en dehors de leur lieu de travail et les agents non qualifiés, jouant le rôle de traitant, font des prescriptions multiples ou non appropriées de médicaments aux malades.

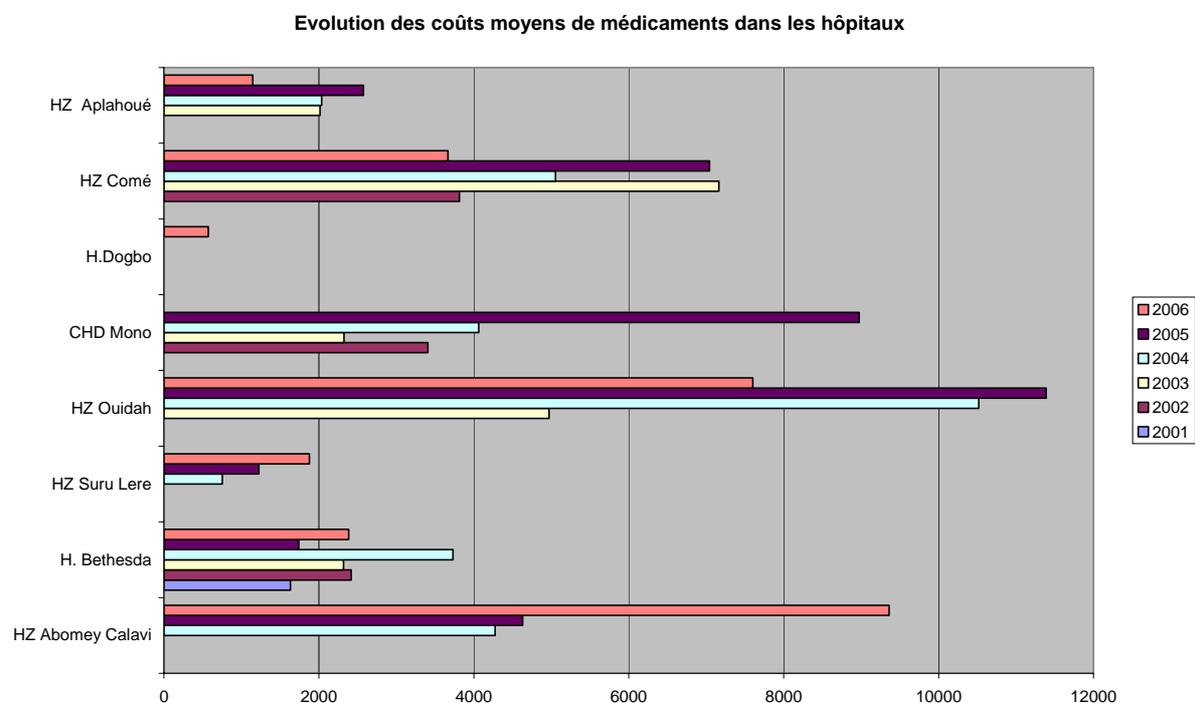


Figure 5

4.8.2.6 Appréciation des coûts moyens des médicaments dans les centres de santé

En ce qui concerne les centres de santé, on a l'impression que la politique des médicaments à coût abordable ne semble pas être en application. Le coût moyen enregistré les deux dernières années (2005, 2006) est très élevé. Il a atteint 2500 fcfa per capita en 2006 dépassant ainsi le coût moyen dans certains hôpitaux de zone du Mono. L'augmentation en cinq ans de pratique des prix, est de 400%. Dans le département de l'Atlantique, au centre de santé d'Allada le coût moyen est autour de 1000 fcfa par individu traité dans ce centre. Au même moment, les autres centres qui pratiquaient les soins à moindres coûts ont fait augmenter les prix.

Au Mono/Couffo le coût des médicaments est moindre mais variable d'un centre à l'autre. C'est ainsi que dans les centres de santé de Aplahoué et de Comé, le coût moyen est bien inférieur à 500 fcfa voire 300 fcfa à Aplahoué. A Dogbo et Lokossa, les médicaments sont plus chers allant de 1000 à 1500 fcfa après une période de flambée des prix des médicaments. Avec les prescriptions de médicaments de 1000 fcfa, peu de malades pourront y faire face au regard du pouvoir d'achat dans la région (Figure n° 6).

Le coût des médicaments fait accroître le coût moyen par cas et l'enquête montre que l'application des prix des médicaments est disparate et ne suit aucune directive. En fait, il est suggéré par le Ministère que le prix de cession des médicaments soit augmenté d'un coefficient de 1,5 (coefficient multiplicateur) mais peu de formations sanitaires respectent cette consigne. Les prix sont fixés sans base précise et sans tenir compte du contexte socioéconomique des communautés desservies.

De plus, le non respect des protocoles thérapeutiques dans certaines zones sanitaires, (en raison de l'introduction de nouvelles molécules de coût élevé dans les thérapeutiques), pourrait désorganiser la prescription de certains agents contribuant à l'explication de l'augmentation des coûts moyens des médicaments voire des soins.

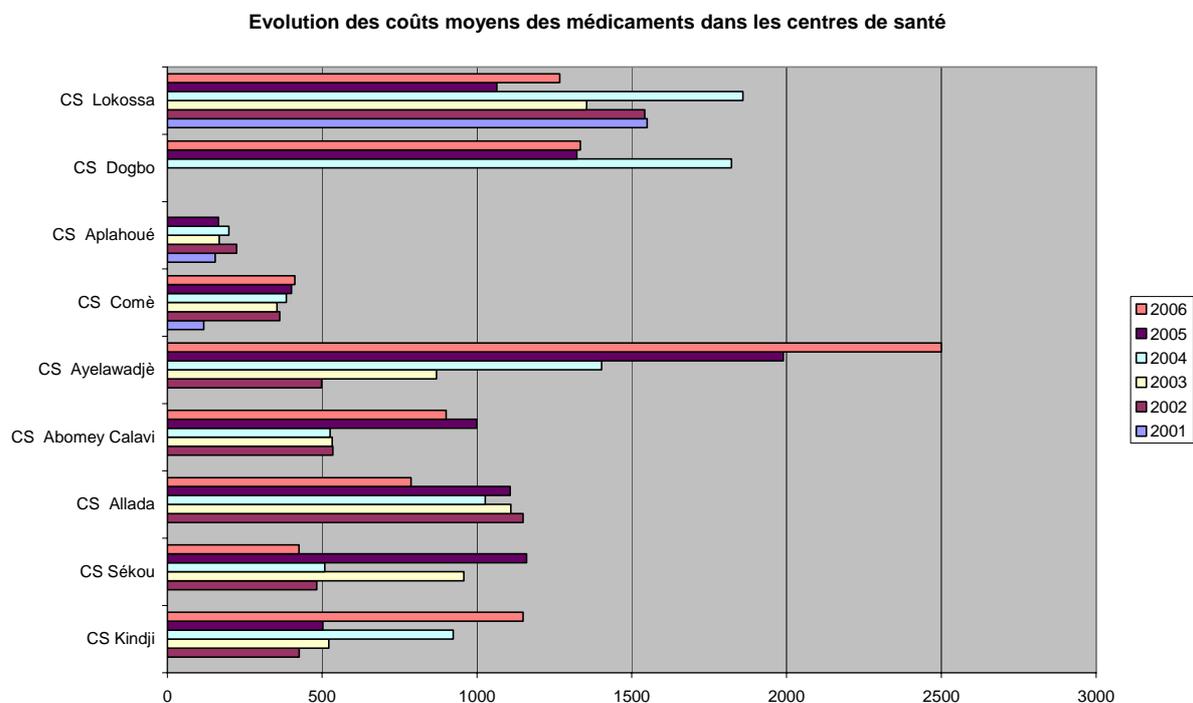


Figure 6

4.9 QUALITE DES SOINS PAR LES ISSUES MEDICALES

3.9.1 Evolution des décès maternels

Le risque de décès des femmes admises aux soins dans les hôpitaux de zone apparaît très élevé dans le Mono/Couffo. En 2003, le taux de décès maternel était de 4640 pour 100 000, environ 8 fois le taux national rapporté par EDS2 (EDS, 2001). Le Centre Hospitalier Départemental (CHD) a presque doublé ce taux qui a régressé par la suite jusqu'à atteindre 1300 décès pour mille naissances vivantes en 2005 (une réduction de près des 2/3). L'hôpital de Comé a eu en 2003, un fort taux de 2940 pour cent milles, suivi également d'une diminution qui l'a porté à 1410. La situation d'Aplahoué n'est pas non plus reluisante en 2005, avec une forte fréquence de décès de femmes à l'hôpital de zone.

A contrario dans l'Atlantique/Littoral, les taux de décès de femmes sont moindres, comparés à la situation des départements de Mono/Couffo. L'hôpital d'Abomey Calavi n'a pas été pour autant privilégié par le niveau de cet indicateur jusqu'en 2006 avec un taux de mortalité plus élevé (1740 pour cent mille) que ceux enregistrés dans les autres hôpitaux de l'Atlantique la même année (Figure 6).

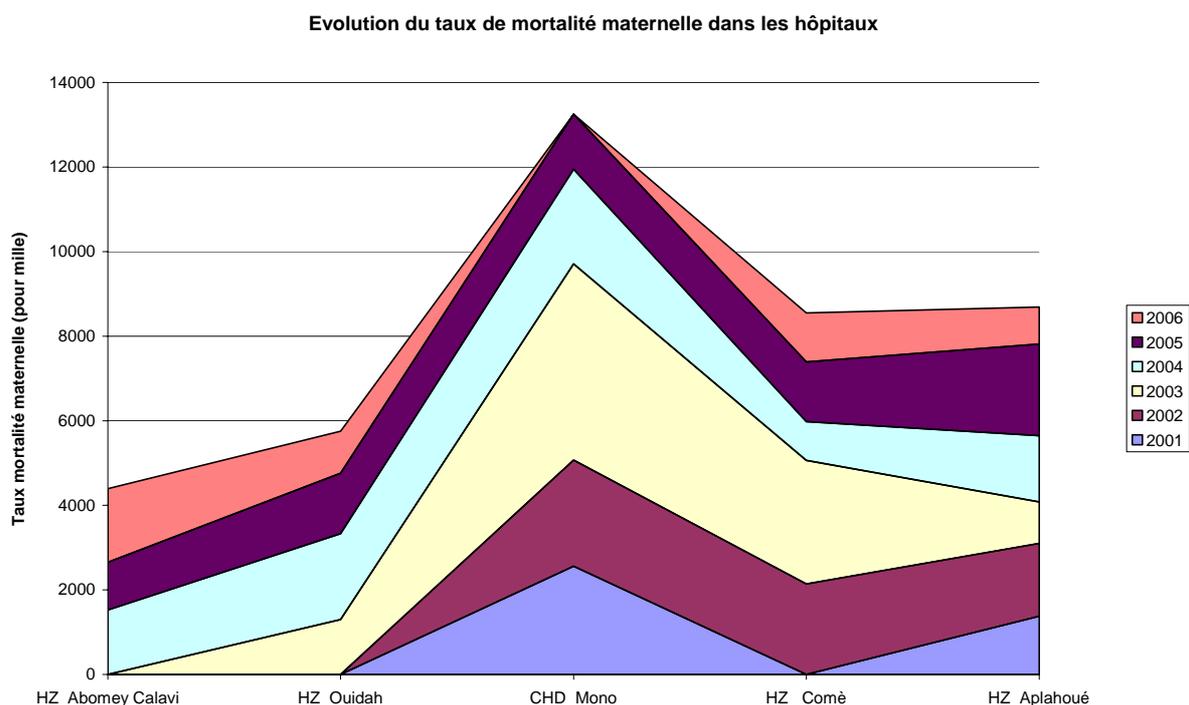


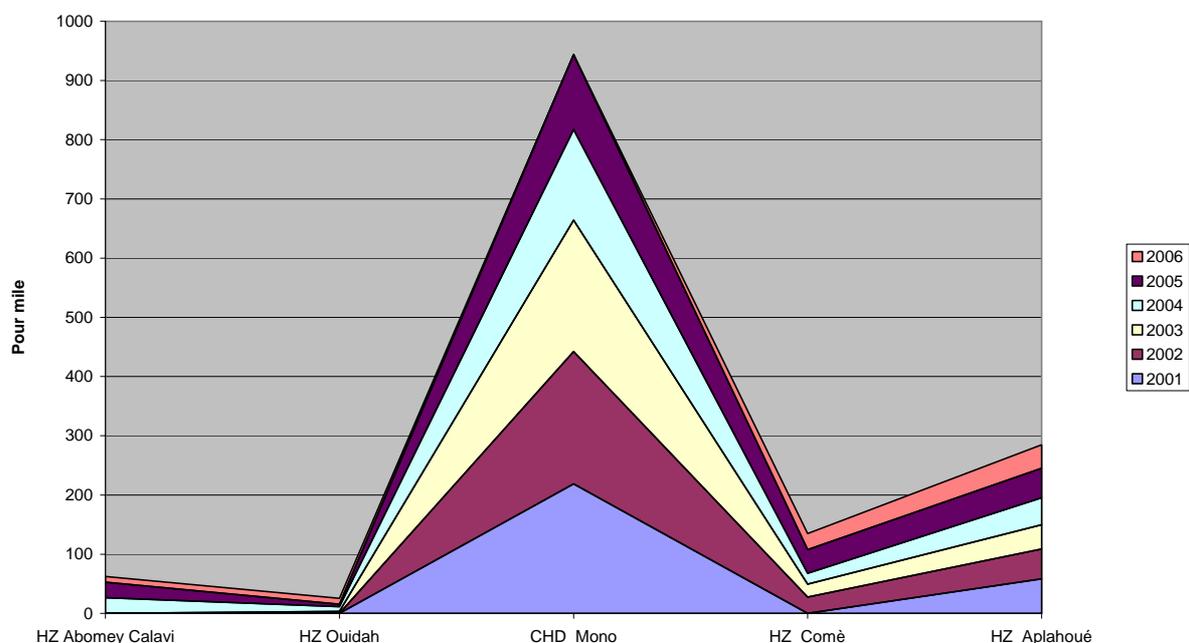
Figure n° 6

4.9.2 Evolution des décès néonataux

Pour les enfants, la mortalité néonatale demeure un « cauchemar » au CHD de Lokossa au Mono/Couffo où la prise en charge des nouveaux nés ne permet pas de contrôler le taux des décès supérieurs à 200 ‰ jusqu'en 2003. Malgré les efforts de réduction, ce taux se retrouve à 126 ‰ et est supérieur au taux national de 85 ‰. L'hôpital d'Aplahoué est en seconde position après la performance du Centre Hospitalier Départemental (Figure n° 7).

Par contre, le milieu hospitalier de Ouidah accuse un taux de moins de 10 ‰ depuis près de cinq ans. Face à ce faible taux, il y a lieu de se demander si l'hôpital ne réfère pas souvent les cas les plus graves vers le Centre National Hospitalo Universitaire (CNHU) de Cotonou. Cette hypothèse apparaît plausible surtout lorsque l'on se réfère à la situation des autres hôpitaux de zone de l'Atlantique et au contexte de proximité de cette structure de recours.

Evolution du taux de mortalité néonatale dans les hôpitaux



4.9.3 Paludisme

Les activités de prise en charge des malades souffrant du paludisme grave par rapport aux prestations dans les hôpitaux, donne une idée de la fréquence de la mise en application des protocoles standardisés de prise en charge de ces cas. A l'hôpital de zone d'Aplahoué dans le Mono/Couffo, le paludisme grave occupe environ le quart des activités de soins depuis près de cinq ans. La cible de cette prise en charge constitue les enfants exposés aux piqûres de moustiques malgré la promotion des moustiquaires imprégnées. En fait, l'utilisation des moustiquaires est sans doute faible et le besoin de sensibilisation des parents ou de la population des mères s'avère nécessaire avec le programme de distribution des moustiquaires imprégnées. N'ayant pas les moyens de s'en procurer, en dépit de la réduction du coût, les autorités peuvent susciter la volonté de faire dormir les enfants sous moustiquaire par la

poursuite des opérations de gratuité pour faire diminuer ces taux de décès. Cette situation fait également appel à la fonctionnalité du système de surveillance du paludisme, en difficulté dans la plupart des centres de santé du Mono. Les postes de vente et centres de santé vivent des situations de pénurie des moustiquaires voire même des produits de réimprégnation pour les ménages qui font l'effort de réunir la somme nécessaire à l'achat du produit. Dans les départements du Mono/Couffo, cette pénurie perdure si bien que les besoins des ménages en moustiquaires sont peu ou pas satisfaits. La place du paludisme grave au CHD de Lokossa suscite des questionnements sur l'application des protocoles standardisés ou sur la disponibilité des molécules de prise en charge thérapeutique. Les données collectées sur les trois dernières années de l'étude (2004-2006), montrent une progression à la hausse, en pas d'escaliers de la fréquentation des mères d'enfants pour paludisme grave à des phases avancées.

Par contre, dans l'Atlantique/Littoral, la fréquentation des mères pour paludisme grave est moindre comparée aux hôpitaux de Mono/Couffo. Seul, Ouidah présente un taux de fréquentation un peu élevé depuis quatre années avec une très légère variabilité annuelle. Dans les hôpitaux de Suru Léré à Cotonou et d'Abomey Calavi, le paludisme grave occupe moins de 5% des prestations hospitalières. Cette situation laisse à croire que (i) les populations de l'Atlantique sont apparemment plus privilégiées dans l'approvisionnement et l'utilisation des moustiquaires imprégnées, témoins du faible taux des cas graves (ii) les centres de santé sont mieux outillés pour la prise en charge des cas simples le plus tôt pour éviter l'aggravation (ii) les formations sanitaires réfèrent les cas graves vers le CNHU le plus vite possible en raison de la courte distance et de la facilité du transport.

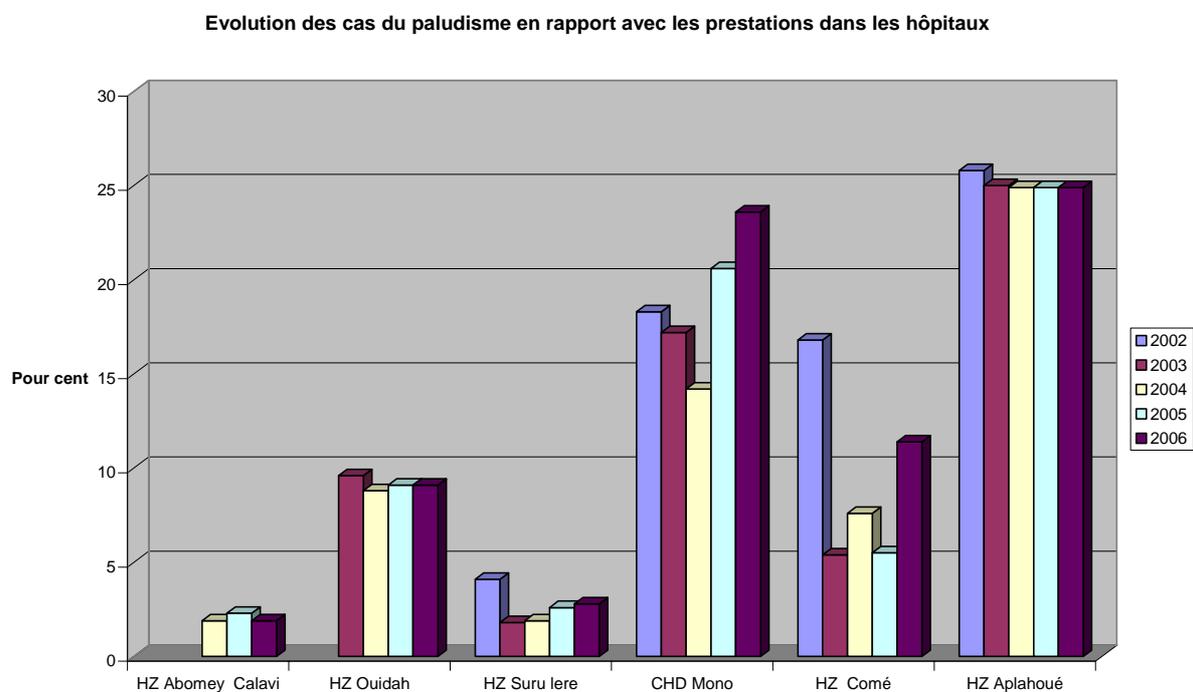


Figure n° 8

4.9.4 Tuberculose et infection à VIH/SIDA

L'analyse de la courbe de dépistage de la tuberculose fait supposer que la prévention de la maladie préoccupe peu les hôpitaux d'Abomey Calavi et de Suru Léré à Cotonou où cette stratégie préventive est faiblement pratiquée. Ce constat peut s'expliquer par la proximité du centre spécialisé (le Centre National Hospitalier de Pneumo-Phtisiologie) qui drainent automatiquement les tousses chroniques de Cotonou et environs. Ouidah étant un peu plus éloigné avec un poste spécifique de dépistage, la moyenne des cas détectés par an est très élevée. Dans le département du Mono, tous les centres visités pratiquent l'examen de crachats et la moyenne des cas dépistés est très forte dans l'hôpital de Comé avec une fréquence absolue de plus de malades l'an. A Aplahoué cette fréquence avoisine 80 cas. Les formations sanitaires de Ouidah et de Comé ont les taux de dépistage les plus élevés et le faible taux est enregistré à Aplahoué. En effet, ces deux centres bénéficient depuis près de deux ans d'un projet de recherche centré sur le dépistage systématique et la recherche active des tousses chroniques avec une concentration d'effort et de ressources. Quant à l'infection à VIH, la fréquence est plus importante dans le Mono que dans l'Atlantique. L'examen de l'allure des courbes conjointes des deux affections suggère une évolution de la tuberculose et de l'infection à VIH/SIDA dans le même sens témoignant de la liaison entre le dépistage de ces deux affections tributaires de la pauvreté des ménages.

Répartition ds moyennes annuelles de tuberculose et de VIH dans les deux départements

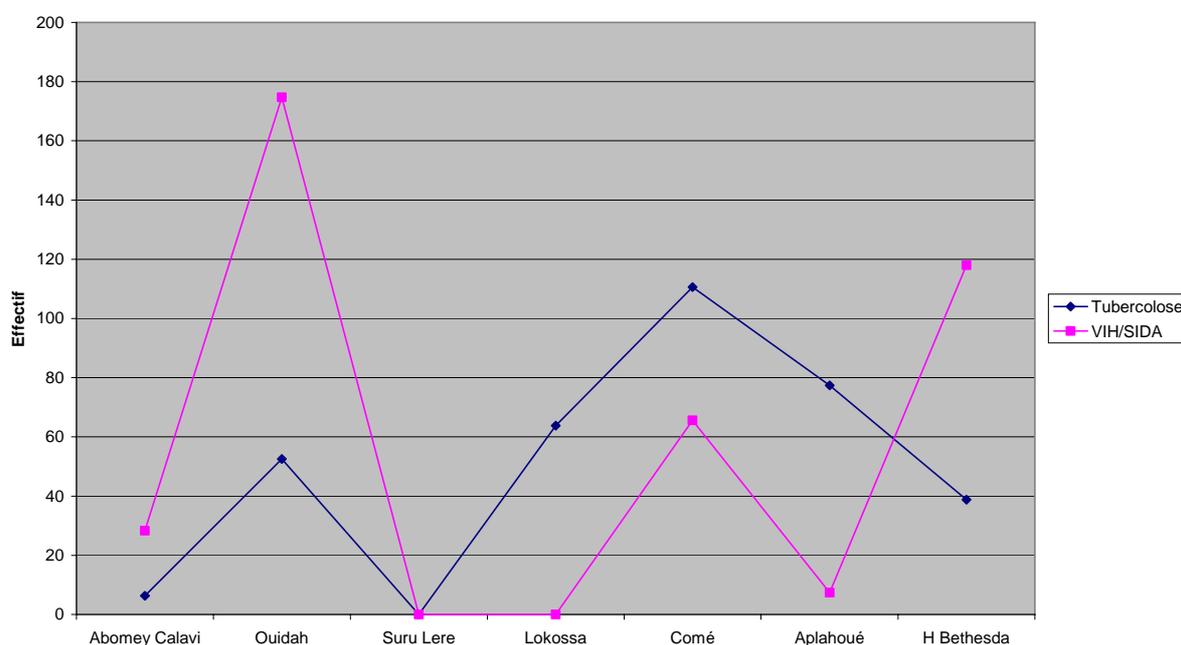


Figure 10

4.10 Degré de satisfaction des usagers des centres de soins

La plupart des usagers interrogés trouvent que les agents de soins manifestent parfois la patience (47%), ne respectent pas les malades (23,7%) et sont de temps à autre brutaux voire violents dans leurs propos (7,7%). Les files d'attente durent dans la plupart des cas 15 à

30 mn (68%) et même une heure. Malgré cette attente, environ 73% des usagers déclarent leur satisfaction globale quant aux soins dont ils ont bénéficiés. Cependant, 21% d'entre eux ne souhaitent plus revoir les agents traitants pour un nouvel épisode de maladie en raison de leur insatisfaction. D'autres usagers avouent que les formations sanitaires sont généralement propres (96%) mais ils regrettent que certains agents ne soient souvent pas disponibles (7,2%).

Tableau n° X. Répartition des usagers selon leur degré de satisfaction des soins

ELEMENTS DE SATISFACTION	EFFECTIF (n= 308)	POURCENTAGE
Perception attitude agents		
Gentils	38	21,0
Patients	86	47,5
Brutaux	14	7,7
Peu respectueux	43	23,8
Files d'attente		
15- 30 mn	123	68,0
30-45 mn	17	4,4
45-60 mn	26	14,4
Bonne appréciation résultats des soins	132	79,0
Ne pensent pas revoir le traitant	38	21,0
Propreté lieux de soins	175	96,6
Disponibilité des agents	13	7,2
Pas explication aux malades	18	10,0

4.11 Gouvernance et qualité des soins dans les établissements privés

Plus d'un enquêté sur trois trouve que la bonne gouvernance dans une structure privée des soins est la responsabilisation des chefs de services dans une ambiance de collaboration dans l'optique d'une gestion flexible des ressources humaines et financières. Certains agents de ces établissements ont déclaré que la bonne gouvernance est le respect des procédures d'une bonne gestion et leur mise en application correcte devrait conduire à la réduction des gaspillages de ressources. Pour d'autres, c'est la responsabilisation et le respect de la transparence dans les affaires des hôpitaux avec la participation des agents à la gestion de l'hôpital (16%). L'effet d'une bonne gouvernance serait le manque de frustration fréquente des agents de soins, l'accroissement du niveau de motivation pour les tâches quotidiennes en vue d'une plus grande capacité d'atteinte des objectifs fixés en matière des soins. Une bonne collaboration entre dirigeants et personnel permet d'assurer une satisfaction aux attentes des malades dans le centre, ce qui va être en faveur de la diminution des conséquences souvent mortelles des maladies.

Quant à la performance des services, les agents interrogés ont avancé que la performance dans leur établissement s'exprime par la capacité de bien servir les malades pour leur satisfaction.

C'est le fait que l'établissement dispose de tous les services nécessaires au bon fonctionnement puis l'assurance de la qualité des prestations de soins (50%). Ils ont avancé également qu'il s'agit du degré de satisfaction des malades admis dans le centre ou la disponibilité des compétences des agents motivés (15%) ; ce qui attire les malades et induit une affluence plus accrue dans le centre de santé. Les administrateurs de ces structures privées confessionnelles n'ont pas hésité à avancer que les effets de la bonne gouvernance sont attendus dans la diminution des statistiques de décès au sein des hôpitaux de zone, diminution qui témoigne également d'une bonne qualité des soins.

4.2 Relation entre la pratique de la bonne gouvernance et la qualité des soins

4.2.1 Dans les centres de santé

L'analyse logistique des données indique une relation positive entre les dimensions de la bonne gouvernance et la qualité des soins. En effet, la gestion des ressources des formations sanitaires intervient également pour l'assurance de la qualité des soins et l'insuffisance d'équipement et de personnel permet de prédire le niveau des soins offerts à la population. Cette insuffisance des ressources (management) se comporte en facteur de risque pour la qualité dans les formations sanitaires. Ainsi, pris isolément, il assure 170% de la variabilité de la qualité des soins (Tableau XI). L'absence de prise de sanction par les organes de gouvernance ou les dirigeants est fortement liée à la pratique des agents. Plus un centre désire l'assurance de qualité plus il doit mettre en place un dispositif de sanction (OR= 3,15 IC = 0,09- 3,15). Ainsi, les malades fréquentant le centre pourront bénéficier de bons soins à la satisfaction de leurs attentes. Mais cette corrélation n'est pas statistiquement significative. Le point de vue sur l'implication des organes dans le cadre de la décentralisation est positivement associé aux prestations de qualité dans les centres de santé (OR= 1,15). Les données montrent également une relation inverse entre le manque de transparence, source de conflit dans les centres de soins et la qualité des soins qu'on y offre. Ainsi, moins il y a de conflit plus la probabilité d'avoir une bonne qualité des soins est significativement associée (OR = 0,24 IC = 0,07- 0,78). De plus, la participation à la gestion des organes de gouvernance intervient inversement proportionnel à la qualité (OR= 0,56) comme l'indique le tableau suivant.

Tableau XI . Relation entre la bonne gouvernance et la qualité des soins dans les centres de santé des deux départements

Dimensions gouvernance	β	Ecart type	OR	Intervalle à 95%
Absence de transparence (conflit)	- 1,24	0,60	0,26	0,07- 0,78
Management des ressources humaines	0,52	0,66	1,70	0,47-6,16
Participation à la gestion	-0,58	0,42	0,56	0,25-1,27
Insuffisance exercice autorité administrative	0,14	0,69	1,15	0,82-1,60
Absence de responsabilisation	1,14	0,68	3,15	0,83-11,96

Absence d'équité d'accès aux soins	- 0,12	0,94	0,89	0,14-5,55
------------------------------------	--------	------	------	-----------

Au niveau de l'Atlantique, l'analyse séparée des données des centres de santé et portant sur les agents des soins met l'accent sur l'absence de responsabilisation qui constitue un facteur de risque de la mauvaise qualité de soins offerts aux usagers (OR= 4,77). Les problèmes liés au management des ressources humaines dans les hôpitaux de zone apparaissent également comme des freins aux prestations de ces soins. Le risque calculé est estimé à 366%, soulignant que les centres de soins de l'Atlantique ayant des problèmes de gestion du personnel sont plus de trois fois à risque d'une mauvaise qualité des soins aux malades que les autres centres (Tableau XII). Par contre, dans le département du Mono/Couffo, ce risque est très faible (OR=0,88). L'insuffisance d'exercice du pouvoir par les membres des organes de gouvernance intervient avec presque le même risque pour expliquer la pratique des soins de qualité. Quant à la transparence dans la gestion des centres de santé, elle apparaît peu associée (OR= 0,12 au Mono et OR= 0,41 dans l'Atlantique).

Tableau XII. Relation entre les dimensions de la bonne gouvernance et la qualité des soins dans chaque département

Dimensions bonne gouvernance	Mono Odds Ratio	Atlantique Odds Ratio
Absence transparence (conflit)	0,12*	0,41
Management des ressources humaines (insuffisance ressources)	0,99	0,47
Participation à la gestion	1,13	1,16
Insuffisance exercice autorité administrative	0,88	3,66
Absence de responsabilisation	0,00	4,77*

* $p < 0,05$

4.2.2 Dans les hôpitaux de zone des départements

Au niveau des hôpitaux, l'absence de responsabilisation des membres du COGES, représentant l'organe de gouvernance constitue un risque pour les prestations de bonne qualité. Ainsi le risque de mauvaise qualité de soins dans les deux départements réunis est significativement trois fois plus élevé dans les hôpitaux où la responsabilisation n'est pas assurée (OR= 3,06 IC=1,05- 8,93). Il en est de même lorsque les décisions annoncées par l'administration des hôpitaux ne sont pas respectées (OR=6,23 IC = 2,05-18,87). Quant à la participation des organes, elle intervient également et le risque encouru par l'absence de participation est 130% fois plus important. L'insuffisance de l'exercice de l'autorité administrative est inversement reliée à la qualité des prestations des soins aux malades (OR=0,89) tandis que la capacité de l'hôpital à répondre aux attentes de la population en

matière de soins est fortement liée à la qualité des soins et de manière statistiquement significative (OR=3,14 IC = 1,09-9,08). Par contre, l'insuffisance de coordination et de l'exercice d'autorité administrative n'influence pas vraiment les prestations de soins (OR> 1) comme l'illustre le tableau suivant.

Tableau XII. Relation entre les dimensions de la gouvernance et la qualité des soins dans les hôpitaux des deux départements

Variables	β	Ecart type	OR	Intervalle à 95%
Facilité d'initiative des membres (Responsabilité)	1,1	0,55	3,06*	1,05 – 8,93
Respect décisions annoncées (Management)	1,8	0,57	6,23*	2,05 – 18,87
Participation à la gestion (dialogue entre service)	0,3	0,51	1,30	0,48 – 3,51
Insuffisance exercice autorité administrative	- 0,13	0,51	0,89	0,53 – 2,43
Capacité des centres de répondre aux attentes population	1,14	0,54	3,14*	1,09 – 9,08
Insuffisance coordination (décentralisation)	- 1,04	0,57	0,35	0,11 – 1,07

* $p < 0,05$

L'analyse séparée dans chacun des départements, indique que dans les hôpitaux de zone de l'Atlantique, l'absence du respect des décisions prises en Conseil de gestion est significativement associée à une mauvaise qualité des soins (OR=3,45). La responsabilisation et la participation à la gestion des organes de la gouvernance sont également liées mais pas de manière significative. Pour le département du Mono/Couffo, l'absence de responsabilisation (OR=14,64) et le non respect des décisions annoncées par les dirigeants (OR=28,04) sont les dimensions de la gouvernance statistiquement associées à la pratique des soins de qualité. Comme dans l'Atlantique, la coordination n'influence pas la pratique des soins de qualité alors que l'intervention de la participation à la gestion et l'exercice de l'autorité

administrative au sein des hôpitaux de zone sont liées mais pas de manière statistiquement significative (Tableau XIII).

Tableau XIII. Relation entre les dimensions de la gouvernance et la qualité des soins dans les départements du Mono et de l'Atlantique

Dimensions bonne gouvernance	Mono Odds Ratio	Atlantique Odds Ratio
Facilité d'initiative des membres (Responsabilité)	14,64*	1,33
Respect décisions annoncées (Management)	28,04**	3,45**
Participation à la gestion (dialogue entre service)	3,46	2,07
Insuffisance exercice autorité administrative	2,92	1,28
Capacité des centres de répondre aux attentes population	38,57	2,84
Insuffisance coordination (décentralisation)	0,80	0,21*

* p< 0,05 ** p< 0,01

COMMENTAIRE

5.1 Gouvernance/Décentralisation

Pour assurer une plus grande efficacité dans le secteur de la santé, les autorités sanitaires ont choisi de décentraliser la prise de décision et la gestion du système de santé. Cette stratégie devrait permettre une participation et une large consultation de la population avec le souci d'améliorer le contrôle local de la gestion du secteur de la santé. Il s'agit en fait de la décentralisation du pouvoir et des ressources transférés aux communautés du niveau local (Jeppsson, 2000). Les résultats de l'étude indiquent que la réforme du système de santé n'a pas encore comblé l'espoir de l'amélioration des services de soins. Au niveau de certains hôpitaux existe une ambiance qualifiée de « patriarcal » au sein de certains organes de gouvernance, non conformes aux principes de la gouvernance, témoignant du non respect des textes en vigueur sur la décentralisation de la prise de décision.

Le changement important en matière de gouvernance ces dernières décennies dans le secteur de la santé au Bénin est bien cette décentralisation qui a fait naître des espoirs sur la responsabilisation et l'autorité partagée. Il apparaît que le respect de ce partage est difficile dans les structures de soins, ce qui est souvent à la base de la faible fonctionnalité du mécanisme de co-gestion mis en place dans les hôpitaux et les centres de santé. L'influence de ce manque de responsabilisation est statistiquement significative dans les hôpitaux ($p < 0,05$) et les centres de santé.

Parmi les efforts consentis par les autorités sanitaires, la réforme des structures périphériques et de la mise en place des organes a conduit en pratique au concept « zone sanitaire » qui constitue un regroupement de plusieurs centres de soins autour de l'hôpital de zone (la zone étant deux ou trois communes du même département). L'expérience de cette décentralisation a mis en place des Conseils de gestion dans les hôpitaux et les comités de gestion dans les arrondissements. Ces organes souffrent des difficultés structurelles et de fonctionnement surtout liés à la gestion transparente des formations sanitaires depuis l'application des textes de rétention des fonds issus du système de recouvrement. Par exemple, selon les textes en vigueur, les coordonnateurs de zone et les directeurs des hôpitaux relèvent des directeurs départementaux. Le directeur de l'hôpital n'a aucun compte à rendre au coordonnateur de zone, chargé de la coordination de la gestion des activités des formations sanitaires de sa zone. De plus, toutes les formations sanitaires d'une zone répondent aux instructions des coordonnateurs sans l'avis, ni l'intervention du Directeur départemental. Cette situation entretient des conflits entre les dirigeants. Au niveau de la plupart des Conseils de gestion (COGES) des hôpitaux de zone, la faible acceptabilité du partage du pouvoir de décision des dirigeants crée un climat de mécontentement et de frustration surtout autour de la gestion parfois centralisée. L'absence des audits internes et externes ne donne pas confiance aux membres des Conseils de gestion dont le rôle se limite à la vérification de la conformité des dépenses et à l'approbation des budgets prévisionnels. La collégialité des prises de décisions fait souvent défaut au sein de certains Conseils. L'exercice de la décentralisation dans ces centres de soins se heurte à l'incompréhension dans les rôles respectifs des dirigeants et des conseils ($p < 0,05$). Mais au regard de ces défaillances de fonctionnement les autorités centrales ou départementales n'offrent pas d'assistance aux organes en difficulté, mais attendent le renouvellement trisannuel des membres des organes. Dans les centres de santé, la décentralisation n'est pas encore complète du fait qu'après celle des structures, l'autonomie de la gestion des ressources humaines et financières n'est pas encore effective. Les organes de la gouvernance n'ont souvent pas les mains libres et attendent parfois « les directives » des médecins chefs ou responsables des structures de soins avant les prises de décisions sur certains sujets d'importance pour la population. La non maîtrise du rôle de chaque membre

des organes et l'absence de sa formation aux tâches à lui confiées constituent des éléments de réflexion dont la solution semble plus aisée. Par ailleurs, le concept de la bonne gouvernance est perçu différemment d'un centre de soins à un autre et d'un individu à un autre, rendant difficile la compréhension des principes de cette décentralisation. Pour la plupart des dirigeants ou membres de certains organes en place, cette gouvernance n'est pas différente du « management » des services et des soins. Cette limite de compréhension du concept de la bonne gouvernance ne leur permet pas de mettre en pratique les autres dimensions comme par exemple la responsabilisation, la participation et l'équité dans les services de soins. Ainsi, les attentes de la pratique de la bonne gouvernance ne sont pas satisfaites, donnant l'impression d'une inadéquation des mesures proposées dans les textes et les réalités du terrain. Les résultats de l'étude soulignent que l'insuffisance du personnel qualifié, le manque de feedback à la population viennent s'ajouter à l'absence de mécanisme d'incitative aux membres des organes de gestion, rendant délicat voire difficile l'exercice managérial de la bonne gouvernance à la cause de la politique sanitaire nationale. Aussi, est-il nécessaire de renforcer dans chaque structure et au niveau des organes, la participation effective de la communauté aux affaires avec leur implication dans les prises de décision administratives. Leur implication à l'élaboration des textes devant les régir est un atout important de succès des dispositifs en place pour inverser la pratique actuel du niveau central « top down » au profit de l'approche « down up » que privilégie la décentralisation (Omar, 2002). Cette participation souvent souhaitée devra renforcer la pratique de la bonne gouvernance dans la gestion transparente et concertée des formations sanitaires. A cet effet, la mise à disposition des organes et des dirigeants des documents sur les principes de la bonne gouvernance aiderait à l'harmonisation des vues, de la compréhension du concept et de ses exigences en vue de sa mise en application. En fait, le concept adopté au niveau gouvernemental et repris au sein du Ministère de la santé, lors de la réforme n'a pas fait l'objet d'explication de son contenu avant la mise en place des organes de prises de décision. Or, la gouvernance incorpore la manière dont les comités et conseils exercent leurs droits et obligation puis comment se fait l'exercice du pouvoir en gérant les ressources en place pour les services de la santé (Meltz, 2000).

5.2 Gouvernance/Participation

Le concept de participation de la communauté à la gestion des affaires sanitaires a été déjà évoqué dans le cadre de l'objectif social de l'OMS, Santé pour tous avec l'adoption de la stratégie des Soins de Santé Primaires. Mais l'expérience montre que ce concept recouvre plusieurs significations et est utilisé de manière peu explicite dans les organes de gouvernance au niveau périphérique du système de santé. Dans l'entendement des organes des hôpitaux, la participation des représentants de la population doit s'orienter vers les vérifications de la gestion des activités et des fonds des centres de santé. Les textes des acteurs de la gouvernance, indiquent l'implication des membres des COGEA à la sensibilisation de la population aux activités de soins préventifs et à la « vérification des dépenses enregistrées sur le Livre de caisse » puis le recouvrement des coûts. La gouvernance souligne que les représentants de la population doivent avoir leur voix à tous les niveaux de la prise de décision (Loewenson, 1999). Elle vise à accroître l'exécution des actions de prévention, de la co-gestion et du contact avec la population. Les résultats de l'enquête montrent la limite de la compréhension du concept sur le terrain, poussant les représentants de la population à réclamer plus de pouvoir dans la gestion des fonds. La nécessité de la précision du sens que les autorités donnent à la participation dans la pratique de la bonne gouvernance locale aiderait au changement attendu, reflet du degré d'implication de la population dans le contrôle du fonctionnement du système. Cette implication effective dans toutes les étapes de la décision et de la gestion transparente est un de leur droit en tant que représentant de la communauté. Les membres des organes devront s'organiser en conséquence pour être

présents aux sollicitations (Young, 2006). La participation communautaire sur le plan de recouvrement des coûts est en marche dans toutes les formations. Cependant, l'implication effective des membres des organes se trouve en difficulté, de telle manière que seuls les membres des bureaux sont les plus visibles sans une obligation de compte rendu, ni aux autres membres majoritairement analphabète en français, ni à la communauté. Or, la finalité de l'exercice de la gouvernance concertée est la dévolution de la situation des centres de santé dans l'optique de la prise en charge des structures par la communauté elle-même (Israr, 2006).

Dans le contexte des nouvelles menaces sanitaires (maladies émergentes), il faut s'assurer que le système de soins au niveau local prend en compte les besoins prioritaires des services et répartit les ressources en fonction d'une pondération décidée de commun accord avec les organes de gouvernance. Or, le constat que révèle la présente étude est que les comités en place sont sous utilisés et servent périodiquement (lors des campagnes de vaccination) de véhicules des messages d'intensification d'accès des groupes vulnérables aux soins circonstanciels. L'enquête montre que les membres des comités ou de conseil de gestion se sentent sans rôle dans les décisions relatives à l'utilisation des fonds du budget national et du financement communautaire (fonds propres). Leur marginalisation surtout au niveau des hôpitaux de zone est source de frustration et de revendication. Cette situation est favorisée par les textes régissant les organes au niveau périphérique qui leur délègue peu de responsabilité dans le contrôle financier, réduisant la capacité des membres d'influer significativement sur la performance des structures de soins. En fait, la communauté est peu consultée dans la fixation par exemple des coûts des soins et des médicaments aux malades. Pour les prix des médicaments, c'est la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (CAME) qui fixe les prix de vente pour les centres de santé périphériques sans consulter les organes en place. Ainsi, les membres du comité de décision au niveau des centres de soins critiquent le niveau central qui, selon eux, impose des coûts (médicaments et prestations) difficiles à honorer par certains malades. Leur souhait est d'avoir une négociation avancée vers l'autonomisation des organes qui aiderait à mieux composer avec les dirigeants d'une part et avec la population d'autre part dans la gestion transparente des centres de santé.

Par ailleurs, plusieurs membres des organes au niveau périphérique (COGEA) ont avancé que la décision des dépenses vient toujours des élites parlant français et n'intègrent pas les autres membres qui ne font qu'entériner souvent les décisions sans les comprendre. Pour expliquer à la communauté les mouvements des fonds collectés, la participation sans discrimination des membres est indispensable car la population a besoin de savoir ce qu'on fait avec les fonds communautaires (Richardson, 1996; Loewenson, 2000).

Il s'avère alors nécessaire de s'arrêter pour réfléchir sur le processus et la procédure de gouvernance qui prévaut au sein de ces comités en place et sur le management actuel des formations sanitaires. Le sentiment des membres des organes de gouvernance dans les hôpitaux et les centres est celui d'être mal considéré et cela provient sans doute des facteurs socioculturels, d'une marginalisation involontaire des dirigeants peu formés dans l'exercice du pouvoir partagé. L'amélioration de la situation peut autoriser les comités ou conseils à choisir leur mécanisme de compte rendu des activités à leur façon avec l'accès aux informations nécessaires pour une gestion transparente et efficace.

Les résultats de cette étude soulignent que les relations entre les dirigeants (administration) et les organes en place sont caractérisées par une crise de gouvernance. En effet, les membres des organes se sont plaints de leur faible réaction face à ce que font les directeurs des hôpitaux de zone à savoir les abus de pouvoir, les manifestations des tentatives de corruption en raison

du manque de soutien du niveau central qui n'a prévu aucun mécanisme de supervision ni de régulation. La responsabilisation des organes est peu perçue et parfois mal interprétée par les dirigeants des centres de soins. En fait, le mécanisme de responsabilité devrait permettre un accès facile aux informations sur la gestion des centres (seuls les présidents des organes ont accès aux documents comptables), la prise en compte de leurs points de vue dans les prises de décision et l'expression de leurs besoins et revendications (Melana, 2000). Les résultats de cette enquête montrent que l'absence de gouvernance participative n'augure pas l'égalitarisme devant les affaires des centres publics de soins et éloigne l'amoindrissement de la rigidité du comportement de certains dirigeants qui les écarte de la rigueur d'une gestion saine. Par ailleurs, l'insuffisance de la circulation de l'information au sein des membres des organes et de la population ne peut favoriser le dialogue, créer des incitatives pour l'amélioration de la performance des centres de santé tout en garantissant une meilleure prestation. La littérature rapporte que l'information des membres des organes de gouvernance de leurs droits et devoirs suscite leur intérêt et leur mobilisation pour constituer un partenariat efficace avec les agents de soins dans la promotion des soins de qualité (Loewenson, 1999). Dans cette optique, la crise de responsabilisation au sein des hôpitaux de zone n'est pas de nature à favoriser une bonne performance des services de soins encore moins l'assurance de la qualité des soins offerts à la population.

5.3 Qualité des soins

Quant à la l'assurance de la qualité des soins, elle passe par la disponibilité des médecins qui sont souvent absents de leur poste, laissant la gestion des malades aux infirmiers et surtout aux aides soignants sans formation appropriée. Le coût des médicaments dû à des prescriptions inappropriées de ces agents d'une part, les retards de référence vers un centre de recours d'autre part, alourdit le bilan négatif des indicateurs de soins. Parfois, les malades supportent malgré eux, les conséquences financières des traitements inappropriés qui leur sont prescrits. Pour tenter de corriger cet état de fait, les autorités ont mis en place un guide thérapeutique recommandant les médicaments avec leurs doses appropriées et un ordinogramme (guide de diagnostic) que plusieurs agents de soins dans les centres de santé (infirmiers) utilisent peu. La non disponibilité des médecins peut s'expliquer par l'absence de coordination des différents programmes verticaux au niveau central. En effet, chaque responsable de programme organise des réunions ou des séances de formation d'une à deux semaines à Cotonou, déplaçant les médecins responsables de poste. Plusieurs activités peuvent se suivre dans la même période ou dans le mois privant ainsi les centres des techniciens de soins.

Aussi, plusieurs enquêtés ont-ils déclaré leur insatisfaction des conditions inadéquates de travail dans les hôpitaux et centres de santé périphériques (manque d'équipement et de personnel compétent) pour mettre en pratique leur capacité en matière de soins. Certains ont souligné le « gap » entre ce qu'ils savent faire et ce qu'ils font dans leurs services. Or, le système de recouvrement des coûts devrait aider à l'équipement des formations pour une prestation de qualité. Ce recouvrement est intensifié dans plusieurs centres et a permis l'épargne à la banque des masses d'argent, sans destination d'utilisation. Ces fonds devraient être libérés pour faire face aux besoins en équipement de ces formations sanitaires. Le discours sur la qualité des soins et la recherche de solutions à l'iniquité d'accès aux soins n'ont pas été suivis de réactions concertées et durables au niveau périphérique. La preuve est la question traînante des malades référés dans des conditions inacceptables (remise des billets de référence aux parents qui doivent s'arranger pour se rendre à la structure de recours). Il s'ensuit l'augmentation du stress des malades pour les frais de déplacement et le coût des

soins à payer dans la structure de recours, rendant parfois impopulaire le système de recouvrement.

Par ailleurs, l'offre des centres privés de soins devrait contribuer à élever le niveau de performance en proposant des services de soins meilleurs au secteur public avec un personnel plus qualifié. Mais l'enquête dans les deux départements oppose un argument contraire et montre que dans les centres visités, le personnel qualifié du public est souvent le même que l'on retrouve généralement dans le secteur privé. La qualité des services proposés est presque égale mais avec une différence dans le sérieux des prestations face à la rigueur qu'imposent les équipes dirigeantes et les organes de gouvernance des centres privés. Les structures privées confessionnelles ou non, sont surtout concentrées dans les grandes villes comme Cotonou dans le département de l'Atlantique/Littoral et il y en a très peu dans le Mono/Couffo et dans les autres départements du pays.

5.4 Gouvernance / Gestion des formations sanitaires

Dans l'optique de la bonne gouvernance, les prestations des soins de qualité et la satisfaction des besoins de soins de la population sont les objectifs des établissements. C'est dans ce cadre que les autorités sanitaires ont défini un paquet minimum d'activités à chaque niveau de structure pour garantir la qualité des soins avec un équipement minimal. Les résultats de l'enquête montrent que la gestion des soins est peu centrée sur les malades et porte tout le temps sur le traitement des maladies. En fait, le malade ne semble pas être au centre des décisions des différentes structures des soins de sorte que les résultats de la prise en charge ne présentent pas beaucoup d'amélioration. Les trois affections prioritaires essentiellement liées à la pauvreté telles que la tuberculose, le paludisme et l'infection à VIH/SIDA ont une vitesse très lente de réduction de leur fréquence au niveau périphérique. Ainsi, les indicateurs de morbidité et de mortalité sont à des niveaux inquiétants suscitant des questionnements sur l'attente des objectifs du Millénaire en matière de soins à l'allure actuelle de l'évolution de ces affections. Par exemple, les taux de mortalité maternel et néonatal, indicateurs de développement socio sanitaire, sont à la hausse dans plusieurs hôpitaux surtout des régions reconnues défavorisées (département du Mono/Couffo).

5.5 Gouvernance/Équité d'accès aux soins

Le coût élevé des soins a été critiqué pour ne pas être associé à la qualité des services et le risque financier est toujours élevé chez les malades pauvres lorsqu'ils ne peuvent se soigner par manque d'argent alors qu'ils ont choisi de se rendre au centre de soins. La voix de ces pauvres est souvent peu écoutée (Narayan, 2000) dans les centres de soins périphériques en l'absence de mécanisme approprié d'aide, avant qu'ils n'arrivent dans les hôpitaux de zone, en cas de complication, pour se voir attribuer (après enquête sociale) le statut d'indigence. Cette absence d'équité d'accès aux soins est parfois aggravée par le fait que seuls les malades qui achètent tous les médicaments prescrits sont correctement soignés mettant ainsi en évidence l'iniquité dans la qualité des soins dans les formations sanitaires périphériques.

Ce sont des ménages pauvres qui paient lourdement en vies humaines le manque d'assurance de la qualité des soins après avoir essuyé la discrimination dans les centres périphériques où parfois les soins leur sont donnés à crédit, après un long temps de discours et d'hésitation sur le risque de non paiement. Le niveau des indicateurs de morbidité palustre, tuberculeuse et

même d'infection à VIH dans le Mono/Couffo et dans les ménages pauvres, se trouve élevé par rapport à l'Atlantique/Littoral.

Dans les hôpitaux, l'effort du gouvernement, à défaut d'un mécanisme négocié localement, a consisté à mettre à disposition une masse d'argent pour les « indigents ». Mais l'identification de ces indigents reste problématique du moment où aucune définition opérationnelle, aucun profil d'indigent n'est fixé et standardisé encore moins un mécanisme de gestion convenable de ces fonds au profit des vrais « ayant droits ». Ainsi, l'accès aux soins fait appel à un processus de sélection des malades pauvres, nécessaire et n'est pas pour tous. La disparité départementale de l'accessibilité indique que dans les zones défavorisées, la situation des pauvres est préoccupante et le système de recouvrement des coûts oblige certains d'entre eux à s'abstenir des soins, soit en période de soudure ou tout le temps, avec un recours à l'automédication favorisée par la vente illicite des médicaments dans les formations sanitaires.

CONCLUSION PERSPECTIVES

CONCLUSION

Les résultats de cette étude montrent clairement la divergence dans la compréhension des principes de la gouvernance et les difficultés de fonctionnement des organes en place malgré les dispositions prises par les autorités sanitaires. Le manque de formation appropriée pour cette réforme dans les formations sanitaires d'une part et l'insuffisance de l'implication effective de la population à la gestion des centres, exigent une revue de la situation actuelle. L'influence de cette situation sur la qualité des soins a été également mise en évidence et appelle les autorités à des prises de décisions sur la non disponibilité des médecins à leur poste de travail, au recyclage périodique des agents, à l'approvisionnement des formations en personnel qualifié et en équipement. La formation continue sur place des agents de soins, la réduction des déplacements hors de la zone d'exercice des médecins ainsi que la réduction de la verticalité des actions du niveau central contribueront sans aucun doute à l'amélioration de la pratique de la gouvernance locale. De plus, la mise en place de mécanisme de supervision du fonctionnement des organes et de l'utilisation des fonds du financement communautaire accumulés à la banque aideraient à résoudre certains problèmes de qualité des soins et l'accessibilité aux soins des malades pauvres de chaque zone sanitaire. Au regard de l'évolution des indicateurs de soins et des déclarations sur la performance des établissements de soins, on se rend compte que l'on ne s'est vraiment pas encore attaqué avec succès aux problèmes de la gouvernance dans cette réforme du système de santé au Bénin. L'implication plus accrue et le renforcement de la responsabilisation des organes de gouvernance en place contribueront sans aucun doute au pari de la qualité des soins avec les réformes du secteur de la santé. Au terme de cette étude, nous nous permettons de faire quelques suggestions.

PERSPECTIVES

Au regard de cette partie des résultats des actions sont susceptibles d'être induite par l'équipe de recherche à la seconde année. Il s'agit de :

- Rencontre avec les responsables de service du Ministère pour étudier :
 - o les possibilités de créer des archives de textes relatifs au fonctionnement de l'administration
 - o les possibilités de diffusion des textes et autres informations nécessaires aux agents du niveau périphérique (textes de qualité des soins, organisation du Ministère....)
 - o la participation à l'avenir des représentants de la population à l'élaboration des textes les concernant
- Rencontre avec le directeur de l'hôpital universitaire en vue d'étudier les modalités de sensibilisation des agents face aux « pots de vin » dans les services d'urgence et de réanimation où le phénomène est plus criard
- Poursuivre l'enquête approfondie dans les localités retenues dans les départements du Mono (défavorisé) et de l'Atlantique (relativement favorisé) conformément au protocole de recherche.

SUGGESTIONS

1. Vulgariser aux niveaux des formations sanitaires les bases de la pratique de la bonne gouvernance en vue de faciliter les échanges entre dirigeants des formations sanitaires et les membres des organes de gouvernance

2. Réviser les textes des comités en place en collaboration avec les représentants de la communauté pour préciser le type de participation et la responsabilisation des membres au sein des organes. La relation entre les dirigeants et surtout l'administration et les membres des COGES et COGEA devra être explicite. Il en est de même du pouvoir d'action ou de décision des organes.
3. Elaborer un manuel de procédure de la gestion des fonds communautaires (mouvement et utilisation) en collaboration avec les représentants de la communauté sans négliger le mécanisme de suivi de la mise en application de ce manuel.
4. Former les dirigeants des hôpitaux au management hospitalier, à la communication participative avec les organes de gouvernance puis les membres des organes à leurs droits et devoirs, au processus de planification, de budgétisation et de contrôle de gestion dans l'optique d'une éventuelle dévolution
5. Sensibiliser les dirigeants des formations sanitaires à l'acceptation d'une plus grande implication des membres de la communauté à la gestion des affaires publiques des formations sanitaires
6. Etudier au niveau central l'allègement de la verticalité des programmes en créant un mécanisme de coordination et d'harmonisation des formations, des supervisions sur le terrain afin de réduire la sollicitude des médecins souvent absents de leur poste.
7. Mettre en place un programme de recyclage des médecins, infirmiers et des aides soignants sur les normes de qualité et les protocoles en vigueur sur la prise en charge des maladies.
8. Mettre en place un mécanisme de supervision et d'aide technique aux organes de gouvernance pour leur implication effective dans les prises de décisions et la gestion transparente dans les formations sanitaires
9. Renforcer l'équipement et le personnel compétent des hôpitaux et formations sanitaires pour l'assurance de qualité des soins. A cet effet, la discussion sur le mécanisme d'utilisation des fonds en stock dans les banques s'avère nécessaire au sein des comités pour amoindrir les difficultés de fonctionnement et de référence des malades.
10. Evaluer périodiquement la situation des organes de gouvernance dans les formations sanitaires ainsi que la performance des centres de soins à travers des audits internes et externes.

Références bibliographiques

1. **Bossert Th, Larranaga O, GiedionU, Arbelaez JJ, Bowser DM.** Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile. Bull OMS 2003; 81(2)95-100.
2. **Criel B** Le financement communautaire: c'est plus qu'une «affaire de sous ». Santé et Développement 1994 ; 20-24.

3. **Fourn, Fayomi EB, Flénon J, Zohoun Th.** Utilisation des services de santé et financement communautaire dans un département au Sud du Bénin. Santé publique 1996 ; 8(4) : 329-337.
1. **Fourn L.** Visites prénatales et issues de grossesses dans une maternité urbaine de Cotonou (Bénin). Med Afri Noire 2004 ; 51(7) : 381-84.
2. **Fourn L, Duci S.** La mortalité maternelle évitable au Bénin. Med Afri Noire 2000
3. **Lokossou A, Adisso Komongui et al.** Les références obstétricales. Le Bénin Médical 2000
4. **Ministère santé publique.** Rapport annuel sur la tuberculose. MSP/PNT Cotonou 2004.
5. **Ministère santé publique.** Rapport de surveillance de l'infection à VIH et de Syphilis au Bénin. MSP/PNLS 2004/2005
6. **Ministère santé publique.** Annuaire statistiques 1990-2004. MSP-Benin/SDRO
7. **Musgrove P, Zeramdini R, Carrin G.** Physionomie des dépenses nationales de santé. Bull OMS 2002 ; 7 : 109-117
8. **O'Grady J.** Recent Corporate Failures Key Lessons from the Private Sector. Conference on Corporate Governance in the Public Sector, Canberra, 13 August 2002.
9. **Ruger JP, Jamison DT, Bloom DE.** Health and economy. In: Merson ME, Lack RE, Mills AJ. International public health. Gaithersburg : Aspen; 2000 , 617-666.

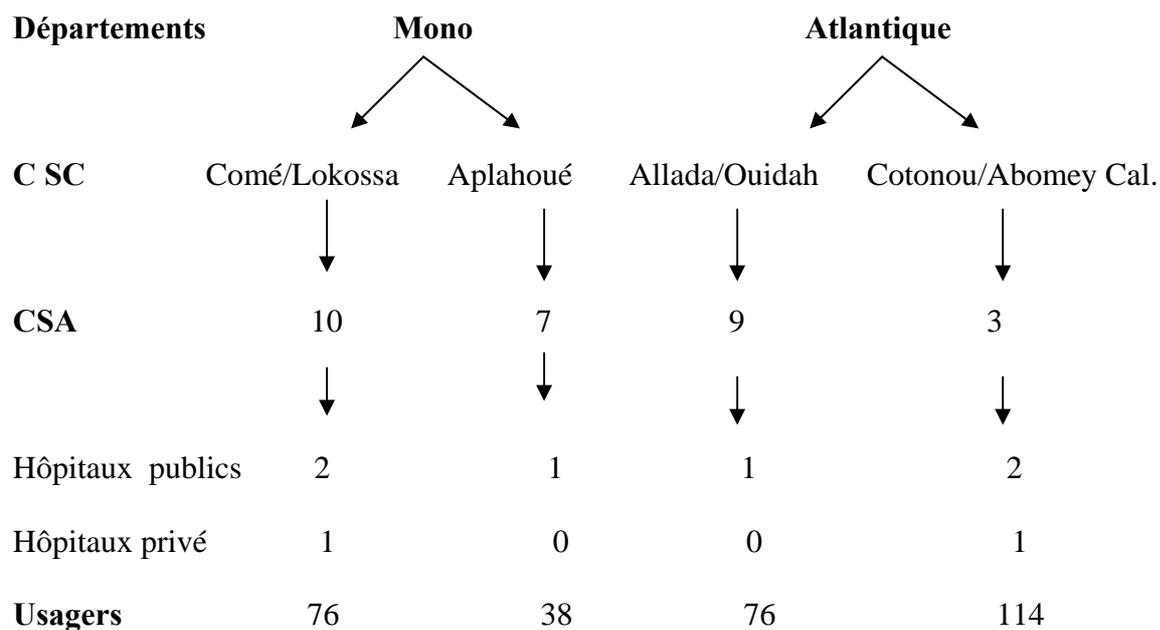
**

Références

13. **Barnett P, Perkins R, Powell M.** On a hiding to nothing? Assessing the corporate governance of hospital and health services in New Zealand 1993-1998. Int J Health Plann Manage 2001; 16(2): 139-54.
14. **Blundo G.** La gouvernance au quotidien en Afrique : les services publics et collectifs et leurs usagers. Bull APAD LIT 23-24 ; 2002.
15. **Bowawo C, Moussa S.** Bonne gouvernance et Développement en Afrique. Editions « démocraties Africaines. IAD, 1997.
16. **Cornwall A, Lucas H, Pasteur K.** Accountability through participation: Developing workable partnership models in the health sector. IDS Bulletin 2000; 31(1).
17. **Fourn L, Ducic S.** L'augmentation des ressources peut-elle améliorer les issues de grossesses au Bénin ? Le Pharmacien d'Afrique 2003 ;165 : 7-12.
18. **Fourn L, Ducic S.** Initiative de Bamako et tendance de mortalité materno-infantile au Bénin (Afrique de l'Ouest°. Med Afri Noire 2003 ; 50(1) : 37-42.
19. **Fourn L, Adè G, Ouendo M, Kassa.** Qualité des soins/ approche centre sur le malade. Med Afri Noire 2005 ; 52(02) : 90-92.
20. **Fukuda-Pan S, Lopez C, Malik K.** Capacity for development. New solution to old problem. Earthscan Publication and UNDP 2002 17p. (obligation de CR)

21. Ministère de la santé. Politique et stratégies nationales. MS; 2002: 101p.
22. **Israr SM, Islam A.** Good governance and sustainability : a case study from Pakistan. Int J Health Plann Manage 2006, 21(4) : 313-25
23. **Jeppsson A, Okuonzi SA.** Vertical or holistic decentralization of the health sector ? Experience from Zambia and Uganda. Int J Health Plann Manage 2000 ; 15(4) : 273-89.
24. **Lowenson R.** Putting your money where your mouth is : Participation in mobilising and allocating health resources. Paper presented to TARRS. Equinet regional meeting on Public Participatin in Health. Harare May 2000.
25. **Malena C, Forster R, Singh J.** Responsabilisation sociétale:introduction au concept et pratique naissante. Societal development papers Participation and civic engagement. PublicationN°76 2004. The world Bank
- 26.. **Narayan D, Patel R, Schafft K, Rademacher A, Koch-Schulte S.** Voice of the poor. Can anyone hear us? New York MB. Oxford University Press 2000, 230p
27. **Omar M.** Health sector decentralization in developing countries : unique or universal. World Hosp Health Serv. 2002 ; 38(2)24-30.
28. **Pekins R, Barnett P, Powell W.** Corporate governance of public health services : lessons from New Zealand for the state sector. Aust Health Rev 2000; 23: 9-21.
29. **RichardsonR, Waddington C.** allocating resources: Community involvement is not easy. International Journal of Health Planning and Management 1996; 11: 307-315.
30. **Young DW, Ballarin .** Strategic decision-making in healthcare organization :it is time to get serious. Int J. Health Plann Manage 2006 ; 21(3) 173-91.

ANNEXES

1. PROCESSUS D'ECHANTILLONNAGE**Figure 1.** Schéma de l'échantillonnage

ANNEXE 2. SITES DES ENQUETES

TABLEAU . Sites d'enquête dans les deux départements

N°	DEPARTEMENTS	CENTRES SANTE COMMUNE	CENTRES SANTE ARRONDISSEMENT
1		ALLADA	Lon Agonmè
2			Agbanou
3			Avakpa
4			Sékou
5			Ayou

6	ATLANTIQUE		Hinvi		
7			Attogon		
8			Pahou		
9			Savi		
10			Tori Cada		
11			Acadjamè		
12			Azohouè		
13			MONO/ COUFFO	OUIDAH/ TORI BOSSITO	Dékpo
14					Kissamey
15					Lonkly
16					Atomey
17	Godohou				
	Legbavé				
18					
19	Gadomè				
20	Agatogbo				
21	Ouèdèmè				
22	Akodeha				
23		COME	Oumako		

ANNEXE 3 OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES

QUALITE DES SOINS ET LA BONNE GOUVERNANCE

USAGERS : Localité _____

➤ SATISFACTION

1. Que pensez vous des conditions de travail des agents dans le centre : bon ___ assez bon___ mauvais___
2. Etes vous satisfait de la manière dont les malades ou les femmes enceintes sont accueillis dans le centre ?
Satisfait_____ Pas satisfait___ Pourquoi ? _____
3. Selon vous, lorsqu'un malade arrive au centre de santé est-il vite servi ? Oui___ Non ___
4. Est-ce que après examen, l'agent de santé vous explique souvent ce dont vous souffrez ? Oui__ Non___
5. Est-ce qu'il vous explique clairement comment vous allez prendre les médicaments prescrits ?Oui__ Non__
6. Donne-t-il souvent des conseils sur les éventuels effets secondaires des médicaments ? Oui_____ Non_____
7. Comment appréciez vous l'ambiance entre les agents du centre ? bonne_____ mauvaise_____
8. Pensez vous que certains agents sont souvent nerveux pour vous donner les soins ? Oui___ Non___
9. Est-ce que vous trouvez à la pharmacie du centre les médicaments prescrits à acheter ? Oui __Non___
10. Est-ce qu'on peut acheter auprès de certains agents du centre autres choses (yaourt, boisson, bonbon, biscuits, pagne...) en dehors des médicaments? Oui___ Non___

11. Etes vous content de la manière dont les agents de santé s'occupent de vous en cas de maladie? Oui__ Non__
12. Pensez vous revoir l'agent qui vous a soigné la dernière fois au centre de santé ? Oui__ Non__
13. Pourquoi ? _____

a. OPINION SUR COGEA/COGES

14. Savez-vous qu'il y a un comité de gestion du centre de santé en dehors des agents? Oui__ Non__
15. En connaissez vous les membres ? Oui__ Non__ Si oui, Combien ils sont ? _____
16. Savez vous le rôle que joue le COGEA dans le centre de santé ? Oui ____ Non ____
Si oui, lesquels (citez en au moins deux) _____
17. Etes vous satisfait du travail du COGEA ? Satisfait____ Peu satisfait____ Pas satisfait____
18. Est-ce que le COGEA rencontre souvent la population pour un compte rendu de leurs travaux ?
Jamais__ de temps en temps ____ Souvent__
19. Etes-vous informé régulièrement des activités du COGEA? Oui____ Non____
20. Si oui, à quelle occasion ?

21. Etes vous satisfait des comptes rendus du COGEA ? Oui__ Non__
22. AGE : _____ 23. SEXE : M____ F____

II AGENTS DE SANTE

QUALITE DES SOINS ET LA BONNE GOUVERNANCE

: Localité: _____

1. Structure: CSA_____ CSC_____ HZ_____
2. Enquête : IDE_____ IS_____ AS_____ SFE_____ Médecin_____
3. Nombre d'agents : Médecin____ IDE____ SFE____ IS____ AS____ Autres_____
4. AGE : _____
5. Sexe M____ F____
6. Existe-t-il dans le centre des textes régissant les prestations des soins? Oui__ Non__
7. Si oui, lesquels ? _____
8. Ces textes sont - ils appliqués ? Oui ____ Non ____ Ne sait pas_____
9. Qui contrôle l'application de ces
textes ? _____

10. Que pensez vous des conditions de travail (équipement, organisation) dans le service ?

bonnes_____ mauvaises_____

11. Pensez vous que les malades sont satisfaits des soins que vous leur donnez? Oui__

Non__

12. Comment le savez vous ?

13. Selon vous que faire pour améliorer la qualité des soins dans le centre ?

14. Pensez vous qu'il y a assez d'agents qualifiés dans le centre pour les soins?

Oui__ Non__

15. Combien de malades en moyenne votre service réfère chaque mois ?

16. Le major du centre tient-il par semaine de réunions de concertation sur les soins?

Oui__ Non__

17. Pensez vous qu'il y a parfois des conflits d'attribution entre agents dans le centre ?

Oui____ Non____

18. Selon vous est-ce que le service marche toujours bien quand le responsable est

absent ? Oui____ Non____

19. Selon vous, les malades qui arrivent dans le centre sont-ils pris en charge de la même

façon ? Oui__ Non__

20. 15. Pensez vous que l'avis des agents est pris en compte dans les décisions sur le

service? Oui__ Non__

21. Etes vous satisfait du travail du COGEA ? Satisfait____ Peu satisfait__ pas

satisfait____

22. Selon vous les membres COGEA jouent-t-ils effectivement leur rôle ? Oui__ Non__

23. Si non pourquoi ?

24. Quelles sont vos suggestions pour améliorer les prestations dans le centre ?

25. Selon vous, à quoi est souvent dû le retard à la décision de référer un malade de votre centre?

Hésitation ou doute sur le diagnostic Oui___ Non___

Crainte d'erreur de diagnostic de référence ? Oui___ Non

Autres (précisez)_____

26. Pensez vous qu'il y a des normes de prestation des soins dans le centre? Oui__ Non__

27. Pensez vous que le centre de santé répond aux attentes de la population ? (y trouvent-ils les soins dont ils ont besoin ?) Oui_____ Non_____

28. Si oui, comment ?_____

29. Avez-vous des difficultés pour donner les soins comme vous auriez souhaité à tous les malades? Oui___ Non __

30. Si non,

pourquoi ?_____

31. Pensez vous que les malades qui achètent leur médicament sont mieux soignés que les autres ? Oui___ Non___

32. Selon vous est-ce qu'il y a des agents qui s'absentent souvent dans le centre ? Oui___ Non__

Gouvernance personnalisée

33. Qu'est-ce qui vous a motivé à choisir le métier d'agent de santé ?(une seule)

34. En choisissant le métier d'agent de santé quels avantages attendiez vous de ce choix ?

35. Peut on dire que votre salaire correspond-t- il à vos efforts ? Oui___ Non___

36. Dans le service, participez vous à la prise de décision sur la qualité des soins? Oui___

Non___ Sur la gestion du centre de santé? Oui___ Non___

37. Selon vous, dans le centre de santé, toutes les décisions sont prises ensemble

(responsable/ agents) ? Oui_ Non___

38. Selon vous, les ressources du centre sont suffisants pour les activités de soins ?

Oui___ Non___ Ne sait pas___

39. Existe-t-il un mécanisme de coordination de la gestion du financement

communautaire ? Oui___ Non___

40. Selon vous, le COGEA a-t-il la capacité de résoudre les problèmes du centre de

santé ? Oui___ Non___

41. Pensez vous avoir les compétences prescrites pour les prestations que vous donnez aux

malades ? Oui___ Non___

42. Etes vous satisfait des soins que vous offrez à vos malades ? Oui___ Non___

Pourquoi ? _____

43. S'il faut vous notez vous-même, la qualité des soins que vous offrez à vos malades,

combien vous vous donneriez sur dix ___/10 en toute sincérité ?

pourquoi ? _____

44. Pensez vous que cette appréciation varie selon l'organisation mise en place par votre

chef hiérarchique ? Oui___ non___

45. Quelles suggestions faites vous pour :

- La bonne gestion du centre de soins

- l'amélioration de la qualité des soins

Merci pour votre collaboration

III

QUALITE ORGANES DE GOUVERNANCE

Localité _____

Membre du COGEA _____ COGECS _____

1. Pensez vous qu'il existe des textes sur la manière de gérer les affaires du centre? Oui__ Non__
2. Les membres du COGEA rencontrent-ils souvent la communauté ? Oui__ Non__
3. Savez vous, le rôle que joue le COGEA au sein du centre de santé ? Oui__ Non__
4. Si oui, citez nous deux choses que doit faire le COGEA dans le centre

5. Pensez vous que le COGEA arrive à faire librement ce qu'il doit faire ? Oui__ Non__
6. Si non pourquoi ? _____
7. Le COGEA attend il souvent des instructions du Médecin ou du coordonnateurs de zone ? Oui__ Non__
8. Selon vous, existe -t-il des textes sur le fonctionnement (selon le cas) du COGEA ? Oui__ Non__
9. Si oui, lesquels _____
10. Savez vous, si ces textes sont appliqués dans le centre de santé ? Oui__ Non__
11. Quel rôle jouez vous au sein du comité ? _____
12. Avez-vous bien compris ce que vous devez faire au sein du comité ? Oui__ Non__
13. Qu'est-ce que vous n'avez pas bien compris dans votre rôle _____
14. Participez vous à toutes les réunions du COGEA ? Oui__ Non__
15. Qu'est-ce qui vous empêche de participer souvent à ces réunions du COGEA ?

16. Les membres du COGEA participent-ils à l'élaboration du budget du centre ? Oui__ Non__
17. Pensez vous que les membres du COGEA peuvent-ils élaborer le budget du centre ? Oui__ Non__
18. Si non pourquoi ? _____

19. Selon vous le trésorier peut-il gérer les fonds sans difficulté ? Oui___ Non___
20. L'affectation du comptable a-t-il amélioré la gestion des fonds du centre ? Oui___ Non___
21. Pensez vous que la présence du comptable facilite le rôle du trésorier dans son travail ? Oui___ Non___
22. Le trésorier participe-t-il au monitoring ? Oui___ Non___
23. En dehors du monitoring, il y a-t-il un comité de contrôle de gestion des fonds ? Oui___ Non___
24. AGE _____
25. Sexe : M_____ F_____
26. Profession_____
27. Tous les membres du COGEA résident-ils dans la localité ? Oui_____ Non _____
28. Selon vous, est-ce que les membres du COGEA jouent-ils pleinement leur rôle ? Oui___ Non___
29. Sinon, qu'est-ce qui les empêche de jouer leur rôle? _____

30. Précisez nous de quoi vous êtes responsable ? _____
31. Q'est-ce qui vous empêche de mettre cette responsabilité en valeur ?

32. Que pensez vous du travail des agents de santé _____
33. Est-ce que le COGEA a-t-il des rencontres périodiques avec les agents de soins? Oui___ Non___
34. Quelles sont les difficultés que vous éprouvez dans votre rôle ?

35. Comment sont les relations du COGEA avec les agents? Très bonnes___ Bonnes___ Pas
 bonnes_____
36. Avez-vous enregistré une fois des cas de malversations au sein du Comité ? Oui___ Non___
37. Selon vous, pourquoi certains membres du COGEA ne participent pas souvent aux réunions ?

38. Le comptable explique-t-il comment il gère dans des termes compréhensibles ? Oui___ Non___

Gouvernance locale COGEA

39. Pensez vous que le COGEA a pris des engagements pour une gestion transparente ? Oui___ Non___
40. Pensez vous que tout ce que le COGEA doit faire (dans les textes) il le fait pratiquement ? Oui___
 Non___
41. Lorsqu'un membre du COGEA ne fait pas ce qu'il doit faire, est-il sanctionné ? Oui___ Non___
42. Avez-vous reçu une formation en gestion financière dans le comité ? Oui___ Non___
43. Le trésorier a-t-il reçu une formation ? Oui___ Non___

44. Les membres du bureau ont-ils reçu une formation administrative ? Oui ___ Non ___
Si oui, qui _____
45. Existe-t-il des normes de gestion pour chaque centre de santé ? Oui ___ Non ___
46. Les états financiers sont-ils diffusés systématiquement aux membres du COGEA ? Oui ___ Non ___
47. Existe-t-il une boîte de suggestions pour les usagers ? Oui ___ Non ___
48. Si oui, comment sont-elles dépouillées ? _____ sont-elles publiées ? Oui ___ Non ___
49. Pensez-vous que les droits des malades sont-ils respectés ? Oui ___ Non ___
50. Existe-t-il un manuel de procédure de la gestion financière pour le COGEA ? Oui ___ Non ___
51. Pensez-vous que les agents font leur travail de tout cœur (avec conscience) ? Oui ___ Non ___
52. Utilisez-vous les statistiques du centre pour la planification des dépenses dans le centre ? Oui ___ Non ___
53. Pensez-vous que le paiement des frais des soins constitue un problème pour certains malades ? Oui ___ Non ___
54. Pensez-vous que l'installation d'une mutuelle de santé à gestion communautaire est possible ? Oui ___ Non ___
55. Selon vous, qu'est-ce qui bloquerait son fonctionnement ? _____
56. Selon vous, peut-on laisser la gestion financière à la population elle-même ? Oui ___ Non ___
57. Pensez-vous que les moyens actuels de contrôle de la gestion des fonds sont suffisants ? Oui ___ Non ___
58. Est-ce que les personnes chargées du contrôle sont toujours les mêmes ? Oui ___ Non ___
59. Êtes-vous impliqué dans la mise en exécution des décisions prises par le COGEA ? Oui ___ Non ___
60. Selon vous, tous les membres du COGEA jouissent-ils des mêmes avantages ? Oui ___ Non ___
61. Comment le COGEA obtient-il la réaction de la population sur les décisions prises ?

62. Que faites-vous, lorsqu'il y a des réunions du COGEA et que vous devez répondre à d'autres activités ?

63. Pensez-vous que les membres du COGEA peuvent-ils planifier leurs activités ? Oui ___ Non ___
64. Les membres du COGEA peuvent-ils apporter des solutions aux problèmes de gestion du centre ?
Oui ___ Non ___
65. Quelles sont les difficultés qu'éprouve le COGEA pour mettre en œuvre les décisions prises ?

66. Pensez-vous que si le comptable utilisait la langue locale pour le compte rendu des dépenses et recettes, les membres suivraient mieux les détails ? Oui ___ Non ___
67. Quelles suggestions faites-vous pour améliorer les actions du COGEA ?

IV FICHE STATISTIQUE POUR LES DONNEES DE MORBIDITE ET MORTALITE

