



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

ÉVALUATION DU SECTEUR PRIVE DE LA SANTE AU BENIN

Juin 2013

Le présent rapport a été produit pour examen par l'Agence américaine pour le développement international. Il a été préparé par Carlos Cuéllar, Andrew Carmona, Andrea Harris et Piotr Korynski pour le projet Renforcement des résultats de santé au moyen du secteur privé (SHOPS, Strengthening Health Outcomes through the Private Sector).



Citation recommandée :

Cuellar, Carlos, Carmona, Andrew, Harris, Andrea, Korynski, Piotr. 2013. *Évaluation du secteur privé de la santé au Bénin*. Bethesda, MD : Projet de Renforcement des résultats de santé au moyen du secteur privé, Abt Associates Inc.

Téléchargez des copies des publications du projet SHOPS sur le site : www.shopsproject.org

Accord de coopération : GPO-A-00-09-00007-00

Soumis à : Marguerite Farrell, AOTR
Bureau de la santé mondiale
Santé mondiale/Population et santé reproductive/Amélioration de la prestation de services
Agence américaine pour le développement international



Abt Associates Inc.
4550 Montgomery Avenue, Suite 800 North
Bethesda, MD 20814
Tél : 301.347.5000 Télécopie : 301.913.9061
www.abtassociates.com

En collaboration avec :
Banyan Global • Jhpiego • Marie Stopes International
Groupe de suivi • O'Hanlon Health Consulting

ÉVALUATION DU SECTEUR PRIVE DE LA SANTÉ AU BENIN

CLAUSE DE NON-RESPONSABILITÉ

Les avis exprimés par l'auteur dans cette publication ne reflètent pas nécessairement l'avis de l'Agence américaine pour le développement international ou du gouvernement américain.

TABLE DES MATIERES

Acronymes	v
Remerciements	viii
Résumé analytique	ix
I. Contexte	1
1.1 Introduction	1
1.2 Le système de santé du Bénin	3
1.3 Le secteur privé de la santé au Bénin.....	4
1.4 Dépenses de santé.....	5
1.5 Environnement des donateurs.....	6
1.6 Présentation générale du rapport	7
2. Portée et méthodologie de l'évaluation	8
2.1 Champ d'action du travail	8
2.2 Méthodologie.....	9
3. Cadre politique	11
3.1 Contexte	11
3.2 Cadre politique des services.....	12
3.3 Cadre politique pour les produits	15
3.4 Organisations de la société civile.....	19
3.4.1 Les associations professionnelles.....	19
3.4.2 Organisations de défense	20
4. Prestation de services dans le secteur privé	25
4.1 Analyse des services.....	25
4.1.1 Santé maternelle et néonatale	25
4.1.2 Planification familiale	28
4.2 Organisation et taille du secteur privé.....	29
4.3 Secteur à but lucratif.....	32
4.4 Secteur à but non lucratif.....	39
4.4.1 Organisations confessionnelles	39
4.4.2 <i>Associatifs</i> /RESEAUX FORMES D'ONG	40
5. Approvisionnement et produits pharmaceutiques	47
5.1 Contexte	47
5.2 Secteur commercial.....	47
5.3 Le secteur subventionné	49
5.4 Distribution	50
5.5 Prix et disponibilité des stocks.....	51
5.6 Analyse des estimations de variations de prix et des ventes des produits de planification familiale	56

6. Accès au financement	62
6.1 Contexte	62
6.2 Principales caractéristiques commerciales des prestataires privés	62
6.3 Compétences commerciales et capacités de gestion des prestataires privés	67
6.4 Besoins de financement des prestataires privés	68
6.5 Contraintes de financement.....	70
6.6 Demande de financement.....	71
6.7 Institutions financières	71
6.8 Potentiel de garanties de l’Autorité de crédit au développement (ACD)	73
7. Assurance maladie	76
7.1 Contexte	76
7.1.1 Dépenses de santé.....	76
7.2 Capacités techniques et gestion au niveau national	77
7.3 Régimes actuels d’assurance maladie.....	79
8. Recommandations	86
9. Conclusion	92
10. Références.....	94
Annexe A : Champ d’action.....	95
Annexe B : Liste des personnes-ressource	103

ACRONYMES

ABMS	<i>Association béninoise de planification familiale et la communication pour la santé</i>
ABPF	<i>Association béninoise pour la promotion de la famille</i>
ACD	Autorité de crédit au développement
AMCES	<i>Association des œuvres médicales privées confessionnelles et sociales au Bénin</i>
AMM	<i>Autorisation de mise sur le marché</i>
ANAM	<i>Agence nationale d'assurance maladie</i>
AQ	Assurance qualité
ASA-Bénin	Association des sociétés d'assurances du Bénin
CAME	<i>Centrale d'achat des médicaments essentiels et consommables</i>
CEBAC STP	<i>Coalition des entreprises béninoises et associations contre le sida, la tuberculose et le paludisme</i>
CFR	Franc ouest-africain (monnaie)
CNS	Comptes nationaux de santé
CO	Contraceptifs oraux
CTM	Commission technique des médicaments
DCT	Diphtérie, coqueluche, tétanos
DIU	Dispositif intra-utérin
DNSP	<i>Direction nationale de santé publique</i>
DPMED	<i>Direction des pharmacies et du médicament</i>
ECG	Électrocardiogramme
EDS	Enquête démographique de la santé
ESP	Évaluation du Secteur Privé de la santé
ESS	Évaluation du secteur de la santé
FCFA	Franc ouest-africain (monnaie)
FECECAM	Fédération des caisses d'épargne et de crédit agricole mutuel
FIPP	Fédération internationale pour la parenté planifiée
FNRB	Fonds national de la retraite du Bénin

FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
GAPOB	<i>Groupement d'achat des pharmacies d'officine du Bénin</i>
GHI	Initiative de santé mondiale (Global Health Initiative)
ICON	International Contraceptive & SRH Marketing Ltd.
IMF	Institutions de micro-finance
IMPACT	Projet intégré de promotion de la santé familiale et de prévention du VIH/SIDA
LARM	Méthode réversible à longue durée
LNCQ	<i>Laboratoire national de contrôle de la qualité</i>
MdS	Ministère de la Santé
MCDI	Medical Care Development International
MII	Moustiquaires imprégnées d'insecticide
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PIB	Produit intérieur brut
PF/SR	Planification familiale/Santé reproductive
PNB	Produit national brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PPP	Partenariats public-privé
PSI	Population Services International
RAMU	<i>Régime d'assurance maladie universelle</i>
ROBS	<i>Réseau des ONG béninoises de santé</i>
SBM-R	Gestion et reconnaissance axées sur les normes
SHOPS	Renforcement des résultats de santé au moyen du secteur privé
SMI	Santé maternelle et infantile
SMNI	Santé maternelle, néonatale et infantile
TB	Tuberculose
TIC	Technologies de l'information et de la communication
UBEPHAR	<i>Union béninoise des pharmaciens du Bénin</i>
USAID	Agence américaine d'aide au développement international
VIH et SIDA	Infection au virus de l'immunodéficience et syndrome de l'immunodéficience acquise

REMERCIEMENTS

Les auteurs aimeraient remercier plusieurs personnes qui ont contribué à cette évaluation. Nous remercions *profondément* Pascal Soglohoun, Dr. Irenée Kotchofa et Rosemonde Adjagboni, nos collègues béninois, dont l'intérêt sincère et la connaissance du secteur privé de la santé et du secteur financier ont été inestimables pour nous au cours de l'évaluation. Nous apprécions le soutien de l'équipe du bureau local béninois du projet Africa Indoor Residual Spraying (AIRS) financé par l'USAID ; nous pensons notamment à Josephine Tossa et Alliance Tossou pour leur soutien sans réserve à l'équipe de l'ESP avec toute la logistique du pays. Nous remercions de tout cœur notre chauffeur infatigable, Maxime, pour les heures innombrables qu'il a passées dans la voiture. Nous sommes reconnaissants à l'équipe de la santé familiale de l'USAID/Bénin pour son engagement actif et ses conseils, notamment Michelle Kouletio, Milton Amayun et Cheryl Combest. Nous témoignons notre reconnaissance à l'organisation PSI/ABMS, notamment à Megan Wilson et Leger Foyet. Les auteurs remercient chaleureusement Yann Derriennic pour son assistance de dernière minute dans l'évaluation, ainsi que Christina Juan pour son travail acharné sur l'analyse complète de l'EDS, les revues de la littérature et la traduction française. Nous sommes redevables au Directeur adjoint de SHOPS et collègue Caroline Quijada pour ses analyses complètes et pertinentes. Nous nous devons en particulier de remercier les plus de 100 prestataires de services de santé, commerçants et femmes, responsables publics, praticiens du développement et d'autres parties prenantes qui nous ont inspirés, avec qui nous avons eu des discussions et qui ont partagé avec nous leurs précieuses réflexions sur un partenariat plus efficace avec le secteur privé pour améliorer la santé et le bien-être des Béninois.

RESUME ANALYTIQUE

Indépendant depuis 1960, le Bénin est un pays francophone d'Afrique de l'Ouest de 9,3 millions d'habitants. L'ensemble de l'économie béninoise repose sur l'agriculture, avec 56 pour cent de la population qui travaillent dans ce secteur ou y sont impliqués. Avec un taux d'urbanisation de 4 pour cent par an, le Bénin est actuellement urbain à 42 pour cent et selon certaines estimations, il devrait atteindre le taux de 50 pour cent d'ici 2017. Le pays se classe au 166e rang sur 187 pays pour l'Indice du développement humain, avec 39 pour cent de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté (PNUD 2012).

Le secteur privé de la santé est d'apparition relativement récente au Bénin. Au début des années 1980, quelques centres de santé privés existaient dans le paysage béninois du système de soins de santé. Toutefois, en 1986, l'arrêt des recrutements dans le secteur public des soins de santé a occasionné un large développement de cette activité en privé dans le pays. Les centres de santé privés ouverts dans les années 1980 étaient pour la plupart des institutions et des structures confessionnelles, situées en zones urbaines. D'autres centres de santé privés sont apparus de façon ponctuelle jusqu'en 1997 lorsque la loi 1997-020 a autorisé la pratique privée de la médecine au Bénin (ESS 2006).

Depuis 1997, le Bénin a connu une explosion du nombre de cabinets privés. Selon l'évaluation 2012 du projet Benin Health Systems 20/20, les ressources humaines du secteur de la santé au Bénin comptent 18 078 professionnels, dont 25 pour cent (soit près de 4 500 personnes) relèvent du secteur privé. L'enregistrement officiel des cabinets privés au Ministère de la santé (MdS) demeure un problème majeur, ainsi que le montre l'enquête de 2005 conduite avec 231 prestataires privés; enquête qui révèle que seuls 12 pour cent d'entre eux avaient une autorisation d'exercer. Le caractère restrictif des procédures de réglementation et d'autorisation, ainsi que l'environnement de la santé historiquement tourné vers le secteur public, ont entraîné à la fois un manque d'engouement à s'enregistrer comme cabinets de santé du secteur formel et une croissance rapide du secteur privé informel de la santé.

L'USAID/Bénin cherche des stratégies concrètes pour renforcer la collaboration entre les secteurs public et privé formel de la santé au Bénin. Pour les années 2011 à 2015, USAID/Bénin a adopté comme priorité stratégique le renforcement de la participation du secteur privé en vue de l'amélioration des résultats de santé au Bénin. À cette fin, en mi-2012, l'USAID/Bénin a initié le projet « Renforcement des Résultats de Santé au moyen du Secteur Privé » (SHOPS) pour entreprendre une évaluation du secteur privé de la santé au Bénin afin d'aider l'USAID et autres parties prenantes à mettre sur pied une stratégie visant à engager davantage le secteur privé. La stratégie complétera et accroîtra les efforts actuels au sein des secteurs public et privé en mettant l'accent sur la planification familiale, la santé maternelle et infantile, les populations urbaines (notamment les populations pauvres des villes) et les réseaux de prestataires de services existants.

L'évaluation s'est focalisée sur cinq domaines thématiques clés : le cadre politique, la prestation de services, les produits pharmaceutiques et l'approvisionnement, l'accès aux financements et l'assurance maladie. Le champ d'action de l'évaluation était le suivant :

- Déterminer la taille, l'envergure et l'échelle des prestataires privés au Bénin.

- Évaluer l'environnement politique et réglementaire pour l'offre privée de produits et services de santé.
- Évaluer les besoins commerciaux et financiers du secteur de la santé en mettant l'accent sur les établissements en réseau dans la franchise *Protection de la Famille* (ProFam) et *l'Association des œuvres médicales privées confessionnelles et sociales* (AMCES) du Bénin.
- Identifier les synergies avec les activités d'appui sur le terrain déjà existantes de l'USAID axées sur l'amélioration des résultats en matière de santé au Bénin.
- Identifier les possibilités d'accroissement de l'accès aux options de financement du secteur privé de la santé en examinant les initiatives actuelles.

Dans le cadre de la présente évaluation, le « secteur privé de la santé » comprend divers acteurs - les organisations non gouvernementales qui sont constituées aussi bien d'organisations et associations confessionnelles que d'entreprises de soins de santé à but lucratif, depuis le traitement / la prévention et la distribution de produits pharmaceutiques jusqu'au financement et à l'assurance. Les guérisseurs traditionnels étaient déterminés à rester en dehors du champ d'action de la présente évaluation, tel que spécifié par l'USAID/Bénin. Une étude distincte sur l'impact des guérisseurs traditionnels en matière de prestation de soins de santé, si elle est menée par l'USAID, apporterait probablement d'importants éclairages sur le comportement des consommateurs et les dépenses directes la poche pour la santé.

RESULTATS

Le tableau 1 présente les principaux résultats de l'évaluation de l'équipe. Les résultats sont organisés selon les cinq principaux domaines de santé analysés (cadre politique, prestation de services, approvisionnement pharmaceutique, accès aux financements et financement de la santé), tout en représentant un important aperçu des points forts et des points faibles de chaque domaine de la santé. Des détails supplémentaires sur les points du tableau 1 peuvent être consultés dans les sections concernées du corps du rapport.

Tableau 1 : Principaux résultats

DOMAINE	POINTS FORTS	POINTS A AMELIORER/DEFIS
Général	<ul style="list-style-type: none"> • Le secteur privé de la santé prend de l'envergure et le secteur privé est de plus en plus reconnu comme un acteur important du marché de la santé au Bénin. • Le secteur privé recèle un important potentiel inexploité susceptible d'accélérer les progrès vers un meilleur accès aux soins de santé pour les populations béninoises. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'héritage du Bénin en tant qu'ancienne colonie française et pays anciennement socialiste est synonyme d'un système de santé publique tributaire d'une réglementation et d'une prise de décision centralisée. Cette situation constitue un frein à la croissance du secteur de la santé publique. • Quarante-six pour cent des transactions du secteur de la santé sont effectuées directement de la poche (contre une moyenne régionale de 40 pour cent), dont 93 pour cent dans le secteur privé (moyenne régionale de 62 pour cent).

Cadre politique	<ul style="list-style-type: none"> • Parmi les ordres professionnels du Bénin, l'Ordre des pharmaciens s'avère puissant et capable d'apporter un changement significatif. Toutefois, cet ordre joue un double rôle avec possibilité de conflits d'intérêt. • Les organisations de défense telles que le ROBS, la CEBC STP et l'Association des cliniques privées sont bien placées pour assurer des rôles de coordination et de défense pour les cabinets médicaux et non médicaux du secteur privé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le secteur privé est réglementé à l'excès, ce qui alimente la croissance du secteur informel. • Il existe des règlements restrictifs dans la réglementation actuelle de la santé. • Le secteur privé formel fonctionne sur une base individuelle et le cadre politique n'est pas favorable à la mise en place des cabinets de groupe ou des réseaux de prestataires. • La plupart des associations médicales (« ordres ») ont des moyens limités pour satisfaire aux conditions d'enregistrement et d'autorisation. Cette situation est en grande partie due au fait que ces associations n'ont pas de temps pour procéder aux inspections des établissements de membres potentiels. • Il existe des possibilités que l'enregistrement de nouveaux établissements de soins de santé et/ou de leurs produits pharmaceutiques soit entravé par les intérêts individuels des membres d'associations professionnelles eux-mêmes. (pour l'approbation de plusieurs emplacements potentiellement concurrents au service d'une zone d'implantation notamment). • Les organismes publics sont prépondérants en matière d'initiation et de supervision de la mise en œuvre des partenariats public-privés.
Prestation de services	<ul style="list-style-type: none"> • L'AMCES est un acteur majeur dans le secteur à but non lucratif de la santé, avec 18 <i>centres de santé</i> et 10 hôpitaux qui ont réussi à mettre sur pied un partenariat public-privé avec le MdS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le modèle d'entreprise du secteur commercial est « faible volume, prix unitaire élevé, marge réduite ». • Il est fort probable que les prestations de service soient de qualité inégale en raison de

	<ul style="list-style-type: none"> Le réseau ProFam constitué de 50 membres et de 100 filiales est un prestataire efficace de la planification familiale et des autres services de santé prioritaires dans le secteur privé, mais sa croissance dépend des prestataires enregistrés. 	<p>l'absence de systèmes d'assurance qualité dans le secteur commercial.</p>
Approvisionnement pharmaceutique	<ul style="list-style-type: none"> Depuis la restructuration de la CAME, les ruptures de stock sont beaucoup moins fréquentes qu'auparavant ; toutefois, les difficultés demeurent en ce qui concerne la garantie d'un approvisionnement régulier des pharmacies du secteur privé situées à l'extérieur du centre métropolitain de Cotonou. 	<ul style="list-style-type: none"> Le cloisonnement professionnel constitue une entrave à la collaboration entre les pharmaciens et les autres prestataires. La stricte ségrégation des « identités professionnelles » entre les pharmaciens et les autres professions (c'est-à-dire les prestataires de service) peut représenter un obstacle à la possibilité d'un engagement créatif au-delà de ces frontières professionnelles. Il existe toute une série de déséquilibres des ressources humaines pharmaceutiques et un manque de préparation du cadre professionnel. Une compréhension limitée de la valeur de la segmentation du marché chez les fonctionnaires peut entraîner des restrictions sur le choix des consommateurs et la croissance du secteur.
Accès aux financements	<ul style="list-style-type: none"> Une garantie de l'Autorité de crédit au développement ACD auprès d'Ecobank est en vigueur et d'autres banques sont intéressées par des garanties supplémentaires de l'ACD. Il existe une forte demande de financements chez les prestataires de service de santé du secteur privé. 	<ul style="list-style-type: none"> Le besoin de financements des prestataires privés du Bénin est élevé étant donné que la plupart des établissements s'emploient à l'amélioration de leurs infrastructures, à la modernisation ou à l'extension de leurs locaux, voire à l'acquisition de nouveaux équipements. À l'heure actuelle, il n'existe pratiquement aucun financement externe disponible pour des entreprises de santé

		<p>privées nouvelles ou au stade embryonnaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il est possible que l'absence ou la faiblesse de garanties, ainsi que la faiblesse des compétences en gestion et le manque de formation commerciale, limitent la capacité d'emprunt de la plupart des prestataires privés. • Les prêts des banques et des IMF dans le secteur privé de la santé sont sporadiques et limités.
Assurance maladie	<ul style="list-style-type: none"> • Une décision stratégique a été prise afin de mettre sur pied un régime d'assurance maladie universelle (RAMU) • Il existe au Bénin une histoire et une acceptation générale de l'assurance maladie communautaire bien comprises, qui sont en accord avec la culture locale et peuvent être renforcées. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le RAMU, du point de vue du secteur privé, est confronté à de nombreuses difficultés, notamment une un processus d'accréditation et d'amélioration de la qualité long et bureaucratique, ainsi qu'un manque de confiance dans le choix du moment et la transparence des paiements gérés par le secteur public. Il a un mauvais fondement juridique et institutionnel sur la base duquel il fonctionne. • Un approvisionnement insuffisant des prestataires de services de santé compromet l'avènement d'une assurance maladie universelle. • Le manque d'expertise actuarielle entrave la mise en œuvre des réformes du financement de la santé. • L'accès au secteur informel est un défi majeur. <i>Les mutuelles</i> sont faibles : il existe aucun plan pour les transposer à grande échelle, elles souffrent d'une faiblesse de gestion et d'un manque de normalisation des services ; et elles s'effondrent à cause d'un manque de soutien et d'une incapacité à garantir l'accès aux prestataires de qualité.

RECOMMANDATIONS

Les **recommandations** clés de l'évaluation sont résumées dans le tableau 2. Cinq principales recommandations sont émises, dont chacune comporte des sous-recommandations pratiques. Nombre de recommandations pourront être pertinentes pour plusieurs parties prenantes ; des suggestions quant aux organismes qui pourraient être pour promouvoir ces recommandations sont énumérés dans la colonne de droite. Des détails supplémentaires sur la plupart de ces recommandations peuvent être consultés dans les sections correspondantes du corps du rapport. Ces recommandations peuvent également être consultées dans la section 8.

Tableau 2 : Recommandations clés

DOMAINE DE LA RECOMMANDATION	RECOMMANDATION	ORGANISME POTENTIELLEMENT RESPONSABLE
(1) Développer le secteur formel en rationalisant les procédures d'enregistrement et d'autorisation des entreprises et en soutenant les réseaux de prestataires	Initier un dialogue sur les politiques avec le MdS pour rationaliser le processus d'enregistrement et améliorer le respect / l'application effective des délais fixés officiellement pour le processus de revue. La création d'une approche par un <i>guichet unique</i> où les prestataires pourraient s'occuper de tous les aspects de l'enregistrement et de l'autorisation de l'entreprise, pourrait faire partie intégrante de la solution.	USAID
	Accorder un moratoire aux prestataires / établissements informels actuellement qualifiés, mais non enregistrés. Cette mesure pourrait encourager les établissements existants à soumettre une demande d'enregistrement, surtout dans la mesure il s'agit de la croissance future du réseau ProFam.	MdS
	Soutenir un mécanisme d'identification et d'appui aux prestataires pour leur enregistrement. Octroyer une assistance technique à une organisation, notamment l'ABMS qui a un intérêt personnel dans le secteur formel de la santé, pour lui permettre d'assumer ce rôle. Il sera important de s'assurer que l'enregistrement officiel qualifie un prestataire à participer au RAMU.	USAID/ABMS
	Supprimer les obstacles afin de convertir les cliniques du secteur privé en établissements à forte fréquentation, de haute qualité et à faible prix unitaire. Entamer et maintenir le dialogue avec le	MdS/Ordres professionnels

DOMAINE DE LA RECOMMANDATION	RECOMMANDATION	ORGANISME POTENTIELLEMENT RESPONSABLE
	MdS et les ordres professionnels permettrait de lever les contraintes sur le marketing et la promotion des services de santé, de déréglementer les prix afin qu'ils soient davantage axés sur le marché et de développer un ensemble de mesures incitatives pour promouvoir des cabinets de groupe et des réseaux de prestataires.	
	Renforcer les programmes de planification familiale dans le réseau AMCES. Relier l'AMCES à l'ABMS et aux autres acteurs de l'approvisionnement de la PF permettrait d'accroître le volume des produits de PF dans leurs centres de santé et hôpitaux, où lesdits produits sont autorisés et renforcer les programmes de conseils et de recommandations du PF pour mettre l'accent sur le choix informé.	USAID
	Renforcer la viabilité financière de l'ABPF par des évaluations ciblées. Il serait pertinent d'assurer le suivi de l'assistance technique apportée par Engender Health à l'ABPF, soutenir l'élaboration d'un plan stratégique, d'un plan d'investissement et des plans d'exploitation visant à réduire la vulnérabilité financière des organisations tout en préservant leur mission sociale.	USAID
(2) Renforcer le rôle du secteur privé dans les politiques nationales et par le biais des groupes de plaidoyer	L'identification d'un « champion » de grande notoriété du secteur privé et un homologue du MdS permettrait d'organiser et de coordonner des réunions de dialogue régulières entre le MdS et les parties prenantes du secteur privé.	USAID/MdS
	Renforcer les capacités de plaidoyer des ordres professionnels pour leur permettre de participer aux efforts déployés par le MdS pour le renforcement des systèmes de santé. Apporter une assistance technique aux ordres professionnels pour renforcer les plans stratégiques, améliorer leur rôle de secrétariat pour les membres et coordonner la formation et les autres avantages dont jouissent ces derniers.	USAID

DOMAINE DE LA RECOMMANDATION	RECOMMANDATION	ORGANISME POTENTIELLEMENT RESPONSABLE
	<p>Collaborer avec les leaders d'opinion au sein des associations professionnelles pour distinguer et clarifier les rôles réglementaires par opposition aux intérêts commerciaux des membres afin d'éviter les désaccords entre les membres que représente l'enregistrement de nouveaux établissements de soin et/ou de l'introduction de nouveaux produits pharmaceutiques, en particulier au sein de l'Ordre national des pharmaciens et de l'Ordre national des médecins.</p>	USAID
	<p>Il conviendrait d'améliorer la compréhension par les prestataires privés des normes gouvernementales et des droits des prestataires relatifs à l'application des délais d'enregistrement de l'établissement ou du produit et à l'examen du dossier. Soutenir une association ou une ONG pour éduquer les prestataires sur ces droits et responsabilités.</p>	USAID
	<p>Il serait pertinent d'évaluer la faisabilité de la mise sur pied de normes de qualité et d'un système d'assurance qualité dirigé par des ONG dans les établissements privés. Cela reviendrait à renforcer le rôle de supervision des systèmes d'AQ et le respect des normes dans le cadre d'un système de certification et à envisager un soutien (à plus longue échéance) en vue de la création d'un système d'évaluation autonome pour les prestataires privés.</p>	USAID
	<p>Apporter une assistance technique au ROBS en vue d'une évaluation minutieuse de la durabilité et du plan stratégique.</p>	USAID
	<p>Appuyer la CEBAC STP par une assistance technique ciblée afin d'intégrer les services de PF dans les cliniques sur le lieu de travail déjà existantes. Élaborer un plan stratégique axé sur l'intégration des cliniques sur le lieu de travail dans le réseau ProFam.</p>	USAID

DOMAINE DE LA RECOMMANDATION	RECOMMANDATION	ORGANISME POTENTIELLEMENT RESPONSABLE
	<p>Inclure l'Association des cliniques privés dans tous dialogues sur les politiques visant à rationaliser le processus d'enregistrement de l'établissement de santé ou la mise sur pied de systèmes d'AQ et des partenariats public-privé (PPP) pour soutenir les programmes prioritaires, en particulier la PF ou la SR.</p>	USAID
<p>(3) Rationaliser l'enregistrement, les procédures d'autorisation et les opérations commerciales pour les entreprises et produits pharmaceutiques.</p>	<p>Il conviendrait d'appliquer un examen opportun et rationnel des dossiers d'enregistrement des produits pharmaceutiques grâce à une assistance technique apportée au MdS. Réduire les restrictions au niveau de la concurrence des produits qui entravent considérablement l'engagement du secteur privé et le choix de l'utilisateur final en matière de produits.</p>	USAID/MdS
	<p>Il serait opportun de convaincre le MdS d'éliminer les conflits d'intérêts potentiels liés au(x) rôle(s) quasi-réglementaire(s) des ordres de pharmaciens, des sages-femmes et des médecins, en séparant la (les) fonctions réglementaire(s) dans l'examen du dossier d'enregistrement des produits ou des établissements des autres fonctions (tournées vers le client).</p>	USAID
	<p>Il faudrait procéder à une étude approfondie des flux de produits pharmaceutiques pour éliminer les inefficacités. Simplifier et harmoniser les flux pharmaceutiques tout au long de la chaîne d'approvisionnement.</p>	MdS
	<p>Fournir une assistance technique à la <i>Commission technique des médicaments</i> permettrait d'évaluer les marges pharmaceutiques actuelles définies par le gouvernement et leur impact sur les grossistes privés, en s'assurant que ces derniers ne sont pas, par inadvertance, « asphyxiés » par le changement des prix fixés et les fluctuations du taux de change. Soutenir la Commission dans la conduite</p>	USAID

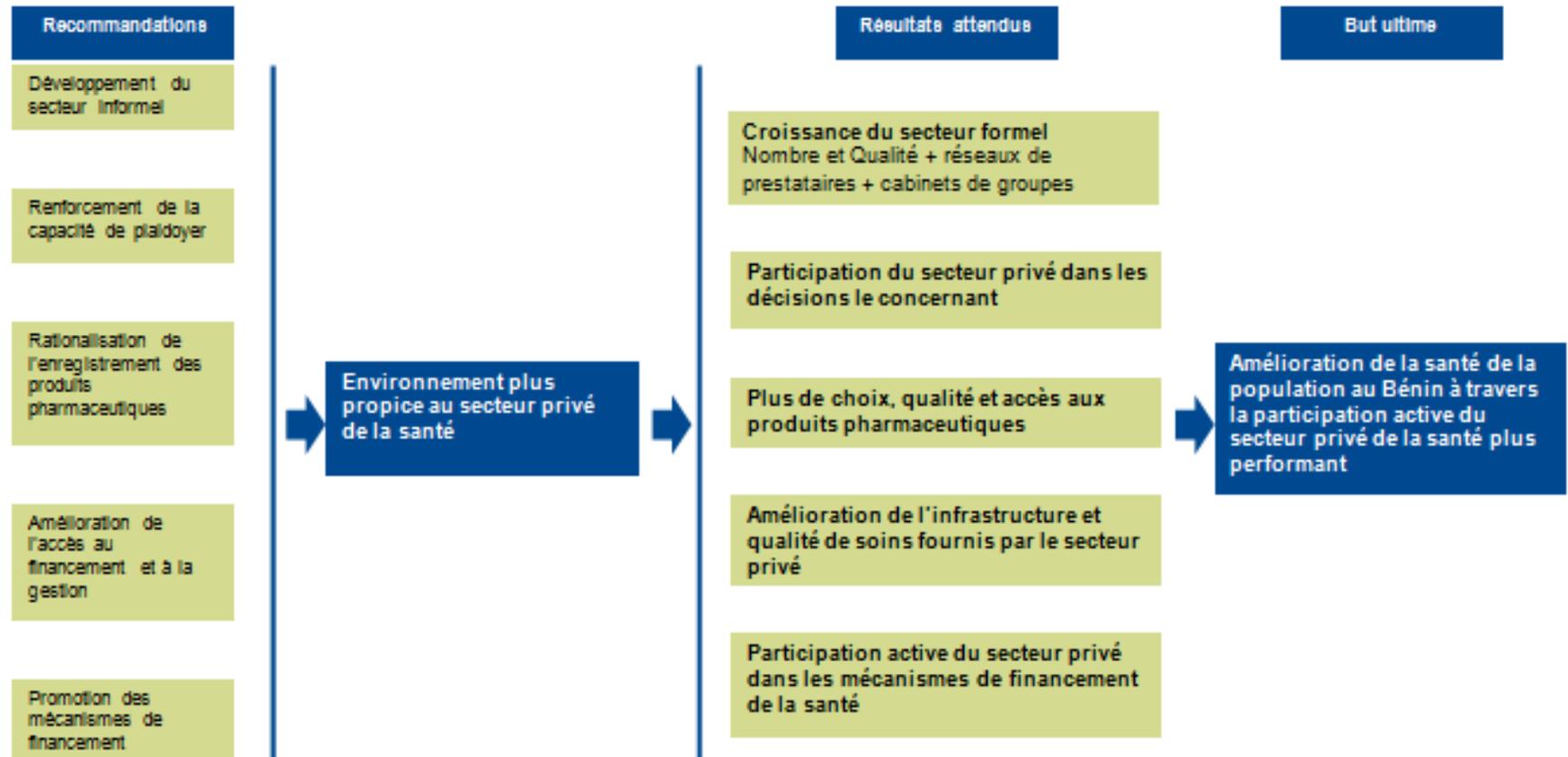
DOMAINE DE LA RECOMMANDATION	RECOMMANDATION	ORGANISME POTENTIELLEMENT RESPONSABLE
	des revues trimestrielles des prix tout au long de la chaîne d'approvisionnement.	
	Il serait bon de fournir une assistance technique à l'ABMS, à la CAME, et autres grossistes sans oublier les détaillants sur la base des prix et estimations du marché. Cela comprend l'évaluation des marges pharmaceutiques, prix du médicament et structure de prix.	USAID
	La conception et la mise en œuvre d'une formation ciblée permettrait de renforcer les capacités des gestionnaires de chaîne d'approvisionnement dans la main-d'œuvre. Il s'agit d'une scène prometteuse pour promouvoir les PPP auprès de l'industrie internationale.	USAID
	Créer des mesures incitatives permettant aux prestataires pharmaceutiques privés de collaborer avec d'autres professionnels de la santé pour améliorer l'accès des consommateurs dans les zones reculées du pays. Cette proposition implique la gestion conjointe des installations ou des activités de diffusion dans les zones mal desservies, les dispensaires opérationnelles au sein des installations confessionnelles ou publiques, la collaboration avec les pharmaciens et les prestataires sur l'estimation de stocks pour éviter les problèmes de disponibilité.	MdS
(4) Améliorer l'accès au financement et les capacités commerciales des prestataires.	Concevoir des programmes d'accès au financement auprès des banques et des IMF pour offrir stratégiquement une mesure incitative à la formalisation des entreprises. Stimuler un dosage (souhaité) plus rationnel des prestataires de santé en acheminant avec attention les prêts ciblés et supervisés aux types de prestataires qui développeront le secteur de la santé dans les zones géographiques prioritaires du pays.	USAID
	Apporter une assistance technique aux emprunteurs de l'ACD d'EcoBank qui	USAID

DOMAINE DE LA RECOMMANDATION	RECOMMANDATION	ORGANISME POTENTIELLEMENT RESPONSABLE
	<p>reçoivent des fonds dans le cadre de la garantie de l'USAID. Celle-ci pourrait être structurée comme assistance pré- et post-emprunt accordée aux cliniques sur une base individuelle.</p>	
	<p>Obtenir deux lignes de crédit supplémentaires destinées aux prestataires de soins de santé du secteur privé auprès de Bank of Africa et de la FECECAM, afin d'assurer un financement à plus long terme aux plus petits prestataires des zones rurales et périurbaines.</p>	USAID
	<p>Renforcer les capacités commerciales en lançant des formations en gestion d'entreprise et en assurant une assistance technique directe pour accroître la capacité de gestion des prestataires privés, notamment par l'élaboration des stratégies et des plans d'exploitation, le tutorat et l'assistance professionnelle des cadres supérieurs en matière de bonnes pratiques de gestion et de facilitation de l'accès au financement.</p>	USAID
<p>(5) Promouvoir les mécanismes de financement de la croissance du secteur privé de la santé (assurance maladie)</p>	<p>Soutenir le développement du RAMU et de ses mécanismes, et, en particulier, s'assurer que les prestataires privés sont pris en compte. Soutenir un groupe de travail du secteur privé servant comme organisme consultatif au gouvernement et au RAMU, tout en jouant le rôle de porte-parole du secteur privé. Fournir des ressources techniques pour développer des arguments basés sur les faits visant à soutenir les conditions générales de la participation du secteur privé au RAMU.</p>	MdS
	<p>Renforcer les capacités des capacités des <i>mutuelles</i> à travers un soutien aux efforts déployés au niveau national axés sur la constitution des réseaux et la professionnalisation. Rationaliser le processus de création et d'exploitation d'une <i>mutuelle</i> locale à travers le développement de politiques, procédures et de la documentation uniformes ; une plateforme opérationnelle centralisée pour</p>	USAID

DOMAINE DE LA RECOMMANDATION	RECOMMANDATION	ORGANISME POTENTIELLEMENT RESPONSABLE
	le traitement et la gestion des données ; et assistance pour la vente et la promotion de l'assurance maladie au sein des populations à faible revenu. Appuyer la création d'unions de <i>mutuelles</i> sur une base régionale qui seront chargées à la fois du lancement de nouvelles <i>mutuelles</i> et du soutien aux <i>mutuelles</i> existantes.	
	Soutenir la mise à la disposition de l'ANAM, de l'expertise actuarielle pour prendre en charge, sur la base de résultats, les offres de couverture dont les prix sont fixés de façon satisfaisante pour les secteurs formel et informel. Faciliter ce processus en engageant Actuaire sans Frontières et d'autres organisations similaires.	OMS / Suisse

La mise en œuvre des recommandations de l'évaluation permettrait d'atteindre les résultats exprimés dans la figure ci-après et ainsi contribuer à l'amélioration de la santé de la population béninoise à travers la participation active du secteur privé de la santé, plus fort et plus performant.

Que pouvons-nous attendre de la mise en œuvre de ces recommandations ?



I. CONTEXTE

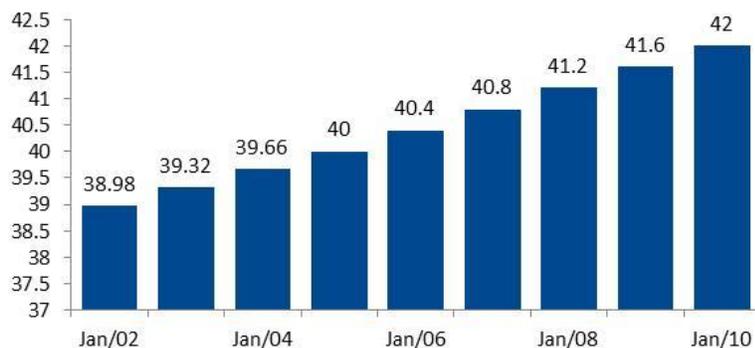
1.1 INTRODUCTION

Indépendant depuis 1960, le Bénin est un pays francophone d'Afrique de l'Ouest de 9,3 millions d'habitants. L'ensemble de l'économie béninoise repose sur l'agriculture, avec 56 pour cent de la population qui travaillent dans ce secteur ou y sont impliqués. Avec un taux d'urbanisation de 4 pour cent par an, le Bénin est actuellement urbain à 42 pour cent et selon certaines estimations, il devrait atteindre le taux de 50 pour cent d'ici 2017 (Figure 1). Le pays se classe au 163e rang sur 177 pays pour l'Indice du développement humain, avec 39 pour cent de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté. L'espérance de vie moyenne à la naissance est de 56 ans.



Les indicateurs de santé infantile du Bénin ont évolué au cours des dix dernières années, néanmoins beaucoup reste à faire. Le taux de mortalité des moins de cinq ans et le taux de mortalité infantile s'élevaient à 106 et 68 sur mille naissances vivantes respectivement et ont diminué progressivement, de 120 et 76, respectivement, en 2006 (Banque mondiale 2011). Selon le document de stratégie 2011 du GHI, le paludisme est la première cause de mortalité chez les enfants âgés de moins de cinq ans, soit 40 pour cent des consultations médicales dans les centres de santé. Cette maladie était la cause de 23 pour cent de tous les décès des moins de cinq ans en 2008. En 2010, 83 pour cent des enfants ont reçu le vaccin DCT, avec un taux de vaccination contre la rougeole de 69 pour cent. Le Rapport préliminaire de l'enquête démographique de la santé du Bénin pour l'année 2012 souligne que 28,4 pour cent des moins de cinq ans sont testés positifs au paludisme, et 44,6 pour cent ont un retard de croissance sévère ou modéré en raison d'une malnutrition chronique — un taux qui n'a cessé de s'aggraver considérablement ces dix dernières années.

Figure 1 : Tendances en urbanisation (% de CROISSANCE)

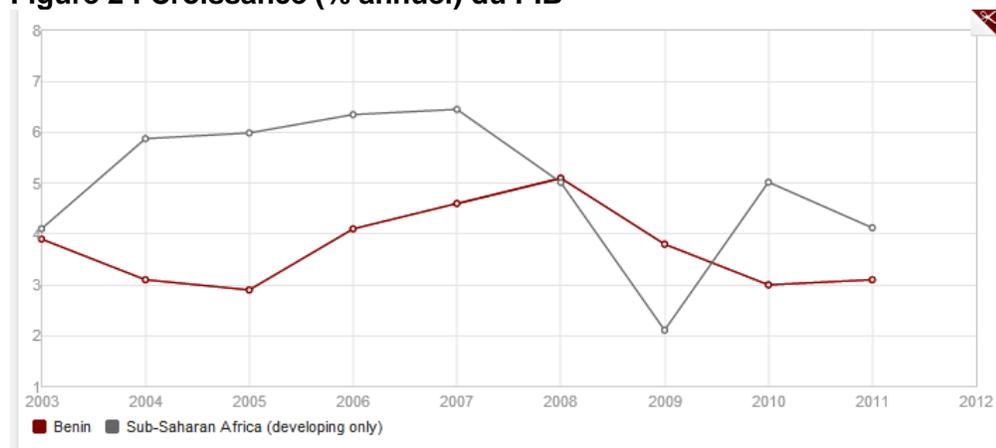


Source : Banque de données de la Banque mondiale, via Trading Economics

Le taux de fécondité du Bénin a diminué de 5,6 en 2006 à 4,9 en 2012, la mortalité maternelle est, quant à elle, descendue à 350 sur 100 000 naissances vivantes en 2010, à partir de 770 deux décennies plus tôt. Un personnel formé assiste à 84 pour cent de naissances vivantes, chiffre qui était à 78 pour cent en 2006 (EDS 2012). En ce qui concerne la planification familiale, le Bénin enregistre 30 pour cent de besoins non satisfaits en matière de contraceptifs chez les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans. La récente publication du rapport préliminaire de l'EDS du Bénin semble indiquer qu'un changement dans l'utilisation des contraceptifs chez les femmes mariées et âgées entre 15 et 49 ans, dans le meilleur des cas, est stagnant : le taux de prévalence contraceptive chez ce groupe a diminué jusqu'à 12,9 pour cent, de 17 pour cent en 2006 ; cependant, le taux de prévalence contraceptive moderne a augmenté de 6,0 à 7,9 pour cent. D'après les données de l'EDS pour l'année 2006, 39 pour cent des hommes de 15 à 24 ans utilisent des préservatifs.

Le produit intérieur brut (PIB) du Bénin est de 7,3 milliards de dollars, avec un PIB par habitant de 737 dollars et un INB par habitant de 1 630 dollars. Le Bénin a enregistré une croissance annuelle de son PIB entre 3 et 5 pour cent depuis 2003 (Figure 2). Le pays est classé 119e sur 144 économies, selon le Rapport de compétitivité mondiale 2012-2013 du Forum économique mondial. Selon ce rapport, les facteurs qui posent le plus de problèmes dans les affaires sont (1) la corruption (23,8 pour cent), l'accès aux financements (17,2 pour cent), le taux d'imposition (4 pour cent), un approvisionnement insuffisant en infrastructures (11,1 pour cent) et les règlements sur les impôts.

Figure 2 : Croissance (% annuel) du PIB



Source : Banque de données de la Banque mondiale

Le Bénin est capable d'atteindre certains des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) des Nations Unies, notamment réaliser l'éducation primaire pour tous, assurer l'accès à l'assainissement et à l'eau potable, développer un système commercial et financier ouvert et non discriminatoire, et réduire sa dette d'une manière durable. Le Bénin est encore à la traîne en ce qui concerne les objectifs d'éradication de l'extrême pauvreté et de la faim, de réduction de la perte de la biodiversité. Il présente également de grandes disparités par rapport à d'autres pays de la région pour l'OMD de promotion de l'égalité de genre, de réduction de la mortalité infantile, d'amélioration de la santé maternelle et de lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et les autres maladies (Nations Unies 2010).

1.2 LE SYSTEME DE SANTE DU BENIN

Selon le ministère de la Santé (MdS) du Bénin, la politique et la stratégie efficace autour des résultats de santé et du développement sont des conditions préalables indispensables pour le développement économique de la nation. Même si 77 pour cent de la population béninoise vit à environ 5 kilomètres d'un établissement de santé, seul 45,4 pour cent se rend à ces centres. En dépit d'avoir la couverture géographique adéquate par des établissements de santé, seul 79 pour cent des zones *sanitaires* du Bénin sont opérationnelles (projet Benin Health Systems 20/20 2012). L'accès aux soins de santé maternelle et infantile (SMI), aux pharmacies et aux prestataires privés n'est pas équitable, puisqu'il est considérablement bas pour les populations rurales.

Dans la *Politique nationale pour le développement du secteur de la santé* publiée en 1999, le MdS élabore un système de santé décentralisé constitué des niveaux central/national, intermédiaire/départemental, et périphérique. Le niveau central comprend le MdS et ses directions ainsi que les hôpitaux nationaux de référence. Le niveau intermédiaire comprend les directions départementales pour la santé et les hôpitaux départementaux de référence. Le niveau périphérique comprend les zones sanitaires qui ont en leur sein des hôpitaux de référence, des centres de santé communs, des établissements privés de santé et des services de santé.

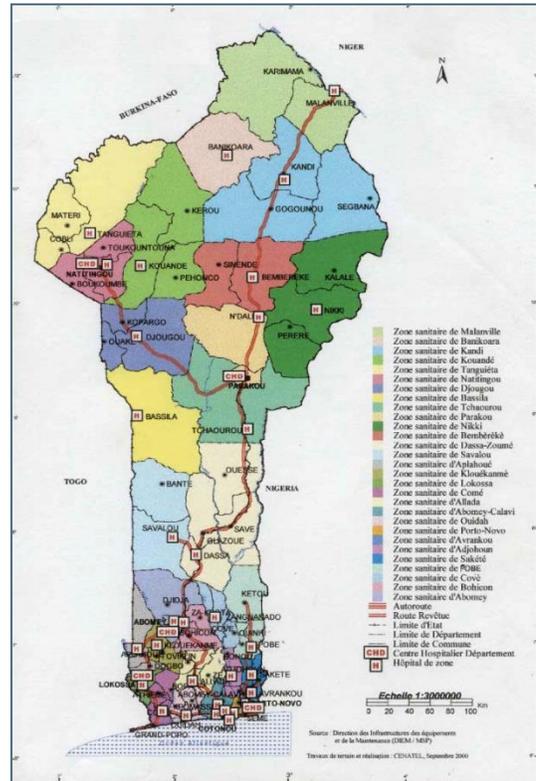
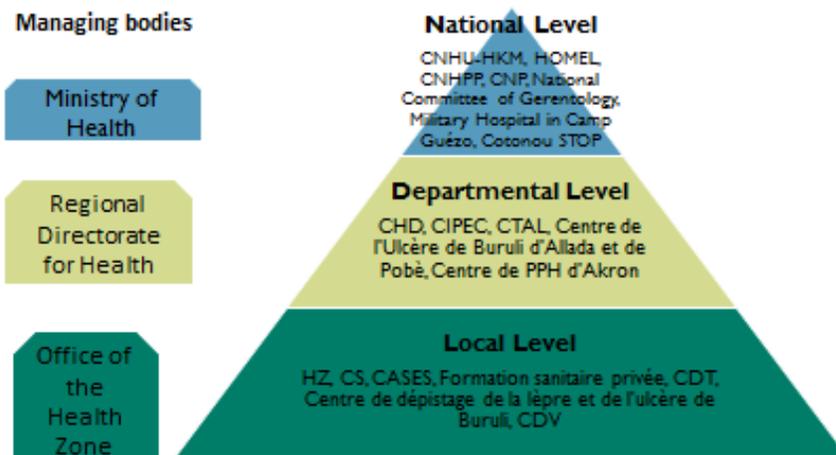


Figure 3 : Le système de santé au Bénin



Source : HS20/20 Benin HSA, 2012

Les douze départements du pays sont divisés en 34 *zones sanitaires* (consulter la carte dans la section 1.2). Ces zones sanitaires couvrent partout une à quatre communes et sont gérés par

des comités de gestion des zones de santé et des équipes de gestion des zones de santé. Du plus petit au plus grand établissement, chaque zone possède des centres de santé d'arrondissement, des centres de santé communaux et un hôpital zonal. La zone sanitaire supervise les entités médicales publiques et privées au sein de la zone, y compris les hôpitaux, cliniques et pharmacies à but non lucratif et à but lucratif.

1.3 LE SECTEUR PRIVE DE LA SANTE AU BENIN

Le secteur privé de la santé est d'apparition relativement récente au Bénin. Au début des années 1980, quelques centres de santé existaient dans le paysage global de soins de santé du Bénin ; la plupart des prestataires ont été sollicités par l'État au terme de leurs études. De plus, il prévalait une forte orientation marxiste et léniniste dans le pays au cours de cette période, lorsque le gouvernement du Bénin était étroitement lié à l'URSS, à Cuba et à l'Angola. Toutefois, en 1986, l'arrêt des recrutements dans le secteur public des soins de santé a occasionné un large développement de cette activité en privé dans le pays. Les centres de santé privés ouverts dans les années 1980 étaient pour la plupart des institutions et des structures confessionnelles, situées en zones urbaines. D'autres centres de santé privés sont apparus de façon ponctuelle jusqu'en 1997 lorsque la loi 1997-020 a autorisé la pratique privée de la médecine au Bénin (ESS 2006).

Depuis 1997, le Bénin a connu une explosion du nombre de praticiens de la santé en privé. Le secteur privé de la santé est actuellement composé de centres à but lucratif, des organisations non gouvernementales confessionnelles à but non lucratif et des partenariats public-privé. Selon une évaluation 2012 du secteur de la santé au Bénin, les ressources humaines du secteur de la santé au Bénin comptent 18 078 professionnels, dont 25 pour cent (soit près de 4 500 personnes) relèvent du secteur privé. En 2011, le MdS a publié une liste des praticiens du secteur privé enregistrés indiquant l'existence de 189 praticiens médicaux, 227 praticiens accoucheurs, 69 praticiens infirmiers et 25 praticiens dentistes. En 2012, l'Association professionnelle des médecins du Bénin comptait 850 médecins du secteur privé inscrits, l'association des sages-femmes regroupait plus de 500 membres du secteur privé et l'association des infirmiers, bien que n'ayant pas de listes, déclarait avoir elle aussi une large adhésion. Il existe au Bénin environ 15 à 20 hôpitaux privés commerciaux ou gérés par des ONG et le pays abrite approximativement 280 pharmacies¹ enregistrées et cinq grands grossistes de médicaments dans le secteur privé. La majeure partie du secteur privé se trouve dans le sud du pays, particulièrement dans les communes de Cotonou, de Porto Novo et d'Abomey-Calavi. Alors que les cabinets du secteur privé de la santé sont estimés à plus de mille, il est communément admis que le secteur informel (défini comme hors du champ d'action de la récente évaluation), constitué des guérisseurs traditionnels, des praticiens non qualifiés et des cliniques non enregistrées, connaît une croissance plus rapide que le secteur formel.

En raison de son héritage post-colonial et post-communiste, l'architecture de la santé publique du Bénin dépend énormément de la réglementation et d'une prise de décision centralisée, par opposition aux forces du marché, en ce qui concerne les prix, l'approvisionnement et le travail dans le secteur de la santé. Cette dépendance excessive à la réglementation porte grandement préjudice à l'approvisionnement en soins de santé dans le secteur privé. Cette situation est bien illustrée par les nombreuses difficultés auxquelles le secteur fait face. Par exemple,

¹ <http://www.ciopf.org/Fiches-des-pays/Benin>, Conférence Internationale des Ordres de Pharmaciens Francophones, site visité en avril 2014

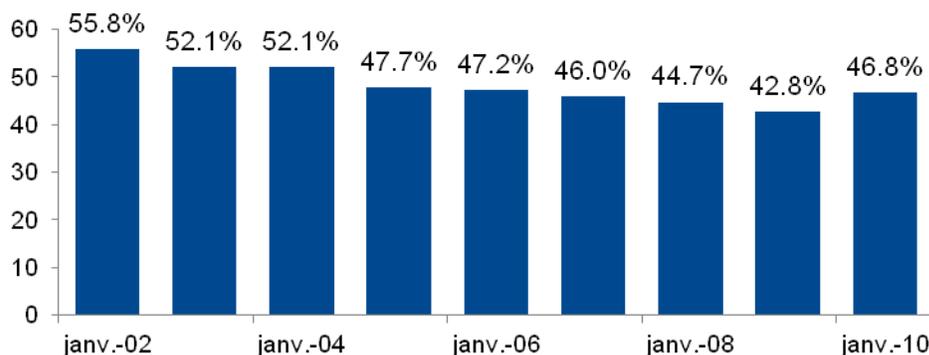
l'autorisation et l'enregistrement du cabinet privé constituent une préoccupation majeure au Bénin. Un sondage de 231 praticiens privés de la santé effectué en 2005 par la DNSP au Bénin a révélé que seul 12 pour cent étaient officiellement enregistrés auprès du MdS. Pour obtenir une autorisation et s'enregistrer au Bénin, les professionnels médicaux et paramédicaux doivent soumettre une demande à leurs organes médicaux respectifs. Des lois complètes régissant l'autorisation des prestataires des services de santé et les établissements privés sont en vigueur, même si de telles lois ne sont pas suffisamment mises en œuvre, ce qui pousse les médecins et autres travailleurs de la santé à rejoindre le secteur privé de façon informelle. Cette situation entraîne un certain nombre de préoccupations telles qu'une mauvaise qualité de soins causée par l'absence d'un contrôle rigoureux, d'une supervision et d'une nouvelle certification des prestataires de soins de santé. Par ailleurs, des inspections semestrielles des établissements privés de santé par le MdS n'ont pas lieu à cause du manque de ressources humaines et financières. S'il est vrai que la pratique simultanée dans les secteurs public et privé est illégale, la double pratique apparaît comme un phénomène relativement courant chez les prestataires (ESS 2006).

1.4 DEPENSES DE SANTE

Les dépenses de santé au Bénin ont considérablement changé depuis l'indépendance politique en 1960. À l'instar d'autres pays en développement, l'accès financier aux soins de santé du Bénin est parti d'une situation de gratuité à un mécanisme de recouvrement des coûts et de subventions pour les groupes vulnérables, pour enfin devenir un système d'assurance maladie universelle (*Régime d'assurance maladie universelle* [RAMU]) en 2011. Le RAMU était censé améliorer considérablement l'accès aux services de santé et faciliter la transposition à plus grande échelle des interventions médicales à travers l'offre de multiples services de santé gratuits.

D'après les dernières données des comptes nationaux de santé du Bénin, les dépenses totales de santé, en termes de pourcentage du PIB, ont suivi une tendance baissière ces six dernières années. En 2006, les dépenses sont allées de 4,8 pour cent du PIB à 4,3 pour cent en 2009 et à 4,1 pour cent en 2010. Les ressources externes de santé, telles que celles des donateurs, représentaient 35,9 pour cent de la totalité des dépenses de santé en 2010, par rapport à 24,4 pour cent en 2008 et 16,5 pour cent en 2003. Les dépenses totales publiques par rapport aux dépenses privées de santé sont presque égales, avec 50,5 pour cent de dépenses consenties par le secteur privé. Les dépenses du Bénin représentent 46,8 pour cent des dépenses totales de santé dont 92,7 pour cent sont effectuées dans le secteur privé (Figure 4).

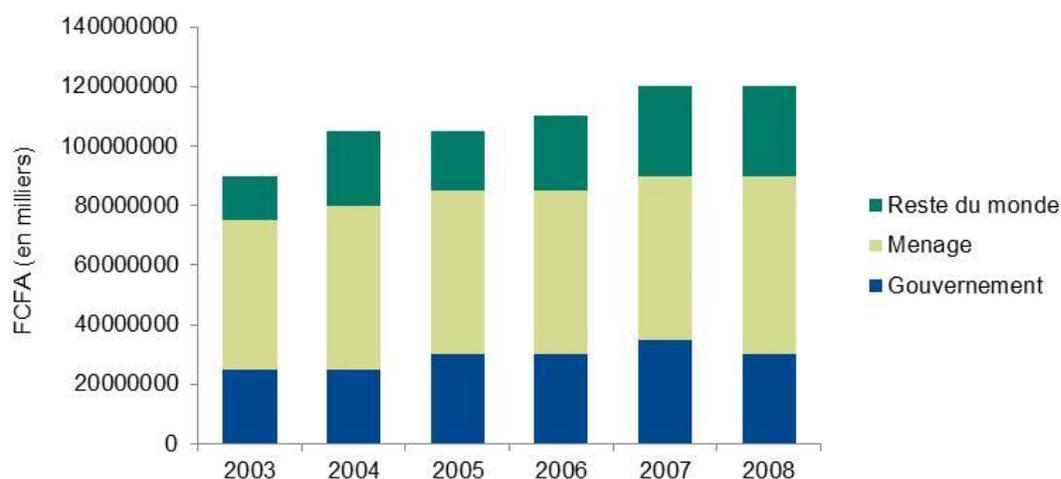
Figure 4 : Les dépenses en pourcentage des dépenses totales de santé au Bénin



Source : Banque de données de la Banque mondiale, [Trading Economics](#)

La figure 5 montre que les ménages sont les premiers contributeurs des dépenses de santé au Bénin, suivis du gouvernement et du reste du monde. La contribution des ménages aux dépenses de santé est allée de 52,1 pour cent (Comptes nationaux de santé [CNS] 2003) à 44 pour cent (CNS 2008) ; la contribution du gouvernement a fluctué entre 30 et 28 pour cent à la même période. Alors que la contribution des ménages entre 2003 et 2008 a diminué d'environ 16 pour cent, le pourcentage des revenus des ménages dépensés pour la santé a légèrement baissé de 69,4 pour cent (en 2003) à 67 pour cent (en 2008). Dans un contexte où 37 pour cent de la population gagne 1,50 dollars par jour, cette situation constitue un fardeau pour les ménages, exposant une grande partie de la population à des dépenses de santé catastrophiques.

Figure 5 : Évolution de la structure du financement de la santé au Bénin de 2003 à 2008*



Source : Comptes nationaux de santé 2008.

*Traduction : « Reste du monde » (outside donors), « Ménages » (households), « Gouvernement » (government)

1.5 ENVIRONNEMENT DES BAILLEURS

Les bailleurs internationaux jouent un rôle important dans le secteur de la santé au Bénin. Les investissements provenant du reste du monde ont presque doublé, de 17 pour cent des dépenses totales de santé en 2000 à 35 pour cent en 2010, une réalité qui s'est accompagnée d'un relatif déclin dans l'allocation du budget du secteur de la santé. L'investissement collectif des organismes gouvernementaux américains dans le cadre du partenariat entre l'Initiative de santé mondiale (GHI) et le Bénin pour améliorer la santé au Bénin au cours de l'EF 2010 - la dernière année où les données étaient disponibles - était de 34 millions de dollars, l'USAID gérant plus de 90 pour cent de ce montant. Le secteur de la santé au Bénin a des partenariats avec des gouvernements nationaux étrangers (suisse, néerlandais, français) ; des institutions multilatérales (la Banque mondiale, la Banque africaine de développement, l'Organisation mondiale de la santé [OMS], le Programme des Nations Unies pour le développement [PNUD]) ; des ONG (Association française des volontaires de la paix, Peace Corps, Care International) ainsi que des agences américaines comme le Département d'État, le Département de l'Agriculture et le Centre de contrôle des maladies.

Dans la contexte de la SMI, de la planification familiale et de l'assurance maladie communautaire, le secteur de la santé au Bénin travaille en collaboration avec des partenaires de l'USAID tels que Population Services International (PSI), Medical Care Development international (MCDI), Jhpiego Corporation et University Research Corporation, LLC. PSI, plus connu sous le nom d'ABMS, opère à travers un réseau de 50 cliniques impliquées dans la prestation des services de la planification familiale/de santé reproductive (PF/SR), maternelle, néonatale et infantile (SMNI). Ce réseau, *Protection de la Famille (ProFam)*, est une franchise clinique visant à améliorer les services de PF dans le secteur privé dans le respect de la qualité des soins, l'augmentation de la demande et de l'accessibilité de la PF. Le projet Accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme de MCDI (ARM-3) entend mettre en œuvre des interventions de prévention et de traitement du paludisme et renforcer les capacités du système de santé national du Bénin, qui vient compléter le programme de l'USAID/Bénin et d'autres programmes de lutte contre le paludisme soutenus par des dons. D'autres donateurs majeurs tels que la Coopération belge pour le développement, entrent en partenariat avec le secteur privé, développant ainsi les partenariats public-privé au Bénin.

1.6 PRESENTATION GENERALE DU RAPPORT

Le rapport de l'Évaluation du secteur privé (ESP) est divisé en neuf sections, couvrant des domaines thématiques variés, les résultats et les recommandations. La répartition suivante donne également une description de chaque section :

- Section 2 : Portée et méthodologie de l'évaluation présente le cadre de l'évaluation et la méthodologie utilisée.
- Section 3 : Cadre politique parle de l'environnement propice pour la santé au Bénin, prenant en compte tous les aspects de la politique nationale de la santé, l'autorisation des entreprises et l'enregistrement aussi bien pour les services que pour les produits.
- Section 4 : Prestation de services dans le secteur privé est centrée sur les prestations de services dans le secteur privé, donnant un aperçu des établissements, des prestataires et des associations du secteur privé. Cette section contient des informations tirées de revues de la littérature, l'analyse de l'ESD ainsi que les données collectées à travers les entretiens sur le terrain.
- Section 5 : Approvisionnement et produits pharmaceutiques donne un aperçu des résultats pour le secteur pharmaceutique privé, allant de la disponibilité et du coût des produits jusqu'à la distribution et la gestion de la chaîne d'approvisionnement.
- Section 6 : Accès au financement couvre une évaluation des besoins et contraintes de financement des prestataires, des institutions financières actives sur le marché de la santé, et le profil professionnel des prestataires privés.
- Section 7 : Assurance maladie met l'accent sur la possibilité d'accroître les options de financement de la santé à travers le secteur privé.
- Section 8 : Recommandations énumère les recommandations de l'équipe d'évaluation, qui se trouvent également dans le résumé analytique.
- Section 9 : Conclusion résume les résultats, les recommandations et les buts de l'ESP.

Dans le cadre de la présente évaluation, le « secteur privé de la santé » comprend divers acteurs - les organisations non gouvernementales qui sont constituées aussi bien des organisations confessionnelles que des associations, ainsi que les structures de soins de santé à but lucratif dont les activités vont des soins/de la prévention et de la distribution des produits pharmaceutiques, aux financements et à l'assurance. Il est vrai que les guérisseurs traditionnels

ne sont pas inclus dans l'évaluation à la demande de l'USAID/Bénin ; cependant, il va sans dire qu'ils font partie du secteur privé de la santé.

2. PORTEE ET METHODOLOGIE DE L'EVALUATION

2.1 CHAMP D'ACTION DU TRAVAIL

L'USAID/Bénin cherche des stratégies concrètes pour renforcer la collaboration entre les secteurs public et privé formel de la santé au Bénin. Pour les années 2011 à 2015, USAID/Bénin a adopté comme priorité stratégique le renforcement de la participation du secteur privé en vue de l'amélioration des résultats de santé au Bénin. Pour ce faire, au milieu de l'année 2012, USAID/Bénin a initié le projet de Renforcement des résultats de santé au moyen du secteur privé (SHOPS) pour entreprendre une évaluation du secteur privé de la santé au Bénin afin d'aider l'USAID et d'autres parties prenantes à développer une stratégie visant à engager davantage le secteur privé. La stratégie complétera et accroîtra les efforts actuels au sein des secteurs public et privé avec une focalisation sur la PF, la SMI, les populations urbaines (notamment les populations pauvres des villes) et les réseaux de prestataires de service existants.

Le champ d'action de l'évaluation était le suivant :

1. **Déterminer la taille, la portée et l'échelle des prestataires du secteur privé de la santé au Bénin.** Identifier l'emplacement et la densité des établissements et services offerts par le secteur privé, particulièrement ceux associés à la planification familiale (PF) et à la santé maternelle et infantile (SMI) ainsi que l'offre et la demande du secteur privé quant à la prestation des services et la distribution des produits de santé dans ces domaines principaux. Eu égard aux contraintes temporelles et budgétaires, le cadre des guérisseurs traditionnels au Bénin a été exclu de la présente évaluation.
2. **Évaluer le cadre politique et réglementaire pour l'offre des services et produits de santé,** en considérant particulièrement comment le secteur public peut coordonner et superviser le secteur privé dans la normalisation et l'alignement de la stratégie et des objectifs nationaux.
3. **Évaluer les besoins commerciaux et financiers du secteur privé de la santé** afin d'assurer davantage la viabilité des établissements en tant qu'entreprises, avec un accent sur les établissements de ProFam et d'AMCES. Examiner l'ampleur à laquelle l'accès au crédit pourrait améliorer la qualité des soins ou étendre la prestation de services et satisfaire les besoins de formation en gestion d'entreprise.
4. **Identifier des synergies avec des activités de soutien sur le terrain en cours de l'USAID** qui portent sur l'amélioration des résultats de santé au Bénin.

5. Identifier les possibilités d'accroissement de l'accès aux options de financement de la santé par le secteur privé en examinant les initiatives actuelles.

Le cadre de travail complet peut être consulté dans l'annexe A.

2.2 METHODOLOGIE

L'évaluation du secteur de la santé s'est faite sur la base d'un processus à quatre étapes : finaliser le plan d'action et donner un aperçu général, rédiger une revue de la littérature et mener la recherche, effectuer une évaluation dans le pays, rédiger un rapport et diffuser les informations. L'étape 1 a débuté en août 2012 avec une élaboration initiale du cadre de travail et l'étape 4 s'est achevée en janvier 2012 avec la finalisation de la première mouture du rapport de l'évaluation. L'équipe qui a mené l'étude était constituée de trois spécialistes internationaux du secteur privé, trois spécialistes béninois ayant de l'expertise aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé et deux membres du personnel d'appui venant de l'équipe du projet SHOPS située à Bethesda dans le Maryland.

Étape 1 : Finaliser le plan d'action. SHOPS travaille avec l'USAID/Bénin pour finaliser le plan d'action détaillé, y compris le cadre de l'évaluation, l'accord sur les questions clés du sondage, le programme et le calendrier. Ce travail a été effectué par le truchement des correspondances électroniques et de plusieurs téléconférences tout au long des mois de juillet et d'août 2012. Le cadre de travail complet peut être consulté à l'annexe A.

Étape 2 : Rédiger une revue de la littérature et mener la recherche. Le personnel du siège de SHOPS a mené des recherches contextuelles utilisant des sources secondaires, une analyse secondaire de l'EDS, CNS et d'autres sources dans le but de donner une description de la demande de services de santé au Bénin. Les entretiens menés récemment lors de la phase de visite dans le pays ont produit des données qui ont par la suite été ajoutées aux données collectées lors de l'étape 2. SHOPS a utilisé la recherche contextuelle pour informer les membres de l'équipe sur la situation du secteur privé de la santé au Bénin, y compris et sans s'y limiter, la couverture et la prise en charge du PF, les dépenses de santé du secteur privé et l'accès au financement.

Étape 3 : Mener une évaluation dans le pays. SHOPS a envoyé une équipe de quatre personnes au Bénin pour mener une évaluation d'une durée de trois semaines. L'équipe a travaillé avec trois collègues béninois, un expert du secteur privé de la santé publique, un autre du secteur privé et un spécialiste du secteur bancaire sur le terrain pour faciliter l'évaluation. Les composantes suivantes ont été incluses dans la méthode d'évaluation :

Réunions avec les intervenants : L'équipe a tenu des réunions avec les décideurs clés tels que le MdS, l'USAID et les entités du secteur privé afin de clarifier les attentes et expliquer le cadre de l'évaluation ; recevoir des conseils et réactions, redéfinir le cadre d'évaluation si nécessaire ; collecter et analyser les données primaires ; évaluer la capacité du secteur privé ; construire davantage de soutien et rallier tout le monde au travail de SHOPS.

Entrevues avec des informateurs primordiaux : Les membres de l'équipe de SHOPS ont mené des entretiens qualitatifs approfondis avec les parties prenantes et partenaires clés. Ces informateurs clés sont les suivants :

- Personnel de l'USAID/Bénin
- Les partenaires de mise en œuvre (entrepreneurs et organismes de coopération) travaillant sur des initiatives du secteur privé, en particulier sur le PSI et le MCDI/ARM-3
- Le personnel de l'USAID/Washington du bureau de la population
- Plus de 40 cliniques représentant une partie de médecins généralistes privés, gynéco-obstétriciens, pharmaciens et sages-femmes de Cotonou, Porto Novo, Allada et Ouidah
- 10 pharmacies et trois principaux grossistes de Cotonou et à Porto Novo
- Des associations professionnelles, notamment celles des médecins, des pharmaciens, des infirmiers, des sages-femmes et des cliniques privées
- Plus de 10 institutions financières, dont les banques, les coopératives de crédit et les institutions de microfinance (IMF)
- Le personnel clé du MdS du Bénin, notamment ceux de la direction de la SMI, la direction des entreprises de santé et des autorisations, la direction de l'approvisionnement et de la réglementation pharmaceutique et la direction de la santé communautaire.
- Les donateurs multilatéraux, en particulier l'OMS
- Trois organisations faitières de défense des entreprises et d'ONG ayant des liens avec le secteur de la santé
- Six cabinets de collecte de données et de recherche pour évaluer la capacité de recherche pour un éventuel exercice de cartographie du secteur privé distinct de l'évaluation du secteur de la santé.

Visites de terrain: L'équipe d'évaluation effectuait des visites de terrain quotidiennes dans les établissements de santé urbains ou périurbains, des petites cliniques et pharmacies aux hôpitaux, pour mener ses premières activités de collecte de données et d'évaluation. Des visites supplémentaires ont été effectuées à PSI et dans les entrepôts des grossistes, dans les bureaux gouvernementaux et le marché informel.

Analyse des données: L'équipe a effectué l'analyse des données collectées pendant les entretiens et les visites de terrain en temps réel et elle a improvisé et adapté son programme d'évaluation selon la nécessité sur la base des résultats ou des nouvelles informations. Les données ont été analysées jusqu'au moment de la rédaction du rapport et ont aidé à éclairer la structure et les résultats du rapport d'évaluation.

Étape 4 : Rédiger le rapport et diffuser les informations. Au terme de l'analyse des données et de l'évaluation dans le pays, l'équipe a travaillé en synergie pour rédiger l'avant-projet du rapport d'évaluation destiné à l'examen par le personnel de l'USAID/Bénin. À la réception des commentaires de l'USAID/Bénin, l'équipe a revu et corrigé le rapport en conséquence. Le rapport final a par la suite été distribué aux parties prenantes intéressées. Le processus de rédaction du rapport, de réception des commentaires, de diffusion et de finalisation du rapport a duré environ trois mois, commençant au retour des visites de terrain.

3. CADRE POLITIQUE

3.1 CONTEXTE

Le secteur privé de la santé du Bénin est un acteur majeur de la prestation des services de santé qui croît rapidement, tel que c'est le cas dans plusieurs pays en développement. Aussi, comme c'est le cas dans d'autres pays en développement, les statistiques détaillées du Bénin sur le pourcentage des services fournis par les prestataires privés ne sont pas collectées de manière systématique. Toutefois, le large volume de dépenses (46,8 pour cent, Banque mondiale 2010) suggère que de multiples transactions privées sont effectuées. Selon la Banque mondiale, 92,7 pour cent des dépenses s'effectuent directement de la poche dans le secteur privé : 56 pour cent sont faites dans les pharmacies, 13 pour cent dans les hôpitaux privés, 9 pour cent dans les hôpitaux zonaux, 7 pour cent dans le secteur traditionnel, 5 pour cent dans la pratique spécialisée et autres services et enfin 2 pour cent dans les cabinets médicaux. Ces données suggèrent que les pauvres reçoivent une partie considérable de leurs soins chez les prestataires privés.

Plusieurs facteurs justifient la croissance remarquable du secteur privé de la santé au Bénin. Il s'agit, entre autres, de l'urbanisation accélérée, du mauvais accès/ de la qualité des services publics, la volonté ferme de payer et l'incapacité du gouvernement béninois à employer des prestataires nouvellement diplômés. Ces facteurs sont décrits ci-après :

- Urbanisation accélérée. Selon des estimations, 50 pour cent de la population du Bénin sera urbaine ou périurbaine d'ici 2017. Cette situation va nécessairement accroître la demande des produits et services de santé des prestataires publiques et privés.
- Mauvais(e) accès/qualité des services publics. On s'attend à ce que le secteur public ne soit plus capable de satisfaire la demande grandissante des zones urbaines/périurbaines. Ce vide pourrait contribuer à la mise sur pied de nouveaux centres de santé gérés par des prestataires privés modernes ainsi que par des guérisseurs traditionnels.
- Forte disponibilité à payer. Les dépenses excessives pourraient refléter une forte disponibilité à payer. La population en général, y compris les pauvres, est habituée à effectuer des paiements directs pour certains soins de santé et les produits reçus dans des établissements tant publics que privés.
- L'incapacité de l'État béninois à employer des prestataires nouvellement diplômés. Le nombre de médecins nouvellement diplômés qui sont en chômage s'accroît d'année en année et ce depuis que le MdS a gelé les recrutements systématiques en 1986. Ainsi, les uns sortent du Bénin alors que les autres travaillent dans le secteur privé ou ouvrent leurs propres cabinets.

3.2 CADRE POLITIQUE DES SERVICES

Les contributions potentielles d'un secteur privé de la santé en nette croissance sont mises à mal par un régime et un cadre politiques réglementés à l'excès. Comme nous l'avons relevé à l'introduction, l'histoire combinée des influences post-coloniale et post-communiste sur les pratiques de surveillance a eu une incidence importante en matière de formation sur le cadre politique. Cette situation a débouché sur un secteur de la santé hautement réglementé, dans le sens de subir un contrôle excessif, défavorable à une croissance efficace d'une entreprise privée et crée des obstacles importants aussi bien pour les entrepreneurs que pour les investisseurs internationaux. Les pratiques réglementaires actuelles favorisent la montée du secteur informel, ce qui a des conséquences sur le plan de la qualité des soins.

Cadre juridique

La pratique dans le secteur privé est régie par la Loi No. 97 du 17 juin 1997. Cette loi établit les conditions à remplir pour exercer les professions médicales et paramédicales. La loi a été complétée par des décrets présidentiels qui approuvaient les codes déontologiques pour les membres des associations professionnelles.

Les procédures d'enregistrement et d'autorisation

La législation locale a été réformée afin de définir des procédures d'enregistrement spécifiques, pour les cliniques privées et les produits pharmaceutiques. En théorie, les procédures officielles pour l'étude des dossiers ne sont pas indûment prolongées. Dans la pratique cependant, praticiens et fabricants considèrent tous que les procédures d'enregistrement et d'autorisation sont bureaucratiques et lentes. Malgré un maximum réglementaire net autorisé de 3 à 6 mois, le consensus général est que la procédure qui conditionne la pratique ou l'ouverture d'un cabinet privé peut durer des années. Sur la base des entretiens avec des praticiens privés, la durée moyenne nécessaire pour terminer la procédure d'enregistrement est de trois ans ; pour l'anecdote, un des répondants a affirmé avoir attendu pendant 19 ans. Le même prestataire a soumis une demande à quatre reprises, énumérant de nombreux cas de perte de la demande par le gouvernement.

Selon certaines sources, l'une des causes du retard dans l'enregistrement des entreprises est la taille et la capacité limitées de la commission technique (*Commission nationale de délivrance des autorisations*) mise sur pied par le MdS pour examiner les dossiers. Ces commissions composées des représentants du MdS, des ordres professionnels concernés (par exemple l'ordre des médecins, l'ordre des sages femmes), mènent des inspections physiques dans les établissements des demandeurs dans le cadre du processus d'étude de dossier. Chaque commission est programmée pour effectuer un maximum de quatre visites en un an. L'autorisation finale pour une pratique privée est délivrée par le MdS et sur la base des recommandations de la commission technique. Depuis des années, le volume des demandes des cliniques privées est de loin supérieur à la capacité des commissions respectives à mener des visites d'inspection, ce qui débouche sur une accumulation excessive de demandes à examiner. Par ailleurs, une recommandation négative d'un premier tour de visite d'inspection engendre l'exigence d'une nouvelle visite qui s'ajoute à la charge et au calendrier de travail de la commission.

Restrictions

Les restrictions cruciales suivantes réglementent l'actuelle législation nationale sur la santé :

1. *Propriété des établissements de santé* : Chaque établissement ne peut être géré que par un médecin d'une spécialité. Les prestataires ne peuvent posséder qu'un seul

- établissement de santé. Les réseaux ou chaînes de pharmacies ou de laboratoires ne sont pas autorisés.
2. *Emplacement des cliniques, hôpitaux et maternités* : Les médecins et les sages-femmes ne peuvent pas installer leurs cabinets privés à proximité d'une pharmacie ou d'un fournisseur d'appareils médicaux. Les médecins ne peuvent pas ouvrir leur cabinet dans un bâtiment abritant déjà un autre médecin à moins que ce dernier soit d'accord et que l'ordre l'approuve.
 3. *Emplacement des pharmacies* : Les pharmacies peuvent ouvrir uniquement dans un emplacement en accord avec l'ordre concerné et pourvu que ce ne soit pas à proximité d'une autre pharmacie. Les critères du choix de l'emplacement d'une nouvelle pharmacie qui dessert une zone donnée sont restrictifs et ambigus. Cette restriction sur l'emplacement compromet l'installation de nouvelles pharmacies dans des zones à forte demande qui potentiellement pourraient accueillir plus d'une pharmacie.
 4. *Publicité sur les établissements de santé* : La publicité sur les services et produits par les établissements de santé et les pharmacies est interdite. La taille et le texte des panneaux dressés aux entrées des établissements de santé et des pharmacies sont contrôlés par les associations professionnelles compétentes.
 5. *Honoraires* : Les médecins et les sages-femmes ne sont pas autorisés à réduire le prix des services tels que fixés par leurs associations professionnelles respectives. La fixation des prix ne se fait pas sur la base du marché et ne prend pas en compte les différences socioéconomiques et géographiques.
 6. *Prix et marges pharmaceutiques* : Ils sont définis par l'Ordre des pharmaciens, les grossistes et le MdS. Ils ne sont pas basés sur le marché.
 7. *Double pratique* : Les prestataires du secteur public n'ont pas le droit d'ouvrir des cabinets de santé ou de travailler dans le secteur privé. Il est évident que la double pratique est une réalité, dans la mesure où elle constitue une source de revenus supplémentaires pour les prestataires du secteur public. En effet, les hôpitaux privés utilisent les prestataires de service de santé publics pour assurer les postes de nuit et servir de consultants.

RÉSULTATS POUR LE CADRE POLITIQUE DES SERVICES

Le secteur privé est régi par un nombre excessif de lois, ce qui alimente la croissance du secteur informel. Les contributions potentielles d'un secteur privé de la santé en pleine croissance sont mises à mal par un régime et un cadre politique réglementé à l'excès. Le secteur informel s'accroît plus vite que le secteur formel ; cependant, il ne bénéficie pas d'un accès aux financements, des offres de PF, d'équipements, de formation et de supervision. Les préoccupations majeures sont les suivantes :

- Les procédures d'enregistrement et d'autorisation sont bureaucratiques et trop longues.
- Les associations professionnelles ne disposent pas des ressources nécessaires pour répondre de façon efficace aux procédures d'enregistrement et d'autorisation.
- Il existe des barrières majeures à la mise en place de cabinets de groupe ou de réseaux de prestataires.

Il existe des lois restrictives dans la réglementation actuelle de la santé. La législation suivante affecte grandement le secteur privé :

- Les prestataires ne peuvent posséder qu'un seul établissement de santé.
- L'emplacement des cliniques, hôpitaux, maternités et pharmacies est décidé de façon arbitraire par les associations professionnelles.
- La publicité et le marketing sur les services sont interdits.
- Les honoraires des prestataires ne sont pas basés sur le marché et ne peuvent pas être changés sans l'approbation des associations professionnelles.
- Les prix et marges pharmaceutiques ne sont pas basés sur le marché.

Le secteur privé formel fonctionne sur une base individuelle et le cadre politique n'est pas favorable à la mise en place des cabinets de groupe ou des réseaux de prestataires.

Même s'il n'existe pas de restriction juridique pour les cabinets de groupe, le cadre politique n'est pas propice à une telle situation. Entre autres principales raisons avancées, citons l'idée selon laquelle le cabinet médical doit être mis sur pied par un individu seul, le sens de la méfiance entre les médecins et un manque de confiance au système judiciaire.

Les agences publiques dominant de fait l'initiation et la supervision de la mise en œuvre des partenariats public-privé. Les partenariats efficaces qui ajoutent de la valeur pour améliorer les résultats de santé *peuvent et doivent* être initiés aussi bien par le secteur public que par le secteur privé. Les approches novatrices et souples de résolution de problèmes très souvent constituent une caractéristique tangible des entrepreneurs du secteur privé. L'apport du pouvoir d'un dialogue créatif entre ces deux groupes d'acteurs revêt une importance capitale dans l'initiation d'une collaboration trans-sectorielle pour l'obtention de meilleurs résultats de santé publique.

RECOMMANDATIONS POUR LE CADRE POLITIQUE DES SERVICES

Il serait judicieux de :

- **Etablir un dialogue stratégique avec le MdS afin de rationaliser le processus d'enregistrement et d'améliorer le respect et à l'application des délais officiels impartis pour les procédures d'examen.** La création d'un « guichet unique » où les prestataires peuvent s'occuper de tous les aspects liés à l'enregistrement et à l'autorisation pourrait être une partie de la solution.
- **Identifier un « champion » de grande notoriété du secteur privé** et un homologue du MdS pour organiser et coordonner des réunions de dialogue régulières entre le MdS et les parties prenantes du secteur privé.
- **Accorder l'amnistie aux prestataires et aux établissements informels actuellement qualifiés, mais non enregistrés.** Cette amnistie est nécessaire pour encourager les établissements existants à soumettre une demande d'enregistrement, surtout dans la mesure où elle se rapporte à la croissance future du réseau ProFam.
- **Soutenir un mécanisme d'identification et d'appui aux prestataires pour leur enregistrement.** Octroyer une assistance technique à une organisation, à l'instar d'ABMS ou d'une autre qui a un intérêt direct dans le secteur formel de la santé, pour que celle-ci puisse assumer ce rôle d'identification et de soutien aux prestataires afin qu'ils s'enregistrent.
- **Supprimer les obstacles afin de convertir les cliniques du secteur privé en établissements à forte fréquentation, de haute qualité et à faible prix unitaire.** Entamer et maintenir le dialogue avec le MdS et les ordres professionnels pour relâcher

les contraintes sur le marketing et la promotion des services de santé, déréglementer les prix afin qu'ils soient davantage axés sur le marché et développer un ensemble de mesures incitatives pour promouvoir les cabinets de groupe et les réseaux de prestataires.

- **Améliorer la compréhension par les prestataires privés** des normes gouvernementales et des droits autour de l'application des délais d'enregistrement et d'examen du dossier. Soutenir une association ou une ONG qui éduquera les prestataires sur ces droits et responsabilités.

3.3 CADRE POLITIQUE POUR LES PRODUITS

Comme mentionné dans la section 3.2, un cadre politique réglementé à l'excès et hautement restrictif handicape les potentielles contributions du secteur privé en matière d'enregistrement, de fixation de prix et d'importation de produits. Ces réalités ont des conséquences en ce qui concerne la qualité de soins offerts à la population béninoise.

Enregistrement des produits

L'une des barrières principales à l'enregistrement se présente sous formes d'une procédure de décision fortement contrôlée et centralisée par le MdS. Cette procédure fait obstacle aussi bien à la concurrence pour les produits pharmaceutiques clés qu'à leur disponibilité sur le marché. Malgré un processus bien défini et des délais fixés pour la fin de chaque phase d'examen pour l'enregistrement des produits, au cours des enquêtes de terrain, l'équipe a constaté de nombreux rapports de délais prolongés dans les examens de dossiers. Les commentaires supplémentaires rapportaient fréquemment des pertes de documents par le MdS au cours du processus d'examen des dossiers, nécessitant une nouvelle soumission de la demande et une réinitialisation du processus d'examen.

Le gouvernement, contrairement aux marchés, détermine si des produits spécifiques sont « nécessaires » sur le marché. Les critères spécifiques d'examen utilisés dans l'examen de la gestion du test clinique qui permettent au gouvernement dans le processus d'autorisation de décider d'inclure ou d'exclure des produits pharmaceutiques donnés sur le marché ne sont pas clairement définis. Par ailleurs, une demande d'autorisation exclut l'enregistrement de produits similaires à ceux existants sur le marché, limitant ainsi le choix des consommateurs. Lorsque l'enregistrement d'un fabricant ou d'un produit est rejeté, des raisons inappropriées sont données pour justifier une telle décision, parfois sur la base de l'existence d'un produit similaire sur le marché béninois.

Le gouvernement donne une grande priorité à l'approvisionnement en génériques, en plus du contrôle d'accès et des prix équitables pour les non génériques. Cette réalité entraîne une dépendance à l'égard de dons de produits, notamment de génériques et par conséquent, une structure de prix subventionnée. Le contrôle répété des produits reconnus et préqualifiés au plan international (ex. préqualifiés par l'OMS) par le Laboratoire National de Contrôle de Qualité (LNCQ) crée des retards inutiles dans l'enregistrement des produits et des coûts supplémentaires inutiles aux partenaires des secteurs public et privé intéressés par l'extension du rôle du secteur privé dans la prestation des soins de santé.

Contrôle des prix

Des marges de prix sont fixées aux grossistes par les autorités centrales et sont limitées à un pourcentage spécifique étendu à tous les niveaux de vente en gros. Pour les médicaments de marque ou de spécialité, cette marge est souvent très réduite pour permettre aux grossistes

d'engranger des bénéfices raisonnables (ou même dans certains cas de couvrir les coûts d'importation, les frais de douane et le coût des opérations). Le contrôle strict des taux de majoration et des marges sur l'importation et la distribution des produits non génériques dans l'intention de protéger les consommateurs en veillant à ce que les médicaments restent aux prix bon marché, réduit les marges jusqu'au point où les revenus ne couvrent pas fréquemment les coûts directs d'importation et de distribution. En conséquence, les grossistes se plaignent d'être incapables d'identifier et d'importer de nouveaux médicaments de spécialité afin de satisfaire ce créneau de demande sur le marché et qu'ils sont très souvent incapables de couvrir de manière fiable les coûts et d'approvisionner les pharmacies de vente au détail en quelques médicaments de spécialité inscrits sur la liste des médicaments essentiels du Bénin. Il est cependant difficile voire impossible pour les cliniques privées de participer pleinement à l'approvisionnement en produits pharmaceutiques sur le marché. Les pratiques réglementaires en vigueur étouffent la capacité du secteur privé à satisfaire les besoins des populations de façon durable en médicaments spécialisés et refusent catégoriquement les choix des gammes de produits aux consommateurs, en évitant une segmentation effective du marché.

Le choix du consommateur

La garantie du choix du consommateur dans les gammes de produits pharmaceutiques et la valeur de la segmentation du marché ne sont pas suffisamment développées dans le cadre de la politique de santé publique au Bénin. Les acteurs du secteur privé sont particulièrement préoccupés par le bon choix du consommateur dans le secteur pharmaceutique. Sans un changement de mentalité et du cadre juridique régissant l'environnement d'approvisionnement pharmaceutique, il y a peu de chances chez les propriétaires privés du pays que les acteurs privés puissent jouer un rôle important dans l'atteinte des objectifs de santé publique.

Canaux de communications public-privé

Sur la base des entretiens intensifs menés par l'équipe de l'ESP, il est évident que la communication et le flux d'informations entre les acteurs du secteur privé (grossistes, établissements de vente au détail, fabricants, associations professionnelles, cliniciens) et ceux du secteur public (responsables du MdS, organes et commissions de réglementation, planificateurs professionnels de l'éducation et organes d'exécution et de supervision) laisse à désirer, au regard de l'impact de la législation sur la qualité des soins. Sans une meilleure communication, le développement d'un secteur privé de plus en plus dynamique est peu probable.

Les exemples d'absence d'information et de communication sont les suivants :

- *La tendance du secteur public à considérer les professionnels du secteur privé comme la source de tous les problèmes d'envergure relatifs au service de santé.* Le secteur public n'a pas la volonté d'inscrire des informations dans la base de données du système d'information national de la santé, rapporte de soi-disant prix et prestations de service abusifs du secteur privé, dénonce une réticence à la transparence dans l'établissement de rapports sur les résultats de la qualité des soins de santé et ne reconnaît ni ne donne la priorité au rôle important du secteur privé dans la prestation des services de soins de santé pour les populations.
- *La méfiance du secteur privé à l'égard des autorités publiques.* Les praticiens privés considèrent le cadre juridique public (en particulier les enregistrements de prestataires et les prix homologués des produits et services) comme une énigme sciemment manipulée et visant à contrôler et/ou à saper le succès du secteur privé. Ils sont frustrés par le caractère répulsif des autorités publiques à l'endroit des propriétaires/entrepreneurs qui cherchent à émettre des avis contradictoires au cadre

juridique et ont exprimé de l'amertume contre « la double assiette » des praticiens du secteur public par le biais de la double pratique dans les cliniques privées.

Double rôles au sein de l'Ordre des Pharmacies

En tant que première association professionnelle la plus organisée et la plus efficace, l'Ordre des pharmaciens joue un double rôle : un rôle de régulation (centré sur l'approbation/désapprobation des demandes d'ouverture de nouvelles pharmacies sur le marché et impliqué dans l'accréditation des programmes de formation professionnelle du Bénin). L'autre rôle est centré sur la prestation de services aux membres (rôle plus traditionnel pour une association professionnelle à but non lucratif) destinée à fournir des avantages à ses adhérents. Combiner ces deux fonctions au sein d'une organisation crée des pressions contradictoires dans l'industrie, en particulier sans clarté au niveau de l'interaction entre les fonctions réglementaires et non réglementaires. Par ailleurs, cette fusion de rôles constitue un conflit d'intérêts externe. Ceci est d'autant plus vrai que l'actuelle source de revenus des membres reconnus des associations (et tous les fonds disponibles pour la prestation de services aux membres) est constituée uniquement des contributions volontaires des membres éligibles/agrés.

RÉSULTATS POUR LE CADRE POLITIQUE DES PRODUITS

- L'enregistrement des produits est un processus de prise de décision hautement contrôlé et centralisé au sein du MdS, ce qui limite la concurrence pour et la disponibilité de certains produits pharmaceutiques sur le marché pour les consommateurs. Le problème des retards prolongés généralisés dans les examens des dossiers d'enregistrement de produits existe.
- Des marges de prix sont fixées aux grossistes par les autorités centrales et sont limitées à un pourcentage spécifique étendu, souvent si faible qu'il ne permet pas aux grossistes d'obtenir un profit raisonnable. Des contrôles stricts des taux d'augmentation et des marges dans l'importation et la distribution des produits non génériques des grossistes privés s'ajoutent aux marges faibles.
- Les pratiques réglementaires en vigueur étouffent la capacité du secteur privé à satisfaire les besoins des populations de façon durable en médicaments spécialisés et refusent catégoriquement les gammes de produits aux consommateurs, empêchant une segmentation effective du marché.
- La tendance du secteur public à considérer les professionnels du secteur privé comme la source de tous les problèmes d'envergure du service de santé. La méfiance du secteur privé à l'égard des organismes de réglementation publics.
- L'Ordre des pharmaciens a un rôle contradictoire. En lui enlevant ses fonctions de régulateur, il n'existe pas de claire séparation des pouvoirs et du personnel, la politique concernant la prévention des conflits d'intérêts manque de clarté et les critères d'approbation/désapprobation du positionnement des pharmacies ne sont pas clairement définis pour les demandeurs. L'Ordre des pharmaciens possède trop de pouvoir de contrôle sur l'emplacement et la distribution de certains emplacements de vente au détail. Cette réalité entrave les capacités des entrepreneurs à créer de nouvelles entreprises.
- La réglementation régissant l'expansion des pharmacies est très restrictive et crée une démotivation quant à l'ouverture de nouvelles officines pharmaceutiques.

RECOMMANDATIONS POUR LE CADRE POLITIQUE DES PRODUITS

Il serait judicieux de :

- **Appliquer un examen rationnel des dossiers d'enregistrement des produits pharmaceutiques.** Lever les limites restrictives au niveau de la concurrence des produits qui compromettent sérieusement l'engagement du secteur privé et l'éventail de choix de produits du consommateur.
- **Plaider auprès du MdS pour éliminer les conflits d'intérêt potentiels liés au(x) rôle(s) quasi-régulateur(s) des ordres des pharmaciens, des sages-femmes et des médecins,** en séparant les fonctions réglementaires dans l'étude de dossiers d'enregistrement des produits et installations d'autres fonctions (axées sur le client).
- **Rationaliser et clarifier les critères** du processus par lequel les demandes de nouvelles officines pharmaceutiques sont examinées et approuvées. Envisager l'apport d'une assistance technique pour la création et l'entretien d'une structure rotative d'examen objectif des demandes d'enregistrement des pharmacies. Séparer les flux financiers de cette fonction de régulation quasi-publique de ceux qui soutiennent les activités de prestation de services aux membres.
- **Collaborer avec le MdS et les associations professionnelles pour réformer la réglementation relative à l'expansion des pharmacies et cliniques.** Cette réforme permettra aux chaînes de pharmacies et cliniques privées ayant une bonne réputation par rapport à la qualité de leurs services de se déployer dans d'autres quartiers et régions du pays.
- **Adapter les lois régissant la participation interprofessionnelle dans les établissements médicaux** pour favoriser des collaborations et partenariats professionnels entre les pharmaciens, les prestataires de services, les infirmiers, les sages-femmes entre autres.
- **Mettre sur pied des mesures incitatives pour les fournisseurs de produits pharmaceutiques en vue de leur collaboration avec les autres professionnels de la santé** par des moyens variés tels que :
 - La mise sur pied de mesures incitatives pour les fournisseurs de produits pharmaceutiques afin d'ouvrir des centres modernes gérés conjointement à travers des liens avec le marketing social/les activités mobiles ou d'assistance des ONG dans les endroits mal desservis.
 - L'ouverture de la possibilité pour les pharmacies privées d'avoir des agences auprès des dispensaires confessionnels ou auprès des centres de santé publics. Ce type de partenariat permettra à chaque institution de tirer parti de son avantage comparatif. Le pilotage de ce type de partenariat en vue de l'atteinte des zones de santé incitera le développement du secteur privé dans une atmosphère dénuée de tout danger.
 - La mise sur pied des mesures incitatives en vue de la promotion des estimations des niveaux de la demande par une commission mixte pharmaciens/prestataires de service pour des produits spécifiques dans les zones spécifiques, l'amélioration du niveau d'approvisionnement en évitant des cas de ruptures de stocks et des excédents de stocks.
- **Organiser des forums en permanence pour un dialogue constructif et pour de meilleures communications** à travers et entre les principaux acteurs des secteurs public, privé et de la société civile. Pour améliorer la collaboration entre les secteurs, l'élimination des problèmes de communication et d'incompréhension mutuelle s'avère cruciale.
- **Réviser les conseils pratiques à propos de la création des partenariats public-privé.** Ceci peut inclure des instructions d'orientation personnelle par étape sur les pratiques à forte incidence afin que les associations professionnelles, les grossistes

privés, les pharmacies de détail, les organes gouvernementaux peuvent concevoir et initier davantage de programmes de collaboration en ce qui concerne la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique qui soutient le système de santé publique dans son ensemble.

3.4 ORGANISATIONS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

3.4.1 LES ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

L'équipe de l'ESP a interrogé trois associations professionnelles (médecins, sages-femmes, pharmaciens) et une association professionnelle des infirmiers. Ces associations sont légalement connues comme « *Organes techniques d'appui à l'État* ». Elles ont trois fonctions essentielles : (1) réglementer la pratique professionnelle (publique et privée), (2) mettre en œuvre les codes déontologiques et (3) soutenir les activités qui contribuent à la santé publique (« *cadre de solidarité* »).

Les représentants des associations professionnelles font partie de la *Commission nationale de délivrance des autorisations* dirigée par le MdS. Comme mentionné plus haut, cette commission effectue un maximum de quatre tours de visites par an chez les demandeurs. Actuellement, le nombre de demandes est plus élevé que la capacité réelle de la commission à les satisfaire. En plus, tous les centres n'ont pas été visités lors de la première visite ; une seconde visite s'avère donc nécessaire. Les membres du *Conseil de l'Ordre* (organe dirigeant en charge des inspections) sont des bénévoles et ne peuvent pas consacrer le temps nécessaire à la conduite de l'inspection des éventuels centres entre autres fonctions. Cette situation a pour conséquence les retards considérables dans le processus d'approbation des centres de santé.

En dehors de la capacité opérationnelle des associations professionnelles, un autre potentiel problème majeur réside dans les conflits d'intérêts. Selon de nombreuses personnes interrogées, les intérêts des membres du *Conseil de l'Ordre* pourraient être en conflit avec les intérêts des demandeurs. Ces personnes interrogées ont indiqué que les domaines de conflit les plus importants reposaient sur l'approbation du lieu des centres, le prix des segments de marché à bas revenus, l'interprétation des restrictions de la publicité/du marketing et la diffusion des innovations technologiques.

RÉSULTATS POUR LES ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

- Les associations professionnelles limitent leur compétence à la satisfaction des besoins de demandes d'enregistrement d'agrément. Les membres des ordres professionnels sont des bénévoles et ne peuvent pas consacrer le temps nécessaire à la conduite de l'inspection d'éventuelles installations. Cette situation a pour conséquence un retard considérable dans le processus d'approbation des installations sanitaires.
- Il existe un potentiel problème de conflit d'intérêts entre les membres des associations professionnelles et les demandeurs. Il s'avère que les ordres jouent un double rôle de régulation des nouveaux membres et de prestation de services aux membres déjà en place. La combinaison de ces deux fonctions au sein d'une organisation crée des pressions contradictoires dans le secteur, en particulier l'absence de clarté au niveau de l'interaction entre les fonctions de réglementation et de non réglementation. Ceci est d'autant plus vrai que l'actuelle source de revenus des membres reconnus des associations (et tous les fonds disponibles pour la prestation de services aux membres)

est constituée uniquement des contributions volontaires des membres éligibles/approuvés.

- Les associations professionnelles ne sont pas impliquées dans le développement des initiatives d'assurance qualité entre leurs membres.
- En dépit de la taille énorme et croissante du secteur privé, il est très peu probable que les associations professionnelles soient totalement engagées avec le secteur public, ce qui implique que le secteur privé n'est pas considéré comme un acteur important dans l'ensemble du système sanitaire.

RECOMMANDATIONS POUR LES ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il serait judicieux de :

- Renforcer la capacité de défense des associations de fournisseurs afin de participer aux efforts de renforcement des systèmes de santé du MdS. Apporter une assistance technique aux ordres professionnels pour renforcer les plans stratégiques, renforcer leur rôle de secrétariat pour les membres et coordonner la formation et d'autres avantages dont ils jouissent.
- Collaborer avec le MdS et les associations professionnelles pour établir la distinction entre les rôles de réglementation et ceux de prestation de services afin d'éviter des conflits d'intérêt, en particulier au sein de l'association des pharmaciens. Les rôles des associations privées à but non lucratif doivent être clarifiés, soit comme régulateurs, soit comme organisations d'appui professionnel. En ce moment, plusieurs organisations jouent un double rôle : *La Centrale d'achat des médicaments essentiels et consommables* (CAME) et les associations professionnelles (Pharmaciens, Médecins, Infirmiers, Sages-femmes) jouent à la fois un rôle de réglementation/d'approbation axé sur le contrôle (en appui à l'État) et un rôle de soutien aux membres (en appui aux prestataires eux-mêmes). La séparation de ces deux fonctions augmentera le niveau de clarté et d'efficacité dans le secteur, et établira davantage une égalité de chance dans l'entrepreneuriat privé.
- Fournir l'assistance technique aux associations professionnelles en matière de formation, de diffusion, de supervision, d'application des normes de qualité et des systèmes d'assurance qualité dans les établissements du secteur privé. Les associations devraient faire partie d'un système de certification afin d'assurer que les soins de bonne qualité sont administrés dans les installations privées.
- Faciliter une activité de dialogue régulier entre les acteurs du secteur public tels que le MdS et les associations professionnelles afin que les intérêts du secteur privé soient placés au premier plan.

3.4.2 ORGANISATIONS DE DEFENSE

3.4.2.1 RESEAU DES ONG BENINOISES DE SANTE

Créé en 1997, le Réseau des ONG béninoises de Santé (ROBS) est un réseau de 80 ONG qui travaillent dans le domaine de la santé dans tous le Bénin. L'objectif du ROBS est de veiller à l'équité, la qualité et à l'accès aux soins de santé de la population à travers les services de santé et la défense. Les principales activités de l'organisation consistent en la coordination des activités de santé et de renforcement des capacités de ses membres ainsi que la défense des droits de l'homme. Les domaines d'intervention comprennent : la vaccination, SMNI, PF/RS et

le renforcement des systèmes de santé. Près d'un tiers des 80 ONG exercent leurs activités dans les installations de santé et 80 pour cent fournissent des services de PF. Le ROBS reçoit du financement de l'USAID à travers plusieurs projets et faisait partie récemment de la « coalition de la société civile en vue du positionnement du PF », une initiative gérée par IntraHealth.

Les instances dirigeantes du ROBS sont : une assemblée générale, six commissions provinciales, un conseil d'administration et un bureau de coordination. Le bureau de coordination compte quatre employés permanents (coordonnateur, comptable, assistant d'administration et un responsable de supervision et d'évaluation), il est chargé de fournir un appui technique, de coordonner les activités et de générer des revenus pour les membres sous forme de projets spécifiques financés par les bailleurs de fonds. Les financements proviennent des contributions des membres (3 600 francs CFA/an), des contributions des bailleurs de fonds pour des champs d'activités spécifiques, l'assistance technique aux projets de santé et les activités de recherche.

Le ROBS joue un rôle de défense dans la représentation de sa circonscription comme membre de la société civile des commissions financées par le MdS telles que le *Comité national d'évaluation* et les comités de SMI, du paludisme, du VIH SIDA et du Programme élargi de vaccination (PEV). Le ROBS travaille également en collaboration avec le mécanisme de coordination du Fonds mondial au plan local en qualité de vice-président de son conseil d'administration, représentant le secteur des ONG.

RÉSULTATS POUR LE ROBS

- Le ROBS semble jouer un rôle de coordination relativement actif dans le soutien de ses 80 ONG membres et les représente dans les principaux comités et forums.
- Le ROBS a le potentiel de devenir la principale force de renforcement de capacités des ONG dans la mesure où il continue de jouer un grand rôle de défense. Il a le potentiel d'améliorer l'accès et l'utilisation des services PF/SR aux communautés servies par ses ONG membres.
- L'efficacité du travail du ROBS est considérablement limitée par son faible niveau de durabilité et sa capacité organisationnelle.
- Les principales contraintes du ROBS reposent sur ses capacités limitées en ce qui concerne la gestion financière, des opérations en grande partie basées sur de petits projets, l'insuffisance des frais d'adhésion des membres à servir de base financière, et de sérieux problèmes de flux de capitaux entre les projets.

RECOMMANDATIONS POUR LE ROBS

Le ROBS doit procéder à une évaluation minutieuse de la durabilité et créer un plan stratégique. Une mesure essentielle doit être prise afin de déterminer dans quelle circonstance les membres de l'ONG pourraient bénéficier d'avoir une organisation pionnière solide et soutenue et à quoi serviront ces bénéfices en termes de gains de santé. Un exercice de plan stratégique permettrait de déterminer les ressources et les sources de financement dont le ROBS aurait besoin pour construire un réseau d'ONG plus solide et devenir une organisation durable.

3.4.2.2 COALITION DES ENTREPRISES BÉNINOISES ET ASSOCIATIONS CONTRE LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME

La *Coalition des entreprises béninoises et associations contre le sida, la tuberculose et le paludisme* (CEBAC STP) est une organisation à but non lucratif créée en 2007 en vue de la mise sur pied d'une plateforme dans le secteur privé pour sensibiliser les employeurs à propos du Sida, de la tuberculose (TB) et du paludisme. Elle vise aussi à défendre les problèmes prioritaires de la santé publique au niveau national. La CEBAC STP fait partie de l'initiative du Fonds mondial destinée à encourager le secteur privé à s'engager dans les aspects sanitaires de son travail, de la mobilisation des ressources financières à un rôle actif dans la mise en œuvre des subventions et l'amélioration de la gouvernance au niveau national. L'organisation est membre de plein droit du mécanisme de coordination nationale du Fonds mondial représentant le secteur privé.

La CEBAC STP compte actuellement 138 membres, dont 66 entreprises et des associations d'entreprises. Les entreprises membres constituent un comité de santé (*Comité de santé entreprise*) et ont défini des programmes des lieux de travail qui impliquent actuellement environ 35 000 personnes (employés et membres de leur famille). La CEBAC STP et ses membres travaillent en collaboration avec le projet MCDI ARM-3 dans la distribution des moustiquaires imprégnées (MI), le dépistage et la prévention du VIH Sida, ainsi que le traitement du paludisme. Lors de la visite de l'équipe de l'ESP à la CEBAC STP, les personnes interrogées militaient clairement en faveur des PF et ont exprimé leur volonté d'étendre le point focal de la CEBAC STP à une cause plus générale, d'intégrer le PF/RS au lieu de parler seulement du Sida, de la TB et du paludisme.

Onze entreprises privées formant la coalition disposent des cliniques dans leur lieu de travail. Les personnels sont typiquement composés d'un ou de deux infirmiers qui fournissent toute une gamme de services en mettant l'accent sur trois programmes prioritaires. De plus, les cliniques des lieux de travail fournissent des soins généraux et les soins de premier secours. L'une des cliniques du lieu de travail visitée par l'équipe d'évaluation ESP a indiqué que l'offre en PF reste marginale à cause du manque de fournitures de contraceptifs et de formation. L'infirmier en fonction a exprimé un intérêt concerté de l'offre de services de PF, en supposant que l'employeur acceptera d'inclure une telle option dans une gamme de services.

RÉSULTATS POUR LA CEBAC STP

La CEBAC STP est un véritable défenseur de l'amélioration des conditions de santé au sein des entreprises du secteur privé du Bénin. Les membres de son conseil d'administration sont jeunes, intelligents et enthousiastes en ce qui concerne la réforme de la vision de la CEBAC STP afin qu'elle soit plus efficace à l'avenir. L'organisation a accepté volontairement et ouvertement les commentaires de l'équipe d'évaluation, et s'est montrée enthousiaste à modifier ses missions et à les étendre aux services de PF dans les programmes de lieu de travail de ses entreprises membres. En effet, la CEBAC STP constitue le premier moyen par lequel le PF peut être développé dans certaines cliniques des grands lieux de travail du Bénin et le statut de la CEBAC STP en tant que bénéficiaire du fonds mondial et du MCDI assure sa durabilité à l'avenir.

RECOMMANDATIONS POUR LA CEBAC STP

La CEBAC STP devrait soutenir les services de PF comme l'un de ses points focaux, à travers l'inclusion des services de PF dans les cliniques des lieux de service déjà existantes et à travers d'autres activités promotionnelles. Les cliniques des lieux de travail disposent des infrastructures et d'un personnel pour inclure les services PF, pourvu que ce dernier ait accès aux produits contraceptifs et à la formation. Il est recommandé également d'examiner la possibilité de faire de ces cliniques une partie du réseau ProFam.

3.4.2.3 ASSOCIATION DES CLINIQUES PRIVEES

L'Association des cliniques privées a été créée en 1980 et a obtenu son statut juridique de plein droit en tant que association professionnelle en 1983. L'association regroupe les médecins enregistrés officiellement à l'*Ordre des médecins*, propriétaires d'un hôpital privé ou d'une grande clinique agréée par le MdS. Les objectifs de l'association sont entre autres, la défense des intérêts des propriétaires des hôpitaux et des cliniques vis-à-vis des potentielles mesures gouvernementales, la création des opportunités d'économies d'échelles parmi ses membres et la promotion de la pratique privée notamment, des activités de défense en vue de l'application des mesures du MdS contre les pratiques illicites. L'association est aussi chargée d'harmoniser les prix dans les hôpitaux privés et de la négociation des prix avec les organisations d'assurance maladie.

L'association des cliniques privées et les partenariats public-privé

L'association a joué et peut continuer de jouer un rôle majeur dans la défense et la négociation de la mise sur pied des partenariats public-privé avec le MdS et d'autres institutions. Toutefois, l'association a souligné que les difficultés majeures relatives à ces activités sont encore manifestes. L'association a rapporté des résultats maigres voire inexistantes à propos des mesures de suivi du MdS après son engagement dans les dialogues occasionnels de politique. Alors que l'association milite fermement en faveur de la mise sur pied des partenariats public-privés, la réussite dans cette catégorie s'est limitée à la mise en œuvre de l'EPI du MdS, et d'autres éléments essentiels tels que la fourniture des réactifs des tests du VIH et le régime de différenciation 4 (CD4) ont été irréguliers (pas de réactifs depuis avril 2012). L'association a défendu la simplification de l'enregistrement des cliniques privées, mais elle constate cependant des retards considérables au sein de la *Commission nationale de délivrance des autorisations* et de l'*Ordre des médecins* sur ce front. Ces retards sont considérés comme les principales causes du fonctionnement des structures illégales. Bien que l'association cherche à bâtir la base de son adhésion, les restrictions du MdS sur le cumul de fonctions empêchent les hôpitaux privés d'employer le personnel de santé public pour prendre des tâches en qualité de consultants, en limitant la disponibilité et le flux des capitaux de plusieurs prestataires. L'association a indiqué qu'elle serait favorable à une approche plus ouverte résoudre ce problème, une pratique commune entre les hôpitaux privés.

RÉSULTATS POUR L'ASSOCIATION DES CLINIQUES PRIVÉES

L'Association des cliniques privées a du potentiel pour être un important, sinon le plus grand défenseur des praticiens du secteur privé au Bénin. Nonobstant les résultats, l'association est bien disposée à apporter des changements dans le secteur privé et sa réussite dépendra de sa capacité à s'engager dans des dialogues de politique avec le MdS. Le directeur de l'organisation est capable, intelligent et dynamique ; il a en idée des priorités nécessaires pour

le secteur privé. Sa clinique qui abrite également le siège social de l'association, était la clinique la mieux gérée visitée par l'équipe d'évaluation au Bénin. En ce qui concerne les ressources financières, l'association ne dispose pas de statut en tant qu'ordre professionnel et elle est enregistrée comme une ONG dont les ressources financières proviennent presque exclusivement des contributions ses membres. L'association a exprimé un scepticisme quant au financement sur fonds d'aide des donateurs au secteur privé, faisant état des anciens projets ou des engagements budgétaires des donateurs qui n'ont pas été tenus ou qui étaient principalement destinés au secteur public. Le développement de l'association est freiné par le processus d'enregistrement très long. Le directeur de l'association a attendu pendant 19 ans pour l'enregistrement formel de son propre cabinet et comprend bien que les écrits ne sont pas toujours mis en pratique. Par ailleurs, les cliniques privées doivent être formellement enregistrées auprès du MdS en tant que condition préalable pour devenir un membre de l'association, une situation qui entrave le développement des membres et des revenus de l'association.

RECOMMANDATIONS POUR L'ASSOCIATION DES CLINIQUES PRIVÉES

L'association devrait être impliquée dans le dialogue de politique en vue de la rationalisation du processus d'enregistrement des structures sanitaires, ainsi que dans tout autre dialogue organisé pour créer des systèmes d'assurance qualité et le partenariat public-privé dans le cadre de l'appui aux programmes prioritaires, notamment PF/RS. Avec une assistance ciblée, l'association pourrait agir comme un organe de coordination des acteurs du secteur privé dans les activités de dialogue à venir du MdS et le directeur de l'association serait en particulier le coordonnateur. Quant à l'allègement des restrictions sur la création d'un cabinet privé, l'association devrait être appelée à jouer un rôle analogue à celui d'une association professionnelle classique, dans la coordination et l'octroi des avantages à ses membres. L'association devrait continuer à entretenir des dialogues fréquents avec le MdS. Les domaines spécifiques de collaboration entre l'association et le MdS sont les suivants :

- La mise sur pied d'un système d'assurance qualité financé par le MdS qui comprendrait des mesures incitatives pour l'amélioration de la qualité, la couverture et autres critères
- L'assurance d'un approvisionnement continu en énergie électrique et en eau dans les hôpitaux privés
- L'accès au crédit et des exonérations fiscales dans l'achat des équipements médicaux
- L'extension des domaines de partenariat public-privé à d'autres programmes prioritaires tels que le paludisme, la TB, le PF/RS, et leur intégration dans le RAMU.

4. PRESTATION DE SERVICES DANS LE SECTEUR PRIVE

Certes, les indicateurs de la SMI au Bénin se sont améliorés progressivement au cours de la dernière décennie, mais il existe encore un véritable fossé entre l'exploitation des établissements publics et celle des établissements privés dans la prestation desdits services. Le secteur privé peut et doit jouer un plus grand rôle dans la fourniture de ces services, en particulier dans le respect de la qualité des soins, la fiabilité des services et la disponibilité des produits. L'analyse des sources de données secondaires telles que celles l'EDS présente une image plus claire de tout le rôle du secteur privé dans la fourniture des soins de santé aux populations béninoises. La section suivante cherche à analyser les données de l'EDS pour la santé maternelle, infantile et les indicateurs de PF, dans la mesure où ces dernières constituent le point focal de l'évaluation.

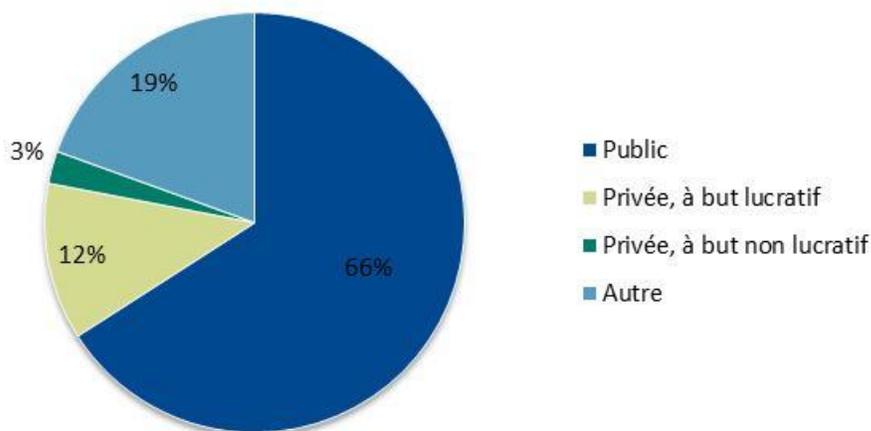
4.1 ANALYSE DES SERVICES

4.1.1 SANTE MATERNELLE ET NEONATALE

En dépit de la bonne couverture des interventions de la SMI, les taux de mortalité et de morbidité maternelle et infantile restent encore élevés au Bénin. Même si 97,2 pour cent des femmes reçoivent des services de soins prénatals, 22 pour cent des accouchements se passent encore à domicile, surtout dans les zones rurales du nord du Bénin et au sein des ménages les plus pauvres (43 pour cent). La non satisfaction de la demande en soins obstétriques d'urgence ou le pourcentage des femmes qui n'ont pas accès aux services d'urgence pendant la grossesse s'élève à 77,1 pour cent. Pour les indicateurs de la santé maternelle, les données de l'EDS suggèrent que le secteur public joue relativement un grand rôle, réduisant ainsi le rôle du secteur privé.

L'impulsion et le potentiel d'un rôle plus grand du secteur privé dans les services de santé maternelle existent ; cependant, réduire l'inégalité entre les rôles des secteurs public et privé s'avère vital afin d'assurer que le secteur privé joue un grand rôle dans la fourniture des services de santé maternelle de qualité au Bénin. Le lieu du dernier accouchement chez une femme constitue un bon indicateur de l'inégalité entre les secteurs public et privé comme source de santé maternelle. La figure 6 indique que 66 pour cent des femmes se sont orientées vers des établissements publics pour leur dernier accouchement, tandis que seulement 12 pour cent et 3 pour cent sont allées dans des installations privées à but lucratif et non lucratif, respectivement. L'« autre » catégorie, constituée de ménages et du secteur informel, représente 19 pour cent des lieux du dernier accouchement, et sert de représentation d'une tranche supplémentaire du marché des soins de santé dans laquelle le secteur privé peut jouer un plus grand rôle.

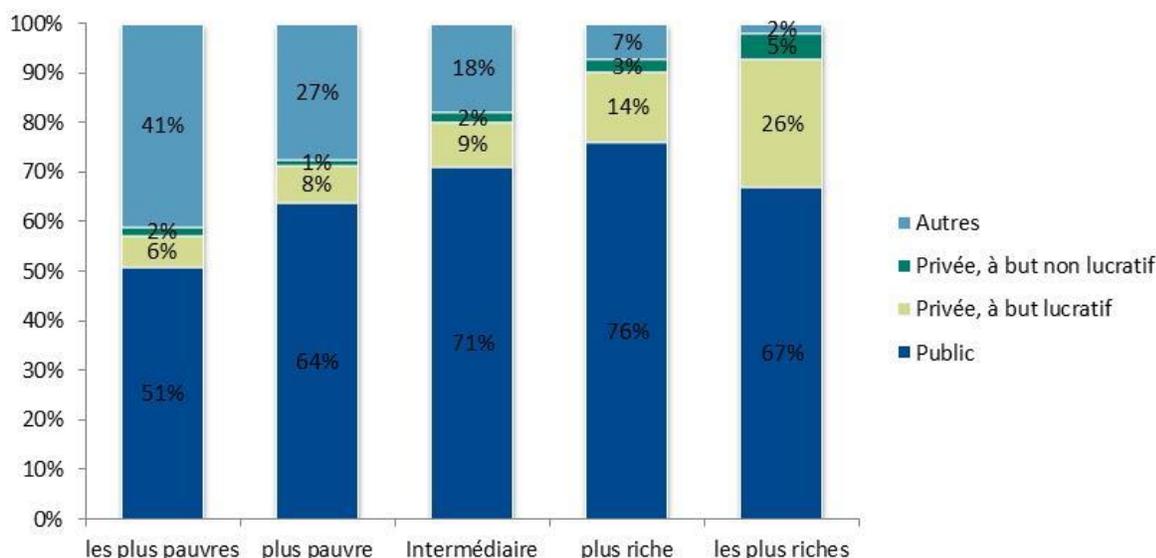
Figure 6 : Lieu du dernier accouchement



Source: EDS 2006

La figure 7 s'étend à la figure 6 en clarifiant les segments socio-économiques de la visite des populations dans le secteur public par rapport au secteur privé. Même si le secteur public représente la grande majorité des lieux du dernier accouchement, les « autres » lieux représentent 41 pour cent des plus pauvres et 27 pour cent des quintiles plus pauvres. Outre le fait qu'elle constitue le quintile cible du projet SHOPS, l'« autre » catégorie représente un secteur majeur dans lequel le secteur privé peut s'étendre. Comme on pouvait s'y attendre, le plus grand groupe socio-économique de la population qui a visité le secteur privé lors du dernier accouchement a été le quintile le plus riche avec 26 pour cent des cas. Seuls 8 pour cent des plus pauvres et 9 pour cent des quintiles plus pauvres ont visité un établissement privé à but lucratif ou non lucratif lors de leur dernier accouchement. En général, le secteur privé est très mal exploité pour la santé maternelle, tel que l'a démontré l'indicateur du lieu du dernier accouchement.

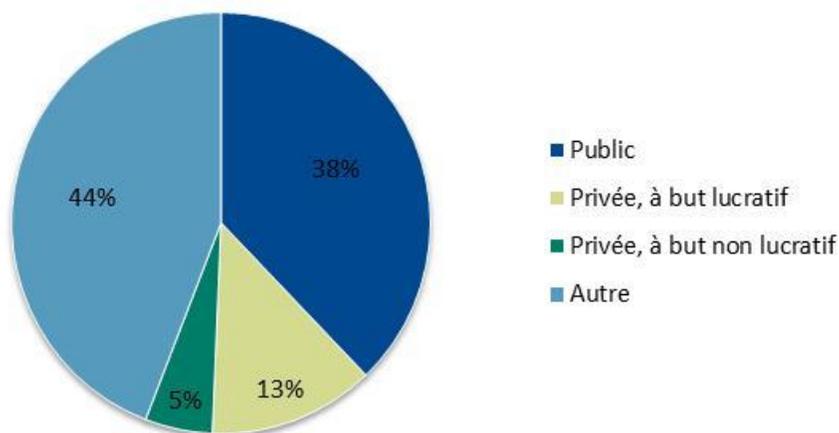
Figure 7 : Lieu du dernier accouchement selon le quintile de richesse



Source : EDS 2006

Selon les données publiées par l'EDS en 2006, le secteur privé semble jouer un grand rôle, quoique légèrement, dans la prestation des soins de santé lorsqu'il s'agit de la santé infantile par rapport à la santé maternelle. La figure 8 montre l'indicateur de la source du traitement de la diarrhée, où l'« autre » secteur représente 44 pour cent de toutes les sources du traitement de la diarrhée, le secteur public représente 38 pour cent et l'ensemble du secteur privé représente 18 pour cent (5 pour cent à but non lucratif et 13 pour cent à but lucratif). En dépit du fait que le secteur privé joue un rôle presque similaire au plan quantitatif, la possibilité de s'étendre dans l'« autre » secteur (informel) est plus grande.

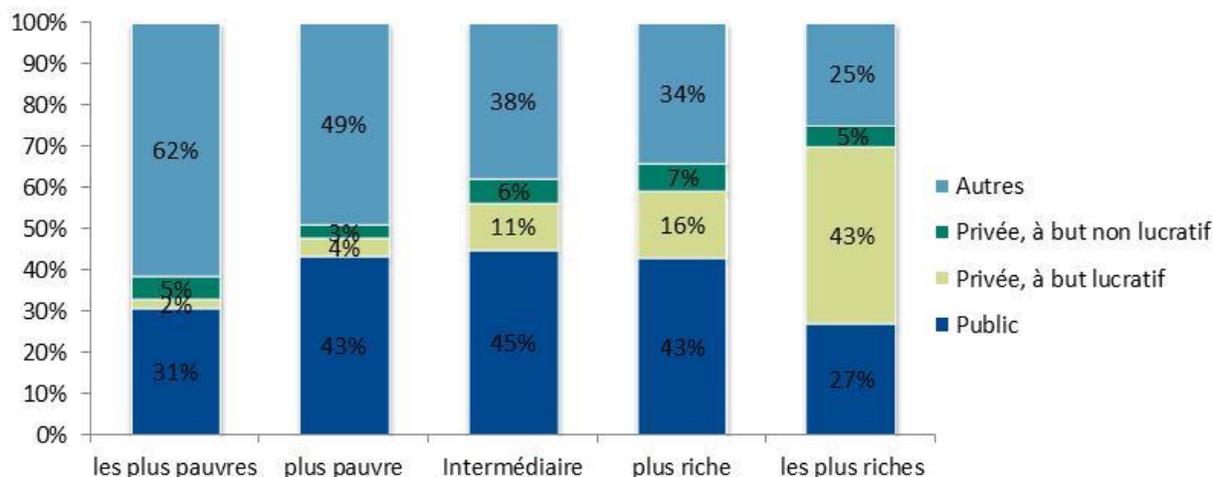
Figure 8: Source du traitement de la diarrhée



Source: EDS 2006

Tandis que le plus riche quintile recourt au secteur privé pour près de la moitié de ses traitements de la diarrhée, ce recours au secteur privé reste cruellement absent parmi les deux quintiles aux revenus les plus faibles. En général, l'on peut en conclure que le secteur privé est largement sous-exploité, surtout chez les populations les plus pauvres, en ce qui concerne les services de santé infantile au Bénin, or il a le potentiel de jouer un rôle beaucoup plus important. La figure 9 présente la division en tranches socioéconomiques du recours de la population aux sources publiques ou privées du traitement de la diarrhée. La proportion de la population qui utilise le secteur privé comme source augmente progressivement, augmentant les quintiles, des plus pauvres (7 pour cent) aux plus riches (48 pour cent). La part proportionnelle de l'« autre » secteur diminue considérablement dans le même spectre, passant de 62 pour cent parmi le quintile le plus pauvre à 25 pour cent parmi le quintile le plus riche, tandis que la part du secteur public fluctue de 31 pour cent (plus pauvre) à 45 pour cent (moyen) et à 27 pour cent (plus riche).

Figure 9 : Source du traitement de la diarrhée par quintile de richesse



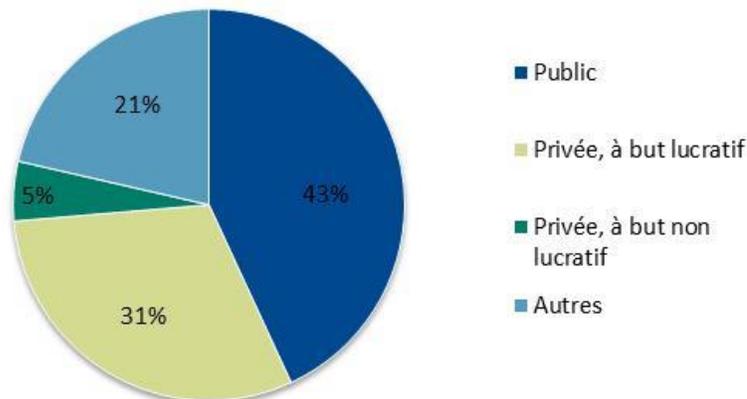
Source: EDS 2006

4.1.2 PLANIFICATION FAMILIALE

Comme dans le cas de la SMI, le secteur privé a une possibilité d'étendre sa part du marché en fournissant également des services de PF de qualité. Le Bénin détient encore un record de 30 pour cent de demande non satisfaite en produits contraceptifs pour les femmes mariées et dont l'âge est compris entre 15 et 49 ans. Selon les données de l'EDS, de 2006 à 2012, le taux général d'utilisation des contraceptifs au Bénin a chuté de 17 pour cent à 13 pour cent ; cependant, l'utilisation des méthodes contraceptives modernes est passée de 6,0 pour cent à 7,9 pour cent. Trente-neuf pour cent des hommes âgés de 15 à 24 ans ont déclaré qu'ils utilisent des préservatifs.

Comme l'indique la figure 10, 43 pour cent des femmes ont eu recours au secteur public afin de bénéficier des méthodes de contraception les plus récentes, tandis que 36 pour cent ont eu recours au secteur privé, soit 31 pour cent pour les centres à but lucratif et 5 pour cent pour ceux à but non lucratif. Le secteur privé représente une portion importante du marché de la PF/SR, probablement à cause du fait que la marque Laafia, produite et distribuée par PSI/ABMS à travers ses cliniques ProFam, domine le marché de la PF au Bénin.

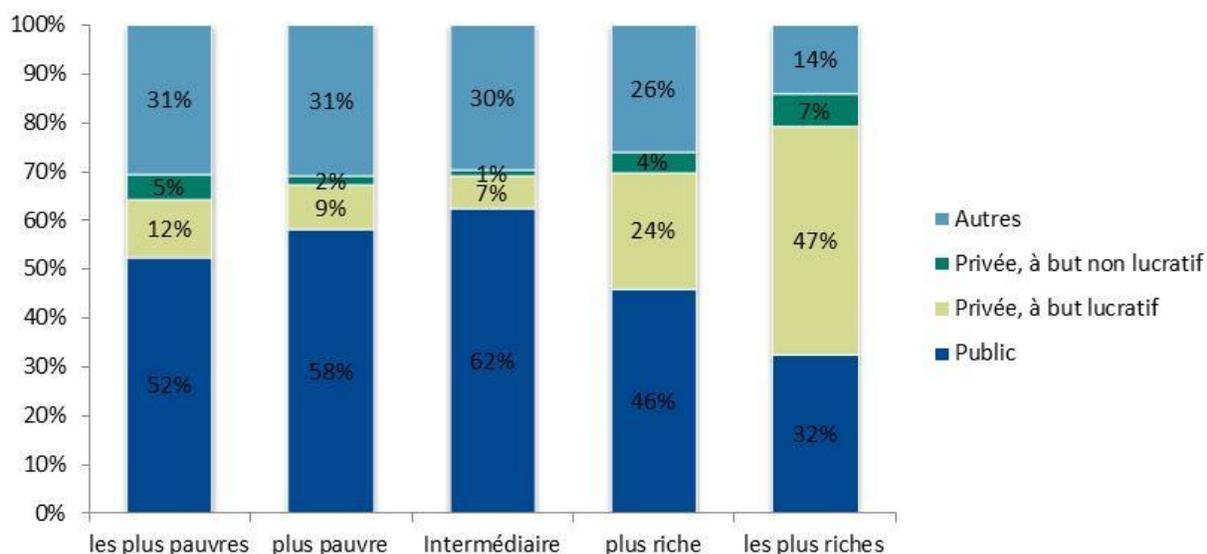
Figure 10 : Source de la plus récente contraception chez les femmes



Source: EDS 2006

En dépit du fait que le recours au secteur privé est bien meilleur pour les services de PF que pour la SMNI, le secteur privé peut accroître considérablement son rôle dans tous les aspects de la prestation des services sanitaires au Bénin. La figure 11 présente les lieux où différents groupes socioéconomiques de femmes ont eu accès à leur méthode de contraception la plus récente. Parmi les trois quintiles les plus faibles, le recours au secteur public reste très élevé, soit 52 pour cent pour les plus pauvres, 58 pour cent pour les pauvres et 62 pour cent pour les classes moyennes. Sans surprise, le quintile le plus riche a la plus grande proportion de recours au secteur privé avec 54 pour cent. Toutefois, le spectre régresse lorsqu'on tend vers les plus petits quintiles - descend à 28 pour cent (plus riches), 8 pour cent (moyens) et jusqu'à 11 pour cent (pauvres) et 17 pour cent (plus pauvres). Cette tendance est intéressante et pourrait suggérer que de grandes portions des segments les plus pauvres de la population obtiennent leurs produits de PF sur des marchés informels auprès des semi-grossistes, comme l'équipe d'évaluation l'a montré.

Figure 11 : Source de la contraception la plus récente chez les femmes par quintile



Source: EDS 2006

4.2 ORGANISATION ET TAILLE DU SECTEUR PRIVE

Le secteur privé au Bénin est organisé en deux principaux groupes : des organisations commerciales (à but lucratif) et des organisations à but non lucratif. Cette division, telle que présentée dans les tableaux ci-dessous est dans certains cas mélangée avec d'autres acteurs des secteurs privé ou public. Le tableau 3 résume la façon dont les acteurs du secteur privé sont organisés pour fournir des services de soins de santé et des produits pharmaceutiques.

Tableau 3 : La structure du secteur de santé privé au Bénin

	COMMERCIAL (A BUT LUCRATIF)		À BUT NON LUCRATIF	
	SEUL	AFFILIEE A UN RESEAU/UNE CHAINE	ASSOCIATIF (AFFILIE A UNE ONG)	ORGANISATION CONFESSIONNELLE
Prestations de Services	Cliniques, hôpitaux, maternités, cabinets de soins	ProFaM	Hôpitaux ABPF ProFaM	AMCES
Produits (vente au détail)	Pharmacies dépôts pharmaceutiques semi-grossistes (produits non conventionnels)	Non autorisé(e)	ABMS	
Produits (distribution)	Distributeurs grossistes, à savoir: GAPOB et autres	Non autorisé(e)		
Produits (production)	Indisponible dans le pays	S. O.	Emballage dans le pays pour certains produits	

Bien que la structure du secteur privé au Bénin puisse être présentée d'une manière assez simple (tableau 3), l'estimation de la taille du secteur privé est une tâche plus difficile. Comme indiqué précédemment, une enquête du DNSP en 2005 portant sur 231 prestataires privés dans quatre districts du Bénin a révélé que seuls 12 pour cent ont été enregistrés auprès du Ministère de la santé. Avec ces statistiques à l'esprit, le simple comptage de la liste des cabinets enregistrés ne reflète pas exactement la taille réelle du secteur privé de la santé.

Les tableaux 4 et 5 fournissent une meilleure compréhension des types de cabinets dans le secteur de la santé et des prestataires privés au Bénin, les quantités connues (enregistrées) de chaque type de cabinet et prestataire, et la taille estimée du secteur. Les deux tableaux donnent également une brève description du type de cabinet et du type de prestataire.

Tableau 4 : Cabinets du secteur privé de la santé au Bénin

ÉTABLISSEMENT PRIVE DE SANTE	QUANTITE	DESCRIPTION
Cabinet <i>médical</i> / clinique privée	189 enregistrés ; on estime que beaucoup plus ne sont pas enregistrés	Secteur commercial ou en réseau, tel que ProFam ou ABPF. Détenu par un médecin. Consistant généralement en un médecin-chef ou une sage-femme et au personnel d'appui.
Maternité de <i>sage-femme</i>	227 enregistrées ; on estime que beaucoup	Un cabinet commercial géré et détenu par une sage-femme, potentiellement avec le personnel d'appui.

	plus ne sont pas enregistrées	
Cabinet de soins d'une infirmière	69 enregistrés ; on estime que beaucoup plus ne sont pas enregistrés	Un cabinet commercial exploité et détenu par une infirmière, potentiellement avec le personnel d'appui.
Hôpital privé	Environ 15 à 20	Le secteur commercial et les hôpitaux de référence au niveau national. La plupart sont confessionnelles.
Cabinet spécialisé	Inconnu	Cabinet du secteur commercial détenu par un médecin spécialiste qualifié. Il peut s'agir de radiologie, de diagnostic / laboratoire, de soins dentaires, de physiothérapie, etc.
Pharmacies	Environ 240 enregistrées	Pharmacies privées gérées et détenues par des pharmaciens qualifiés.
Total estimé	1,500	Environ 750 enregistrées ; 1 500 estimées.

Le secteur privé de la santé au Bénin est divisé en six grands types de cabinets : les *cabinets* médicaux ou les centres de santé gérés par un médecin ; les *maternités* de sages-femmes ou les cabinets obstétriques privés, les *cabinets de soins* d'infirmière ou des cabinets privés de soins infirmiers, les hôpitaux, les cabinets spécialisés et les pharmacies. En 2011, le Ministère de la santé du Bénin a publié une liste de tous les cabinets privés immatriculés, au nombre d'environ 510 médecins agréés, sages-femmes, infirmiers, et les cabinets dentaires. La liste ne comprend pas les hôpitaux privés, les pharmacies et d'autres cabinets de spécialité. Si ces établissements sont ajoutés au registre, le nombre total atteint environ 750 cabinets connus. Sur la base des entretiens avec les associations professionnelles de prestataires, les sociétés de recherche et d'autres spécialistes compétents du secteur de la santé au Bénin, le SHOPS estime que le secteur informel est beaucoup plus important, comptant peut-être près de 1 500 cabinets, peut-être plus.

Tableau 5 : Prestataires du secteur privé de la santé au Bénin

ÉTABLISSEMENT PRIVE DE SANTE	QUANTITE	DESCRIPTION
Médecin	Environ 850 inscrits à l'Ordre des médecins, bien plus de 1 000 selon les estimations	Médecins du secteur privé travaillant dans les cliniques et les hôpitaux. Ils peuvent ou non avoir leur propre cabinet.
Sage-femme	500 à 600 selon les estimations	Sages-femmes qui ont reçu une formation officielle ou non et travaillant dans les cliniques, les hôpitaux et les cabinets (cabinet privé). Elles peuvent ou non avoir leur propre cabinet.
Infirmier(ère)	Inconnu	Infirmier(ères) qui ont reçu une formation officielle ou non et travaillant dans les cliniques, les hôpitaux et les cabinets. Elles peuvent ou non avoir leur propre cabinet.
Personnel de pharmacie	Le personnel d'environ 240 pharmacies enregistrées	Pharmaciens qualifiés, assistants en pharmacie et techniciens en pharmacie.
Médecin spécialisé	Inconnu	Spécialistes compétents du secteur commercial, tels que les radiologues, techniciens de laboratoire, dentistes, kinésithérapeutes, etc. qui ont leur propre cabinet.
Total estimé	4,000	Environ 2 500 connus ; 4 000 selon les estimations

Le tableau 5 présente les principaux types de prestataires privés du secteur de la santé au Bénin, parmi lesquels des médecins, sages-femmes, infirmières, personnels de pharmacie (y compris les pharmaciens, assistants pharmaciens et techniciens en pharmacie), et les médecins spécialisés. Les données recueillies à partir d'entrevues avec des associations professionnelles de prestataires pour les médecins, sages-femmes, infirmières et pharmaciens constituent le nombre total de prestataires connus (inscrits en tant que membres d'une association professionnelle) à environ 2 500. Le SHOPS estime que ce nombre est plus proche de 4 000, ce qui est conforme aux estimations de 4 500 données plus tôt dans l'évaluation du secteur de la santé en 2012 dans le cadre du projet Health Systems 20/20.

4.3 SECTEUR A BUT LUCRATIF

Le secteur à but lucratif (connu au Bénin comme le secteur « libéral ») offre des services dans les cliniques, les hôpitaux, les maternités et les cliniques de soins infirmiers. Ces cabinets peuvent être constitués d'un prestataire qui travaille à son compte (« unique ») ou qui est affilié à un réseau. Le tableau 6 fournit des détails sur les caractéristiques de ces cabinets à but lucratif. Ceux qui exercent dans le secteur libéral, commercial dont les cabinets sont affiliés à un réseau sont plus susceptibles de faire partie soit de la franchise sociale ProFam ou du réseau de l'Association Béninoise pour la Planification Familiale (ABPF).

Tableau 6 : Principales caractéristiques des prestataires à but lucratif

CARACTERISTIQUES	CLINIQUES PRIVEES	HOPITAUX PRIVES	MATERNITES PRIVEES
Pratiques en matière de gestion	Systèmes de gestion comptable et financière inappropriés voire inexistantes	Systèmes de gestion comptable et financière inappropriés voire inexistantes	Systèmes de gestion comptable et financière inappropriés voire inexistantes
Objet des services	Axés sur les soins curatifs/spécialisés Les services de planification familiale sont généralement offerts	Axés sur les soins curatifs Les services de planification familiale sont généralement offerts	Axé sur la santé maternelle et néonatale et les soins préventifs Plus d'accent sur les services de Planification familiale
Propriété de l'entreprise	Détenue par un médecin Pas de cabinet de groupe	Détenue par un médecin Pas de cabinet de groupe	Détenu par une sage-femme infirmière Pas de cabinet de groupe
Propriété des bâtiments	En location pour la plupart	En location pour la plupart Les plus réussis sont une propriété privée.	La plupart sont dans des installations personnelles
Capacité	Patient externe ; Service pendant les heures normales de bureau: 4 à 6 heures, 5 jours	15 à 25 lits Service 24 heures sur 24	5 à 25 lits Service 24 heures sur 24

	sur sept		
Profil du personnel	Un secrétaire adjoint	Des infirmières, des sages-femmes et des aides-infirmières Consultants (Vacateurs) payés sous forme d'honoraires	Des infirmières, des sages-femmes et des aides-infirmières Consultants (Vacateurs) pour des cas particuliers
Références	Principalement vers les hôpitaux privés	Principalement vers les hôpitaux du secteur public	Vers les hôpitaux du secteur public et ceux du secteur privé
Laboratoire et échographies	Labo: Externalisation échographies: certaines appartiennent à des privés	Labo: Externalisation échographies: certaines appartiennent à des privés	Labo: Externalisation échographies: certaines appartiennent à des privés
Financement	Rémunération à l'acte	Rémunération à l'acte Barème variable informel dans certains cas	Rémunération à l'acte avec barème variable informel Plus souple que les hôpitaux privés
Marketing	Aucune activité	Aucune activité	Aucune activité

Cliniques privées

Les cliniques privées sont détenues en général par un médecin généraliste ou spécialiste. Elles sont normalement établies dans un endroit loué composé d'une salle de consultation, une salle d'attente et une salle de bains. Certaines cliniques disposent d'un équipement de diagnostic tel que les ECG ou échographies, mais aucune clinique ne dispose des laboratoires de base ou d'autres services auxiliaires.

Hôpitaux privés

Les hôpitaux privés sont également en général détenus par un seul médecin, généralement un spécialiste, et sont établis dans un établissement soit privé soit loué. La plupart sont des maisons ordinaires qui ont été adaptées et développées pour servir de centre de santé. Les hôpitaux privés ont une moyenne de 20 lits et fournissent des services de soins ambulatoires et hospitaliers dans les quatre spécialités de base (pédiatrie, obstétrique et gynécologie, la chirurgie générale et la médecine interne). Ils ont tendance à avoir des Rayons X, ECG, et les échographes. Les hôpitaux privés sont également autorisés à disposer d'un laboratoire et d'une pharmacie de base dont l'utilisation est restreinte aux patients de l'hôpital. Presque tous les centres visités fournissent des services de vaccination, des vaccins et des équipements sont fournis par l'EPI du Ministère de la santé. Le personnel des hôpitaux est composé d'infirmières et de sages-femmes salariées. Les médecins sont généralement payés par quart (médecins généralistes) ou avec des honoraires (consultants). Des preuves anecdotiques suggèrent que la plupart des médecins qui font des quarts de nuit et du week-end dans les hôpitaux privés sont des médecins du secteur public qui arrondissent leurs fins de mois avec le travail du secteur privé.

Maternités privées

Les maternités privées sont en général détenues par une seule sage-femme, généralement une ancienne employée du Ministère de la santé. L'infrastructure est dans la plupart des cas en deçà des normes en termes d'aménagement et d'équipement. Les maternités ont une moyenne de 10 lits et fournissent des services de soins ambulatoires et hospitaliers axés sur les

accouchements, les soins prénatals et post-partum, ainsi que les soins au bébé, et la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). Tous les centres visités fournissent des services de vaccination, des vaccins et des fournitures fournis par l'EPI du Ministère de la santé. Certaines maternités sont équipées d'un laboratoire de base et sont autorisées à avoir un espace pour distribuer des produits pharmaceutiques, y compris les produits de PF, à leurs patients seulement.

Cabinets de soins infirmiers (cabinets)

Les cabinets de soins infirmiers sont en général détenus par une seule infirmière et exploités dans une installation modeste de deux pièces avec une salle de bain et généralement loués. L'objet des services est essentiellement curatif à la fois pour les adultes et les enfants (PCIME). Les cabinets de soins infirmiers ont tendance à fournir également d'autres services, tels que les injections, les solutions intraveineuses et les pansements. Certains établissements offrent des services de PF. Les infirmières interrogées ont exprimées un vif intérêt pour l'expansion des services de PF si l'accès à la formation et aux fournitures était fourni.

Services de planification familiale

Les cliniques privées, les hôpitaux et les maternités offrent généralement deux méthodes à court terme, telles que les contraceptifs oraux (CO), les injectables et les préservatifs et des méthodes à long terme, telles que les dispositifs intra-utérins (DIU) et les implants, permettant aux clients de faire des choix éclairés sur une méthode de contraception préférée. Les établissements privés qui font partie du réseau ProFam sont bien connus pour fournir des services de planification familiale et de vente des produits de planification familiale et d'autres produits connexes tels que *Orasel Zinc* et les MII. Les cliniques ProFam bénéficient également d'autres avantages (tels que l'accès à la formation et la supervision de la qualité). Bien que les services de PF soient disponibles dans de nombreux établissements du secteur privé, il existe de nombreux facteurs qui influent sur la capacité du secteur privé à fournir ces services aux populations aux revenus faibles et moyens (Tableau 7).

Tableau 7 : Principaux facteurs ayant une incidence sur la capacité du secteur privé à fournir des services de PF/SR chez des populations aux revenus moyens et faibles

INTERNE	EXTERNE
Capacité managériale faible	Situation économique difficile
Manque de planification opérationnelle	Demande limitée par la capacité de payer malgré une très bonne volonté
Qualité des services souffrant de mécanismes d'adaptation	Une concurrence intense et des changements de comportement de recherche de soins de santé
Qualité des établissements inadéquate, absence d'entretien	Environnement politique: obstacles à l'expansion du secteur privé, la politique de la publicité, le contrôle des prix
Formation insuffisante du personnel	Pas d'accès aux services financiers
Équipement insuffisant	Pas d'accès à la formation
Absence d'activités de marketing	

Qualité inégale des services

En général, les prestataires du secteur privé n'utilisent pas des mécanismes de normalisation et d'assurance qualité des soins qui sont offerts, une fonction habituellement assumée par les associations professionnelles de prestataires. Bien qu'une évaluation complète de la qualité n'ait pas été effectuée dans le cadre de cette évaluation, les pratiques en matière de biosécurité sont de mauvaise qualité dans la plupart des établissements. Sur la base de ces observations, il

est raisonnable de s'attendre à ce que la qualité des services offerts par le secteur privé à but lucratif soit largement inégale et ne repose pas sur la capacité professionnelle ou la volonté de se conformer aux lignes directrices cliniques. Les établissements privés qui sont affiliés au réseau ProFam semblent être les seuls cabinets qui affichent un effort structuré de faire respecter la qualité. Ces cabinets reçoivent des visites de surveillance régulières visant à évaluer le respect des directives de PF et à renforcer la formation clinique précédemment fournie.

Les responsables du Ministère de la santé organisent parfois des « visites d'inspection » de prestataires privés qui sont enregistrés, mais ces visites ne sont pas considérées comme faisant partie d'un système global d'assurance qualité. En résumé, l'offre privée est en grande partie pas suivie, et il est raisonnable de s'attendre à ce que cela mène à de grandes variations dans la qualité.

Nombre peu élevé d'utilisateurs/de patients

La plupart des prestataires privés déclarent que leur volume de patients est relativement faible en raison soit de l'incapacité à payer soit à cause d'une concurrence féroce. En fait, la plupart des établissements sont conçus pour traiter un nombre limité de patients, cette proportion s'exprime en heures de bureau limitées (6 heures par jour pour les cliniques) et le souhait des prestataires de fournir un service « personnalisé ». D'autres éléments qui contribuent au faible volume comprennent des contrôles de prix non marchands et la restriction de la promotion et du marketing des services. L'encadré 1 ci-dessous donne des détails sur les styles possibles de cabinets qui peuvent aider à augmenter le volume d'utilisateurs / patients.

Contrôle des prix et restrictions de la promotion et du marketing

Comme indiqué plus haut, le prix des services est contrôlé par le Ministère de la santé et l'Ordre des médecins, ainsi que la promotion et la commercialisation des services sanitaires sont restreintes par la législation en vigueur (loi n° 97 et le code de déontologie). Ces questions semblent être des sujets à controverse parmi les prestataires interrogés. Ceux qui servent les segments inférieurs du marché pensent que les restrictions à la commercialisation devraient être levées et les prix devraient être déréglementés afin qu'ils puissent augmenter leur volume de patients et rendre leur activité plus rentable. Les prestataires qui servent les segments supérieurs du marché préfèrent maintenir le statu quo sur ces deux questions importantes invoquant des problèmes éventuels de concurrence déloyale et d'abus de publicité.

Accès limité aux services financiers et à la formation

Le secteur privé formel a un accès limité aux opportunités de financement. La priorité de financement est donnée à l'amélioration et à l'expansion des établissements, l'acquisition de matériel et des fonds de roulement. Les principaux obstacles au financement comprennent l'absence d'enregistrement et d'obtention de licences, l'informalité, et les exigences de garanties usuelles. En plus des obstacles au financement, la plupart des prestataires privés ont un accès limité voire inexistant aux opportunités de formation. Les prestataires qui sont affiliés auprès du réseau ProFam constituent l'exception à cette règle, car ils reçoivent une formation régulière qui se concentre sur les questions de planification familiale (PF) et de santé reproductive (SR).

Section 6 : Accès au financement fournit des informations supplémentaires sur ce sujet.

Encadré 1 : Cabinets de groupe contre le modèle loup solitaire (Lone Wolf)

Les cabinets de groupe au Bénin sont virtuellement inexistant. Les obstacles à la mise en œuvre des cabinets de groupe peuvent être surmontés avec l'appui et les incitations appropriés. Le tableau suivant montre quelques-unes des différences entre les cliniques privées traditionnelles « loups solitaires » et les cliniques de cabinets de groupe :

Problème	Restrictions aux cabinets individuels (la réalité au Bénin)	Possibilités de cabinets de groupe
Mise en œuvre des systèmes d'assurance qualité	Dépendent fortement des individus	Les systèmes d'assurance qualité qui comprennent des examens par les pairs des dossiers cliniques et des études de cas
Gamme de services	Limité à une seule spécialité	Possibilité d'avoir un plus large éventail de services
Volume potentiel d'utilisateurs / patients	Faible	Plus élevé
Coûts à l'unité	Plus élevé	Plus faible, en raison de volumes plus élevés, du partage des coûts et des économies d'échelle
Prix / marge	Marge faible fournie, prix standardisés dictées par l' <i>Ordre</i>	Marges plus élevées
Accès à la technologie	Limité à l'accessibilité des individus	Accessibilité accrue grâce à la mise en commun des ressources
Subventionnement croisé des programmes de prévention	Habituellement aucun	Probabilité plus élevée de fournir des services préventifs gratuits
Accès aux financements	Dépendent des individus	Probabilité plus élevée
Possibilité de souscrire une	Plus faibles en raison de coûts	Plus élevées en raison de coûts unitaires /

Modèle d'affaires

La caractéristique du modèle d'affaires répandu dans le secteur privé commercial est une exploitation à **faible volume, au coût unitaire élevé, à faible marge** qui est moins rentable sur les plans financier et social. Le facteur principal pour disposer d'un coût unitaire relativement élevé et, par conséquent, une faible marge dans un environnement où les prix ne sont pas fixés selon les conditions du marché consiste à avoir un faible volume d'opérations avec un temps d'arrêt significatif. L'absence de systèmes d'assurance qualité est un autre facteur qui pourrait régler le problème d'inégalité dans la qualité. En outre, l'ensemble du système du secteur privé est fortement basé sur les paiements directs qui contribuent grandement à priver les pauvres des soins dont ils ont besoin ou à les contraindre de consacrer une part anormalement élevée de leur revenu aux soins de santé, ce qui les maintient perpétuellement dans un état de pauvreté.

RÉSULTATS DU SECTEUR À BUT LUCRATIF

- Les prestataires du secteur privé au service des populations à revenu faible ou intermédiaire sont affectés par un environnement restrictif (processus d'enregistrement difficile, pas de segmentation du marché, interdiction de faire de la promotion ou du marketing). Les populations à revenu élevé ne sont pas confrontés à ces restrictions, car elles vont généralement à l'étranger pour bénéficier des services de santé de bonne qualité.
- Le volume d'utilisateurs est faible et l'incapacité de payer est grande. En revanche, la volonté de payer les soins de santé est relativement grande.
- D'autres facteurs qui influent sur le volume d'utilisateurs dans le domaine du secteur privé va des changements dans le comportement de recherche des soins de santé aux solutions

de rechange moins coûteuses à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé (pharmacies, médecine traditionnelle), ou à l'abandon simple de la recherche des soins.

- La maîtrise des coûts est le mécanisme d'adaptation le plus important. Elle affecte probablement la qualité perçue des services (par exemple, l'apparition de cliniques) et pourrait influencer sur la volonté de l'utilisateur à payer.
- Les prestataires du secteur privé ont très peu accès à la formation en gestion / marketing, en partie en raison de la faible demande pour ce type de formation.
- Les prestataires du secteur privé ne font pas recours à des outils de gestion et de marketing pour améliorer leur activité.
- Les prestataires ont un accès très limité voire inexistant à des opportunités de formation clinique. ProFam est la seule source fiable de formation en PF/SR.
- Il existe peu d'équipements médicaux et leur accès est limité (par exemple, les échographies). Lorsque l'équipement médical est disponible, l'incapacité des prestataires à payer et le faible volume de clients, et donc une faible demande, ont une incidence sur la décision d'achat.
- Le PSI/ABMS est la source principale et la plus fiable d'approvisionnement en contraceptifs et autres produits de santé (MII, *OraSel Zinc*).
- Les établissements physiques sont principalement des bâtiments résidentiels adaptés et souffrent de restrictions structurelles et du manque d'entretien.
- Les prestataires font face une absence de mesures incitatives de la part de l'État telles qu'un processus d'enregistrement long et des visites d'inspection improductives.

Modèle d'affaires du secteur commercial

Le secteur commercial pratique un modèle d'affaires à faible volume, au coût unitaire élevé et à faible marge. Le modèle d'affaires le plus répandu dans le secteur privé commercial est moins rentable sur les plans financier et social. Le facteur principal pour disposer d'un coût unitaire relativement élevé et, par conséquent, une faible marge dans un environnement où les prix ne sont pas fixés selon les conditions du marché consiste à avoir un faible volume d'opérations avec un temps d'arrêt significatif.

Offre inégale en termes de qualité

Il y a probablement une inégalité de la qualité dans l'offre des services en raison de l'absence de systèmes d'assurance qualité dans le secteur commercial. Les cabinets de biosécurité sont objectivement de piètre qualité.

RECOMMANDATIONS POUR LE SECTEUR À BUT LUCRATIF

Le secteur à but lucratif devrait créer les conditions pour améliorer son volume de patients, la tarification et la structure des coûts des services de santé afin de faire en sorte que ses services puissent être convertis en des cabinets à haut volume, de qualité supérieure et à faible coût unitaire. Cela inclut le dialogue avec le Ministère de la santé et les associations professionnelles pour accomplir les tâches suivantes :

- Plaider pour une réforme des règles relatives à la commercialisation et à la promotion des services de santé. Les règles en vigueur interdisent le marketing et la publicité autour des services d'un établissement. Toute réforme des règles doit être faite en même temps qu'une amélioration de la qualité des services, les deux sont nécessaires.
- Déréglementer le prix des services afin de permettre une segmentation du marché qui prend en compte la capacité à payer et la situation géographique, entre autres considérations. Les prix sont normalisés par le Ministère de la santé et les associations

professionnelles et sont rigides à la diversité des situations rencontrées dans les différentes régions du pays.

- Améliorer l'environnement politique pour le cabinet de groupe et les cabinets communs (médecins / pharmaciens / laboratoire) à travers un ensemble de mesures incitatives qui pourraient inclure l'accès au crédit, l'équipement et la formation. L'ABMS peut jouer un rôle majeur dans la conduite de cette recommandation, car elle pourrait contribuer à l'expansion du réseau ProFam.
- Fournir une assistance technique afin de mettre en place un organisme indépendant, des normes de qualité pilotées par des ONG et un système d'assurance qualité dans les établissements du secteur privé. Renforcer le rôle de supervision des systèmes d'assurance qualité et de conformité aux normes dans le cadre d'un système de certification. Envisager un soutien (à plus longue échéance) en vue de la création d'un système d'évaluation autonome pour les prestataires privés. Travailler avec l'équipe de démocratie / gouvernance au sein de la mission de l'USAID afin d'atteindre ces objectifs.

D'autres recommandations pour le secteur à but lucratif qui ont été mentionnées plus haut dans la section 3.2 incluent :

- Initier un dialogue politique avec le Ministère de la santé afin de rationaliser le processus d'enregistrement et d'améliorer la conformité et l'application des limites de temps fixées officiellement sur le processus d'examen. La création d'une approche « guichet unique » où les prestataires peuvent s'acquitter de toutes les formalités d'enregistrement des entreprises et de l'obtention des autorisations pourrait faire partie de la solution.
- Accorder une amnistie à tous prestataires et établissements qui évoluent actuellement dans l'informel. Cette amnistie est nécessaire pour encourager les établissements existants à soumettre une demande d'enregistrement, surtout dans la mesure où elle se rapporte à la croissance future du réseau ProFam.
- Soutenir un mécanisme visant à identifier les prestataires et à les aider à se faire enregistrer. Apporter l'assistance technique à une organisation, notamment l'ABMS ou une autre qui est intéressée par le secteur formel de la santé, pour assumer ce rôle. S'assurer que l'enregistrement officiel qualifie un prestataire à participer au RAMU.

4.4 SECTEUR A BUT NON LUCRATIF

4.4.1 ORGANISATIONS CONFESIONNELLES

4.4.1.1 ASSOCIATION DES ŒUVRES MEDICALES PRIVEES CONFESIONNELLES ET SOCIALES DU BENIN

Créée en 1985, l'AMCES est une organisation béninoise qui est née de la volonté de certaines organisations du domaine de la santé d'harmoniser leurs pratiques et de renforcer la collaboration avec le Ministère de la santé, avec qui l'AMCES a actuellement signé un accord-cadre. Les membres de l'AMCES sont un groupe de centres de santé privés confessionnels dynamiques et motivés ouverts au dialogue et souples dans l'adoption des techniques de gestion et de nouvelles approches stratégiques. Les groupes religieux représentés au sein de l'AMCES sont catholiques, évangéliques, protestants et islamiques. Leur désir commun est de mettre en œuvre des mesures sanitaires qui pourraient bénéficier au peuple béninois sans distinction. En outre, l'AMCES est particulièrement préoccupée par ces segments de la population qui sont mal desservies et plus vulnérables.

L'AMCES facilite le dialogue et la synergie tant entre ses institutions membres qu'entre les établissements de santé publics et privés. L'AMCES désire servir de catalyseur au sein du système de santé national et vise à travailler en collaboration avec le Ministère de la santé pour trouver des solutions pragmatiques aux obstacles auxquels font face les soins de santé au Bénin.

L'AMCES poursuit les objectifs spécifiques suivants :

- Créer un lien entre les organismes de santé à but non lucratif au Bénin
- Faciliter le bon fonctionnement des organisations membres
- Renforcer le rôle du secteur privé de la santé à but non lucratif
- Renforcer l'échange d'expériences et la réplication des meilleures pratiques
- Favoriser le développement des partenariats public-privé
- Apporter des contributions au système de santé en général.

L'AMCES est dirigée par une assemblée générale, un conseil d'administration et un bureau exécutif. Cette dernière renforce la capacité organisationnelle de l'association à travers les activités suivantes : l'appui organisationnel et technique, la recherche, les réunions d'échanges et la formation, le lobbying et le plaidoyer, l'appui aux services de santé et la conception et la gestion des projets de promotion de la santé. Le financement de l'AMCES est basé sur les dons, le recouvrement des coûts par le biais des frais d'utilisation, et, à une moindre échelle, les dons en nature du gouvernement béninois à travers des vaccins, des médicaments et des fournitures pour les programmes prioritaires. Les principaux donateurs sont l'Union européenne, la coopération belge, le gouvernement français et Medicus Mundi.

Services de santé

Le réseau AMCES est composé de 28 établissements de santé : 18 centres de soins de santé primaires (*Centre de santé*) et 10 hôpitaux. Tous les hôpitaux sont des hôpitaux de district désignés et font partie du système de prestation du Ministère de la santé. L'AMCES réclame la fourniture de 40 pour cent de la couverture des soins hospitaliers à la population et est l'acteur

privé le plus actif dans le domaine social. Les services fournis sont à la fois préventifs et curatifs, et sont principalement axés sur les soins maternels et infantiles. Le volume des services curatifs est le plus élevé dans les hôpitaux, avec des conseils en planification familiale et les méthodes traditionnelles prévues dans tous les établissements. La disponibilité des méthodes modernes de contraception dépend des croyances religieuses de ses membres. Les cabinets offrent des références vers des établissements publics et privés pour les méthodes modernes de contraception, et les gestionnaires semblent accepter ces références.

Plans pour l'avenir

L'intention de l'AMCES est de poursuivre les activités stratégiques suivantes dans un avenir proche :

- Organiser un système pour se procurer les médicaments et les fournitures en vrac
- Renforcer et moderniser le matériel médical dans les établissements de santé
- Améliorer le système d'information sanitaire du réseau
- Renforcer le programme de formation clinique et de gestion
- Améliorer le niveau d'intégration dans le système national de santé.

RÉSULTATS POUR L'AMCES

- L'AMCES est un acteur très important dans le secteur de la santé à but non lucratif qui a réussi à mettre en place un partenariat public-privé avec le Ministère de la santé.
- Les services de l'AMCES sont principalement axés sur les soins curatifs et hospitaliers.
- L'AMCES semble être une source fiable de conseils en planification familiale et en fourniture de méthodes contraceptives traditionnelles. La disponibilité des méthodes modernes dépend des croyances religieuses de ses membres.
- Le bureau exécutif semble fournir le bon type de soutien à ses membres et a une idée claire des actions stratégiques pour l'avenir.

RECOMMANDATIONS RELATIVES AUX AMCES

L'équipe d'évaluation recommande que le programme de PF dans le réseau AMCES soit renforcé. Par le renforcement des services de counseling en PF et la fourniture de méthodes contraceptives modernes et traditionnelles (dans les établissements où la prestation est autorisée), l'AMCES peut potentiellement augmenter le nombre de personnes intéressées par le PF dans ses centres de santé et hôpitaux.

4.4.2 ASSOCIATIFS/RESEAUX FORMES D'ONG

4.4.2.1 PROTECTION DE LA FAMILLE

Contexte

ProFam est une franchise de réseau de prestataires qui vise à « améliorer la qualité et l'accessibilité aux services de planification familiale et d'en augmenter la demande dans le secteur privé ». ProFam dispose d'un réseau de 49 cliniques privées qui offrent une variété de soins primaires généraux, PF/SR et les services de SMNI, y compris la distribution de

contraceptifs, le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, le counseling et le dépistage du VIH, les soins prénataux, l'accouchement, les soins obstétricaux d'urgence, les soins postnatals, le dépistage et le traitement de la diarrhée et du paludisme et la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide. Les visites à domicile, les séances d'éducation et de références pour le PF ou d'autres traitements sont effectués par des agents de santé communautaires dans les circonscriptions hospitalières. Parallèlement, ProFam est la « ligne verte » (toll-free hotline) du Bénin qui a été créée par l'ABMS pour offrir aux clients un moyen anonyme de recevoir des informations sur le VIH, le PF et les références vers les cliniques de ProFam, et elle a connu un grand succès en termes de volume d'appels. ProFam met actuellement en œuvre et applique un système d'assurance qualité basé sur l'approche Standards Based Management and Recognition (SBM-R).

Gestion

ProFam a été développé et est actuellement géré par ABMS, une filiale locale du PSI. Lancé en 2004, le réseau a été financé avec l'appui de la Banque allemande de développement, SALIN (Pays-Bas) et l'USAID à travers le projet IMPACT.

Population cible

Les jeunes adultes (13-24 ans), hommes et femmes, constituent la population cible des cliniques ProFam. Le niveau de revenu de la population cible est la tranche inférieure de 20 pour cent des plus pauvres, ainsi que la fourchette moyenne des 20-60 pour cent (les personnes à revenu faible et les personnes à revenu moyen inférieur). Les utilisateurs font des paiements directs sur un système de paiement à l'acte. ProFam négocie les prix des produits et services ciblés avec les propriétaires de cliniques affiliées.

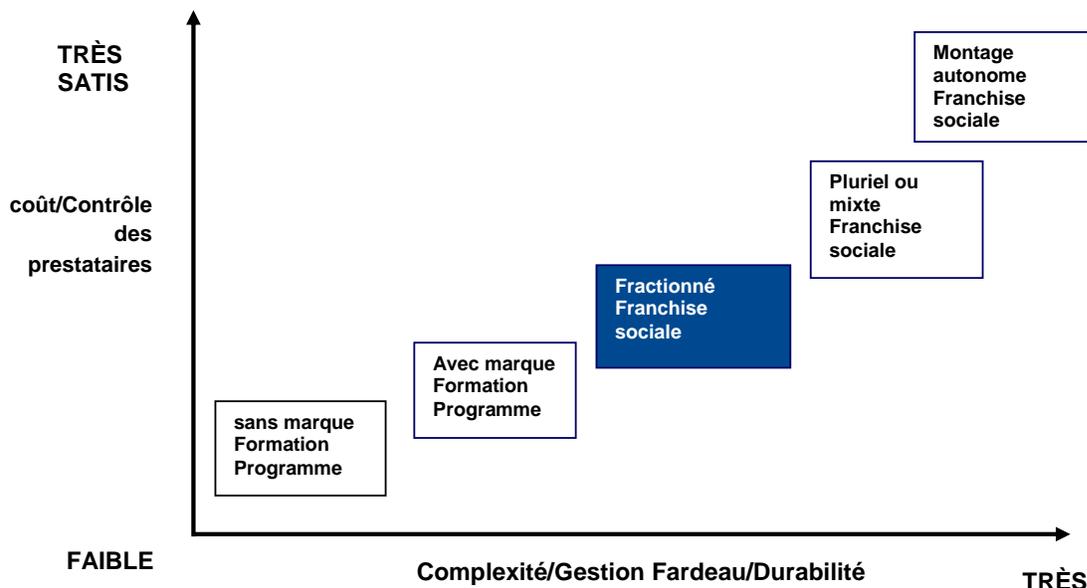
Répartition géographique

Les cliniques ProFam sont principalement situées dans la partie sud et le centre du pays (43 cliniques), tandis que seulement six cliniques se trouvent dans le nord. Les cliniques sont concentrées dans les zones urbaines, principalement à Cotonou et à Porto Novo.

Approche de réseau

Conceptuellement, les approches de réseau varient entre les cliniques ProFam selon les facteurs suivants : le capital et les coûts d'exploitation, la complexité de la gestion, le degré de contrôle sur les prestataires, le potentiel d'amélioration de la qualité et de l'accès, et le potentiel de viabilité à long terme. Sur la base de ces éléments, ProFam utilise une approche de « franchise fractionnée » pour son réseau de prestataires, comme expliqué dans la figure 12.

Figure 12 : Approches de réseau de prestataires



La franchise sociale ProFam

ProFam est un² réseau de franchise sociale composée de prestataires privés, de médecins et infirmières sages-femmes qui sont propriétaires de leurs établissements sanitaires et acceptent un contrat pour faire partie du réseau. En vertu de cet accord, les franchisés fournissent un ensemble de services qui constituent une « fraction » de leur pratique régulière, sous certaines conditions qui dictent la qualité, les prix et les stratégies de promotion. Les caractéristiques de la franchise ProFam sont les suivantes :

- **Critères de sélection** : Les établissements de santé qui sont officiellement enregistrés ont une infrastructure et une réputation relativement bonnes et sont prêts à signer un accord pour fournir les services et produits ciblés. Ils doivent également s'engager à respecter les règles en matière de contrôle qualité, des prix convenus, et des activités promotionnelles, y compris l'affichage du signe ProFam avec un logo distinctif.
- **Services et produits** : Les cliniques affiliées à ProFam offrent un large éventail de produits et services qui incluent :
 - La planification familiale : le counseling et la fourniture de méthodes à moyen et long terme
 - Produits de PF : les contraceptifs oraux, injectables, DUI, Collier, Norplant et les préservatifs

² « Franchise sociale – Une adaptation d'une franchise commerciale dans laquelle le promoteur d'un concept social testé avec succès (le franchiseur) permet aux autres (les franchisés) de reproduire le modèle en utilisant le système testé et le nom de la marque pour obtenir un avantage social. Le franchisé, en retour, est tenu de se conformer aux normes de qualité, communiquer les statistiques de vente et de service, et, dans certains cas, de payer les frais de franchise. Tous les points de prestations de services sont généralement identifiés par un nom de marque ou un logo reconnaissable ». (Public Policy and Franchising Reproductive Health: Current Evidence and Future Directions © Organisation mondiale de la santé 2007)

- Autres produits : *OraSel Zinc* et les moustiquaires imprégnées d'insecticides
- Approvisionnement en produits : Aucun des prestataires interrogés n'a indiqué des problèmes majeurs dans la chaîne d'approvisionnement des produits.³
- Prix des produits et services cibles : Les prix sont négociés par ProFam auprès des propriétaires de cliniques affiliées. Les utilisateurs font des paiements directs sur un système de paiement à l'acte.
- Assurance qualité : l'assurance qualité est appuyée par des visites de contrôle régulières. Les superviseurs utilisent l'approche de Gestion axée sur les standards et la reconnaissance (Standards-Based Management and Recognition - SBM-R) comme une démarche d'assurance qualité.
- Marque du réseau et promotion : Le présent accord spécifie l'affichage du logo ProFam à l'entrée de la clinique, toutes les cliniques visitées ont respecté cette disposition. En outre, les cliniques utilisent un ensemble de documents imprimés (flyers et affiches) ainsi que des activités communautaires visant à augmenter la demande.
- Formation : ProFam a développé un programme de PF ultramoderne et d'autres programmes de formation pour les prestataires privés. Les cours de formation offerts aux prestataires de ProFam incluent la technologie contraceptive, les méthodes contraceptives à moyen et long terme, et SBM-R comme un outil d'assurance qualité. Des modules de formation ont eu l'avantage de nombreux essais et de raffinement depuis leur lancement. Bien que les prestataires privés interrogés pour cette évaluation aient constamment exprimé leur satisfaction pour la formation reçue, leur intérêt pour obtenir davantage de formation a été limité par le coût élevé de l'abandon de leurs cliniques pour une période de temps relativement longue pour suivre une formation.
- Les normes de formation : Les exigences minimales de formation applicables aux établissements et aux prestataires pour être considérés comme faisant partie du réseau ne sont pas clairement énoncées. L'hypothèse peut être que puisque la plupart des cliniques ont peu de prestataires, la formation d'un ou deux prestataires peut être suffisante.

RÉSULTATS DE PROFAM

L'équipe de PSA a rencontré le personnel d'ABMS qui soutient le réseau ProFam, a rendu visite à des prestataires privés affiliés au réseau, et a examiné les rapports disponibles. Les principales conclusions sont les suivantes :

- Le réseau ProFam fonctionne efficacement pour soutenir la fourniture du PF et d'autres services de santé prioritaires dans le secteur privé.
- L'ABMS est à la fois une source digne de confiance et fiable de fourniture de produits de PF, *OraSel Zinc* et les moustiquaires imprégnées d'insecticide pour les affiliés de ProFam.

³ L'ABMS distribue des contraceptifs oraux, injectables, les DIU et les implants sous une marque *Lafiah* à travers le secteur privé au Bénin. On estime que ces produits, ainsi qu'une formation renforcée des prestataires de planification familiale, a permis d'éviter 174 497 grossesses non désirées depuis 2010.

- Le modèle de la « franchise fractionnée » utilisé semble être approprié pour équilibrer la nécessité d'augmenter la prise du PF et d'autres programmes de santé prioritaires, tout en préservant l'esprit d'entreprise des prestataires privés.
- L'environnement de réalisation des réseaux de prestataires privés est favorable et les enseignements tirés de l'expérience du réseau ProFam peuvent être utiles dans la recherche de nouvelles stratégies de réseau.
- La croissance du réseau ProFam dépend fortement du nombre de prestataires privés enregistrés, puisque seuls les prestataires enregistrés peuvent devenir des franchisés.

RECOMMANDATIONS POUR PROFAM

L'équipe en charge de l'étude a ressenti que ProFam a la capacité de mener une série d'interventions stratégiques visant à soutenir le développement des prestataires privés en général, et à travers ces interventions, créer les conditions pour développer son propre réseau. Il serait judicieux de suivre les recommandations spécifiques suivantes :

- Faciliter le dialogue politique afin de rationaliser le processus d'enregistrement ;
- Identifier et aider les prestataires privés qui opèrent illégalement à se faire enregistrer ;
- Développer un programme d'assistance technique et des mesures incitatives pour encourager les cabinets de groupe ;
- Mobiliser la demande des prestataires privés d'accéder au financement et à la formation en gestion/marketing ;
- Faciliter le processus de liaison avec les régimes d'assurance maladie et les interventions politiques qui éclaireront et faciliteront les travaux futurs avec des prestataires privés.

4.4.2.2 ASSOCIATION BENINOISE POUR LA PLANIFICATION DE LA FAMILLE

L'ABPF est un organisme à but non lucratif qui a été fondé en 1970 et établi légalement en 1972. L'ABPF est à sa base un réseau de cliniques qui offrent un large éventail de produits et services de PF/SR ainsi que des activités promotionnelles ciblées et le plaidoyer. L'ABPF est affiliée et reçoit un financement de l'International Planned Parenthood Federation (IPPF). Parmi les autres bailleurs de fonds, il y a DANIDA (Danemark coopération au développement), Engender Health / l'USAID, Fonds mondial (dans le cadre de la coordination nationale) et le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA). L'ABPF se concentre sur les approches transversales suivantes à la prestation de soins de santé : une approche communautaire, l'information, l'éducation et la communication, et la *Communication pour le Changement de Comportement* ; l'amélioration continue de la qualité, la promotion de l'égalité des sexes, y compris la participation des hommes dans la planification familiale ; et la gouvernance.

L'ABPF a défini cinq lignes d'action stratégiques et cinq stratégies transversales. Comme première stratégie, l'organisation cherche à améliorer l'accès aux services de planification familiale à travers un réseau complet. L'ABPF se compose de sept cliniques dans tout le pays, une clinique par département. Il met l'accent sur une distribution à base communautaire qui se concentre sur la jeunesse et se compose d'environ 150 distributeurs communautaires. L'ABPF est affiliée auprès d'environ 50 cliniques privées sous forme de « *cliniques amies* » et de « *cliniques partenaires*. » La deuxième stratégie de l'ABPF est la promotion de la santé sexuelle et reproductive chez les adolescents et les jeunes. Ce résultat est obtenu grâce à la présence de cliniques ouvertes aux jeunes et huit centres socio-éducatifs à travers le pays où des

programmes axés sur les jeunes sont adoptés. La troisième stratégie intersectorielle est l'intégration du traitement des IST et la prévention du VIH / sida, qui ont suivi les normes et lignes directrices indiquées par le Ministère de la santé. La quatrième stratégie de l'ABPF est la promotion de la « maternité à faible risque » parmi la population. Ce résultat est obtenu grâce à la fourniture complète de soins prénatals, ainsi que l'orientation des patients vers les établissements publics pour des prestations ou des complications à haut risque. Enfin, dans le cadre de la cinquième stratégie transversale, l'ABPF plaide pour la suppression d'obstacles juridiques à la fourniture du PF. Pour ce faire, l'entreprise organise des activités de dialogue politique avec un large éventail d'entités gouvernementales.

À propos du réseau ABPF

Le réseau de services ABPF se compose d'une clinique centrale, de six cliniques régionales, et de huit « centres socio-éducatifs ». Quatre des huit centres socioéducatifs fonctionnent dans des locaux loués, tandis que les autres centres fonctionnent dans des bâtiments appartenant au gouvernement béninois. Les cliniques mobiles ont dû fermer en raison de problèmes budgétaires.

Prestations de Services

L'ABPF cible les populations à faible revenu situées dans les zones périurbaines. Les cliniques ABPF offrent un large éventail de services de planification familiale tels que le counseling en PF et la fourniture de méthodes à moyen et long terme tels que les contraceptifs oraux, les contraceptifs injectables, les stérilets, les perles de cycle, le Norplant, et les préservatifs. Parmi les autres services offerts, il y a le traitement des IST, le counseling et le dépistage du VIH et les soins prénatals et post-avortement. Selon les statistiques de l'ABPF, en 2011, l'organisation a distribué 1 775 000 préservatifs, 349 000 services de contraception, 332 000 autres services de santé sexuelle et reproductive et 311 000 services destinés aux jeunes de moins de 25 ans. L'assurance qualité des services se fait via des visites de supervision. Ces visites ont lieu dans des cliniques de l'ABPF, cependant, la fréquence des activités d'assurance qualité a été réduite en raison de contraintes budgétaires.

Source des produits de PF

Pour une partie de ses fournitures de PF, l'ABPF s'approvisionne auprès de International Contraceptive & SRH Marketing Ltd. (ICON), une filiale de l'IPPF qui achète et distribue des fournitures de santé sexuelle et reproductive à l'échelle mondiale pour les associations membres de l'IPPF. La CAME est une autre source d'approvisionnement. Elle distribue les produits d'ABMS/PSI aux cliniques du réseau ABPF. Parmi les sources d'approvisionnement supplémentaires, il y a le FNUAP et l'*Organisation Ouest-Africaine de la Santé*. L'ABPF a reçu des fournitures de l'USAID pour la dernière fois en 2009.

Les prix

L'ABPF impose une taxe de 500 FCFA à tous les nouveaux utilisateurs de PF. Les visites de suivi pour le PF sont gratuites. Les prix pratiqués sont les suivants : implant (Jadelle), 800 FCFA ; contraceptif injectable (Cyclofem), 600 FCFA ; stérilet, 400 FCFA ; les contraceptifs oraux et les progestatifs uniquement, 100 FCFA ; préservatif, 10 FCFA (sans marque, fourni par l'IPPF). Le prix facturé pour une visite non-PF est de 500 FCFA, tandis que la visite pour un hémogramme est de 2000 FCFA. Les tests de VIH sont gratuits.

RÉSULTATS POUR L'ABPF

1. L'ABPF joue un rôle limité, mais important dans la prestation de services de planification familiale et des activités promotionnelles dans le pays. Le potentiel de l'ABPF est

principalement limité par un modèle d'affaires qui est étroitement axé sur les produits et services de PF à bas prix.

2. L'ABPF exploite un réseau fortement diminué de cliniques et de centres socio-éducatifs, qui fournissent des services de PF et un éventail limité d'autres services connexes pour les populations à faible revenu vivant dans les zones périurbaines.
3. L'ICON et la CAME sont la principale source fiable de fournitures de l'ABPF et semblent satisfaire la plupart des besoins à la fois d'ABPF et de leurs utilisateurs.
4. Les liens entre l'ABPF et les prestataires commerciaux privés, à travers des « *cliniques amies* » et des « *cliniques partenaires* » se limitent à la fourniture de produits de PF et à quelques formations. La formation dispensée est minimale et il n'existe pas d'activités de contrôle de la qualité.
5. La principale préoccupation du leadership de l'ABPF est la durabilité de ses activités compte tenu de sa forte dépendance de l'aide des donateurs.
6. Les idées visant à réduire la vulnérabilité financière de l'organisation abordées comprennent les points suivants :
 - Investir dans une clinique/un hôpital central qui offre un large éventail de services, notamment la maternité, la chirurgie, les diagnostics, les hospitalisations et les consultations externes
 - Mettre en place un laboratoire complet à Cotonou et à Porto Novo
 - Équiper toutes les cliniques avec des équipements d'échographie modernes
 - Offrir de nouveaux services : la coloscopie et la mammographie
 - Développer l'offre de services médicaux : médecine générale, gynécologie, pédiatrie et d'autres spécialités
 - Établir des partenariats avec des assureurs et des *mutuelles* de santé privés pour servir de prestataire
 - Collaborer avec les établissements du secteur public et privé et les prestataires dans le but de former les prestataires sur le PF/la SR
7. L'avenir de l'ABPF en termes de pertinence dans le secteur de la santé est lié à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un plan stratégique et durable approfondi.

RECOMMANDATIONS RELATIVES A L'ABPF

L'ABPF est un prestataire majeur de FP / SR pour la population à faible revenu et un défenseur des politiques publiques clés liées à la mission de l'ABPF. L'équipe de l'ESP estime que l'importance de l'ABPF dans le secteur de la santé à but non lucratif au Bénin pourrait être renforcée par un développement durable et un plan stratégique qui inclut le développement de son réseau de services. Les recommandations spécifiques sont les suivantes :

1. Développer une évaluation approfondie de la durabilité suivie d'un exercice de planification stratégique et un plan d'investissement
2. Élaborer des plans d'affaires pour déterminer la faisabilité d'initiatives visant à réduire la vulnérabilité financière de l'entreprise tout en préservant sa mission sociale.

5. APPROVISIONNEMENT ET PRODUITS PHARMACEUTIQUES

5.1 CONTEXTE

Le Ministère de la santé du Bénin est la principale autorité en charge du contrôle de tous les aspects de l'approvisionnement en médicaments. Les regroupements et les organismes de réglementation sont les suivants :

- *Direction Nationale de Sante Publique (DNSP)* - définit la politique et les priorités en matière de santé publique au sens large.
- *Direction des Pharmacies et du Médicament (DPMED)* - responsable de tous les aspects de la réglementation pharmaceutique, y compris l'enregistrement du produit, les tests et la politique des prix. Au sein de la DPMED, plusieurs unités clés jouent un rôle important dans la gestion du système d'approvisionnement en produits pharmaceutiques :
 - *Service d'Enregistrement, de Statistiques et de Contrôle de la Qualité (SESCQ)* – division responsable de la plupart des activités réglementaires de la DPMED.
 - *Laboratoire National de Contrôle de la Qualité (LNCQ)* – un laboratoire de tests nationaux qui effectue l'analyse chimique des médicaments avant leur entrée sur le marché public, dans le cadre du processus de demande d'autorisation de mise sur le marché (*Autorisation de Mise sur le Marché, ou AMM*).
 - *Commission Technique des Médicaments (CTM)* – une instance nationale qui examine les dossiers d'enregistrement des produits que les fabricants pharmaceutiques soumettent à la demande d'autorisation sur le marché (*AMM*).

L'acquisition et la distribution de fournitures médicales centrales (publiques) incombent à la CAME, tel que décrit à la section 5.3.

5.2 SECTEUR COMMERCIAL

Fabrication locale et l'importation

Il n'existe pas de capacité de production pharmaceutique majeur à ce jour au Bénin autre que la production informelle de substances médicinales traditionnelles utilisées dans l'économie souterraine traditionnelle des soins de santé (totalement non réglementée). Il existe trois fabricants nationaux (tels que cités dans l'évaluation de 2012 du système de santé du Bénin), dont Pharmaquick, qui produit environ 72 antibiotiques génériques et d'autres médicaments essentiels sous forme de pilule, Bio-Bénin, qui produit des solutés de perfusion, et la *Société des Pansements du Bénin*, ou SOPAB, qui produit des pansements pour la consommation domestique et pour l'exportation.

Ainsi, la quasi-totalité FP moderne, MCH, et antipaludiques (et autres spécialités) les produits pharmaceutiques sont importés au Bénin à partir d'autres pays. En tant que tel, le développement efficace d'un solide secteur de la santé, à la fois public et privé, est fortement tributaire de l'acquisition et de la distribution des médicaments importés et produits consommables et équipements médicaux efficaces.

Pharmacies de détail

Chaque pharmacie de détail est exploitée par un seul pharmacien professionnel agréé qui a entre 1 à plus de 12 membres du personnel d'appui. Les pharmacies de détail sont tenues d'effectuer tous les médicaments sur la liste centrale des médicaments essentiels (LME). Les pharmacies situées dans les zones urbaines ont tendance à être bien approvisionnées, et si elles sont en rupture de stock, et elle le signale, le produit sera livré dans les 1-2 semaines. Les pharmacies urbaines varient en taille et en qualité, de la petite devanture de magasin gérée par 1 à 2 personnes aux établissements de type supermarché avec des systèmes informatisés de catalogage.

Les dispensaires en établissement (privé)

De nombreuses cliniques privées, aussi bien dans le secteur privé à but lucratif que dans le secteur privé à but non lucratif, abritent des dispensaires dans leurs locaux. Selon les services offerts, ces établissements offrent une vaste gamme de médicaments, ou un sous-ensemble spécialisé de médicaments autorisés sur la LME. Le choix des produits à mettre en stock semble être déterminé par le prestataire/propriétaire ou par la direction de l'établissement concerné. Ils semblent également être libres de choisir le ou les gros prestataires dont ils dépendent pour leurs stocks.

Semi-grossistes et vendeurs de marché

En distribuant sa gamme Laafia des produits de santé familiale, PSI/ABMS déclare travailler avec un réseau de distributeurs « semi-gros » et un grand nombre de petits revendeurs de médicaments, dont la plupart sont installés dans de nombreux marchés de rue des quartiers du pays. Les semi-grossistes distribuent des marchandises emballées en vrac (notamment une variété de marques de préservatifs masculins vendus dans le cadre du marketing social et, dans une moindre mesure, des pilules contraceptives orales) pour les petits établissements de vente au détail. L'emballage des préservatifs dans des boîtes contenant une ou deux douzaines de groupes du produit sont les plus communs. Ces semi-grossistes vendent aussi directement aux consommateurs individuels qui préfèrent acheter en vrac. Les membres de l'équipe ont observé que les points de vente en demi-gros respectaient strictement le prix public conseillé tel que suggéré par PSI/ABMS, aucune variation des niveaux de prix recommandés n'a été observée lors des visites sur le terrain.

À ce jour, le rôle du secteur privé dans la prestation des soins de santé a été sous-estimé au Bénin, l'essentiel de l'attention étant mis sur les efforts de réforme locaux et internationaux portant sur les établissements et les institutions du secteur public. Toutefois, les développements récents tels que la *Stratégie nationale de Croissance et de la Réduction de la Pauvreté* met l'accent sur l'ouverture des marchés et les efforts du président visant à convoquer une table ronde sur l'engagement du secteur privé, des signes encourageants qui indiquent un changement de direction pour recentrer les énergies sur le rôle du secteur privé dans la prestation des soins de santé.

5.3 LE SECTEUR SUBVENTIONNE

Approvisionnement et gestion des fournitures par le secteur public

Actuellement au Bénin, l'acquisition centrale, l'entreposage et la distribution de fournitures et consommables médicaux du gouvernement central sont assurés (au nom de l'État) par une agence privée à but lucratif, la CAME. L'USAID a financé et géré la restructuration de la CAME en une organisation privée à but non lucratif, fondée sur l'adhésion en 2010, comme indiqué ci-dessous. La CAME est responsable d'une grande variété de fonctions relatives à la fourniture de produits pharmaceutiques et consommables médicaux, y compris ce qui suit :

- Faire fonctionner les pharmacies centrales
- Lancer des appels d'offres pour l'approvisionnement de l'État en produits pharmaceutiques
- Gérer les entrepôts et les points de distribution à travers le pays pour les fournitures médicales centrales
- Mener des activités d'assurance qualité liées à l'entrepôt central des stocks
- Lancer les appels d'offres pour l'évaluation de la distribution dans le secteur public
- Offrir des services aux points de distribution médicaux, y compris les établissements de santé du secteur public et les établissements à but non lucratif sélectionnés qui ont demandé (et obtenu) l'adhésion à la CAME.

Depuis sa création au début des années 1990, la CAME fonctionne comme un organisme du secteur public. En 2010, la CAME a connu une restructuration formelle et est devenue une association indépendante à but non lucratif, contrôlée par un organisme indépendant (COGES) et fonctionnant en partenariat avec le Ministère de la santé. En tant que tel, la CAME elle-même appartient formellement au secteur privé (à but non lucratif), même si elle est encore largement considérée comme étant essentiellement une organisation du secteur public, car elle assure une fonction d'utilité publique. La restructuration de 2010 prévoyait une plus grande autonomie financière de la CAME, entre autres avantages, et donne à l'entreprise une plus grande flexibilité opérationnelle et une meilleure capacité à s'engager dans la reprise substantielle des coûts dans l'accomplissement de sa mission.

La CAME se concentre sur l'acquisition et la distribution de médicaments génériques et sert également de mécanisme central de gestion des produits en ce qui concerne les dons pharmaceutiques des bailleurs de fonds internationaux tels que l'USAID et le FNUAP. Plus de 98 pour cent de l'activité de la CAME reste cependant l'achat et la distribution des fournitures médicales centrales pour le Ministère de la santé, ce qui la rend *de facto* une agence unique qui répond aux besoins du Ministère de la santé. (Remarque : Les pharmacies du secteur privé sont en grande partie fournies par un certain nombre de grossistes en produits pharmaceutiques, décrits ci-dessous, même si elles reçoivent également des fournitures pour les médicaments génériques à travers la CAME.)

Les dispensaires en établissement (public)

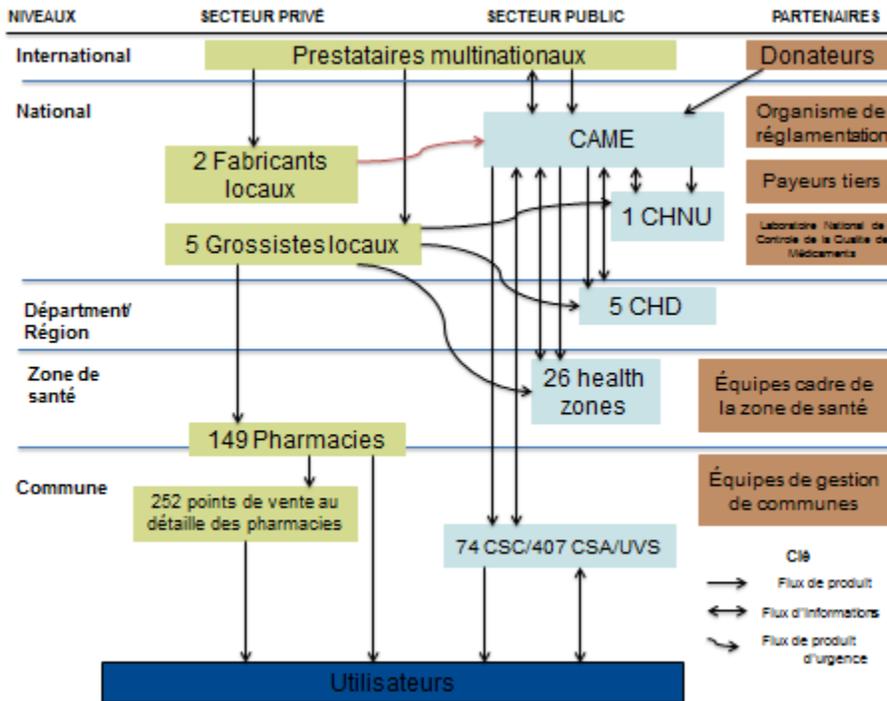
Chaque établissement majeur du secteur public de la santé exploite un dispensaire, où les médicaments de base sont offerts aux clients et au public. Ces officines sont approvisionnées exclusivement par la CAME selon les quantités mensuelles de médicaments prescrits dans la LME, comme prévu et autorisé par le Ministère de la santé.

5.4 DISTRIBUTION

Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Consommables

La CAME exploite trois établissements essentiels pour la distribution de produits pharmaceutiques : une usine siège social est située à Cotonou et deux dépôts régionaux. La figure 13 illustre le système de distribution.

Figure 13 : Système de distribution des produits pharmaceutiques au Bénin*



Source: [ESS Benin 2006](#)

La CAME distribue des médicaments génériques (et offerts par le secteur public) aux acteurs des secteurs public et privé. Les principaux grossistes privés au Bénin sont : *Groupement d'Achat des Pharmacie d'Officine du Benin (GAPOB)*, *Union Béninoise des Pharmaciens du Benin (UBEPHAR)*, *Groupement Béninois des Pharmaciens (GB-PHARM)*, *MEDIPHARM*, *COPHARBIOTEC* et *PROMO-PHARMA*, qui à leur tour distribuent aux pharmacies privées, aux hôpitaux et cliniques publics et aux cliniques / dispensaires privés.

L'entrepôt central / les plateformes régionales

Le siège de la CAME et l'entrepôt central se trouvent dans les locaux du Ministère de la santé à Cotonou. La CAME stocke et exploite également deux autres entrepôts régionaux majeurs à Parakou et Natitingou (nord) et Parakou (Central).

Distributeurs grossistes du secteur privé

Les pharmacies privées s'approvisionnent pour la majorité de leurs produits de spécialité à partir d'un certain nombre de points de distribution en gros au Bénin. Elles sont également en mesure d'acheter des médicaments génériques auprès de la CAME. En tout, quatre grossistes privés opèrent dans le pays aujourd'hui : GAPOB (voir encadré Box 2), UBEPHAR, GB-PHARM et MEDIPHARM.

Encadré 1 : Groupement d'achat des pharmacies d'officine du Bénin

GAPOB est une S.A dont les actionnaires sont un groupe de pharmaciens béninois. La GAPOB agit comme grossiste pour un très grand sous-ensemble des pharmaciens et des pharmacies du Bénin. Plus de 180 pharmaciens sont actionnaires de l'entreprise, ce qui représente près de 76 pour cent de toutes les pharmacies enregistrées au Bénin. La GAPOB offre des services d'achats communs/groupés pour les membres des principaux produits pharmaceutiques et soutient l'entreposage et la distribution de ces produits à travers le Bénin.

Au nom de ses membres, et en concertation régulière avec eux, GAPOB s'occupe de l'identification des produits, la prévision et l'ordre, l'importation, le dédouanement, le stockage central et la distribution de centaines de médicaments « de spécialité » qui sont commercialisés par les points de vente de détail au Bénin. Aux termes de la loi, GAPOB (et d'autres grossistes au Bénin) doit stocker 90 pour cent de tous les médicaments figurant sur la liste LME et doit maintenir un approvisionnement de trois mois de chaque produit, au minimum, à tout moment

5.5 PRIX ET DISPONIBILITE DES STOCKS

Aux fins de cette étude, une enquête a été menée sur les stocks disponibles pour plusieurs contraceptifs essentiels et des produits de PMI. Les produits examinés lors des visites de l'équipe dans les dispensaires, les pharmacies et les points de vente en gros sont les suivants :

Produits de PF

les préservatifs (masculins et féminins), des pilules OC (uniquement les variétés de COC et de progestatif), CE, injectables, implants, DIU, perles de cycle de contraception.

Produits de SMI

Moustiquaires antipaludiques et sels de réhydratation orale / suppléments en zinc.

Disponibilité des produits

Suite à la restructuration de la CAME et l'ouverture de deux plateformes de distribution de la CAME, la disponibilité générale de médicaments de base et des consommables médicaux essentiels s'est sensiblement amélioré. Des ruptures occasionnelles des stocks se produisent encore, en particulier dans les zones rurales, mais la plupart des personnes interrogées pendant l'étude ont reconnu qu'elles étaient moins fréquentes que par le passé.

Tendances générales de la gestion des stocks

En ce qui concerne le PF, la SMI et les produits antipaludiques examinés au cours de cette étude, plusieurs tendances ont été mentionnées par les répondants :

1. Alors que les ruptures de stock se produisent encore régulièrement, la situation générale de rupture de stocks s'est considérablement améliorée (par exemple, diminution de la fréquence et de la durée) depuis la restructuration de la CAME.
2. En ce qui concerne les produits de PF, en particulier, la plupart des responsables de dispensaires prestataires interrogés ont relevé une diminution marquée de ruptures d'approvisionnement depuis le lancement de la marque PSI umbrella de l'ISP de produits « Laafia ».
3. Les ruptures de stock de moustiquaires ont également diminué, mais l'offre vient habituellement dans des lots imprévisibles d'une taille particulière du produit particulier (à savoir, des moustiquaires à une place, deux places ou trois places). La plupart des pharmacies visitées avaient seulement une taille donnée de moustiquaires en stock au moment des visites/interviews de cette équipe.

Marges prévues dans la chaîne d'approvisionnement

Les niveaux de prix à la consommation pour chaque produit sur la LME sont fixés à l'avance par une commission de tarification spéciale convoquée chaque année par le Ministère de la santé. En principe, il existe des taux de marge pour chaque étape de l'achat de produits pharmaceutiques et de la chaîne de valeur de la distribution. Les grandes lignes se présentent comme suit :

- La CAME ajoute systématiquement une marge de 20 pour cent à son prix d'achat pour les produits achetés dans le cadre d'un appel d'offres général.
- Les détaillants multiplient généralement par 1,5 le prix de transfert qu'ils paient à la CAME pour déterminer le prix de vente au détail. Dans cette marge de 50 pour cent les coûts d'exploitation et diverses obligations fiscales doivent être couverts.
- Aucun texte officiel n'établit un taux de marge spécifique devant être ajouté par des dépôts régionaux sur le prix de transfert de base du produit.
- Les grossistes privés doivent appliquer un prix de transfert maximal prédéterminé centralisé pour chaque produit qu'ils importent et distribuent. Ce prix est déterminé par un groupe de travail (composé des représentants du Ministère de la santé, du Ministère du Commerce et du Ministère des finances) qui se réunit en moyenne une fois par an. Ces prix de transfert ne sont pas régulièrement ajustés pour tenir compte des fluctuations de change, ou les fluctuations d'autres facteurs de coûts importants tels que le coût du transport/carburant. En théorie, elles devraient observer au minimum une marge de 36 pour cent pour couvrir tous les coûts des marchandises vendues ainsi que les tarifs à l'importation, mais en pratique, compte tenu de la rareté de l'ajustement de la structure de tarification établie au niveau central, il n'y a pas de marge minimum garantie pour les acteurs privés de la vente en gros sur les produits de spécialité qu'ils importent.
- Les grossistes privés achètent également une partie de leurs produits directement auprès de la CAME et les transmet à certains groupes de clients. On peut supposer qu'ils doivent ajouter un peu de marge sur le déplacement de ces produits eux-mêmes, le plus souvent traduit par une « double piqûre » des marges bénéficiaires combinées aux clients.
- Les propriétaires/responsables de pharmacies de détail déclarent que leurs marges sur les ventes de médicaments sont généralement autour de 30 pour cent.
- Les cliniques privées et semi-privées semblent, en pratique, définir et appliquer une « marge » établie dans chaque établissement. Selon l'évaluation 2012 de Health Systems 20/20, ce taux est déterminé en consultation avec les responsables locaux de la zone de santé.

En théorie, les marges sur les produits sont fixes et ne varient pas - encore une fois, la politique orientée par les préoccupations d'équité, mais en pratique, le prix à la consommation pour

certains produits de PF varie considérablement, comme l'équipe l'a observé au cours de cette étude. La variation la plus perceptible existe entre les prix des dispensaires privés à but lucratif et les cliniques/établissements à but non lucratif ; cette variation est imputable presque entièrement à **des ensembles divergents des coûts de prestation de services** pour les méthodes de contraception à long terme. Les sections suivantes fournissent des détails sur la façon dont les questions de prix et de stocks ont un impact sur le marché de nos jours, ventilées par type de point de vente/distribution.

Conclusions générales sur les tendances des prix des produits pharmaceutiques

Dans un *contexte de pharmacie*, en gros, les prix des produits étaient égaux ou proches du prix de détail imposé par les pouvoirs publics. Les moustiquaires ont montré la variation la plus grande, à la fois en termes de disponibilité et de prix, les ruptures de stock ont été citées le plus souvent en association avec les moustiquaires. Plusieurs pharmaciens ont déclaré que la cause préalable des ruptures de stock fréquentes sur les produits de PF avait été sensiblement améliorée suite à l'introduction de la marque Laafia gérée par PSI.

Dans le *contexte clinique*, la plus grande variation des prix des produits (y compris les coûts des prestations de services) a été constatée pour les implants, les contraceptifs injectables et les DIU. De faibles degrés de variation de prix étaient évidents entre les cliniques en terme de coût des préservatifs masculins et de pilules contraceptives orales (uniquement pour les contraceptifs oraux combinés (COC) et les progestatifs). Aucune variation de prix quelle qu'elle soit n'a été constatée pour les sels de réhydratation orale (50 pour cent de marge de majoration) ou pour les perles de cycle (marge de majoration constante à 500 pour cent). Les moustiquaires n'ont pas été vendus ou n'étaient pas disponibles dans l'une des cliniques interrogées, tout comme les préservatifs féminins, qui ne seraient pas disponibles dans tout le pays. Vraisemblablement, les préservatifs féminins ne figurent pas sur la LME, ou ne sont pas commandés en raison de la faible demande.

De plus amples détails sur les tendances des prix et de la disponibilité des stocks, décrits et regroupés par type de point de distribution, seront fournis.

Pharmacies privées et pharmacies communautaires

Les prix : Au cours de l'évaluation dans le pays, l'équipe n'a constaté aucune variation fondamentale par rapport au prix de vente conseillé pour les produits qui faisaient l'objet de l'étude. Les lignes directrices sur les marges sur les produits de PF ont été respectées à la lettre dans les établissements de vente au détail dans presque tous les cas examinés. Comme indiqué plus haut, les prix des moustiquaires variaient légèrement, bien que pas de manière significative.

Les propriétaires de pharmacies et les gestionnaires de stocks semblaient satisfaits des taux de marge qu'ils peuvent réaliser sur la vente de produits pharmaceutiques. Un gérant d'une grande pharmacie de Cotonou a déclaré qu'il appliquait une majoration de 30 pour cent sur les médicaments, ce qui est une marge nettement supérieure aux marges de 20 à 25 pour cent qu'il réalise sur les autres produits de consommation.

Questions liées aux stocks : les niveaux des stocks des produits étudiés semblaient être assez réguliers dans les pharmacies privées commerciales. La variété et les quantités de stock disponibles pour tous les produits étaient visiblement plus importantes pour les pharmacies privées par rapport aux établissements en milieu clinique. Cette différence pourrait s'expliquer par un certain nombre de facteurs possibles, notamment les bonnes pratiques de gestion dans les pharmacies, la portée/nature des opérations cliniques avec un accent connexe sur les

produits conservés disponibles ou les volumes de demande/d'achat ciblées (et donc une baisse plus rapide des stocks disponibles) constatés dans les cliniques/dispensaires. La gestion des données et des stocks est généralement manuelle dans les petites pharmacies, mais elle a été informatisée dans la plupart des grandes et moyennes pharmacies.

Les pharmaciens et les propriétaires/gestionnaires de cliniques privées continuent cependant de faire face à des ruptures de stock imprévues (c'est-à-dire des ruptures dues aux déficits de stocks chez les grossistes) comme étant un obstacle majeur à la réussite eu à la croissance de leurs entreprises, car les ruptures de stock ont un impact majeur sur les niveaux de confiance des clients ; la résolution du problème de ruptures de stock est entièrement exogène aux pratiques de l'établissement de détail lui-même. La plupart des personnes interrogées ont fait remarquer que le taux de ruptures de stock involontaires s'est nettement amélioré pour les produits de PF après l'introduction de la marque Laafia et, bien que les ruptures de stocks de la CAME n'aient pas complètement disparu, leur taux s'est sensiblement amélioré depuis la réorganisation de 2010.

Dispensaires publics et sous contrat avec l'État

Les prix : En gros, les niveaux de prix des produits recommandés, tels que spécifiés par le Ministère de la santé, ont été observés dans ces dispensaires.

Questions liées aux stocks : Comme mentionné ci-dessus, des ruptures de stock généralisées ont été signalées pour une variété de produits, y compris les produits essentiels pour les PF, la santé infantile et la prévention du paludisme, à la fois dans les dispensaires du secteur public que, dans une moindre mesure, dans les établissements confessionnels privés qui servent comme des entrepreneurs dans la prestation des services de soins de santé destiné au public. Les gestionnaires de dispensaires ne semblent pas en mesure de prédire ou d'expliquer la cause ou la périodicité de leurs ruptures de stock. Aucune preuve de compréhension (ou de la responsabilité pour) de la dynamique des centres de coûts ou les considérations de recouvrement des coûts n'était évidente dans les conversations que l'équipe avec les responsables de dispensaires. Les systèmes d'information et les mécanismes de suivi ont été maintenus manuellement.

L'équipe d'évaluation a visité trois établissements de ce genre, approvisionnés exclusivement via la CAME, au cours de ses visites sur le terrain en octobre au Bénin (deux hôpitaux confessionnels privés et une maternité publique) situés respectivement à Cotonou, Porto Novo et Ganvié. Différents niveaux de ruptures de stock, en fonction de l'emplacement de l'établissement, ont été observés pour les produits en question, comme indiqué dans le Tableau 8.

Tableau 8 : Disponibilité des produits clés

	COTONOU (CONFESSIONNEL)	PORTO NOVO (CONFESSIONNEL)	GANVIE (PUBLIC)
Contraceptif oral en comprimés	En stock	Pas en stock	En rupture de stock – 4+ mos
Injectables	En stock	Pas en stock	En rupture de stock – 4+ mos
Implants	En stock	Pas en stock	Pas en stock

DIU	En stock	Pas en stock	Pas en stock
Préservatifs	En rupture de stock, récemment	Pas en stock	En rupture de stock – 4+ mos
Contraceptif perles de cycle	En stock	Pas en stock	En rupture de stock – 4+ mos
ORS/Zinc	En stock	En rupture de stock	En stock
Moustiquaires	En stock	En rupture de stock	En rupture de stock – 4+ mos

Il est clair que, malgré certaines améliorations récentes dans la chaîne d'approvisionnement des cabinets, des défis existent encore en vue d'assurer un approvisionnement régulier à des points d'officine pharmaceutique dans des endroits en dehors de la principale métropole de Cotonou.

En outre, étant donné que les revenus nets provenant des ventes pharmaceutiques constituent souvent une part essentielle des fonds d'exploitation de grandes institutions publiques, un flux régulier et prévisible des médicaments et des produits de base est essentiel au bon fonctionnement de ces institutions. Compte tenu de la baisse rapide de la marge des recettes sur les dépenses (comme indiqué dans l'étude des tendances de la Banque mondiale de 2007 à 2010 (Health Systems 20/20 2012 HSA, p.104), un ajustement des niveaux de prix au consommateur décidé au niveau central aurait dû intervenir depuis longtemps. De plus, une amélioration de la gestion des produits et de la chaîne d'approvisionnement dans ces établissements sera obligatoire afin d'assurer leur viabilité budgétaire. S'appuyer sur le savoir-faire et les capacités des acteurs du secteur privé en appui de ces établissements publics et semi-publics peut faire une différence importante au cours des années à venir.

Dispensaires privés (à but lucratif et à but non lucratif)

Les prix : Les plus grandes variations par rapport aux prix recommandés par le Ministère de la santé ont été constatées dans cette catégorie de dispensaire. Le niveau des prix aux consommateurs varie de 1,5 fois le prix de transfert (pour les produits achetés auprès de la CAME) à 100 fois le prix de transfert. De même que les résultats de l'évaluation du secteur de la santé en 2012 menée par Health Systems 20/20 (p.106), chaque dispensaire semble fixer un taux multiplicateur de base et s'en tient à ce pourcentage pour définir ses propres niveaux de prix aux consommateurs. Les prix des implants contraceptifs, des contraceptifs injectables et des DIU semblent enregistrer la plus grande variation.

Certaines ONG (notamment ABPF, entité affiliée à l'IPPF) appliquent également un barème variable basé sur les besoins de leur clientèle de PF. Dans des cas de nécessité financière extrême, l'ABPF fabrique les produits de PF qui sont ensuite distribués gratuitement aux clients qui en ont le plus besoin.

Dans le cas des cliniques privées à but non lucratif, les propriétaires et les gestionnaires sont généralement bien conscients à la fois du niveau des prix aux consommateurs et des niveaux de ventes mensuelles sur chaque type de produit. Dans les cliniques privées à but lucratif, les propriétaires/gestionnaires et les responsables de dispensaires semblaient tout à fait conscients du recouvrement des coûts et d'autres principes commerciaux dans leurs explications du fonctionnement de la pharmacie. Étant donné que ce groupe de prestataires semble avoir la plus grande souplesse dans la fixation de leurs niveaux réels de prix au consommateur, il n'est

pas surprenant que ce groupe enregistre une réussite record sur la viabilité financière parmi les différents regroupements de types de prestataires.

Questions liées aux stocks : En gros, dans les cliniques privées, à la fois privé à but lucratif et privé à but non lucratif, la question des ruptures de stock semblait moins aiguë sur le plan problématique. Le personnel semblait soit mieux en mesure de gérer et de prévoir les flux de stock, ou capable de trouver des sources d'approvisionnement alternatives si le stock est faible. La gestion des informations et des stocks est faite manuellement dans les petites cliniques, mais elle est souvent informatisée dans les cliniques privées de grande taille et de taille moyenne. Les ruptures de stock dues à des prévisions erronées au niveau du commerce de détail ne semblent pas présenter un niveau de risque majeur pour cette catégorie de prestataires.

5.6 ANALYSE DES ESTIMATIONS DE VARIATIONS DE PRIX ET DES VENTES DES PRODUITS DE PLANIFICATION FAMILIALE

L'équipe d'évaluation a visité plus de 20 pharmacies et cliniques afin d'évaluer la fluctuation des prix et la disponibilité des produits de PF, à la fois pour les méthodes réversibles et de longue durée (LARM) et les produits de contraception à court terme. Malgré la taille réduite de l'échantillon, certaines tendances évidentes en matière de tarification et de disponibilité des produits se sont dégagées.

Produits de LARM

La plus grande variété a été enregistrée dans les prix des contraceptifs parmi les LARM examinés, surtout les DIU, les implants et les contraceptifs injectables. L'essentiel de cette variabilité peut être attribuée à une gamme de tranches de prix liées aux services du prestataire. Les cliniques ProFam (qui collaborent au réseau des prestataires de PSI) ont fixé des tarifs de prestation de services selon le type de prestataire, et ceux-ci sont reflétés dans les prix déclarés appliqués aux consommateurs : Les sages-femmes des cliniques ProFam facturent 2 000 FCFA pour les DIU ou les insertions d'implants, les médecins des cliniques ProFam facturent 5 000 FCFA pour les mêmes services d'insertion. Bien que cela ne fasse pas partie d'un accord formel sur la structure des prix, les cliniques bien connues dirigées par des médecins spécialistes (OB/GYN) peuvent choisir de facturer 10 000 FCFA pour les mêmes services.

Pour les contraceptifs injectables, les honoraires exigés par les prestataires se situent généralement entre 1 000 et 2 000 FCFA. Cette structure de prix est clairement démontrée dans les résultats de l'enquête et constitue l'essentiel du coût aux consommateurs dans le cas des méthodes contraceptives réversibles longue durée. Un récapitulatif des données des prix et d'utilisation collectées par rapport à ces méthodes suit.

Les DIU (TCu380A)

Contexte de la clinique. Les DIU ne sont disponibles que pour les clients des cliniques. Ils ne sont pas disponibles à la vente dans les pharmacies privées. Le comportement des consommateurs a montré une élasticité de prix très élevée et un développement plus rapide dans le choix des prestataires, peut-être en raison de perceptions liées à la qualité du service ou à d'autres facteurs. Les variations de prix et de volume ci-dessous ont été observées :

- Le coût unitaire déclaré au niveau de la vente en gros pour un DIU est de 100 FCFA.

- Le coût au consommateur variait (y compris les frais de service d'insertion) de 1 000 à 10 000 FCFA.
- Deux cliniques avec le volume mensuel estimé le plus élevé (20 unités par mois chacune) ont été observées : une clinique offrant des services à un prix médian (2 000 FCFA) et une clinique offrant des services à la portion supérieure de la fourchette de prix (10 000 FCFA).
- Le volume mensuel suivant le plus élevé (12 unités par mois) a été observé à la clinique avec le niveau le plus bas des prix (1000 FCFA).
- Le volume mensuel estimé et le pourcentage de ventilation par prix entre les cliniques sélectionnés montre ce qui suit :

EST. QUANTITE TOTALE MENSUELLE	POURCENTAGE	TYPE DE PRESTATAIRE	PRIX
12	14.5	Clinique « low-cost » (faibles coûts)	1 000 FCFA
39	46.5	Sages-femmes	2 000 francs CFA
10	11.9	Sages-femmes+produit	2 500 FCFA
3	3.6	Médecin	5 000 FCFA
20	23.8	Gynéco-obstétricien	10 000 FCFA

Implants

Contexte de la clinique. Les implants sont uniquement disponibles pour les clients dans le contexte clinique. Ils ne sont pas disponibles à la vente dans les pharmacies privées.

- Le coût unitaire déclaré au niveau de la vente en gros est de 50 FCFA.
- Jadelle semble être la seule marque d'implant enregistrée.
- La structure tarifaire pour le coût au consommateur des implants (produit en plus du service) est identique à celle déclarée pour les DIU, cependant, les volumes mensuels estimés sont très différemment répartis.
- L'unique volume mensuel déclaré le plus élevé (30 insertions d'implants) a été rapporté par une des cliniques à prix médian (2 000 FCFA). Aucune autre clinique n'a déclaré plus de huit insertions d'implants par mois.
- Autant que 76,3 pour cent est égal ou inférieur au niveau du prix médian, 23,7 pour cent est supérieur au niveau du prix médian.
- Le volume mensuel estimé/ventilation par pourcentage (par niveau de prix) entre les cliniques sélectionnées montre ce qui suit :

EST. QUANTITE TOTALE MENSUELLE	POURCENTAGE	TYPE DE PRESTATAIRE	PRIX
8	13.6	Clinique « low-cost » (faibles coûts)	1 000 FCFA
37	62.7	Sages-femmes	2 000 francs CFA
6	10.2	Sages-femmes+produit	2 500 FCFA
5	8.5	Médecin	5 000 FCFA
3	5.1	Gynéco-obstétricien	10 000 FCFA

Injectables

Contexte pharmaceutique. Les ampoules de contraceptifs injectables sont en vente dans les pharmacies. Elles sont disponibles sous forme d'ampoules individuelles et dans un emballage en vrac. Toutefois, le personnel de la pharmacie n'est pas autorisé à administrer des injections. Les consommateurs (et probablement les prestataires pour les unités en vrac) peuvent acheter leurs produits en pharmacie et les apporter à un point de prestation de service autorisé pour utilisation.

- Il n'y a pas de variation de niveau de prix ou de marge.
- La plupart des pharmacies commerciales ont connu de faibles volumes de ventes sur les deux produits.

Contexte de la clinique. Dans ce contexte, la variation des prix au consommateur a été très faible dans l'ensemble. En outre, les cliniques offraient le plus grand choix de marques de produits injectables (Laafia, Noristerat, Cyclofene, et Depo-Provera ont tous été déclarés comme marques disponibles dans les centres déclarants), et les clients affichaient la plus forte sensibilité au prix.

- Le coût unitaire déclaré à la vente en gros est de 100 FCFA (pour Laafia) ; le prix de gros des autres produits est de 350 FCFA.
- La variation des prix a été globalement très faible, en comparaison avec d'autres LARM. Le prix aux consommateurs a affiché une variation de 825 FCFA à 2 000 FCFA.
- La sensibilité au prix est beaucoup plus évidente chez les consommateurs.
- Un plus grand choix de marques était également évident (Laafia, Noristerat, Cyclofene, et le Depo-Provera ont tous été signalés comme marques disponibles entre les cliniques déclarantes).
- Les volumes mensuels extrapolés ont montré qu'une grande partie de l'utilisation par les consommateurs (entièrement 98,7 pour cent des personnes qui préfèrent les injectables) indiquent une forte aversion aux prix et ont obtenu leurs services dans les établissements offrant les trois points de prix les plus bas.
- Les deux cliniques sondées avec les volumes les plus élevés (48 et 44 insertions mensuelles estimées) proposent des niveaux de prix à la consommation de 1 100 FCFA et 1 000 FCFA respectivement.
- Seul 1,3 pour cent des ventes d'injectables dépassait le prix médian, soit 1 500 FCFA, et aucun client déclaré (dans cet exemple) n'a opté pour des prestataires spécialisés en contraceptifs injectables.

Les détails sur la qualité, le pourcentage et le prix total mensuel estimé par type de prestataires sont présentés dans le tableau ci-dessous :

EST. QUANTITE TOTALE MENSUELLE	POURCENTAGE	TYPE DE PRESTATAIRE	PRIX
25	16,1 %	Clinique « low-cost » (faibles coûts)	825 FCFA
80	51,6 %	Sages-femmes	1 000 FCFA
48	31 %	Sages-femmes+produit	1 100 francs CFA
2	1,3 %	Médecin	1 500 francs CFA
0	0	Gynéco-obstétricien	2 000 francs CFA

Produits de planification familiale à court terme

Les produits de planification familiale à court terme comprennent les pilules contraceptives orales et les préservatifs. Nous vous présentons ci-dessous un résumé des prix et de la disponibilité de ces méthodes.

Contraceptifs oraux

Contexte pharmaceutique. Les pharmacies disposent d'une gamme de produits de contraception orale différents de ceux qui sont proposés dans les dispensaires cliniques et elles offrent un choix plus étendu de marques et une gamme de prix largement supérieure. Les marques disponibles sont, entre autres, Adepal, Microval, Stediril, Minidril, Vikella, Norlevo et Laafia.

Contexte clinique.

- Le prix unitaire déclaré au niveau des tarifs de gros est de 250 francs CFA pour les trois emballages pour cycle.
- Le prix moyen au consommateur est de 150 francs CFA par emballage pour cycle, indépendamment du volume acheté.
- Peu de variations ont été observées dans le groupe échantillon ; une seule pharmacie a vendu en deçà du prix moyen (à 100 francs CFA par emballage pour cycle en cas d'achat d'un paquet de trois emballages) et deux pharmacies ont vendu à un prix légèrement supérieur (à 200 francs CFA par emballage).
- Aucune variation de prix par marque ou entre types de produit (COC - contraceptifs oraux combinés - ou uniquement à base de progestérone) n'a été observée dans l'une des cliniques.
- Six marques seulement ont été trouvées au total dans le groupe échantillon des cliniques : Laafia, Microgynon, Microlut, Ovrette, Exluton et LoFemenal.

Préservatifs

Contexte pharmaceutique. Les pharmacies ont un bien plus large éventail de marques disponibles et une plus large gamme de prix unitaires et d'options d'emballage que les cliniques. Le coût unitaire moyen est de 25 francs CFA et le coût unitaire le plus élevé observé est de 200 francs CFA par préservatif. L'emballage en masse était disponible dans certaines pharmacies, avec une taille maximale de 12 unités par paquet.

Contexte clinique. Dans les cliniques, les variations de prix n'ont été observées qu'entre les marques :

- Aussi bien les préservatifs de marque « Prudence » que des préservatifs sans marque sont systématiquement vendus à un prix compétitif de 25 francs CFA par unité et la marque « Kool » est très systématiquement vendue à un prix compétitif de 50 francs CFA par unité.
- Aucune variation entre les cliniques n'a été observée par rapport au prix à la consommation pour une marque particulière.
- Les préservatifs féminins sont entièrement absents du marché.

Marché informel, contexte du demi-grossiste. Une structure des prix identique a été observée pour l'emballage en petites quantités des préservatifs masculins, notamment aussi bien Kool que Prudence. L'emballage pour achat en masse (six paquets ou plus de 12 préservatifs) donnait droit à un léger rabais.

CONCLUSIONS POUR LE SECTEUR PHARMACEUTIQUE

- **Il reste encore des défis à relever pour assurer l'approvisionnement régulier des propharmacies des dispensaires des localités en dehors du principal centre métropolitain de Cotonou.** Suite à la restructuration de la Centrale d'achat des médicaments essentiels et consommables (CAME) et à l'ouverture de deux centres régionaux de distribution de la CAME, il est fait état d'une amélioration considérable de la disponibilité générale des médicaments de base et des consommables médicaux essentiels. Des ruptures de stocks surviennent encore de temps en temps, en particulier dans les zones rurales, mais la plupart des personnes interrogées ont reconnu qu'elles sont désormais moins fréquentes que par le passé.
- **Des solutions improvisées par les professionnels font obstacle à la collaboration entre les pharmaciens et les autres prestataires.** La séparation stricte des « identités professionnelles » entre les pharmaciens et les autres professions (par exemple, les prestataires de services) entrave la possibilité d'un engagement créatif au-delà de ces frontières professionnelles. La collaboration entre pharmacies et les cliniques - dans la hiérarchisation des besoins de changement dans la Liste des médicaments essentiels (LME), par exemple - peut contribuer à une expansion de la croissance induite par le secteur privé dans une prestation des soins de santé efficace et coordonnée.
- **Il existe toute une série de déséquilibres des ressources humaines pharmaceutiques et un manque de préparation du cadre professionnel.** La formation des pharmaciens est solidement établie au Bénin et la réforme des programmes n'est pas un problème majeur, d'où une abondance de pharmaciens formés sur le marché de l'emploi béninois. Cependant, il existe des pénuries de compétences spécialisées sur le marché de l'emploi. La plus grave pénurie de personnel en ce qui concerne l'efficacité de la gestion des approvisionnements en produits pharmaceutiques réside dans le déficit en gestionnaires de chaîne ayant bénéficié d'une formation appropriée. Il n'existe aucune formation officielle en matière de gestion de la chaîne d'approvisionnement au Bénin (évaluation de Health Systems 20/20).
- **Il existe une compréhension incomplète de la valeur de la segmentation du marché chez les fonctionnaires.**

RECOMMANDATIONS POUR LE SECTEUR PHARMACEUTIQUE

L'équipe d'évaluation recommande les changements suivants dans les questions de politique liées aux coûts des produits, à l'amélioration de la prestation de services et à l'élargissement du choix des consommateurs :

Il serait judicieux de :

- **Accroître la quantité et la variété des produits contraceptifs disponibles sur le marché en général et réduire les obstacles financiers** pour un élargissement du choix des consommateurs et un meilleur accès aux contraceptifs.
- **Reconsidérer les coûts « par tranches » de la prestation de services selon le type de prestataire**, en particulier dans les cas où les types de prestataires n'influent pas

sensiblement sur l'efficacité des produits (notamment l'insertion des dispositifs intra-utérins (DIU), l'insertion d'implants et l'administration de contraceptifs injectables). Envisager plutôt une structure des prix qui reflète le coût des biens vendus et la valeur nette livrée au client, indépendamment du type de prestataire.

- **Accroître la segmentation du marché, en particulier pour les produits contraceptifs à forte demande.** À cet effet, le secteur pharmaceutique pourrait **mettre au point des produits « de second rang »** sur des marchés où les citoyens à revenu intermédiaire et à revenu élevé pourraient souhaiter un choix supplémentaire pour les consommateurs.
- **Ouvrir des pistes pour une collaboration entre prestataires et pharmaciens afin de mieux assurer l'accès des consommateurs aux produits pharmaceutiques dans les zones éloignées du pays.** En associant l'expertise en pharmacie et en prestation de services, tout en permettant à chaque partie prenante de faire ce qu'elle sait faire le mieux, la qualité et la quantité des services offerts peuvent être améliorées tout en réduisant les niveaux du risque commercial global auquel chaque partenaire est exposé individuellement.
- **Élargir les prix à la consommation recommandés à la structure plus ouverte d'une « fourchette de prix admissibles »**, pour permettre une variation des structures de coût des divers établissements le long de la chaîne d'approvisionnement, les exigences changeantes des cycles d'approvisionnement en produits pharmaceutiques et pour contribuer à la promotion du progrès vers une segmentation du marché plus efficace.

Problèmes liés à la chaîne d'approvisionnement et à un environnement commercial favorable :

Le secteur pharmaceutique bénéficierait certainement de :

- **L'évaluation des marges bénéficiaires actuelles sur les produits pharmaceutiques fixées par le gouvernement et leur effet sur les grossistes privés** pour s'assurer que les grossistes ne sont pas « asphyxiés » par inadvertance avec le changement des coûts fixes et les fluctuations du taux de change.
- **La simplification et l'harmonisation des flux pharmaceutiques à travers la chaîne d'approvisionnement**, en éliminant l'ajout superflu de l'activité des intermédiaires (et les augmentations de coût marginal y afférentes) avant l'achat par les consommateurs.
- **L'amélioration de l'accès au financement à court terme** en faveur des grossistes privés et des points de vente aux consommateurs.
- **La conception et mise en œuvre une formation professionnelle ciblée pour la main-d'œuvre** de gestion de la chaîne d'approvisionnement. Mettre sur pied des programmes de partenariat internationaux pour soutenir une contribution en nature du savoir-faire sur ce processus venant des organisations internationales homologues.

6. ACCES AU FINANCEMENT

6.1 CONTEXTE

L'accès au financement et aux compétences en matière de gestion des entreprises constitue un aspect important du développement du secteur privé de la santé Bénin. L'équipe d'évaluation d'octobre 2012 a administré un sondage aux prestataires de services dans plus de 40 cliniques à Cotonou, Calavi, Porto Novo, Ouidah et Allada. Les résultats ont indiqué que 95 pour cent de prestataires de services sont fortement intéressés par l'obtention du financement et 100 pour cent sont intéressés par l'obtention d'une formation en gestion d'entreprise et un renforcement de leurs capacités commerciales. Certes, les besoins de financement sont manifestes, mais ils ne correspondent pas à l'offre actuelle de crédit, encore moins à la formation en gestion d'entreprise disponible dans le pays, dont l'essentiel ne cible pas actuellement le secteur privé de la santé.

Comme indiqué à la section 4 du présent rapport, le Bénin dispose de 750 cabinets privés de santé enregistrés et autorisés et de nombreux autres prestataires de soins de santé informels qui peuvent ou non être professionnellement qualifiés pour offrir des services de santé. La majorité des prestataires privés qui fonctionnent officiellement se trouvent dans le sud du pays, en particulier dans les zones de Cotonou et Porto Novo, avec moins de prestataires dans les zones rurales. Le nombre des prestataires informels n'est pas connu, mais il s'avère qu'il est beaucoup plus important et augmente plus vite que celui des prestataires du secteur formel. Les sections suivantes portant sur l'accès au financement citent des analyses tirées du sondage que l'équipe d'évaluation a administré, avec une valeur n de 40 cabinets.

6.2 PRINCIPALES CARACTERISTIQUES COMMERCIALES DES PRESTATAIRES PRIVES

Globalement, le secteur privé de la santé au Bénin peut être caractérisé comme un marché émergent avec plusieurs nouvelles entreprises privées qui entrent sur le marché ou étendent leurs activités.

Propriété

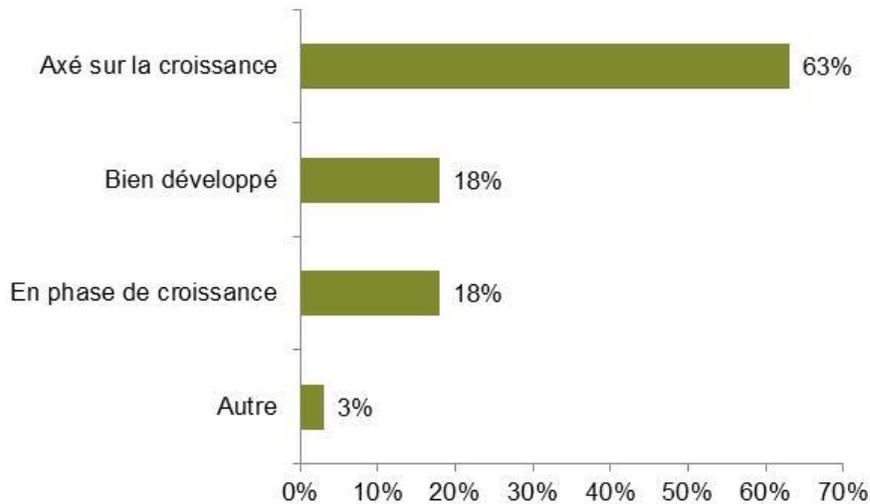
La majorité des cabinets (60 pour cent de l'échantillon) sont détenus et exploités par des médecins, notamment des généralistes, des dentistes, des ophtalmologues, des chirurgiens et des gynécologues. Un plus petit nombre de cabinets sont exploités par des sages-femmes (23 pour cent) et des infirmières (15 pour cent) et 3 pour cent par des pharmaciens. La réglementation actuelle limite la propriété des établissements de santé aux professionnels dudit secteur.

Tendances de la croissance dans le secteur privé

En général, le secteur privé de la santé enregistre une croissance positive : 63 pour cent des cliniques visitées peuvent être classées dans la catégorie « en croissance » et 18 pour cent sont des cliniques bien établies, réputées, avec une bonne capacité de prestation des services

et étendent leurs activités sur une base constante. 18 pour cent de cliniques supplémentaires s'engagent dans la phase de début de croissance. Seul un établissement interrogé (3 pour cent de l'échantillon du sondage) peut être classé dans la catégorie « nouveau départ », dans la mesure où elle a perdu des clients pour des raisons internes et se bat actuellement pour reconstruire sa clientèle. Il convient de relever que « croissance » dans le contexte béninois renvoie à un cabinet qui construit et/ou améliore des infrastructures physiques, tout en acquérant les équipements nécessaires à la prestation de services. La figure 14 illustre ces modèles de croissance.

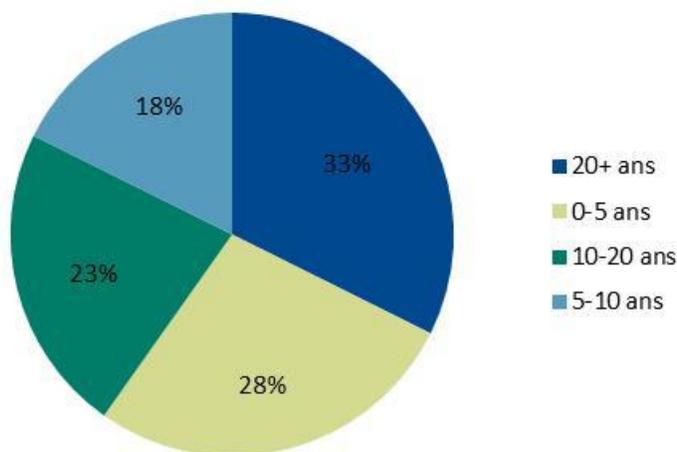
Figure 14 : Modèles de croissance chez les prestataires privés (N=40)



Années d'activité

Plus de la moitié des prestataires privés visités sont en activité depuis 10 ans ou moins : 23 pour cent des personnes interrogées sont en activité depuis 0 à 5 ans et 33 pour cent sont en activité depuis 5 à 10 ans. Parmi les personnes interrogées, 28 pour cent sont en activité depuis 10 à 20 ans et 18 pour cent ont plus de 20 ans d'activité (voir Figure 15).

Figure 15: Années d'activité des prestataires privés (N=40)



Cette équipe d'évaluation a découvert des retards graves entre le moment de l'ouverture d'une entreprise de santé et l'obtention de l'enregistrement officiel et de l'autorisation. Parmi les prestataires interrogés, le temps mis par l'entreprise pour devenir parfaitement légale et officielle se présente comme suit :

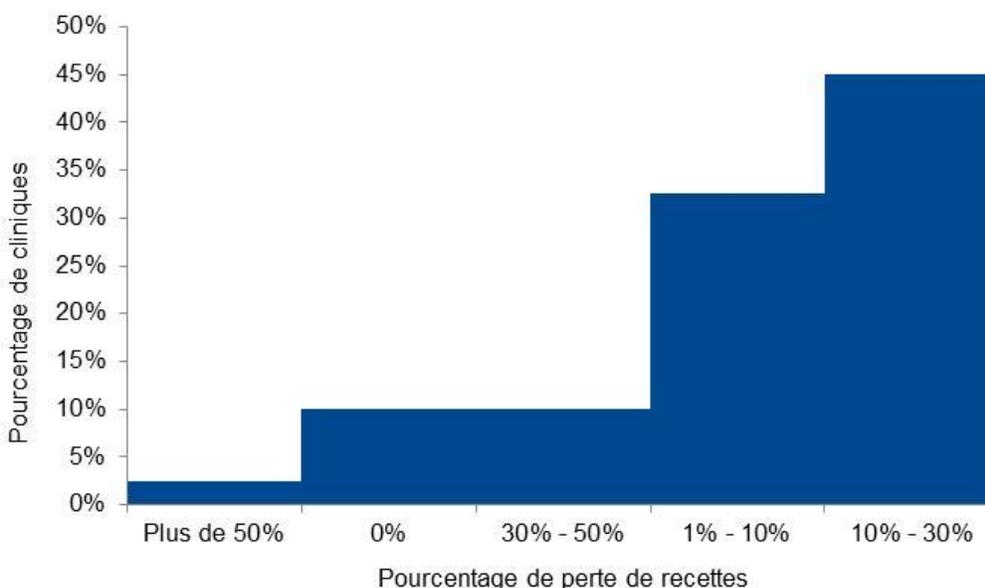
- Entre 0 et 5 ans : 38 pour cent
- Entre 5 et 10 ans : 43 pour cent
- Entre 10 et 20 ans : 8 pour cent
- 20 ans et plus : 13 pour cent

Il s'avère que les cliniques plus anciennes rencontrent le maximum de difficultés dans l'obtention de l'enregistrement officiel, tandis que les cliniques nouvellement créées connaissent un processus plus rapide qui prend relativement moins de temps, mais reste néanmoins long, même selon les normes des pratiques commerciales béninoises (Doing Business 2013). En raison de la longueur excessive du processus d'enregistrement, la plupart des cliniques obtiennent une autorisation de fonctionnement bien après l'ouverture de leur cabinet.

Paiements par les patients

L'un des problèmes majeurs qui affectent la stabilité financière et opérationnelle des prestataires privés réside dans le défaut de paiement par les patients. La figure 16 présente l'incidence du non-paiement en termes de perte de revenus parmi les cliniques interrogées, ce qui donne une certaine indication de l'ampleur du problème.

Figure 16 : Défaut de paiement par les patients des cliniques privées (% des cliniques et % de la perte de revenus) (N=40)



Seuls 10 pour cent des cabinets visités ont déclaré n'avoir jamais été victimes de paiements délinquants, tandis que 33 pour cent ont un pourcentage modéré de factures impayées représentant entre 1 et 10 pour cent des revenus. Quarante-cinq pour cent des cliniques ayant participé au sondage ont enregistré des taux de factures impayées se situant entre 10 et 30 pour cent. Les taux de délinquance les plus élevés de 30 pour cent et plus ont été

enregistrés dans 13 pour cent des cabinets. Ces taux élevés d'insolvabilité indiquent le niveau d'insécurité dans lequel la population vit ; la pauvreté généralisée prive une tranche de la population de moyens financiers nécessaires au paiement des services de santé. Les cliniques privées, qui sont souvent plus nombreuses que les cliniques publiques, peuvent être des prestataires de choix ou une nécessité pour les personnes à faible revenu, même si ces clients peuvent ne pas avoir les moyens de s'offrir des services privés. Les prestataires privés n'ont pas les moyens financiers d'offrir des services gratuits, tout au moins pas à une ampleur qui est actuellement observée au Bénin.

Problèmes de paiement de l'assurance

Pour certains établissements de santé dans les centres urbains, les factures impayées à recouvrer résultent des conflits avec les sociétés d'assurances. En effet, les sociétés d'assurances ne paient pas souvent la totalité des factures qui leur sont présentées, ce qui entraîne l'absorption par les cliniques des parties non remboursées des factures. En moyenne, il s'avère que les sociétés d'assurances remboursent 75 à 80 pour cent du montant facturé par les cliniques, sous prétexte que les factures sont gonflées ou que les services fournis n'étaient pas nécessaires. Le fait que le Bénin manque de méthodes établies pour calculer les coûts des services facilite ce cycle de non-paiement entre les sociétés d'assurances et les prestataires.

Le Bénin accuse quasiment une pénurie d'actuaire professionnels, qui sont essentiels dans le calcul des dispositions appropriées en matière de partage des risques afin de mieux estimer les coûts des services rendus. Aucune société d'assurances n'emploie un actuaire certifié à un niveau international, pas plus que l'organisme de réglementation des assurances. Il s'agit d'un problème essentiel au vu de l'introduction du Régime d'assurance maladie universelle (RAMU), dans la mesure où, au sein de cette nouvelle structure, l'assurance maladie dominera le marché. Les problèmes de remboursement risquent de s'empirer avec la croissance de l'assurance maladie.

Le problème a des implications profondes pour la stabilité financière et la rentabilité des prestataires privés, puisque tout effet négatif sur la trésorerie des entreprises peut également avoir une incidence négative sur l'accès au financement d'un prestataire.

Sources de revenus :

Il existe des différences importantes en ce qui concerne les sources de revenus des prestataires privés opérant dans les zones rurales par rapport aux zones urbaines. La figure 17 indique que la plus grande source de revenus dans les zones rurales est la vente de médicaments (produits pharmaceutiques, à 38 pour cent), dans la mesure où les patients dans ces zones ne disposent pas généralement de moyens pour payer les prestations de soins de santé et recourent plutôt à l'obtention des médicaments, surtout les génériques. En revanche, comme l'indique la figure 18, les zones urbaines considèrent la consultation médicale (à 47 pour cent) comme la plus grande source de revenus.

Figure 17 : Sources de revenus des prestataires privés dans les zones rurales (N=40)

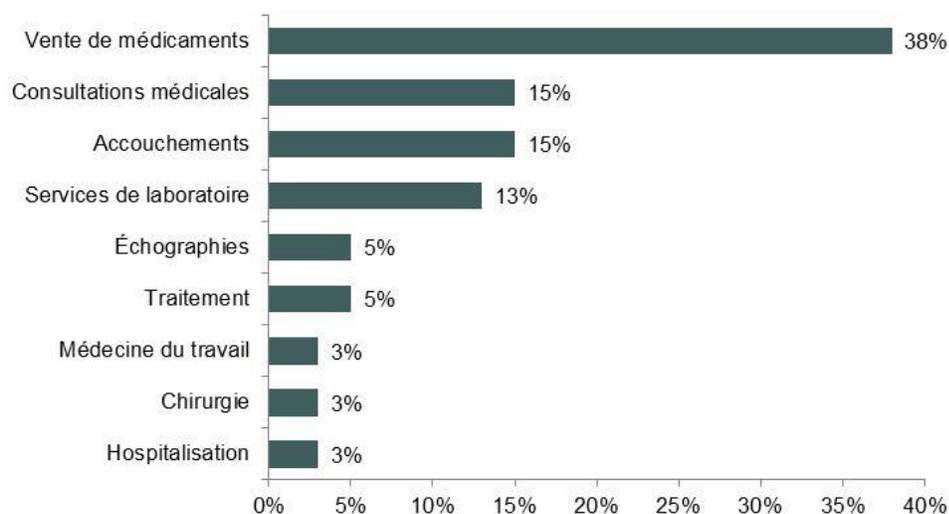
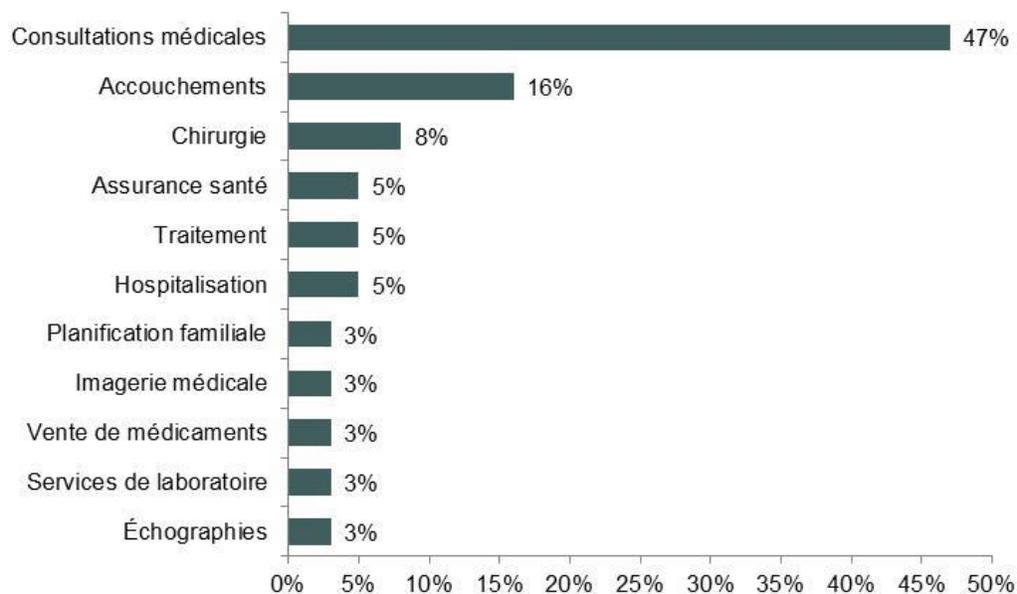


Figure 18 : Sources de revenus des prestataires privés dans les zones urbaines (N=40)



En général, dans les centres urbains, les sources de revenu sont plus équilibrées et diversifiées dans toutes les différentes spécialités cliniques, avec une forte dépendance vis-à-vis des revenus issus des consultations médicales. Les revenus issus de la vente de médicaments représentent 3 pour cent du total des recettes dans les centres urbains. Dans la mesure où les cliniques urbaines sont également mieux équipées, elles offrent des services de chirurgie plus souvent que les cliniques rurales, qui manquent souvent de telles installations et équipements et sont limitées en ce qui concerne les types de chirurgie qu'elles peuvent assurer.

Les zones rurales et urbaines connaissent également d'importantes différences dans le niveau de prix des consultations. Dans les zones rurales, les consultations peuvent coûter seulement 1 000 francs CFA (environ 2 USD), tandis que des services similaires dans les zones urbaines peuvent atteindre les 5 000 à 10 000 francs CFA (environ 10 à 20 USD). Cet écart montre que la rentabilité des cliniques peut être sérieusement affectée par l'emplacement physique.

6.3 COMPETENCES COMMERCIALES ET CAPACITES DE GESTION DES PRESTATAIRES PRIVES

Le niveau des compétences en matière de gestion d'entreprise parmi les prestataires privés est généralement faible, comme le reconnaissent les propriétaires et les gestionnaires des établissements, qui tous ont manifesté un vif intérêt dans l'acquisition des compétences commerciales. Le Tableau 9 présente l'évaluation des compétences en gestion d'entreprise des prestataires privés ayant participé au sondage par l'équipe d'évaluation en octobre 2012. Le tableau indique également les priorités définies pour l'apprentissage des compétences commerciales et la manière dont lesdites priorités se rapportent au niveau d'auto-évaluation des compétences commerciales actuelles.

Tableau 9 : Auto-évaluation des compétences commerciales des prestataires privés au Bénin et besoins d'apprentissage prioritaires (N=40)

CLASSEMENT	CONNAISSANCES ACTUELLES EN MATIERE DE COMPETENCES COMMERCIALES	FAIBLE OU MOINS	MOYEN OU PLUS	CLASSEMENT	PRIORITES D'APPRENTISSAGE DES COMPETENCES COMMERCIALES	TRES IMPORTANTES	MOINS IMPORTANTES
1	Vente	80 %	21 %	1	Vente	61 %	40 %
2	Accès aux financements	78 %	23 %	2	Planification d'entreprise	55 %	46 %
3	Marketing	75 %	25 %	3	Marketing	51 %	51 %
4	Planification d'entreprise	73 %	28 %	4	Gestion financière	48 %	53 %
5	Gestion de projets	73 %	28 %	5	Gestion de projets	45 %	55 %
6	Gestion financière	70 %	31 %	6	Leadership	41 %	61 %
7	Comptabilité / tenue des registres	66 %	35 %	7	Service client	40 %	61 %
8	TIC	61 %	40 %	8	Gestion des stocks	38 %	63 %
9	Leadership	55 %	45 %	9	Accès aux financements	33 %	68 %
10	Service client	51 %	50 %	10	Gestion de la qualité	33 %	68 %
11	Compétences générales en gestion	49 %	53 %	11	Comptabilité / tenue des registres	33 %	68 %
12	Gestion des stocks	48 %	53 %	12	TIC	26 %	76 %
13	Gestion de la qualité	46 %	56 %	13	Compétences générales en gestion	15 %	86 %

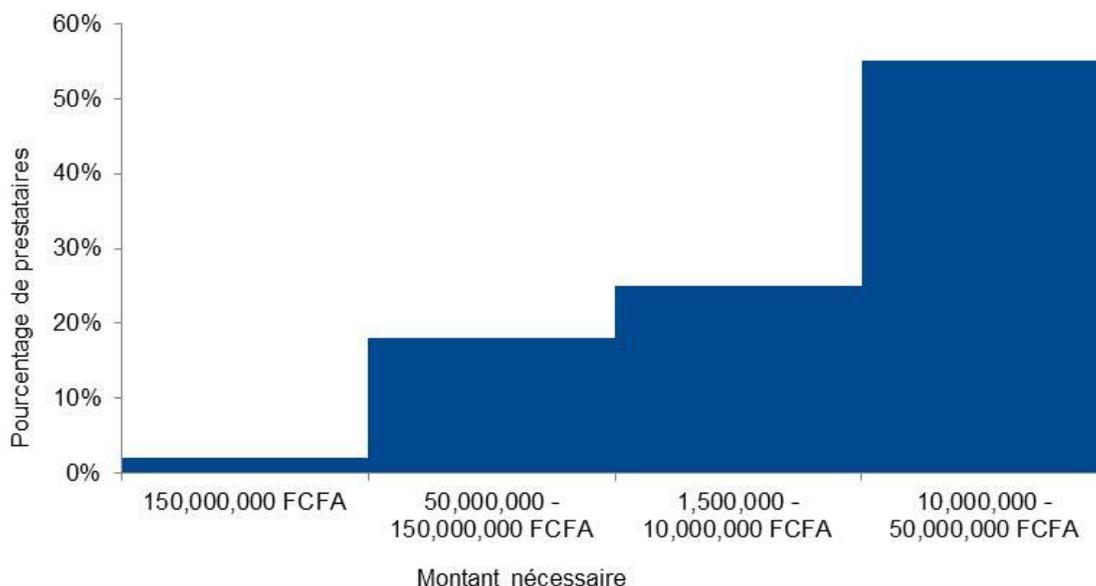
Les compétences les plus solides dont les prestataires privés se sont prévalu sont celles qui se rapportent à la gestion de la qualité, avec 56 pour cent des prestataires qui ont déclaré avoir des niveaux de compétence moyens et plus élevés. Les prestataires privés estiment également qu'ils ont au moins des compétences moyennes en gestion générale (53 pour cent), service client (50 pour cent) et leadership (45 pour cent). Les compétences les plus faibles signalées sont la vente, l'accès au financement, le marketing, la planification d'entreprise, la gestion financière, la comptabilité et les technologies de l'information et de la (TIC), respectivement - entre 20 et 40 pour cent des prestataires ont déclaré disposer de compétences moyennes ou élevées dans ces domaines.

En termes de compétences qui doivent être améliorées, les plus recherchées sont la vente, la planification d'entreprise et le marketing, suivies par la gestion financière, la gestion des projets, le leadership et le service client - au moins 40 pour cent des personnes interrogées dans le cadre du sondage se sont dites prêtes à apprendre ces compétences. Même si les connaissances relatives à l'obtention du financement ont été jugées faibles (avant-dernière sur la liste de compétences), seuls 33 pour cent des prestataires privés se sont dits intéressés par l'acquisition de connaissances supplémentaires dans ce domaine. De même, les connaissances en TIC, quoique faibles chez les prestataires, ne semblent pas constituer une priorité. Les résultats sur la liste des priorités indiquent que les prestataires pourraient envisager l'acquisition de compétences en vente et en marketing afin d'attirer davantage de clients vers leurs établissements et obtenir une meilleure gestion financière, ainsi que des compétences en planification d'entreprise pour renforcer leurs compétences commerciales.

6.4 BESOINS DE FINANCEMENT DES PRESTATAIRES PRIVES

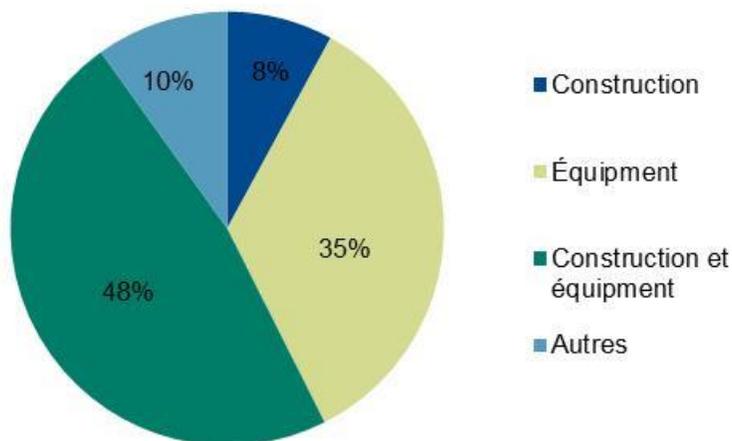
Plusieurs cabinets privés que l'équipe a visités étaient en train de procéder à l'amélioration de leurs installations, à la modernisation ou à l'extension des locaux, voire à l'acquisition de nouveaux équipements. Avec un accès limité au financement extérieur, ces cabinets ne peuvent pas disposer d'assez de fonds pour finaliser leurs projets. La plupart des projets d'extension ou d'amélioration sont financés sur fonds propres du prestataire privé (bénéfices non répartis), même si certains établissements ont pu obtenir un financement auprès des banques locales. La figure 19 indique qu'une majorité (55 pour cent) des cliniques interrogées dans le sondage ont exprimé un besoin de financement qui se situe entre 10 millions de francs CFA (environ 20 000 USD) et 50 millions de francs CFA (environ 100 000 USD), 24 pour cent ont estimé que leurs besoins se situent entre 1,5 million de francs CFA (environ 3 000 USD) et 10 millions de francs CFA (environ 20 000 USD), et 18 pour cent ont indiqué que leur besoin de financement se situe entre 50 millions de francs CFA (environ 100 000 USD) et 150 millions de francs CFA (environ 300 000 USD). Un établissement (3 pour cent de l'échantillon) - Clinique MARINA - a primé un besoin d'1 milliard de francs CFA (2 millions d'USD), comme l'indique la figure 19.

Figure 19 : Besoins de financement des prestataires privés (en francs CFA) (N=40)



Le plus grand besoin de financement (voir figure 20) était destiné à la construction et à l'équipement, choisis par presque 48 pour cent des personnes interrogées, tandis que 35 pour cent ont fait état d'un besoin de financement destiné uniquement à l'équipement, 7 pour cent uniquement pour la construction et 10 pour cent ont fait état d'autres besoins, notamment l'achat d'un terrain pour la clinique, la sécurisation des approvisionnements en médicaments et autre fonds de roulement.

Figure 20 : Besoins de financement par type (N=40)



Les nouvelles entreprises et les plus jeunes professionnels de la santé qui voudraient ouvrir un cabinet de santé privé sont confrontés à de graves contraintes financières en ce qui concerne le capital de départ. Actuellement, le Bénin n'a pratiquement aucun financement extérieur disponible pour les entreprises de santé nouvelles et nouvellement créées. La plupart des entreprises existantes ont démarré avec une aide financière des amis et de la famille. Dans certains cas, les médecins et les infirmières ont travaillé à l'extérieur du Bénin pour acquérir

l'expérience professionnelle et économiser le capital de départ nécessaire à l'ouverture de leur propre cabinet dans le pays. Dans les années 1990, le gouvernement béninois a accordé une aide financière directe à un certain nombre de coopératives de santé pour soutenir les plus jeunes professionnels de la santé hors du secteur public. Sur les 10 coopératives créées au cours de cette période, seules trois demeurent et fonctionnent bien à ce jour et le gouvernement a cessé d'accorder une aide directe.

6.5 CONTRAINTES DE FINANCEMENT

Les prestataires privés sont confrontés à un certain nombre de contraintes d'emprunt, dont l'une des plus importantes réside dans l'absence ou la faiblesse des garanties, ce qui limite la capacité d'emprunt et le montant à accorder. Par exemple, la FECECAM, une institution de microfinance, octroie des prêts aux petits prestataires privés à travers un réseau d'associations d'épargne et de crédit, mais parce que ces prestataires ne disposent pas de garanties tangibles, ils ne peuvent généralement emprunter qu'à concurrence de 5 millions de francs CFA (environ 10 000 USD). Des montants plus élevés nécessitent une garantie tangible et enregistrée. Les contraintes de garantie sont exacerbées par la faiblesse du régime de droits de propriété ; l'obtention d'un titre de propriété propre et valide, qui pourrait servir de garantie à un prêt, prend des années, si jamais on réussissait à l'obtenir. Un problème connexe est celui du coût élevé de l'enregistrement d'une garantie pour les prêts bancaires, ce qui rend les prêts trop coûteux. De nombreux prestataires interrogés ont affirmé qu'ils ont décidé de ne pas prendre des prêts à cause du coût élevé et de la complexité du processus d'enregistrement de la garantie.

Hormis la contrainte de garantie (et la condition préalable liée à l'exploitation d'une entreprise officielle et autorisée), les prestataires privés ont en général de faibles compétences en gestion et manquent de formation dans plusieurs fonctions commerciales essentielles, en particulier la tenue des registres et la comptabilité financière. Sur les prestataires interrogés, 30 pour cent tiennent les livres et registres financiers de manière permanente avec un comptable ou un aide-comptable à plein temps et 12 pour cent ont un comptable à mi-temps. Cinquante-huit pour cent des prestataires n'ont pas de services comptables professionnels et, par conséquent, ne disposent pas de données financières fiables exigées par les prêteurs. En outre, un grand nombre de prestataires aimeraient certes étendre leurs activités, mais plusieurs d'entre eux ne disposent pas d'un plan stratégique expliquant en détail la voie à suivre pour parvenir à cette croissance, procédant souvent à des investissements ad hoc sans aucune vision à long terme pour la génération de recettes. Plusieurs installations que l'équipe a visitées avaient des travaux simultanés de construction en cours à divers endroits de leur établissement, dont la plupart avaient peu de chances d'être achevés à court terme et risquent de ne pas produire des revenus.

Ceux des prestataires qui peuvent avoir accès au financement sont quelque peu prudents en matière d'emprunt de fonds, soit parce qu'ils sont inquiets à l'idée d'emprunter, soit parce qu'ils sont mécontents des conditions générales des banques. Plusieurs prestataires se sont plaints des taux d'intérêts élevés au Bénin, en citant 15 pour cent par an comme un taux trop élevé pour qu'ils l'acceptent. Les prestataires concernés ont mis l'accent sur les niveaux absolus des taux d'intérêt offerts par les banques, sans prendre en considération les avantages que le produit du prêt pourrait apporter à une entreprise. À bien des égards, les prestataires, qui ont rarement reçu une formation commerciale, ne sont pas prêts ou préparés à emprunter des fonds et les utiliser efficacement pour l'extension de leurs établissements de santé.

6.6 DEMANDE DE FINANCEMENT

Certes, l'évaluation rapide à laquelle l'équipe a procédé ne permet pas une analyse approfondie des besoins de financement du secteur privé de la santé, mais les résultats du sondage ont mis en lumière le montant du financement exigé par le secteur (Tableau 10).

Tableau 10 : Besoins de financements estimatifs du secteur privé de la santé au Bénin (en dollars des États-Unis) (N=40)

BESOIN DE FINANCEMENT MOYEN PAR PRESTATAIRE	NOMBRE TOTAL DE PRESTATAIRES	NOMBRE D'EMPRUNTEURS POTENTIELS (SCENARIO OPTIMISTE - 60 %)	NOMBRE D'EMPRUNTEURS POTENTIELS (SCENARIO PESSIMISTE - 35 %)	BESOINS DE FINANCEMENT - SCENARIO OPTIMISTE	BESOINS DE FINANCEMENT - SCENARIO PESSIMISTE	BESOINS DE FINANCEMENT ESTIMATIFS DU SECTEUR
20 000 USD	400	240	140	4 800 000 USD	2 800 000 USD	3 800 000 USD
65 000 USD	275	165	96	10 725 000 USD	6 256 250 USD	8 490 625 USD
150 000 USD	75	45	26	4 500 000 USD	2 625 000 USD	3 562 500 USD
TOTAL	750	450	263	21 000 000 USD	12 250 000 USD	16 625 000 USD

En tablant sur trois groupes d'emprunteurs (comme les résultats du sondage l'ont suggéré), dont chacun emprunte en moyenne l'équivalent en monnaie locale de 20 000 USD, 65 000 USD et 150 000 USD, respectivement et en tenant compte du fait que seuls 750 établissements sont enregistrés et, partant, éligibles au financement bancaire, l'équipe d'évaluation du secteur privé (ESP) a estimé que les besoins de financement actuels s'établissent entre 12,2 millions d'USD et 21,0 millions d'USD, ce qui indique que la demande actuelle non satisfaite est, pour être réaliste, d'au moins 16 millions d'USD (soit 8,3 milliards de francs CFA).

6.7 INSTITUTIONS FINANCIERES

Banques actives dans le secteur privé de la santé

Le niveau d'engagement actuel des institutions financières dans le secteur privé de la santé varie d'une institution à l'autre, mais en général, il est limité tant en termes de types de banque actives dans le secteur qu'en termes de types d'emprunteurs servis par les banques. Quelques banques, notamment EcoBank et Bank of Africa, sont actives sur le marché des petites et moyennes entreprises (PME) - EcoBank - ou très présentes dans le pays (Bank of Africa) et ont des portefeuilles actifs avec des prestataires de soins de santé privés. D'autres banques offrent des prêts aux prestataires privés de temps à autre, mais ne font aucun effort particulier pour cibler le secteur privé de la santé. Sans surprise, les banques ont tendance à servir les plus grands établissements, les cliniques et hôpitaux bien établis, en particulier ceux qui sont gérés ou détenus par des médecins de renom. Toutes les banques, dans une certaine mesure, financent les pharmaciens, puisque les risques impliqués avec eux sont plus faciles à évaluer par les banques. En outre, trois principaux grossistes des produits pharmaceutiques au Bénin se portent souvent garants pour des prêts accordés à des pharmaciens dont les garanties sont insuffisantes. Les cliniques haut de gamme, bien établies et les pharmaciens sont les deux catégories qui ne sont pas en général confrontées à des contraintes de crédit excessives, même si de nombreux prestataires qui gèrent ou détiennent ces cabinets pourraient améliorer leurs compétences et leur efficacité en matière de gestion d'entreprise.

Dans le segment de la microfinance, les deux plus grandes institutions de microfinance (FECECAM et PADME) ont affirmé qu'elles ont des clients dans le secteur privé de la santé (au-delà des pharmaciens), mais elles ont été incapables de fournir des détails en ce qui concerne le nombre et la taille de leurs prêts. L'absence d'analyse du portefeuille dans les différents secteurs caractérise non seulement les institutions de microfinance (IMF), mais également les banques. À l'exception d'EcoBank, dont un membre du personnel désigné est affecté au secteur de la santé, aucune banque n'a été en mesure de fournir une analyse approfondie de son engagement dans le secteur de la santé. L'incapacité des banques et des IMF à évaluer et analyser correctement leur niveau de prêts destinés au secteur privé de la santé pose un sérieux problème pour les travaux futurs sur l'accès au financement avec ces institutions.

Lacunes du financement

Le tableau 11 résume les lacunes de l'offre de financement destinée au secteur privé en tenant compte de la taille du prestataire, des années d'activité, de la localisation, du niveau de formalisation et du type de prestataire. Comme l'indique cette analyse simplifiée, l'offre de crédit destinée au secteur est limitée et n'est disponible que de façon sélective. La majorité des pharmaciens, des cliniques haut de gamme bien établies et des hôpitaux peuvent avoir accès au financement bancaire s'ils le souhaitent, tandis que les plus petites cliniques et maternités, en particulier dans les zones périurbaines et rurales, semblent éprouver des difficultés majeures pour accéder au financement.

Tableau 11 : Offre de financement destinée aux prestataires privés au Bénin : Analyse des écarts

CARACTERISTIQUES DES PRESTATAIRES	PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTE PRIVES ACTUELLEMENT SERVIS PAR LES INSTITUTIONS FINANCIERES	PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTE PRIVES QUI NE SONT PAS SERVIS PAR LES INSTITUTIONS FINANCIERES
Taille	Plus grands établissements privés, quelques petits et moyens prestataires	Plus petits prestataires
Années d'activité	Plus anciens, bien établis	Prestataires à leurs début et nouveaux
Localisation	Zones urbaines et, dans une moindre mesure, les zones périurbaines	Zones rurales périurbaines
Formalisation	Enregistré et autorisé à fonctionner dans le secteur privé	Informel, notamment les prestataires privés en cours d'enregistrement et/ou en attente d'autorisation
Types de prestataires	Pharmaciens, cliniques haut de gamme (VIP), hôpitaux, membres plus importants / forts du réseau ProFam	Cabinets médicaux particuliers, maternités,

Quant aux types de financements disponibles, les banques ont tendance à accorder des prêts à court et à moyen terme, même si certaines banques, notamment Bank of Africa, ont de temps à autre financé des prestataires privés par des prêts d'une durée de 10 ans et plus. Sur le marché financier béninois actuel, les prêts à long terme relèvent beaucoup plus de l'exception que de la règle, même si EcoBank, l'une des banques les plus actives dans le secteur privé de la santé,

offre des financements pour un maximum de cinq ans. Pour des prestataires privés qui sont en cours de création ou d'extension de leurs activités, le financement à plus long terme est essentiel.

6.8 POTENTIEL DE GARANTIES DE L'AUTORITE DE CREDIT AU DEVELOPPEMENT (ACD)

L'USAID a récemment engagé des discussions avec EcoBank pour une collaboration sur une garantie partielle de crédit qui sera répartie entre quatre secteurs, dont celui de la santé. Il s'agit certes d'une évolution positive, mais elle n'est pas de nature à répondre aux besoins de financement des prestataires privés en raison de sa modicité (pas plus de 2 millions d'USD en termes de prêts) et des conditions de prêt restrictives appliquées par EcoBank. Lesdites conditions ont tendance à satisfaire et à attirer des établissements plus forts et mieux établis qui pourraient généralement avoir accès au financement sans la garantie.

Des banques commerciales comme Bank of Africa et des IMF comme la FECECAM s'intéressent à l'extension des prêts au secteur privé. Une garantie partielle de crédit, autrement connue sous le nom d'Autorité de crédit au développement (ACD), a des chances de se traduire par des prêts supplémentaires accordés par ces deux institutions. Ces garanties doivent avoir une durée plus longue (10 ans et plus) pour couvrir les besoins d'investissement du secteur émergent de la santé.

Le montant total de la garantie doit être d'à peu près 7 millions d'USD, soit environ 40 pour cent des besoins estimatifs de financement actuels. Ce pourcentage pourrait donner un coup de fouet important aux prêts destinés au secteur de la santé tout en donnant aux autres banques la possibilité d'entrer sur le marché des prêts et/ou mettre au point de nouveaux produits de crédit, notamment la location des équipements ou l'affacturage.

CONCLUSIONS SUR L'ACCÈS AU FINANCEMENT

- **Le besoin de financement est élevé chez les prestataires privés au Bénin.** Près des deux tiers de cabinets sont en phase de croissance, caractérisée par des travaux de construction ou d'extension en cours, voire l'acquisition de nouveaux équipements. Une majorité des prestataires a exprimé un besoin de financement qui se situe entre 20 000 USD et 100 000 USD. La demande actuelle non satisfaite est, pour être réaliste, d'au moins 16 millions d'USD (ou 8,3 milliards de francs CFA).
- **Actuellement, il n'existe pratiquement aucun financement extérieur disponible pour les entreprises de santé nouvelles et nouvellement créées.** La plupart des entreprises existantes ont démarré avec une aide financière des amis et de la famille. Dans certains cas, les médecins et les infirmières ont travaillé à l'étranger du Bénin pour acquérir l'expérience professionnelle et économiser le capital de départ nécessaire à l'ouverture de leur propre cabinet dans le pays. Les banques ont tendance à n'accorder des prêts qu'aux plus grands établissements, aux cliniques et hôpitaux bien établis, en particulier ceux qui sont gérés ou détenus par des médecins de renom. Les PME du secteur privé de la santé sont rarement prises en compte pour les prêts par les banques.
- **L'absence ou la faiblesse de la garantie, ainsi que la faiblesse des capacités de gestion et le manque de formation commerciale, limitent gravement la capacité d'emprunt de la plupart des prestataires privés.** Les contraintes de garantie sont exacerbées par la faiblesse du régime de droits de propriété : l'obtention d'un titre de

propriété propre et valide, qui pourrait servir de garantie à un prêt, prend des années, si jamais on réussissait à l'obtenir. Les principaux grossistes ne sont pas disposés à garantir des prêts destinés aux petits et moyens prestataires. De plus, les prestataires privés ont un manque de compétences commerciales importantes, en particulier, la tenue des registres et la comptabilité financière ; et la plupart des prestataires n'assurent pas le suivi ou la conservation des données financières fiables exigées par les prêteurs pour tout emprunt.

- **Les prêts des banques et des IMF dans le secteur privé de la santé sont sporadiques et limités.** Les prêts destinés au secteur de la santé ont lieu de temps à autre, varient selon les institutions, ne sont souvent accordés qu'à court et moyen terme et ne vont pas au-delà d'une durée de 5 à 10 ans. L'incapacité des banques et des IMF à évaluer et à analyser correctement leur niveau de prêts destinés au secteur privé de la santé pose un sérieux problème pour le travail futur sur l'accès au financement avec ces institutions.
- **Il existe un intérêt réel pour une garantie de l'ACD à travers la FECECAM et Bank of Africa.** Une garantie de près de 7 millions d'USD, soit environ 40 pour cent des besoins estimatifs de financement actuels, pourrait donner un coup de fouet important aux prêts destinés au secteur de la santé, tout en donnant aux autres banques la possibilité d'entrer sur le marché des prêts.

RECOMMANDATIONS POUR L'ACCÈS AU FINANCEMENT

Sur la base de l'évaluation rapide de l'équipe, les recommandations suivantes sont soumises à l'examen de l'USAID Bénin dans l'accomplissement de son objectif de renforcement du secteur privé de la santé dans le pays :

Accès au financement

Il serait important de :

1. Utiliser l'accès au financement de manière stratégique. Étant donné le stade de développement embryonnaire du secteur privé et la forte demande de financement, l'accès au financement peut être utilisé de manière stratégique, non seulement pour assurer le financement des prestataires privés, mais également pour accomplir les deux objectifs importants suivants :
 - Offrir une prime pour la formalisation de l'entreprise, dans la mesure où seules les entreprises formelles peuvent avoir accès au financement bancaire
 - Stimuler un dosage plus rationnel (souhaité) de prestataires de soins de santé en canalisant prudemment le financement vers des types de prestataires qui pourraient promouvoir les résultats de l'action sanitaire dans des zones géographique prioritaires du pays.À cet effet, il est recommandé de revoir les interventions en matière d'accès au financement à la lumière de la stratégie globale du secteur privé de la santé au Bénin.
2. Améliorer l'accès au financement des prestataires privés. Il y aurait au moins deux façons de procéder :
 - Apporter une assistance technique aux emprunteurs de l'ACD d'EcoBank qui reçoivent des fonds dans le cadre de la garantie de l'USAID. Celle-ci peut être structurée comme une assistance avant l'emprunt aussi bien qu'une assistance après l'emprunt apportée au cas par cas aux cliniques financées.
 - Élaborer deux programmes supplémentaires grâce à la garantie de partage de risques de l'ACD pour mobiliser davantage de capitaux locaux vers ce secteur en pleine croissance.

Il est recommandé que deux lignes de crédit soient mises en place à l'intention des prestataires privés pour répondre aux besoins du secteur auprès des institutions suivantes :

- Bank of Africa, pour assurer le financement à plus long terme des investissements d'une durée d'au moins 10 ans pour un montant d'au moins 5,0 à 6,0 millions d'USD
- La FECECAM, pour accorder des prêts d'une durée importante aux plus petits prestataires dans des zones rurales et périurbaines pour un montant d'1,5 à 2,0 millions d'USD.

Les lignes de crédit disponibles auprès de ces deux institutions combinées pourraient considérablement améliorer l'accès au financement pour le secteur privé émergent au Bénin. Il est également recommandé que les deux lignes de crédit soient mises en place spécifiquement pour le secteur de la santé et ne soient pas combinées avec d'autres secteurs. Toutefois, la garantie de crédit peut être structurée sur une base concurrentielle en affectant au départ une partie des fonds à chaque institution financière et en conservant certains crédits qui seront utilisés par les deux institutions de manière concurrentielle.

Capacité de gestion commerciale

L'extension de la capacité commerciale pourrait être soutenue par le renforcement des compétences commerciales des prestataires privés. Les deux types d'approches de renforcement suivants sont recommandés :

- Assurer une formation en gestion commerciale qui pourrait concrétiser les priorités et les besoins identifiés par l'évaluation. Les cours pourraient porter, entre autres, sur la vente et le marketing, la gestion financière et la planification d'entreprise. En outre, un cours portant sur les modalités de lancement et d'exploitation d'un cabinet médical serait particulièrement utile pour des entrepreneurs aspirants du secteur des soins de santé.
- Assurer l'assistance technique directe pour accroître les capacités de gestion des prestataires privés, ce qui pourrait inclure l'élaboration des stratégies et des plans d'exploitation, le tutorat et l'assistance professionnelle des cadres supérieurs en matière de bonnes pratiques de gestion et de facilitation de l'accès au financement pour soutenir la croissance des établissements.

7. ASSURANCE MALADIE

7.1 CONTEXTE

Dans sa vision « Bénin Alafia 2025 », le gouvernement béninois énonce clairement son engagement en faveur de la santé en ces termes : « le pays doit disposer d'un système de santé fonctionnel, équitable et accessible... » Le Plan national de développement de la santé pour la période 2009-2018, un document de politique visant à guider les efforts en matière de santé au Bénin, comprend deux sous-programmes consacrés à la « promotion de l'assurance maladie » et « promotion de l'assurance maladie communautaire ». Conscients des obstacles actuels en termes d'accessibilité des soins de santé, les acteurs du gouvernement national et les partenaires techniques et financiers ont, au cours des deux dernières décennies, mis en place des mécanismes d'exonération et de subvention des soins afin de s'assurer que la vision énoncée dans ces différents documents stratégiques peut être concrétisée. En 2010, un système d'assurance maladie universelle (le RAMU) est devenu la politique officielle du gouvernement en matière de financement de la santé au Bénin.

Les ménages financent plus de 50 pour cent du total des dépenses de santé, dont la plus grande partie est destinée aux médicaments et aux fournitures médicales. Le gouvernement supporte environ le tiers et les donateurs contribuent pour le montant restant des dépenses de santé. L'assurance maladie privée est très limitée, ne couvrant que 3 pour cent de la population et s'adressant essentiellement aux riches. Certes, l'assurance maladie privée couvre les services de santé reproductive, mais la planification familiale n'est pas couverte. La plupart des *mutuelles* couvrent le coût des co-paiements des services du secteur public. L'organisme national de réglementation et le secteur de l'assurance maladie admettent pour l'essentiel que l'assurance maladie privée n'est pas rentable ; cette situation semble s'expliquer par le petit nombre d'assurés. De même, les régimes d'assurance maladie communautaires, les *mutuelles*, sont faibles et limités dans leur couverture, n'offrant leurs services qu'à 5 pour cent de la population.

7.1.1 DEPENSES DE SANTE

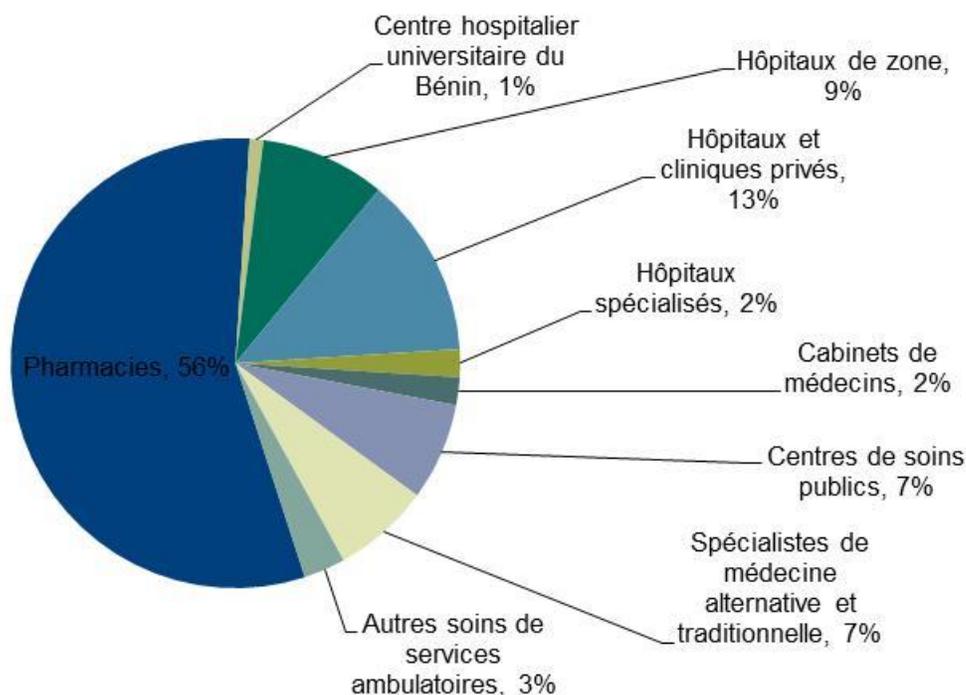
Les actifs financiers des ménages constituent la principale source de financement du système de santé au Bénin ; ledit financement est généralement effectué sous forme de paiements directs. Comme nous l'avons relevé plus haut, 46,8 pour cent des dépenses de santé sortent directement de la poche, avec près de 93 pour cent de ces paiements destinés au secteur privé. La protection des ménages contre une charge financière lourde par un système de partage de risques est également faible, mais gagne de l'importance et progresse rapidement, plus particulièrement à travers l'assurance maladie privée, l'assurance maladie communautaire / les *mutuelles de santé* et le Régime d'assurance maladie universelle (RAMU) adopté en 2010.

Les pharmacies et autres détaillants de médicaments représentent les prestataires qui reçoivent l'essentiel des ressources des ménages, environ 56 pour cent, suivis de presque 35 pour cent pour les cabinets privés (hôpitaux privés à 13 pour cent, les hôpitaux de zone à 9 pour cent, les bureaux de médecins et autres à 5 pour cent, les hôpitaux spécialisés à 2 pour cent et le

secteur traditionnel à 7 pour cent). La figure 21 présente la ventilation du total par prestataire. En somme, le secteur privé formel mobilise près de 93 pour cent des dépenses des ménages (Comptes nationaux de la santé, 2008). Certes, la médecine traditionnelle n'est pas le premier recours thérapeutique de la majorité des ménages africains, mais elle représente 7 pour cent des dépenses de santé des ménages.

Le taux élevé des dépenses sortant directement de la poche s'explique en partie par le fait que les services sanitaires gouvernementaux sont payants ; leurs frais sont en général inférieurs à ceux du secteur privé, même si les différences de prix entre les établissements des deux secteurs semblent varier largement. Quelques-unes des cliniques privées visitées ont déclaré des prix jusqu'à deux fois plus élevés que ceux des établissements publics de soins de santé.

Figure 21 : Répartition des dépenses des ménages selon les prestataires, 2008



Source: Comptes nationaux de la santé, 2008

7.2 CAPACITES TECHNIQUES ET GESTION AU NIVEAU NATIONAL

Agence nationale d'assurance maladie

Créée en mai 2012, l'ANAM est un établissement public placé sous la supervision technique du ministère de la Santé (MdS). Elle assure la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle en République du Bénin, qui est chargée des aspects suivants :

- Élaborer et mettre en œuvre le plan pratique et efficace pour l'application des textes relatifs au RAMU
- Assurer la gestion des fonds du RAMU
- Conduire le processus de déploiement du RAMU
- Assurer la supervision technique pour garantir la mise en œuvre des outils de gestion et la réglementation du RAMU

- Apporter une contribution technique aux prestataires, organisations de prestations de soins de santé / gestion des risques et services de remboursement, associations de consommateurs et autres acteurs du secteur de la santé
- Gérer le système d'information sur le RAMU
- Organiser et piloter la supervision médicale, pharmaceutique et toute autre supervision.

L'ANAM n'a été investie de la responsabilité en matière de gestion de la mise en œuvre du RAMU que récemment, mais cette mission lui a été confiée sans un plan national clair pour l'exécution du RAMU et sans le personnel nécessaire en quantité et en qualité pour la mise en œuvre du RAMU. Au demeurant, les responsabilités confiées comprennent à la fois les rôles de régulateur et de prestataire des assurances - rôles qui doivent être séparés.

Association des sociétés d'assurances du Bénin

L'Association des sociétés d'assurance du Bénin (ASA-Bénin) est l'organisation cadre de toutes les sociétés d'assurances. Créée en février 1999 à Cotonou, il s'agit d'une organisation professionnelle dont les membres sont les suivants :

- Six sociétés d'assurances vie : UBA-Vie ; ARGG ; COLINA VIE ; Avie Assurances ; NSIA-Vie Bénin ; L'Africaine-Vie
- Cinq sociétés d'assurances non-vie : L'Africaine des Assurances ; NSIA-Bénin ; GAB ; ALLIANZ ; SAARB

L'association poursuit également les objectifs suivants :

- Représenter ses organisations membres au niveau national dans toutes les circonstances où une action conjointe est nécessaire
- Établir des relations et des lignes de communication entre les membres, étudier et défendre les intérêts généraux de la profession et établir des relations de coopération avec les associations internationales sœurs
- Contribuer au respect du code de déontologie des assurances au Bénin
- Renforcer les capacités et la durabilité des marchés d'assurance, notamment à travers la création des primes d'assurance.

ASA-Bénin est dotée des cinq organismes statutaires suivants : L'assemblée générale, le bureau exécutif, le secrétaire général et les commissions techniques. Les 10 commissions techniques sont présidées par les directeurs généraux (PDG) des sociétés membres. Elles assistent le bureau exécutif dans la supervision des commissions des affaires sociales et de la formation, la commission juridique et législative, la commission automobile, la commission des finances, la commission de la comptabilité, des incendies et risques connexes, la commission maritime et des transports, la commission de la vie, la commission des informations, des statistiques et de la réassurance et la commission de la communication et des relations publiques.

7.3 REGIMES ACTUELS D'ASSURANCE MALADIE

Le Bénin a plusieurs types de régimes de financement de la santé qui sont résumés dans le tableau 12.

Tableau 12 : Types de systèmes d'assurance maladie au Bénin

TYPE D'ASSURANCE	CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALE (CNSS)	FONDS NATIONAL DE LA RETRAITE DU BENIN (FNRB)	RAMU	MECANISMES D'EXONERATION DE PAIEMENT OU DE SUBVENTION	LES ASSUREURS PRIVES	MUTUELLES DE SANTE / MUTUELLE DE SECURITE SOCIALE
Bénéficiaires	Employés du secteur privé formel et agents de l'État	Fonctionnaires	Toute la population du Bénin	Groupes vulnérables	Employés du secteur privé formel	Populations rurales et du secteur urbain informel
Couverture	Prestations familiales pour la maternité, prestations pour vieillesse, incapacité et décès, accidents de travail et maladies professionnelles	Prestations familiales et de maternité, pension retraite, pension pour incapacité, pension pour usufruit, évacuation sanitaire et soins hospitaliers dans le pays avec prestations pour maternité	S. O.	Paludisme, VIH/SIDA, tuberculose, évacuations sanitaires, soins de santé pour hémodialyses, césarienne, lèpre et ulcère de Buruli, fistules obstétriques, etc.	Assurance maladie	Assurance maladie. Pension vieillesse (pour la MSS)
Taux de couverture	7 %	6 %	en cours	Aucune information	3 %	5 %

Cette analyse du financement du secteur privé de la santé au Bénin présente un secteur particulièrement hétérogène dans lequel les cliniques importantes et rentables et les polycliniques coexistent parmi une multitude de petites et moyennes cliniques dont les résultats sont assez variables. Il semble que toutes les grandes cliniques sont approuvées par les sociétés d'assurances pour soutenir les bénéficiaires de la police d'assurance maladie. En général, le système de paiement par les tiers est utilisé pour les bénéficiaires, avec un co-paiement qui varie entre 10 et 20 pour cent. S'agissant des mécanismes d'exonération de paiement ou de subvention des soins, autres que des acteurs religieux privés collaborant avec le MdS, aucun mécanisme n'est mis en place pour permettre aux acteurs privés mus par le profit d'assurer les soins des patients éligibles à travers des mesures d'exonération de paiement.

Régime d'assurance maladie universelle

La croissance de la prestation de l'assurance maladie du secteur privé est entravée par le manque de pouvoir d'achat de la majorité de la population, en particulier dans les zones rurales.

En outre, la proportion de la population couverte par les sociétés d'assurance maladie demeure actuellement faible (environ 3 pour cent). L'instauration de la couverture sanitaire universelle devrait, dans le cadre du RAMU, accroître considérablement le financement disponible pour les prestataires privés et offrir une occasion d'élargir la part de marché de l'assurance maladie dans le secteur privé par la mise sur pied de produits complémentaires ; toutefois, le RAMU est confronté à des défis de taille :

- Absence de planification de la mise en œuvre du RAMU
- Absence de coordination entre tous les ministères concernés, en particulier le ministère des Finances
- Faible participation du secteur privé de la santé dans le processus du RAMU
- Aucune étude actuarielle préalable sur les offres de l'assurance maladie et les montants des frais
- Faiblesse des *mutuelles* pour mettre en œuvre le RAMU dans le secteur informel.

D'un point de vue du secteur privé, les défis que le RAMU doit relever sont les suivants :

- Une accréditation longue et bureaucratique et un processus d'amélioration de la qualité (surtout en ce qui concerne les cliniques à prestataire unique)
- Manque de clarté sur la manière dont l'éligibilité des participants sera décidée et comment les prestataires connaîtront la couverture pour laquelle ils sont éligibles
- Coût du mécanisme d'assurance, en particulier les problèmes liés au remboursement et à la gestion des réclamations
- Absence de confiance dans le choix du moment et la transparence des paiements gérés par le secteur public

Ce dernier facteur constitue le plus grand obstacle à la participation des prestataires privés au RAMU, dans la mesure où les retards de paiement potentiels porteraient un coup fatal aux petits prestataires de soins de santé. La perception générale des frais de transactions (lorsque les prestataires paient des frais qui doivent être remboursés) et la corruption criante dans les paiements publics prendront du temps pour être vaincues. Parce que le gouvernement n'a pas bien évalué le montant nécessaire pour assurer le RAMU et il n'y a eu aucune clarté sur la manière dont le nouveau financement nécessaire sera mobilisé, ce qui ébranle davantage la crédibilité du RAMU aux yeux des prestataires.

Le MdS doit accorder plus d'attention à l'ensemble de services qui seront couverts dans le cadre du RAMU. La planification familiale (PF), surtout la méthode réversible de longue durée, doit faire partie de l'offre pour accroître son utilisation au sein de la population et réduire la demande non satisfaite de la PF. Une attention particulière doit être accordée aux paiements des prestataires sur les sections césariennes afin d'en éviter l'utilisation excessive, tout en assurant la couverture pour les opérations légitimes destinées à sauver des vies. Toutefois, selon toute vraisemblance, si le gouvernement doit hiérarchiser les services qui doivent être couverts dans le cadre du RAMU pour rendre l'offre de couverture abordable, il exclura probablement le PF, parce que la plupart de ces services sont assurés sur une base subventionnée par des programmes appuyés par des donateurs.

Le RAMU et les *mutuelles*

Certes, les *mutuelles* offrent la meilleure possibilité de couverture pour le secteur informel, mais des investissements considérables et un renforcement des capacités sont nécessaires si la pénétration doit aller bien au-delà du niveau actuel de 3 pour cent. Les défis sont légion

absence de prestation de soins de qualité dans les zones rurales (les établissements publics ne dispensent pas des soins appropriés), absence de capacités des *mutuelles* (ont besoin de « professionnalisation ») et un besoin urgent de subventions (financement national et externe). La plupart des *mutuelles* dépendent entièrement de la contribution des membres pour couvrir le coût des réclamations sanitaires et les frais administratifs. Même avec la contribution des administrateurs volontaires, ces primes sont rarement suffisantes, essentiellement parce que le pourcentage des membres qui paient leurs primes et le font à temps est particulièrement faible. Le gouvernement n'apporte aucun financement pour leur fonctionnement, même si dans certaines zones, des bureaux sont prévus pour le personnel des *mutuelles* et si les autorités du district les promeuvent. L'adhésion aux *mutuelles* a été plus grande dans des zones où des projets financés par la coopération belge ont fourni un certain capital ou des subventions de primes. Certes, les *mutuelles* couvrent 40 pour cent du territoire, mais seuls 3 pour cent de la population utilisent ces régimes communautaires. Des efforts considérables seront nécessaires pour renforcer les *mutuelles* afin qu'elles puissent jouer leur rôle dans la couverture du secteur informel.

La stratégie actuelle du RAMU consistant à utiliser les *mutuelles* pour couvrir le secteur informel ne sera pas une solution pour les populations urbaines, puisque de nombreuses personnes dans le secteur informel des zones urbaines préféreront les prestataires privés et peuvent avoir les moyens de payer plus que l'offre de couverture d'une *mutuelle* ordinaire destinée aux consommateurs ruraux. Ainsi, dans le cadre de la conception en cours de l'offre et du mécanisme du RAMU / de l'ANAM, des discussions doivent être axées sur ce problème. Si les prestataires du secteur privé et à but non lucratif sont associés à la discussion et à conception (une faille actuelle dans le processus), alors d'autres mécanismes pourraient être envisagés : individuels, subventionnés et enregistrement par l'intermédiaire des prestataires ou d'autres groupes. Il est important pour la conception de ne pas exclure ces possibilités. L'USAID doit également collaborer avec d'autres donateurs (la coopération suisse et la coopération belge) qui ont soutenu les *mutuelles* au fil des ans pour convenir d'une stratégie commune. Le groupe de *Concertation Nationale des Structures d'Appui aux Mutuelles de Santé* (CONSAMUS), qui réunit toutes les organisations travaillant avec les *mutuelles*, serait une tribune toute indiquée.

Outre la mobilisation d'une expertise actuarielle supplémentaire pour concevoir une offre de couverture réalisable, le RAMU doit élaborer un menu d'offres de couvertures standardisées et d'options de primes destinées aux différents segments de consommateurs. Des offres standardisées qui proposent quatre à six différentes offres de couverture et de paiement de primes devraient permettre de réaliser des économies d'échelle dans l'administration des réclamations, tout en donnant aux différentes tranches de la population des offres adaptées à leur besoins. Par ailleurs, pour chaque offre, le gouvernement aura à déterminer son niveau de subvention de prime, le plus haut niveau de subvention devant cibler les pauvres des zones rurales.

Pour soutenir le développement des prestataires du secteur privé (y compris les organisations à but non lucratif), l'initiative nationale d'assurance maladie (l'ANAM, le RAMU, etc.) est le meilleur pari à long terme. Mais, il ne sera pas facile de trouver la bonne conception, d'assurer l'engagement du gouvernement et de renforcer les capacités des *mutuelles* et des autres prestataires privés. En outre, si le RAMU se développe plus vite dans le secteur formel que dans l'informel, des problèmes d'équité surviendront : les pauvres et les populations rurales seront oubliés.

CONCLUSIONS POUR L'ASSURANCE MALADIE

- **D'importantes transactions du secteur de la santé ont lieu à partir des dépenses directes des particuliers.** En 2008, 44,2 pour cent des dépenses de santé proviennent des particuliers directement, dont 92,7 pour cent destinés au secteur privé. Cette situation contribue largement au fait que les pauvres n'obtiennent pas les soins qu'ils souhaitent ou sont obligés de dépenser une part extrêmement élevée de leur revenu sur les soins de santé, d'où leur appauvrissement perpétuel.
- **Pour soutenir le développement des prestataires du secteur privé (y compris les organisations à but non lucratif) dans l'arène de l'assurance maladie, le RAMU est le meilleur pari à long terme.** Certes, la proportion de la population couverte par les sociétés d'assurance maladie demeure actuellement faible (environ 3 pour cent), mais le RAMU doit accroître considérablement le financement disponible destiné aux prestataires privés et offrir une possibilité pour accroître la part de marché de l'assurance maladie dans le secteur privé.
- **Le RAMU est confronté à un certain nombre de défis en général et du point de vue du secteur privé en particulier.** Il ne sera pas facile de trouver la bonne conception, d'assurer l'engagement du gouvernement et de renforcer les capacités des *mutuelles* et des autres prestataires privés. Quelques-uns des défis auxquels le RAMU est confronté sont présentés ci-dessous :
 - Une accréditation longue et bureaucratique et un processus d'amélioration de la qualité (surtout en ce qui concerne les cliniques à prestataire unique)
 - Coût du mécanisme d'assurance, en particulier les problèmes liés au remboursement et à la gestion des réclamations
 - Absence de confiance dans le choix du moment et la transparence des paiements gérés par le secteur public
 - Faiblesse des *mutuelles*, qui constituent la porte d'entrée sur le marché informel.

Le rapport d'évaluation du projet Assurer la santé de 2012 (P4H 2012) commis par l'OMS sur l'état de préparation du RAMU conclut que le Bénin n'est pas prêt pour le lancement de l'assurance maladie nationale. Un certain nombre de systèmes doivent être renforcés pour rendre le RAMU opérationnel et efficace, quoique l'idée d'un système national de santé demeure valable à long terme.

- **Il existe peu d'informations sur l'organisation précise du régime du RAMU et les prestataires privés ne semblent pas être associés à la conception d'une manière significative.** Actuellement, le RAMU demeure en grande partie une proposition qui doit encore être développée et concrétisée. Si des efforts sont en cours à l'heure actuelle, le secteur privé ne participe pas aux débats et à la discussion. Étant donné que le secteur privé joue un important rôle dans le système de santé du Bénin, l'exclusion de ce secteur de la phase de conception du système national d'assurance maladie pourrait créer des défis futurs dans la mise en œuvre du système universel.
- **Le développement des régimes d'assurance maladie communautaires en tant que point d'entrée pour le secteur informel est lent et bien en deçà des prévisions.** À ce jour, les régimes d'assurance maladie communautaires ne couvrent que 5 pour cent de la population avec environ 200 régimes actifs dans le pays, contre les 2 000 qui avaient été prévus pour la fin de l'année 2012. Jusqu'ici, la participation des régimes de santé

communautaires au développement du régime d'assurance maladie universelle est restée faible. Par ailleurs, ces systèmes, souvent mis en œuvre avec l'appui de divers partenaires internationaux au développement,⁴ ne semblent pas fonctionner comme un groupe uni et ne sont pas reconnus en tant qu'acteurs pertinents dans la conceptualisation et la mise en œuvre de la politique nationale sur l'assurance maladie universelle. Les systèmes d'assurance maladie mutualisés offrent une possibilité d'atteindre le vaste secteur informel et des efforts doivent être déployés pour étendre ces régimes, même s'ils peuvent évoluer dans des structures différentes avec le temps.

- **Les prestataires de soins de santé faibles et, en particulier, les cliniques sanitaires gouvernementales corrompues et inefficaces, limitent la possibilité de développer le système national de santé.** Plusieurs régimes d'assurance maladie communautaires visités par SHOPS ont déclaré que leurs membres avaient des problèmes pour obtenir les services : les seuls services disponibles étaient fournis par des centres gouvernementaux où la qualité laisse à désirer et dont les employés attendent et souvent exigent ouvertement des paiements directs de la poche par des paiements assurés en sus de leurs exigences de co-paiement. Cette atmosphère délétère élimine la motivation à participer aux régimes d'assurance maladie communautaires. Un régime d'assurance maladie communautaire a déclaré que sur 567 familles membres du régime, seuls 30 % paient réellement leurs cotisations et ce nombre est en nette diminution en raison des paiements supplémentaires exigés par le prestataire gouvernemental dans la région. De telles pratiques sapent gravement les efforts, par ailleurs rationnels, visant à remplacer les paiements directs de la poche par des fonds communs. Par conséquent, il est nécessaire de renforcer les prestataires de soins de santé communautaires du gouvernement dans les principes de base de l'assurance maladie universelle afin de garantir une prestation de services et des prix adéquats. Selon l'Association des régimes d'assurance maladie communautaires, un projet pilote financé par une ONG luxembourgeoise est en cours au nord et cherche à remédier à cette situation ; il a déjà formé de nombreux prestataires privés conjointement avec les régimes locaux d'assurance maladie communautaire.
- **Il y a un manque d'actuaire en général⁵ et une absence totale d'actuaire formés aux questions de prestation de soins.** Aucune des sociétés d'assurance visitées par SHOPS ne dispose d'un actuaire qualifié qui est licencié en sciences actuarielles ou titulaire d'un diplôme comparable aux normes internationales. Cette assertion a été confirmée par le régulateur des assurances (*Administrateur des Assurances, Ministère de l'Économie et des Finances*), dont les services souffrent également du manque criard de personnel compétent en sciences actuarielles. Il s'agit d'un handicap majeur qui doit être surmonté avant que le système du RAMU ne devienne opérationnel. Selon les sociétés d'assurance interrogées par SHOPS, les offres tarifaires que le RAMU a récemment proposées ne sont pas réalistes et ne se fondent pas sur des calculs actuariels.

L'importance et l'urgence de ce problème ne doivent pas être sous-estimées. Dans l'assurance maladie, notamment l'assurance fournie directement par les employeurs et la

⁴ Pour plus de détails sur les divers partenaires de mise en œuvre et les défis actuels à relever pour accroître l'adhésion, voir : Turcotte-Tremblay AM, Haddad S, Yacoubou I, Fournier P., Mapping of initiatives to increase membership in mutual health organizations in Benin, *International Journal of Equity in Health*. 5 décembre 2012 ; 11:74. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23217438>

⁵ Le Bénin compte trois actuaire selon certaines sources. Voir : http://www.actuaries.org/FUND/Nairobi_2011/Nairobi2011_Presentation_Oyetunji.pdf

sécurité sociale, la science actuarielle se concentre sur l'analyse des taux d'incapacité, de morbidité, de mortalité, de fertilité et d'autres imprévus. La science actuariat aide également dans la conception des structures de prestations, des normes de remboursement et des effets des normes proposées par le gouvernement sur le coût des soins de santé. Les effets du choix des consommateurs et la répartition géographique de l'utilisation des services médicaux, des procédures et de l'utilisation des médicaments et des thérapies, sont également d'une grande importance. L'incapacité à apporter un appui actuariel objectif basé sur des faits au système en général, notamment au RAMU, au régulateurs des assurances et aux prestataires de l'assurance individuelle, met l'idée d'un régime national d'assurance maladie en danger dès le départ. Même si le marché béninois de l'assurance ne supporte pas l'expansion de la profession actuarielle, le gouvernement et ses partenaires doivent mobiliser une expertise actuarielle appropriée pour concevoir le RAMU et superviser sa mise en œuvre dans les premières années à mesure qu'il accumule les données nécessaires sur les coûts, la morbidité et l'incapacité pour affiner les estimations actuarielles.

RECOMMANDATIONS POUR L'ASSURANCE MALADIE

Il serait judicieux de :

- **Soutenir le développement du RAMU et de ses mécanismes pour s'assurer que les prestataires du secteur privé sont pris en considération**, que la PF, notamment la méthode réversible de longue durée, est partie intégrante de l'offre et que les services à fort impact en consultation externe sont couverts. Puisqu'un certain nombre de donateurs et d'organismes sont disposés à soutenir le RAMU en tant que principal véhicule de l'assurance maladie, la participation de l'USAID doit être stratégique et apporter une valeur ajoutée au soutien supposé ou réel au système. La contribution particulière de l'USAID pourrait consister à s'assurer que les besoins et réalités du secteur privé sont judicieusement pris en compte. Cette tâche pourrait être accomplie en soutenant un groupe de travail du secteur privé servant comme organisme consultatif au gouvernement et au RAMU, tout en jouant le rôle de porte-parole du secteur privé. L'USAID pourrait également fournir des ressources techniques pour développer des arguments basés sur les faits visant à soutenir les conditions générales de la participation du secteur privé au RAMU.
- **Soutenir le développement des capacités des *mutuelles* à travers un soutien aux efforts déployés au niveau national axés sur la constitution des réseaux et la professionnalisation**. L'assurance maladie communautaire demeurera à moyen terme la principale possibilité pour inclure le secteur informel dans l'assurance maladie nationale, même si le rôle des *mutuelles* pourrait évoluer à mesure que le système mûrit. Par conséquent, il est essentiel de soutenir le développement de ces entités pour faire participer le maximum de personnes et de communautés dans tout le pays. Étant donné que le mouvement des *mutuelles* semble présenter des signes de fragmentation, il est nécessaire de consolider les efforts visant à assurer l'ampleur et l'efficacité. À cet effet, l'USAID pourrait apporter son soutien pour rationaliser le processus de création et d'exploitation d'une *mutuelle* locale par l'élaboration de politiques, de procédures et de documents uniformes, le lancement d'une plate-forme opérationnelle centralisée pour le traitement et la gestion des données, l'assistance au marché et la promotion de l'assurance maladie auprès des populations à faibles revenus afin d'accroître les inscriptions et la rétention. Étant donné que les *mutuelles* sont des entités volontaires décentralisées, le RAMU aura besoin d'un point d'entrée administratif pour les

superviser et les soutenir. Le nombre existant d'Unions de mutuelles pourrait être étendu et soutenu par le gouvernement qui mettrait à leur disposition des ressources pour un petit personnel de gestionnaires professionnels au niveau des communes pour faire fonctionner l'Union, commercialiser les offres standardisées et superviser leur administration. Les Unions n'ont pas fait preuve d'efficacité à ce jour parce qu'elles ont compté sur les mêmes dirigeants volontaires issus des mutuelles.

- **Soutenir la fourniture de l'expertise actuariat nécessaire à la conception du RAMU.** Cette mesure est essentielle pour le développement du marché de l'assurance maladie et l'entrée en scène du RAMU. L'USAID pourrait également faciliter le processus en sollicitant les services d'Actuaires sans Frontières et d'autres organisations similaires pour soutenir le développement des actuaires au Bénin.

8. RECOMMANDATIONS

Cette section réitère les recommandations données dans le Résumé analytique.

Domaine de la Recommandation	Recommandation	Organisme potentiellement responsable
<p>(1) Développer le secteur formel en rationalisant les procédures d'enregistrement et d'autorisation des entreprises et en soutenant les réseaux de prestataires</p>	<p>Initier un dialogue sur les politiques avec le MdS pour rationaliser le processus d'enregistrement et améliorer le respect / l'application effective des délais fixés officiellement pour le processus de revue. La création d'une approche par un <i>guichet unique</i> où les prestataires pourraient s'occuper de tous les aspects de l'enregistrement et de l'autorisation de l'entreprise, pourrait faire partie intégrante de la solution.</p>	USAID
	<p>Accorder une amnistie aux prestataires / établissements informels actuellement qualifiés, mais non enregistrés. Cette mesure pourrait encourager les établissements existants à soumettre une demande d'enregistrement, surtout dans la mesure il s'agit de la croissance future du réseau ProFam.</p>	MdS
	<p>Soutenir un mécanisme d'identification et d'appui aux prestataires pour leur enregistrement. Octroyer une assistance technique à une organisation, notamment l'ABMS qui a un intérêt personnel dans le secteur formel de la santé, pour lui permettre d'assumer ce rôle. Il sera important de s'assurer que l'enregistrement officiel qualifie un prestataire à participer au RAMU.</p>	USAID/ABMS
	<p>Supprimer les obstacles afin de convertir les cliniques du secteur privé en établissements à forte fréquentation, de haute qualité et à faible prix unitaire. Entamer et maintenir le dialogue avec le MdS et les ordres professionnels permettrait de lever les contraintes sur le marketing et la promotion des services de santé, de déréglementer les prix afin qu'ils soient davantage axés sur le marché et de développer un ensemble de mesures incitatives pour promouvoir des cabinets de groupe et des réseaux de prestataires.</p>	MdS/Ordres professionnels

Domaine de la Recommandation	Recommandation	Organisme potentiellement responsable
	<p>Renforcer les programmes de planification familiale dans le réseau AMCES. Relier l'AMCES à l'ABMS et aux autres acteurs de l'approvisionnement de la PF permettrait d'accroître le volume des produits de PF dans leurs centres de santé et hôpitaux, où lesdits produits sont autorisés et renforcer les programmes de conseils et de recommandations du PF pour mettre l'accent sur le choix informé.</p>	USAID
	<p>Renforcer la viabilité financière de l'ABPF par des évaluations ciblées. Il serait pertinent d'assurer le suivi de l'assistance technique apportée par Engender Health à l'ABPF, soutenir l'élaboration d'un plan stratégique, d'un plan d'investissement et des plans d'exploitation visant à réduire la vulnérabilité financière des organisations tout en préservant leur mission sociale.</p>	USAID
<p>(2) Renforcer le rôle du secteur privé dans les politiques nationales et par le biais des groupes de plaidoyer</p>	<p>L'identification d'un « champion » de grande notoriété du secteur privé et un homologue du MdS permettrait d'organiser et de coordonner des réunions de dialogue régulières entre le MdS et les parties prenantes du secteur privé.</p>	USAID/MdS
	<p>Renforcer les capacités de plaidoyer des ordres professionnels pour leur permettre de participer aux efforts déployés par le MdS pour le renforcement des systèmes de santé. Apporter une assistance technique aux ordres professionnels pour renforcer les plans stratégiques, améliorer leur rôle de secrétariat pour les membres et coordonner la formation et les autres avantages dont jouissent ces derniers.</p>	USAID
	<p>Collaborer avec les leaders d'opinion au sein des associations professionnelles pour distinguer et clarifier les rôles réglementaires par opposition aux intérêts commerciaux des membres afin d'éviter les désaccords entre les membres que représente l'enregistrement de nouveaux établissements de soin et/ou de l'introduction de nouveaux produits pharmaceutiques, en particulier au sein de l'Ordre national des pharmaciens et de l'Ordre national des médecins.</p>	USAID

Domaine de la Recommandation	Recommandation	Organisme potentiellement responsable
	<p>Il conviendrait d'améliorer la compréhension par les prestataires privés des normes gouvernementales et des droits des prestataires relatifs à l'application des délais d'enregistrement de l'établissement ou du produit et à l'examen du dossier. Soutenir une association ou une ONG pour éduquer les prestataires sur ces droits et responsabilités.</p>	USAID
	<p>Il serait pertinent d'évaluer la faisabilité de la mise sur pied de normes de qualité et d'un système d'assurance qualité dirigé par des ONG dans les établissements privés. Cela reviendrait à renforcer le rôle de supervision des systèmes d'AQ et le respect des normes dans le cadre d'un système de certification et à envisager un soutien (à plus longue échéance) en vue de la création d'un système d'évaluation autonome pour les prestataires privés.</p>	USAID
	<p>Apporter une assistance technique au ROBS en vue d'une évaluation minutieuse de la durabilité et du plan stratégique.</p>	USAID
	<p>Appuyer la CEBAC STP par une assistance technique ciblée afin d'intégrer les services de PF dans les cliniques sur le lieu de travail déjà existantes. Élaborer un plan stratégique axé sur l'intégration des cliniques sur le lieu de travail dans le réseau ProFam.</p>	USAID
	<p>Inclure l'Association des cliniques privés dans tous dialogues sur les politiques visant à rationaliser le processus d'enregistrement de l'établissement de santé ou la mise sur pied de systèmes d'AQ et des partenariats public-privé (PPP) pour soutenir les programmes prioritaires, en particulier la PF ou la SR.</p>	USAID
<p>(3) Rationaliser l'enregistrement, les procédures d'autorisation et les opérations commerciales pour les entreprises et produits pharmaceutiques.</p>	<p>Il conviendrait d'appliquer un examen opportun et rationnel des dossiers d'enregistrement des produits pharmaceutiques grâce à une assistance technique apportée au MdS. Réduire les restrictions au niveau de la concurrence des produits qui entravent considérablement l'engagement du secteur privé et le choix de l'utilisateur final en matière de produits.</p>	USAID/MdS
	<p>Il serait opportun de convaincre le MdS d'éliminer les conflits d'intérêts potentiels liés au(x) rôle(s) quasi-réglementaire(s) des ordres de</p>	USAID

Domaine de la Recommandation	Recommandation	Organisme potentiellement responsable
	pharmaciens, des sages-femmes et des médecins, en séparant la (les) fonctions réglementaire(s) dans l'examen du dossier d'enregistrement des produits ou des établissements des autres fonctions (tournées vers le client).	
	Il faudrait procéder à une étude approfondie des flux de produits pharmaceutiques pour éliminer les inefficacités . Simplifier et harmoniser les flux pharmaceutiques tout au long de la chaîne d'approvisionnement.	MdS
	Fournir une assistance technique à la <i>Commission technique des médicaments</i> permettrait d' évaluer les marges pharmaceutiques actuelles définies par le gouvernement et leur impact sur les grossistes privés , en s'assurant que ces derniers ne sont pas, par inadvertance, « asphyxiés » par le changement des prix fixés et les fluctuations du taux de change. Soutenir la Commission dans la conduite des revues trimestrielles des prix tout au long de la chaîne d'approvisionnement.	USAID
	Il serait bon de fournir une assistance technique à l'ABMS, à la CAME, et autres grossistes sans oublier les détaillants sur la base des prix et estimations du marché. Cela comprend l'évaluation des marges pharmaceutiques, prix du médicament et structure de prix.	USAID
	La conception et la mise en œuvre d'une formation ciblée permettrait de renforcer les capacités des gestionnaires de chaîne d'approvisionnement dans la main-d'œuvre. Il s'agit d'une scène prometteuse pour promouvoir les PPP auprès de l'industrie internationale.	USAID
	Créer des mesures incitatives permettant aux prestataires pharmaceutiques privés de collaborer avec d'autres professionnels de la santé pour améliorer l'accès des consommateurs dans les zones reculées du pays. Cette proposition implique la gestion conjointe des installations ou des activités de diffusion dans les zones mal desservies, les dispensaires opérationnelles au sein des installations confessionnelles ou publiques, la collaboration avec les pharmaciens et les prestataires sur l'estimation de stocks pour éviter les problèmes de disponibilité.	MdS

Domaine de la Recommandation	Recommandation	Organisme potentiellement responsable
(4) Améliorer l'accès au financement et les capacités commerciales des prestataires.	Concevoir des programmes d'accès au financement auprès des banques et des IMF pour offrir stratégiquement une mesure incitative à la formalisation des entreprises. Stimuler un dosage (souhaité) plus rationnel des prestataires de santé en acheminant avec attention les prêts ciblés et supervisés aux types de prestataires qui développeront le secteur de la santé dans les zones géographiques prioritaires du pays.	USAID
	Apporter une assistance technique aux emprunteurs de l'ACD d'EcoBank qui reçoivent des fonds dans le cadre de la garantie de l'USAID. Celle-ci pourrait être structurée comme assistance pré- et post-emprunt accordée aux cliniques sur une base individuelle.	USAID
	Obtenir deux lignes de crédit supplémentaires destinées aux prestataires de soins de santé du secteur privé auprès de Bank of Africa et de la FECECAM, afin d'assurer un financement à plus long terme aux plus petits prestataires des zones rurales et périurbaines.	USAID
	Renforcer les capacités commerciales en lançant des formations en gestion d'entreprise et en assurant une assistance technique directe pour accroître la capacité de gestion des prestataires privés, notamment par l'élaboration des stratégies et des plans d'exploitation, le tutorat et l'assistance professionnelle des cadres supérieurs en matière de bonnes pratiques de gestion et de facilitation de l'accès au financement.	USAID
(5) Promouvoir les mécanismes de financement de la croissance du secteur privé de la santé (assurance maladie)	Soutenir le développement du RAMU et de ses mécanismes, et, en particulier, s'assurer que les prestataires privés sont pris en compte. Soutenir un groupe de travail du secteur privé servant comme organisme consultatif au gouvernement et au RAMU, tout en jouant le rôle de porte-parole du secteur privé. Fournir des ressources techniques pour développer des arguments basés sur les faits visant à soutenir les conditions générales de la participation du secteur privé au RAMU.	MdS
	Renforcer les capacités des capacités des mutuelles à travers un soutien aux efforts déployés au niveau national axés sur la constitution des réseaux et la professionnalisation. Rationaliser le processus de création et d'exploitation d'une <i>mutuelle</i> locale à	USAID

Domaine de la Recommandation	Recommandation	Organisme potentiellement responsable
	travers le développement de politiques, procédures et de la documentation uniformes ; une plateforme opérationnelle centralisée pour le traitement et la gestion des données ; et assistance pour la vente et la promotion de l'assurance maladie au sein des populations à faible revenu. Appuyer la création d'unions de <i>mutuelles</i> sur une base régionale qui seront chargées à la fois du lancement de nouvelles <i>mutuelles</i> et du soutien aux <i>mutuelles</i> existantes.	
	Soutenir la mise à la disposition de l'ANAM, de l'expertise actuarielle pour prendre en charge, sur la base de résultats, les offres de couverture dont les prix sont fixés de façon satisfaisante pour les secteurs formel et informel. Faciliter ce processus en engageant Actuaires sans Frontières et d'autres organisations similaires.	OMS / Suisse

9. CONCLUSION

La présente évaluation du secteur privé (ESP) formule plusieurs recommandations concernant le renforcement du secteur privé de la santé au Bénin. Il s'agit, entre autres, de développer le secteur formel en rationalisant les processus d'enregistrement et d'autorisation des entreprises et en soutenant les réseaux de prestataires ; renforcer le rôle du secteur privé dans les politiques nationales et par le biais des groupes de plaidoyer ; rationaliser les processus d'enregistrement et d'autorisation des entreprises et produits pharmaceutiques ; améliorer l'accès au financement et les capacités commerciales des prestataires ; et favoriser la croissance des mécanismes de financement du secteur privé de la santé (assurance maladie). Le gouvernement béninois et ses partenaires au développement, dont l'USAID, pourraient s'inspirer de ces recommandations pour accroître la participation du secteur privé dans la politique et la réglementation de la santé, tout en renforçant les services de santé et l'approvisionnement en produits. Certes, le secteur privé progresse rapidement au Bénin, mais les obstacles bureaucratiques hérités de la période précédant 1997 demeurent, engendrant un effet de dissuasion pour l'enregistrement officiel des entreprises privées et alimentant la croissance du secteur informel. Le MdS gagnerait à travailler de concert avec les bailleurs pour appuyer la facilitation de la réglementation et à reconnaître l'importance du secteur privé de la santé en tant qu'un des principaux prestataires de services de soins de santé essentiels pour le peuple béninois.

Les principales recommandations générales de la présente ESP soulignent la nécessité de l'instauration d'un dialogue avec le MdS afin de réformer ou de réduire la réglementation onéreuse du secteur de la santé relative à création ou à la préservation d'une entreprise privée. Dès lors que les entreprises privées peuvent s'enregistrer plus facilement auprès du MdS, accéder au financement, se joindre à des groupements de cabinets et faire de la publicité pour leurs services, elles peuvent commencer à voir des résultats tangibles en termes d'augmentation du nombre de clients, de réduction des prix unitaires et d'accroissement des revenus. De même, l'amélioration de la capacité du MdS à coordonner son action avec celle du secteur privé, créer dans les faits et mettre en œuvre des normes et systèmes d'assurance qualité, est essentielle pour l'amélioration des résultats dans le secteur de la santé dans un Bénin qui va de l'avant.

Certes, l'ESP met particulièrement l'accent sur la mise en place d'un environnement politique plus propice aux affaires, mais le renforcement du rôle des organisations déjà existantes et des mécanismes de santé est également important. Le secteur privé est enthousiaste à l'idée de jouer un rôle plus important dans le système de santé global du Bénin. L'appui aux associations et ordres professionnels, ainsi qu'aux groupes de plaidoyer, notamment le ROBS, la CEBAC STP et l'Association des cliniques privées, est essentiel dans la mise en place des moyens par lesquels le secteur privé peut coordonner, plaider et accéder aux services. Avec le système d'accès universel aux soins de santé nouvellement créé, le RAMU, le secteur privé a une occasion exceptionnelle de jouer un important rôle dans le financement de la santé, en particulier pour les 37 pour cent des Béninois vivant en dessous du seuil de pauvreté.

L'ESP énonce plusieurs des mesures nécessaires pour permettre au secteur privé de jouer un rôle plus important. Ces mesures sont, entre autres, l'instauration de dialogues sur les politiques avec le MdS ; la suppression des obstacles afin de convertir les cliniques du secteur

privé en établissements à forte fréquentation, de qualité supérieure et à coût unitaire faible ; le renforcement des programmes de planification familiale à l'intention des organisations confessionnelles et des ONG ; le renforcement des capacités de plaidoyer des associations de prestataires ; la clarification des rôles réglementaires par opposition aux rôles de prestation de services des associations ; la mise en place des normes de qualité et des systèmes d'assurance qualité ; et l'utilisation de l'accès au financement comme mesure incitative. Les présentes recommandations doivent être placées dans le contexte de la situation actuelle d'un pays appauvri avec une faible demande de services du secteur privé de la santé. Le renforcement et le développement du secteur privé de la santé au Bénin doivent aller de pair avec le développement économique et la réduction de la pauvreté dans l'ensemble du pays.

La présente ESP et ses recommandations visent à construire un secteur privé de la santé plus fort, plus pertinent et en proie à moins de restrictions au Bénin. La longue histoire axée sur le secteur public du pays et sa faible demande actuelle pour les services du secteur privé, détermineront en dernière instance les interventions qui doivent être proposées et mises en œuvre pour améliorer les indicateurs de santé au Bénin en recourant aux moyens les plus efficaces et les plus appropriés. Les prestataires privés, hommes et femmes d'affaires du secteur de la santé et des secteurs autres que la santé, des dirigeants d'associations et d'organisations - tous avec un enjeu dans le secteur béninois de la santé - ont affirmé leur désir et leur disponibilité à voir un secteur privé de la santé dynamique et bien soutenu dans leur pays. Les recommandations préconisées dans le présent rapport constituent un bon point de départ sur la voie qui mène à la concrétisation d'un secteur privé fort et à une amélioration des résultats en matière de santé au Bénin.

10. REFERENCES

Adeya, G., A. Bigirimana, K. Cavanaugh, et L. Miller Franco. 2007. *Évaluation rapide du système de santé du Bénin, avril 2006*. Pour le compte de l'Agence des États-Unis pour le développement international.

Banque mondiale. Indicateurs du développement dans le monde 2011.
<http://data.worldbank.org/news/WDI-2011-database-and-publication-available>

Base de données de la Banque mondiale. 2010. <http://data.worldbank.org/>

DOS, USAID, CDC, et al. Rep. 2011. *Initiative mondiale pour la santé : Stratégie nationale du Bénin*. Imprimer.

Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS). Bénin : Standard DHS, 2011-12.
<http://www.measuredhs.com/what-we-do/survey/survey-display-420.cfm>

Global Benchmarking Network, et Xavier Sala-i-Martin, comps. 2012. *Rapport sur la compétitivité mondiale 2012-2013*. Forum économique mondial. Imprimer.

Groupe de la Banque mondiale. *Doing Business 2013 : Bénin*.
<http://www.doingbusiness.org/data/exploreeconomies/benin/>

Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) [Bénin] et Macro International Inc. 2007 ; *Enquête Démographique et de Santé (EDSB-III) - Bénin, 2006*. Calverton, Maryland, USA : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique et Macro International Inc.

International Bank. Avril 2011. *Indicateurs du développement dans le monde 2011*. 15^{ème} éd. Banque mondiale, 2011.

Nations Unies. Juin 2010. *Rapport sur les objectifs du Millénaire pour le développement*. New York : Service des Affaires économiques et sociales des Nations-Unies.

Organisation mondiale de la Santé. Comptes nationaux de la santé 2003 et 2008.
<http://www.who.int/nha/country/ben/en/>

---. Providing for Health (P4H), Rapport d'évaluation du Bénin 2012.
http://www.who.int/providingforhealth/countries/2012_02_17_CM-BeninFebmissionreport.pdf

Programme des Nations Unies pour le développement. 2012. *Indicateurs internationaux de développement humain*. <http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/BEN.html>

Projet Health Systems 20/20. Septembre 2012. *Évaluation du système de santé du Bénin*. Bethesda, MD : Abt Associates Inc.

ANNEXE A : CHAMP D'ACTION

CONTEXTE

Le Bénin est un pays ouest-africain qui compte 9,3 millions d'habitants, dont 58 pour cent vivent dans des zones rurales (Banque mondiale, 2010). Avec un revenu national brut (RNB) par habitant de 780 USD, le Bénin est classé 166e pays sur 187 selon l'Indice de développement humain des Nations Unies (PNUD, 2012).

Au cours des 15 dernières années, les dépenses de santé au Bénin ont oscillé entre 9 et 12 pour cent des dépenses de santé totales, tandis que les ressources extérieures consacrées à la santé sont passées de moins de 20 pour cent à plus de 35 pour cent des dépenses de santé totales (OMS, 2011). **Les dépenses privées consacrées à la santé représentent 50,5 pour cent des dépenses de santé totales**, dont la plus grande partie consiste en **paiements directs de la poche (92,7 pour cent)**. Les paiements de l'assurance maladie privée représentent 7,3 pour cent des dépenses de santé privées (OMS, 2011).

Les indicateurs de la santé se sont améliorés au Bénin ces 50 dernières années avec une espérance de vie qui est passée de 35 ans en 1960 à 56 ans en 2010 (Banque mondiale, 2010). Les taux de mortalité maternelle ont également chuté à 397 décès pour 100 000 naissances vivantes (EDS de 2006) depuis les EDS de 1996, qui avaient fait état de 498 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Plus de 60 pour cent des femmes déclarent recevoir des soins prénatals (quatre visites ou plus) et 74 pour cent déclarent accoucher avec l'assistance d'un personnel qualifié (Comptes à rebours, OMS/UNICEF, 2012). Le taux de prévalence du VIH au Bénin se situe autour d'1,2 pour cent (légèrement en deçà du taux de séroprévalence estimé à 2 pour cent) et les femmes risquent presque 2 fois plus d'être infectées que les hommes - 1,5 pour cent contre 0,8 pour cent, respectivement (EDS de 2006). Par ailleurs, les femmes urbaines et celles qui n'ont reçu qu'une éducation primaire courent plus de risques d'être infectées par le VIH que les femmes rurales ou celles qui ont terminé leurs études secondaires (EDS de 2006).

Le taux de mortalité chez les enfants âgés de moins de cinq ans Bénin est passé de 178 à 115 décès pour 1 000 naissances vivantes au cours des 20 dernières années (Compte à rebours, OMS/UNICEF, 2012). **La pneumonie, le paludisme et la diarrhée figurent parmi les principales causes de décès chez les moins de cinq ans**. De nombreux enfants n'ont pas accès au traitement ou aux soins préventifs pour ces maladies - 36 pour cent des enfants atteints d'une pneumonie ont accès à un prestataire de soins de santé approprié et 23 pour cent sont traités contre la diarrhée avec des sels de réhydratation orale. **Parmi les personnes qui reçoivent un traitement, 64 % ont accès au secteur privé** (62,7 % sont allés vers le secteur privé pour des conseils sur le traitement de la diarrhée et 64,5 % ont demandé conseil pour le traitement de la fièvre ou de la toux au secteur privé) (Montagu). Les données de l'EAS à partir de 2006 indiquent que 64,8 % des accouchements ont eu lieu dans des établissements publics, tandis que 11,2 % ont eu lieu dans des établissements privés.

Le taux d'utilisation des contraceptifs modernes, tel qu'indiqué par l'EDS de 2012, est de 7,9 % pour les femmes mariées âgées de 15 à 49. Il s'agit d'une augmentation par rapport à l'EDS de 1996, qui a indiqué un taux d'utilisation des contraceptifs modernes de 3,4 pour cent ;

toutefois, il subsiste encore une forte demande non satisfaite de contraceptifs au Bénin - 7,4 pour cent (EDS de 2012). Plusieurs femmes se procurent leurs contraceptifs auprès du secteur privé ; toutefois, les méthodes de longue durée, notamment les dispositifs intra-utérins (DIU) et les implants, sont encore essentiellement obtenues auprès du secteur public - 82,4 pour cent et 73,5 pour cent, respectivement (EDS de 2006). **Le secteur médical privé est une importante source de pilules et de préservatifs masculins**, que les femmes achètent principalement aux pharmacies enregistrées - 28,7 pour cent de pilules et 46,8 pour cent de préservatifs masculins sont obtenus de cette manière (EDS de 2006). Le secteur privé non médical, dominé par les boutiques informelles, est également une importante source de pilules et de préservatifs - 22,7 pour cent d'utilisatrices de pilules et 34,2 pour cent d'utilisateurs de préservatifs masculins obtiennent leurs méthodes de contraception à partir des boutiques informelles (EDS de 2006).

Selon une évaluation du secteur de la santé datant de juin 2012, effectuée par le projet Health Systems 20/20 financé par l'USAID, **le secteur privé de la santé au Bénin est constitué d'un secteur privé commercial fortement basé dans le sud, des organisations confessionnelles se trouvant majoritairement à l'intérieur du pays et un secteur privé pharmaceutique regroupant la plupart des pharmacies des départements de l'Atlantique, du Littoral et de l'Ouémé**. Le secteur privé commercial est constitué de cliniques, de cabinets médicaux généraux et spécialisés, de cabinets dentaires et de centres de diagnostic / laboratoire et de radiologie, tandis que le secteur confessionnel revêt essentiellement la forme des hôpitaux. Avec un total d'environ 1 000 lits, **le secteur confessionnel compte 25 % du total des lits du pays, pourtant il représente 40 % de toutes les hospitalisations quotidiennes** au Bénin.

Le secteur pharmaceutique est fortement réglementé au Bénin ; toutefois, la réglementation n'est pas toujours appliquée dans la pratique. Depuis 1994, les médicaments fournis par la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et des consommables médicaux (CAME), organisme gouvernemental en l'occurrence, peuvent être acquis par des acheteurs du secteur privé, à l'exception du stock qui est financé par les donateurs (Chaîne de distribution des médicaments antipaludiques - CDMA, 2009). **En 2008-2009, le Bénin comptait 180 pharmacies enregistrées et 279 dépôts pharmaceutiques (CDMA, 2009)**. En 2001, la Direction de la Pharmacie et des Médicaments (DPM) du ministère de la Santé a émis une nouvelle politique autorisant la création de dépôts pharmaceutiques dans des endroits qui étaient à plus de 10 kilomètres d'une pharmacie (Évaluation rapide 2007). Les dépôts doivent signer un protocole d'accord avec une pharmacie et acheter tous leurs médicaments auprès de ladite pharmacie (CDMA, 2009). Une enquête sur la disponibilité des médicaments antipaludiques au Bénin en 2008-2009 a révélé que, dans la pratique, les dépôts achètent souvent leurs antipaludiques à partir de plusieurs sources et vont parfois jusqu'à les acheter directement auprès de grossistes privés ou de la CAME pour profiter des prix plus bas (CDMA, 2009). Un tel comportement laisse présager qu'ils peuvent procéder de la même manière pour d'autres médicaments.

Les prix des produits pharmaceutiques dans le secteur privé sont réglementés pour s'assurer que toute la population peut se procurer les médicaments au même prix, indépendamment du lieu d'habitation et la structure des prix fixés par le gouvernement permet des rabais pour les dépôts pharmaceutiques et les établissements de santé publics (CDMA, 2009). Toutefois, alors que les prix de référence des médicaments achetés auprès de grossistes sont très clairs et en général respectés par les pharmacies commerciales et les dépôts pharmaceutiques, il existe une ambiguïté sur la manière dont ces entités doivent fixer le prix des produits achetés auprès de la CAME (CDMA, 2009). **Le secteur pharmaceutique**

privé représente 40 % du volume des médicaments vendus, dont la valeur s'élève à 24 millions de francs CFA. La CAME couvre 60 % de part de marché, pourtant sa valeur totale s'élève seulement à 2,5 millions de francs CFA (HS20/20 HSA).

Certaines franchises cliniques existent, notamment le réseau à but non lucratif **Protection de la Famille (ProFam)**, qui est constitué de cinquante cliniques gérées par l'**ABMS** (Association Béninoise de Marketing Social et la communication pour la santé), filiale locale de PSI/Benin, financée par la Banque allemande de développement (KfW), SALIN (Pays-Bas) et l'USAID (CHMI 2012). Il s'avère que l'ABMS est un distributeur de produits de santé (souvent à travers le secteur privé, notamment les moustiquaires imprégnées, les préservatifs, les kits de prévention et de traitement de la diarrhée, les contraceptifs oraux et injectables) et une organisation de marketing social. Elle se livre également au dépistage du VIH et à l'accompagnement psychologique dans trois centres de santé (et elle également des unités mobiles), organise des campagnes de sensibilisation à la planification familiale (au cours desquelles elle procède à des insertions de DIU). La filiale béninoise d'International Planned Parenthood, **Association Béninoise pour la Promotion de la Famille (ABPF)**, est une autre entité à but non lucratif qui exploite six agences et huit cliniques dans tout le pays, qui offrent des services de planification familiale et de santé reproductive (IPPF 2012).

OBJECTIFS

SHOPS procédera à une évaluation du secteur privé de la santé au Bénin pour aider l'USAID et d'autres parties prenantes à élaborer une stratégie pour mieux associer le secteur privé béninois. La stratégie complètera et accroîtra les efforts au sein des secteurs public et privé en mettant un accent particulier sur **la planification familiale, la santé maternelle et infantile, les populations urbaines (en particulier les pauvres des zones urbaines), et les réseaux de prestataires de services existants.**

L'évaluation axera en particulier son attention sur les principales composantes suivantes :

- 1) La localisation et la densité des établissements du secteur privé et les services qu'ils offrent, en particulier ceux qui sont liés à la planification familiale, à la santé maternelle et infantile, ainsi que l'approvisionnement et la demande de l'offre de produits et services de santé du secteur privé dans ces domaines essentiels.
- 2) L'environnement politique et réglementaire pour l'offre privée de produits et services de santé ; examiner particulièrement la manière dont le secteur public peut gérer et superviser le secteur privé dans la normalisation et l'alignement de la stratégie et des objectifs nationaux en matière de santé ;
- 3) Évaluer les besoins de financement du secteur privé de la santé afin de mieux assurer la viabilité des établissements en tant qu'entreprises en mettant l'accent sur les installations de ProFam et de l'AMCES. Examiner dans quelle mesure l'accès au crédit pourrait améliorer la qualité des soins ou étendre la prestation de services et les besoins de formation en gestion d'entreprise.
- 4) Identifier les synergies avec les activités d'appui sur le terrain déjà existante d'USAID axées sur l'amélioration des résultats en matière de santé au Bénin.
- 5) Identifier les possibilités d'accroissement de l'accès aux options de financement du secteur privé de la santé en examinant les initiatives actuelles.

CAHIER DES CHARGES

Déterminer la taille, l'envergure et l'échelle des prestataires privés au Bénin.

- **Évaluer la diversité et la répartition des prestataires à but lucratif du secteur privé** et des autres entités du secteur privé à travers un exercice initial de cartographie et d'enquête :
 - Obtenir des listes d'établissements du secteur privé de la santé à travers un examen des registres du MdS et des entretiens avec les principales parties prenantes, notamment les associations de prestataires privés.
 - Visiter un éventail d'établissements en mettant l'accent sur les hôpitaux à but lucratif et à but non lucratif, les réseaux de cliniques, notamment ProFam et l'AMCES, ainsi que les réseaux de pharmacies et de dépôts pharmaceutiques, afin de se faire une idée de l'état du secteur privé de la santé au Bénin.
 - Tenir des groupes de discussion et/ou des entretiens avec un éventail de prestataires privés, notamment des médecins, des infirmières, des sages-femmes et des pharmaciens afin de mieux comprendre les types de services et de produits qu'ils offrent, l'environnement de l'autorisation et de la réglementation pour exploiter un établissement de santé privé, les problèmes auxquels ils sont confrontés en termes d'achat de produits, d'obtention de clients, de participation à la formation médicale continue et d'accès au financement. Ces entretiens peuvent également donner une idée des obstacles à surmonter pour opérer dans le secteur à but lucratif et de la demande des services de planification familiale dans ce secteur.
 - Activité de cartographie secondaire (d'une durée de 3 à 5 mois, à partir de novembre 2012) :
 - Identifier l'entreprise potentielle de collecte de données pour procéder à une cartographie et un sondage à grande échelle auprès de prestataires privés.
 - L'entreprise de collecte de données doit obtenir une liste de tous les établissements de santé privés au Bénin, visiter des cliniques et autres établissements sur la liste afin de vérifier leur existence et leur activité, puis débusquer des établissements qui ne figurent pas sur la liste.
 - L'entreprise doit enregistrer des coordonnées GPS des établissements et recueillir des informations de base supplémentaires à l'aide d'un formulaire standardisé à élaborer pour - et à utiliser sur - des périphériques mobiles de collecte de données. L'entreprise doit recueillir des informations de base sur les produits et services offerts, les détails démographiques de la clientèle, les équipements et la dotation en personnel de la clinique, les ventes / revenus et la structure des prix, la formation et les accréditations reçues, l'accès au financement, ainsi que les besoins et souhaits.
 - Toutes les coordonnées GPS et les données quantitatives / qualitatives obtenues doivent être introduites dans une base de données et analysées afin de générer des produits de cartographie reflétant la diversité et la répartition des établissements et entités du secteur privé de la santé.
- **Rencontrer les principales associations des réseaux de prestataires**, notamment celles des *médecins*, des *pharmaciens* et des *sages femmes*, ainsi que les réseaux d'ONG et d'OIR (organisations d'inspiration religieuse) pour comprendre leurs rôles. Ces entretiens chercheront à mieux comprendre la taille et l'envergure du secteur médical privé à but lucratif, les ressources disponibles pour les prestataires privés en termes d'accès à la formation et de formation médicale continue, s'il existe des systèmes de distribution des produits à la disposition des prestataires privés à travers ces associations et l'environnement général des politiques où ils fonctionnent.

- **Comprendre le rôle du secteur privé dans la chaîne d'approvisionnement**, essentiellement à partir des entretiens avec des pharmaciens et des distributeurs de médicaments du secteur privé. Ces entretiens visent à obtenir des informations sur les types de produits offerts par les pharmacies privées, surtout en ce qui concerne la planification familiale, la santé maternelle et infantile, tous les problèmes liés à l'accès à un approvisionnement constant desdits produits et l'environnement réglementaire tant pour l'accès aux produits que pour l'exploitation d'un établissement de santé.
- **Identifier la demande de services et produits** à travers l'analyse approfondie des données d'EDS, ainsi que des groupes de discussion avec les consommateurs pour mieux comprendre leurs préférences et les comportements de recours aux soins par rapport au secteur privé.

Évaluer l'environnement politique et réglementaire pour l'offre privée de produits et services de santé.

- Évaluer le niveau de coopération et d'échange entre les prestataires des secteurs public et privé.
- Examiner les cadres politiques et réglementaires existants et d'autres facteurs environnementaux qui ont une incidence sur l'offre de produits et services de santé du secteur privé. Déterminer les mécanismes d'accréditation, de réglementation et de contrôle des prestataires commerciaux privés de produits et services de santé et leur efficacité relative.
- Analyser les réformes des soins de santé ou d'autres initiatives gouvernementales qui sont susceptibles d'avoir une incidence sur les prestataires privés.
- Évaluer les niveaux du dialogue sur les politiques entre les secteurs public et privé, les dispositions existantes en matière de PPP dans le secteur de la santé et les possibilités offertes pour davantage d'engagement et de coopération entre les secteurs public et privé.

Évaluer les besoins de financement des entreprises privées de santé.

- Examiner l'accès au financement, en se concentrant sur les installations de ProFam et d'AMCES, pour déterminer si elle est une contrainte à la prestation des services de la planification familiale, les services de santé maternelle et infantile et/ou le VIH/SIDA et/ou produits dans le secteur privé.
- Évaluer les institutions financières, telles que les institutions bancaires et de microfinance, qui accordent des prêts au secteur de la santé, à quels domaines du secteur de la santé, et le type de produits de prêt/termes disponibles.
- Explorer le potentiel de structurer une garantie de l'Autorité de crédit au développement (ACD) financée par l'USAID avec les institutions financières. Comprend également la possibilité de relier la garantie au remboursement des prestataires privés participant au régime national d'assurance maladie.
- Grâce à des rencontres avec les associations de prestataires privés et des groupes de discussion avec des prestataires privés, identifier la gestion financière, les services de soutien aux entreprises et les besoins de formation en gestion des affaires des entreprises de soins de santé privés.

Établir des liens avec les mécanismes de soutien existants sur le terrain

- Assurer la coordination avec d'autres projets de terrain financés par l'USAID pour poursuivre le travail avec les SHOPS dans la promotion d'un plus grand rôle du secteur privé, afin d'améliorer les résultats de santé au Bénin. Se concentrer surtout sur d'autres projets œuvrant dans le secteur privé et avec les acteurs politiques tels que le ministère de la Santé.

Identifier les possibilités d'accroître l'accès à des options de financement de la santé par le secteur privé

- Examiner les initiatives actuelles en matière de financement de la santé, y compris le rôle des régimes d'assurance santé à base communautaire tels qu'ils sont promus par les *mutuelles*.
- Évaluer les niveaux actuels de collaboration entre les mécanismes actuels de financement de la santé et le secteur privé de la santé, identifier les obstacles et les opportunités en vue d'une intensification.

Sur la base des résultats de l'évaluation, l'équipe d'évaluation fournira une gamme d'options et recommandations pour examen par l'USAID et d'autres parties prenantes (y compris l'identification des partenariats public-privé formel potentiels) pour engager davantage le secteur privé au Bénin.

MÉTHODOLOGIE PROPOSÉE

Étape 1 - Finaliser le Plan d'action : Travailler avec l'USAID/Bénin pour finaliser le plan d'action détaillé, y compris la portée de l'évaluation, un accord sur les questions clés de l'enquête, et le calendrier et l'échéancier.

Étape 2 - Contexte général, revue de la littérature et recherche : Mener des recherches de fond en utilisant des sources secondaires de recherche, l'analyse secondaire des données de l'EDS, les comptes nationaux de la santé, et/ou d'autres sources, et des entrevues menées avant la première visite dans le pays. Utiliser la recherche de fond pour informer les membres de l'équipe de l'État du secteur privé de la santé au Bénin, y compris mais non limité à la couverture de la planification familiale et l'adoption, les dépenses de santé du secteur public et privé, et l'accès au financement pour le secteur privé de la santé.

Étape 3 - Effectuer une évaluation du pays : Envoyer une équipe de 3 à 4 personnes au Bénin pour procéder à une évaluation de 2 à 3 semaines. L'équipe travaillera main dans la main avec certains homologues locaux tout en étant sur le terrain, afin de faciliter l'évaluation. Les éléments suivants seront inclus dans la méthodologie d'évaluation de l'équipe.

Réunions avec les intervenants : Mener une réunion des parties prenantes avec des décideurs clés tels que le Ministère de la santé, l'USAID et les représentants des entités du secteur privé pour mobiliser le soutien et s'engager dans l'évaluation, examiner minutieusement les questions du sondage, déterminer si les parties prenantes ont des problèmes supplémentaires qu'ils voudraient résoudre et, si nécessaire, développer les questions de l'enquête et la portée de l'évaluation. En outre, il y aura des discussions sur le but et les objectifs, la conception et les participants au processus de consultation. L'objectif est d'augmenter la probabilité que ses conclusions et recommandations soient utilisées par les parties prenantes et de garantir une plus grande pertinence des résultats de l'évaluation.

Entrevues avec des informateurs primordiaux : Mener des entrevues qualitatives et approfondies avec les parties prenantes et les partenaires clés. Les informateurs clés devraient inclure, mais sans s'y limiter:

- Personnel de l'USAID/Bénin
- Les homologues du gouvernement américain (USG) dont le CDC
- Les partenaires d'exécution (les entrepreneurs et les agences de coopération) travaillant sur les initiatives en faveur du secteur privé, y compris d'autres projets

Abt, Population Services International (PSI), MCDI/ARM-3, University Research Corporation/PISAF, Wash Plus et IDEA International-Bénin.

- Le personnel de l'USAID/Washington qui appuie le Programme du Bénin
- Un grand nombre des prestataires privés, y compris les médecins généralistes, obstétriciens / gynécologues, pharmaciens et sages-femmes, en milieu rural, périurbain, et en particulier les zones urbaines.
- Les entreprises privées et commerciales, y compris les associations professionnelles, les fabricants de produits pharmaceutiques et les compagnies d'assurance maladie.
- Les entités financières privées et commerciales telles que les institutions de banques et de microfinance, etc.
- Le personnel du gouvernement du Bénin, y compris le personnel de la santé maternelle et infantile, la santé reproductive et/ou les divisions de la planification familiale, la CAME et le DPMED au sein du Ministère de la santé.
- Les autorités sanitaires départementales et/ou régionales.
- D'autres bailleurs de fonds multilatéraux d'appui au secteur de la santé (y compris les Nations Unies, DFID, etc.).
- Les professionnels du secteur de la santé, les infirmières sages-femmes, les pharmaciens, les associations de laboratoires biologiques et d'autres associations du secteur privé de la santé.
- Entreprises de collecte de données et de recherche.

Visites de terrain : L'équipe d'évaluation organisera des visites de terrain, où les initiatives du secteur privé sont en cours. L'équipe se rendra en milieu urbain, en milieu rural, et dans les établissements de santé périurbains qui vont de petites cliniques et pharmacies jusqu'aux hôpitaux, afin de procéder à la collecte initiale de ses données.

Analyse des données : L'équipe effectuera une analyse des données recueillies lors d'entrevues avec des informateurs clés, des groupes de discussion et des visites sur le terrain en temps réel, et improvisera et adaptera son calendrier d'évaluation, au besoin, en fonction des résultats ou de nouvelles informations.

Étape 4 - Rédaction et diffusion des rapports : L'équipe d'évaluation rédigera un projet de rapport pour examen par le personnel de l'USAID/Bénin. Dès réception des observations de l'USAID/Bénin, l'équipe révisera et finalisera le rapport en conséquence. Le rapport sera ensuite diffusé à travers de multiples canaux, y compris le processus de dialogue entre parties prenantes. Le temps total nécessaire à la rédaction du rapport, la réception des observations, la diffusion et la finalisation du rapport sera de deux mois, dès le retour de la visite de terrain.

ÉLÉMENTS À LIVRER

Spécifications du travail final : Développé en collaboration avec l'USAID/Bénin à l'avance de la visite d'évaluation, y compris :

- Composition, rôles et responsabilités de l'équipe - l'équipe comprendra le personnel du siège d'Abt Associates ainsi que les partenaires nationaux
- Le budget de l'évaluation, y compris le montant en dollars de financement de base POP
- Les relations et responsabilités (concernant les points de contact clés, les arrangements logistiques, la planification de réunions et de rendez-vous, etc.) de l'équipe d'évaluation et l'USAID/Bénin
- Le délai et le niveau d'effort

Plan d'action détaillé : Élaboré avec l'aide du briefing de pré-évaluation avec l'USAID/Bénin et la réunion avec les parties prenantes nationales. Comprend les étapes et les éléments à livrer ainsi que les dates d'échéance. Ce plan comprendrait :

- Questions, méthodes et outils de recherche clés
- La chronologie des activités clés, y compris les dates d'échéance du produit
- Les initiatives clés identifiées pour une évaluation plus approfondie
- Le calendrier et l'itinéraire de la mission d'évaluation, y compris les entrevues prévues
- L'horaire des exposés de débriefing formels à l'USAID
- Le calendrier des réunions de dialogue

Réunion de débriefing : L'équipe d'évaluation tiendra une réunion de débriefing avec l'USAID/Bénin et le personnel de l'USAID/Washington pour présenter les principales conclusions et recommandations de l'évaluation.

Compte rendu d'évaluation : L'équipe d'évaluation fournira à l'USAID/Bénin un rapport final d'évaluation, notamment : un résumé exécutif, le périmètre et la méthodologie utilisés ; les résultats et les conclusions importantes, les recommandations et les possibilités d'investissement/soutien futurs

ANNEXE B : LISTE DES PERSONNES-RESSOURCE

Adhésion	Nom	Titre
Abt Associates/ IMPACT	Dr. Irene S. KOTCHOFA	Conseiller en renforcement institutionnel, Chef de projet
Abt Associates/PISAF	Pascal SOGLOHOUN	Directeur du projet (Chief of Party)
Abt Associates/AIRS	Josephine TOSSA	Responsable administratif et financier, AIRS Bénin
Abt Associates/AIRS	Alliance TOSSOU	Assistant administratif, AIRS Bénin
ARM3	Urbain AMEGBEDJI	Expert en secteur privé, Coordonnateur ARM3
Consultant indépendant	Rosemonde ADJAGBONI SALAKO	Consultante Financière
USAID/Bénin	Kevin ARMSTRONG	Chef de mission
USAID/Bénin	Michelle KOULETIO	Spécialiste de la gestion du programme, Équipe de santé familiale
USAID/Bénin	Ricardo MISSIHOUN	Spécialiste logistique
USAID/Bénin	Milton AMAYUN	Chef équipe de santé familiale
USAID/Bénin	Cheryl COMBEST	Équipe de santé familiale
ABMS/PSI	Megan WILSON	Directrice Adjointe Programmes
ABMS/PSI	Leger FOYET	Directeur Exécutif ABMS Chef Projet Impact
ABPF	Houeto Yves Ghislain Tores ADDA Brigitte K. DAGBA Ibrahim MOUSSA Léopoldine SINZOGNA LAOUROU	Directeur de l'Administration et des finances Resp. Finances et comptabilité Resp. Programme jeune et centre Resp. Suivi-évaluation Assistant Suivi-évaluation
ABPF		Directrice du programme
ROBS	Jérôme CHATIGRE Christian MARTINS	Coordonnateur Président
AMCES	Pascal OMYALE	Administrateur des Hôpitaux, Directeur BEC/AMCES
Ordre National des Pharmaciens du Bénin	Dr. Moutiatou Tidjani TOUKOUROU	Présidente
Association des Sages-femmes du Bénin	Laurence O. MONTEIRO Hortense SOVI-GUIDI Chantal ATIKOSSSI Eugénie ADJIBOLHA Amélie SONON Marguerite MAGNONFINOU Yolande JOHNSON Jeanne TOPANOU	Président Trésorière Chargé de l'éducation et de la formation Vice Présidente Adjointe chargée de projets et programmes Trésorière SFE Conseillère

Adhésion	Nom	Titre
Association Béninoise des Infirmiers	M. BINAZON Claude César Béatrice MEHISSOU Epiphane GAINSI Thimoléon A. HOUNPKEOU	Secrétaire administratif Membre Membre Président Section CNHU
Ordre des Médecins	Dr DAOUDA	Président
GAPOB	Dr. Falilou ADEBO	Directeur général
CAME	Dr. Kokou O. AFOGBE	Directeur général
	Eric AGBATCHOSSOU	Chef Département Approvisionnement Assurance Qualité et Logistique
	Dr. Eugene G Gualbert MONTCHO	Chef Division Gestion des Stocks et Statistiques
MdS – Direction de la santé maternelle et infantile	Dr. Olga AGBOHOU Epe HOUINATO	Directrice de la Santé Maternelle et Infantile
MdS Chef Service Réglementation Sanitaire DNSP	Dr. Armand HOUNDJREBO	Chef Service Réglementation Sanitaire DNSP
MdS Direction de la Pharmacie/ Médicaments	Dr. Nicolas SODABI	Directeur Adjoint des Pharmacies et Médecins
MdS Conseiller Technique aux Partenariats	Christian LODJOU	Conseiller Technique aux Partenariats
MdS service santé communautaire	Dr Marcellin AYI	Chef service santé communautaire
MdS/ ANAM	Dr Moussa YAROU	Directeur
MEF/ Direction des assurances	Urbain ADJANON	Directeur
Pharmacie Les Palmiers Porto Novo	Ziad LADJOUHAN Hermione MIKODE	Assistant
Pharmacie Ste Marie Porto Novo	Éléonore DEGLA	Assistante
Bethesda Hospital Cotonou	Sourou Constant MARCEL HOUNMENO	Pédiatre/Directeur
Clinique Dahin	Dr ATAKPA	Médecin Gynécologue
Al Fatah Hospital Porto Novo	Mohamed YASSIM CALHOUD Nassirou ADELEKE Mahublo VODOUHE Lassissi DJOSSOU Eudoxie MENOUPKINZOU Paulette AGBODJOGBE Moussiliatou BANKOLE	Médecin/Directeur Chef/ service administration et personnel Gynécologue CHJ/ Surveillant général Aide soignante SFE SFE
Clinique SAINTÉ MARIE	Mme Léa ZIMAKAN	Sage-femme
Clinique MAWUENA	Mme TOKPANOU née KOSSOUHO Jeanne	Sage-femme
Clinique Médico Pédiatrique la Satisfaction	Mme YESSOUFOU LY AMINATA	Médecin
Clinique JESUYON	M. Omer ZOUNON	Médecin
Clinique SENA	Mme Juliette Épouse ZOUNDJI	Sage-femme

Adhésion	Nom	Titre
Clinique Coopérative de OUANDO	Mme Bertille EBO	Sage-femme
Clinique SAINTE ANGELE	Mme Anastasie BALAJA	Sage-femme
Clinique Bon Berger	M. BOKO TOFFINDJI	Médecin
Clinique de la Marina	Dr Razack V. AKADIRI	Directeur
Polyclinique Atinkanmey	Dr Latif A. MOUSSE	Médecin cardiologue
Pharmacie de l'UNITE	Mme OKE AGBANTOU RAIMATH	Pharmacienne
Pharmacie de la Place KOKOYE	Mme Carène ZOMAHOUN	Pharmacienne
Pharmacie AGBLANGANDAN	Mme Madina BADIROU	Pharmacienne
Pharmacie VAL DES GRACES	Mme Syiadath BAMIBADE née BOURAIMA	Pharmacienne
Pharmacie SAINT MARTIN	Mme Marie Angèle HOUESSINON	Pharmacienne
Pharmacie CINECONCORDE	Mme IBIKOUNLE Tijani SOFIATH	Pharmacienne
Pharmacie OCEANE	Mme Arlette BALLEY	Pharmacienne
Pharmacie JONQUET	M. Joachim SIDIK	Pharmacien
Pharmacie CARREFOUR GBODJE	M. Malick ADJIBOLA	Pharmacien
Pharmacie Place BAYOL	M. Charbez AHOUANDJINO	Pharmacien
ABYDOS	Armel Francis DAMIEN	Gérant
CERTI	Dr. Leon Kessou Loetare Nicaise KODJOGBE	Directeur
SCEN AFRIK	Etienne Koutaf Dr Léon KESSOU	Med Eco Soutré Directeur de Cabinet
CRAD	Denagnon Frederic KINTIN Toussaint ADJIMON	Consultant principal
BASP	Marten Denagnon Frederic KINTIN Joseph CATRAYE	Directeur Exécutif Adjoint Directeur général
BEST SD	Dr Christophe DOSSOUVI	Directeur des programmes Directeur
CEBAC	Judes A. Fagbemi Christophe TOZO	Président
	Benoît TCHIBOZO	Secrétaire Général
Association des Cliniques privées du Bénin	Dr Lucien DOSSOU GBETE	Président

Adhésion	Nom	Titre
Banque Atlantique Bénin	Anonde Maria Stella KOMACLO Yélinhan Donald DOSSA	Gestionnaire Compte entreprise Conseiller clientèle des entreprises
Bank of Africa Benin	Cheikh Tidiane N'DYAYE Christine A. AMOUSSOU	Directeur général Responsable Clientèle entreprise
EcoBank	Chantal ACCROMBESSY Sandra CHANKOUIN	Chef service PME Chargé de compte PME-PMI
Banque de l'Habitat	Mamadou MBENGUE Alda MARTIN-CORREIA	Directeur général Service crédit
Société Générale Bénin	Loï Comlanvi NOLITSE	Responsable Clientèle Commerciale
PADME	Philippe TOVIHOUEJJI	Chef service crédit
FECECAM	Victorin Codjo HOUEDANOU	Directeur
Coopération Suisse au Bénin	Agnès ADJOU-MOUMOUNI	Chargé de programme
AIMS/CTB	Evariste LODI-Okitombahe	Assistant technique
CONSAMAS	Christophe ADNADE	Secrétaire
Mutuelle de santé de Cotonou	Françoise WOROU	Gestionnaire
Mutuelle de santé d'Avélékété	Olivia AZAGOUN	Animatrice
Union des mutuelles de santé d'Abomey Calavi	Luc DOSSA Benoît DEKLOKOU	Président Secrétaire
Mutuelle de sécurité sociale	Emile NATABOU	Gestionnaire
NSIA-Bénin	Alain HOUNGUE Serge HAZOUME Thérèse AGBO LOTSU	Directeur général Directeur santé Chef bureau direct siège
Africaine des assurances	Radiyah MOUTAÏROU	Producteur
PRENEZ	Benjamin AZARIA	Directeur commercial
ANPME	Bastou LAWANI	
CSMAM	Dissou ZOMAHOUN	Directeur
La Maison de l'entreprise	Raïmi FAKAYE	Directeur