

Le Secteur Medical Prive a Cotonou, Benin, en 1999

Francois Decaillet et John F. May

Mai 2000



Le secteur médical privé à Cotonou, Bénin, en 1999

François Decaillet et John F. May

Banque mondiale

Mai 2000

TABLE DES MATIÈRES

PAGES

TABLE DES MATIÈRES	2
LISTE DES TABLEAUX	3
REMERCIEMENTS	4
ENGLISH SUMMARY.....	5
SOMMAIRE DE L'ÉTUDE	7
INTRODUCTION.....	9
<i>Objectifs de l'étude.....</i>	<i>9</i>
<i>Méthodologie utilisée.....</i>	<i>10</i>
CHAPITRE I: GENERALITES, INSTITUTIONS ET ACTEURS CLES	13
1.1 <i>Contexte politique.....</i>	<i>13</i>
1.2 <i>Contexte économique.....</i>	<i>13</i>
1.3 <i>Le système de santé.....</i>	<i>13</i>
1.4 <i>Institutions et acteurs clés.....</i>	<i>15</i>
CHAPITRE 2: RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SUR LE SECTEUR MEDICAL PRIVÉ À COTONOU.....	18
A – LES RESULTATS QUANTITATIFS	18
2.A.1 <i>Taille du sous-secteur privé et caractéristiques générales</i>	<i>18</i>
2.A.2 <i>Typologie des formations médicales privées de Cotonou.....</i>	<i>19</i>
2.A.3 <i>Personnel</i>	<i>22</i>
2.A.4 <i>Conditions d'exercice et équipement.....</i>	<i>23</i>
2.A.5 <i>Services offerts</i>	<i>23</i>
2.A.6. <i>Financement, prix et modalités de paiement, revenus.....</i>	<i>25</i>
B – LES RESULTATS QUALITATIFS	25
2.B.1. <i>Première question: Quelles conditions ont conduit à l'établissement des centres médicaux privés ?</i>	<i>26</i>
2.B.2. <i>Seconde question : Quelles sont les difficultés rencontrées pour exercer la médecine dans un environnement privé ?.....</i>	<i>27</i>
2.B.3. <i>Troisième question : Comment les activités se répartissent-elles entre le secteur médical privé et le secteur médical public ?.....</i>	<i>28</i>
2.B.4. <i>Quatrième question : Quelle est l'attitude des différents acteurs dans les secteurs médicaux privé et public ?</i>	<i>29</i>
2.B.5. <i>Conclusions.....</i>	<i>30</i>
CHAPITRE 3 : DISCUSSION.....	31
3.1- <i>Le secteur médical privé de Cotonou: important et particulier.....</i>	<i>31</i>
3.2- <i>La segmentation "naturelle" du secteur médical privé.....</i>	<i>31</i>
3.3- <i>La question de la typologie des établissements médicaux privés.....</i>	<i>33</i>
3.4- <i>Les problèmes du secteur privé.....</i>	<i>34</i>
3.5- <i>La question de la régulation du développement et de l'activité du secteur privé.....</i>	<i>35</i>
3.6- <i>Recommandations.....</i>	<i>36</i>
BIBLIOGRAPHIE.....	39

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1 : Echantillonnage du secteur médical privé à Cotonou (avril 1999)
- Tableau 2 : Classification des unités médicales du secteur médical privé à Cotonou
- Tableau 3 : Professions des responsables des établissements médicaux privés à Cotonou
- Tableau 4 : Classification des centres médicaux privés à Cotonou selon le nombre de personnel employé

REMERCIEMENTS

Ce rapport a été préparé par François Decaillet et John F. May (respectivement Senior Public Health Specialist, AFTH3 et Senior Population Specialist, AFTH2, Région Afrique, Banque mondiale) qui tiennent à remercier toutes celles et tous ceux qui d'une façon ou d'une autre y ont apporté leurs contributions et tout particulièrement :

- Wendy V. Ravano qui a coordonné, courant 1999, la préparation de l'enquête et le travail de terrain à Cotonou ;
- Blandine Legonou-Fanou, Léon Kessou et Omer Mensah, consultants, qui ont conduit les différentes enquêtes et procédé au traitement et à une première analyse des données ; et
- Théodore Ahlers (Country Director, Bénin), Helena Ribe et Rosemary Bellew (Sector Managers, AFTH3), Edward Elmendorf (HNP Lead Specialist, Région Afrique) et Slaheddine Ben-Halima (Senior Operations Officer, AFTH2), tous de la Banque mondiale, qui ont aidé à la préparation et à la réalisation de ce travail et ont accepté de revoir les versions successives du rapport.

ENGLISH SUMMARY

Since the end of the eighties, Benin has experienced a rapid expansion of its private medical sector. However, few studies have explored the causes, nature, and consequences of this expansion. In 1998, the Benin government and its external partners decided to engage in a series of studies on this private medical sector in order to prepare for the creation of better regulatory strategies and measures.

As a first step in this effort, the World Bank financed a review of the situation of the private medical sector of Cotonou. The focus on Cotonou was justified by results of the December 1998 inventory conducted by the Ministry of Health that registered more than 350 private health facilities in the town's territory. This translates to one private facility per 2500 of the town's inhabitants and makes up more than half of the private health establishments in Benin.

The following report presents and discusses the results of a survey on a sample of 104 of these private medical facilities, which took place in 1999. The survey explores the typology of private medical facilities, how they are staffed and equipped, as well as the kind and prices of services provided. In addition to quantitative data, the study contains qualitative information derived from focus groups. In the last part of the report, changes in the organization of the health care systems are discussed and, on this basis, some recommendations are made on how government and partners could continue to prepare for new regulatory measures.

The study shows first that the rapid expansion of the private medical sector has not been planned and/or carefully prepared for ; rather it is the main result of the near complete freeze on recruitment of young graduates in the public sector (1987-1998). Moreover, apart from the late adoption of Law No. 97-20, government intervention and regulation has been very limited.

As a result, the city's health system appears today more like a nebulous haze than an ordered combination of private and public services. A "natural segmentation" of the market is emerging into :

- a private sector that generally concentrates its energy on basic curative care while the public sector focuses on preventive and promotional health care, on one hand, and on the maintenance and development of tertiary care services, on the other ; and

- within the private sector, the non-profit sub-sector (the so called "humanitarian sector") seems to be involved in the management of large clinics and district hospitals, whereas the for-profit private sector is mainly managing small facilities and specialized medical offices.

More work needs to be done in order to study this segmentation with the goal of progressing toward a pertinent typology of private establishments. Because trends in the market segmentation have and will continue to have important implications for public investment as well as on accessibility to health care for the poor, further analysis is needed.

Next, the study shows that the private establishments are well appreciated by their clientele, this being largely due to the relatively moderate price of services provided by the private sector.

Questions relating to the double practice of physicians simultaneously working in the public and private sectors, notably of permanent government employees, are not yet considered as posing major problems. However, the experience of other countries shows that Benin should soon begin paying attention to these questions.

The development of the private sector appears today confronted by four major problems :

- the market is limited ; most Cotonou inhabitants are relatively poor ;
- access to credit is limited ; this limits the possibilities for private facility managers to expand and improve their services ;
- taxes appear to be unpredictable and sometimes not adapted to the various conditions of the private practice ; and
- access to training and continued education for private staff is relatively difficult, seriously limiting improvement in service quality and professional development.

At the conclusion of the study, three major recommendations can be formulated :

- to pursue the analysis of the private sector problems, notably to include the whole country (see the Recommendations in Chapter 3, paragraph 3.6) ;
- to openly question the role of the State regarding health care services and, while improving the dialogue between authorities and private sector representatives, produce a vision for the future from which regulation measures can be derived ; and
- to technically and financially help with the development of private sector and professional organizations.

The European Commission is now conducting a larger study, addressing the aforementioned problems as well as private sector development related issues not fully examined in the World Bank's survey. Some recommendations may be modified to include operational issues.

SOMMAIRE DE L'ÉTUDE

La perception de l'importance des problèmes soulevés par l'expansion du secteur médical privé au Bénin et de ses effets potentiels sur la problématique du développement du système de santé dans le pays ont conduit les autorités béninoises et la Banque mondiale à engager une réflexion et un dialogue sur ce sujet.

Ce rapport marque une première étape dans cette réflexion. Il présente et discute, pour la ville de Cotonou, les résultats d'une revue de la situation, d'une enquête auprès d'un échantillon de 104 établissements privés et d'une étude "qualitative" auprès de leurs praticiens. Il comporte, dans sa dernière partie, des recommandations pour la poursuite de l'analyse de situation ainsi que pour l'action à court et moyen terme.

Le travail réalisé dans le courant de l'année 1999 s'est concentré sur la ville de Cotonou. Ceci se justifie par le fait que la capitale du Bénin comptait lors de l'inventaire de décembre 1998 plus de 350 formations sanitaires privées (soit une pour environ 2.500 habitants) et regroupait à elle seule plus de la moitié des établissements privés du Bénin.

L'analyse montre en premier lieu que le développement du secteur privé n'a été ni décidé ni planifié, mais résulte pour l'essentiel du gel des recrutements (1987-1998) des jeunes diplômés dans la fonction publique. Bien sûr, les acteurs impliqués, et en premier lieu le Ministère de la santé, ne sont pas restés passifs. Cependant, les mesures d'accompagnement et de régulation de ce développement ont tardé et l'adoption de la Loi No. 97-20 ne semble pas avoir permis de répondre de façon suffisante au besoin d'ordre exprimé par de nombreux acteurs.

Le système de soins de la ville apparaît aujourd'hui plus comme une "nébuleuse" que comme une combinaison ordonnée de services publics et privés. Une double "segmentation naturelle" du marché est pourtant en train d'émerger :

- le secteur privé de façon générale se concentre sur les activités curatives de base, pendant que le secteur public est conduit à la fois à soutenir les activités de type préventif et promotionnel et à maintenir (et développer) les services curatifs de référence ; et
- au sein du secteur privé, le secteur privé dit à vocation humanitaire semble s'impliquer dans la gestion de grosses cliniques (y compris chirurgicales), sortes d'hôpitaux de districts, alors que le secteur privé libéral se voue dans une large mesure à la prestation de soins primaires et de consultations spécialisées.

Il reste beaucoup à faire encore pour étudier cette segmentation ainsi que pour progresser vers une typologie pertinente des établissements privés. Parce que cela a déjà des implications importantes sur le programme d'investissement public, et en aura encore plus à l'avenir, il conviendrait en particulier d'approfondir l'étude de la segmentation entre public et privé.

Parce qu'encore très incomplètes et parfois trop sommaires, les résultats des enquêtes effectuées doivent être considérés avec prudence. Ils semblent toutefois montrer que les

établissements privés sont bien appréciés par leur clientèle, laquelle est d'autant plus large que les prix restent relativement modérés.

Cependant, le développement du secteur privé apparaît aujourd'hui confronté à quatre problèmes majeurs :

- **l'étroitesse relative du marché solvable**. Si les praticiens privés ont su jusqu'ici s'adapter à cette donnée fondamentale, leur nombre augmente et la concurrence se fait de plus en plus vive ;

- **la difficulté d'accès au crédit**, qui bien évidemment limite les possibilités pour les privés d'étendre et d'améliorer leurs prestations ;

- **une fiscalité** qui, selon les privés, serait trop floue et parfois inadaptée aux conditions de leur pratique ; et

- **une difficulté d'accès à la formation continue** qui gêne l'amélioration de la qualité des prestations et entrave le développement professionnel.

Les questions relatives à la double pratique (à savoir, en public et en privé) des praticiens, et notamment des agents permanents de l'Etat, ne sont pas encore considérées comme posant des problèmes majeurs. Cependant, l'expérience acquise dans d'autres pays devrait inciter à s'intéresser davantage et dès aujourd'hui à ces questions.

A la fin de cette première étape, on peut déjà formuler trois recommandations majeures :

- **poursuivre l'analyse de la problématique** de développement du secteur privé, en l'étendant bien sûr à l'ensemble du pays et en travaillant de façon plus approfondie sur certaines hypothèses et "pistes" (voir les Recommandations au Chapitre 3, paragraphe 3.6) ;

- s'interroger plus ouvertement sur le rôle de l'Etat en matière de prestation des soins de santé et, en renforçant le dialogue entre les autorités et les représentants du secteur privé, **tenter de dégager une vision pour l'avenir des équilibres et des articulations entre systèmes de soins public et privé** au Bénin ; et

- **aider techniquement et financièrement au développement des organisations représentatives du secteur privé**, tout en renforçant les moyens humains et matériels des institutions et services publics déjà chargés de la régulation de ce secteur.

INTRODUCTION

Au cours de l'année 1998, dans le cadre de leur dialogue sur les questions touchant au développement du système sanitaire au Bénin, les responsables du Ministère de la santé et l'équipe de la Banque mondiale se sont accordés sur la nécessité de procéder à une analyse du secteur médical privé sur Cotonou.

Il s'agissait de conduire une étude exploratoire de la situation et de la problématique de développement du secteur privé, pouvant servir de base à des travaux ultérieurs, notamment à une étude sur le secteur privé au Bénin pour laquelle un accord avait été conclu entre le Ministère et l'Union européenne.

La conduite de telles études sur le secteur privé et l'intensification de la réflexion sur le développement du secteur privé apparaissaient indispensables. En effet, au cours de la dernière décennie, le nombre de formations privées a sensiblement augmenté et l'activité des praticiens du privé s'est largement diversifiée. Ce développement, que l'on peut considérer comme rapide, voire explosif, soulève de nombreuses questions, génère des craintes et engendre des tensions entre les différents acteurs publics et privés. Il modifie en effet de façon assez radicale la problématique du développement du système de soins de la ville et impose notamment de reconsidérer les axes et modalités de l'intervention publique dans ce secteur.

Le présent travail reposait sur deux hypothèses :

- la première est que l'avenir du système de santé à Cotonou restera profondément et durablement marqué par l'évolution intervenue au cours des dernières années. Il fallait donc analyser l'histoire naturelle du processus, mieux connaître les acteurs en présence, la typologie des formations privées, la segmentation du marché et les activités pour dégager ainsi une vue d'ensemble ; et
- la deuxième est que la contrainte ne peut être utilisée comme mécanisme essentiel de régulation. Les règlements et normes, pour indispensables qu'ils soient, ne peuvent constituer qu'une partie de l'arsenal de mesures à mettre en place pour orienter le développement et réguler le fonctionnement du secteur privé, pour "mettre de l'ordre dans ce désordre" comme on le demandait au cours des entretiens de l'étude préliminaire. Il fallait donc mieux identifier les difficultés rencontrés par les différents acteurs et à quel type de mesures incitatives ils seraient le plus sensibles.

Objectifs de l'étude

Cette étude préliminaire, conduite en étroite collaboration avec tous les acteurs du système sanitaire au Bénin, a pour but de fournir au Ministère de la santé et aux différents acteurs impliqués des informations pertinentes leur permettant de discuter et arrêter les mesures à prendre pour soutenir et réglementer le secteur médical privé et mieux organiser et planifier les activités du secteur médical public.

Ces mesures doivent permettre à terme de :

- (a) mieux répartir les rôles, les responsabilités et les tâches des secteurs médicaux public et privé dans le but d'encourager une croissance optimale du système sanitaire, en commençant par la ville de Cotonou ;
- (b) mieux réguler le développement et le fonctionnement du secteur médical privé ;
et
- (c) améliorer la qualité des services de santé offerts.

Les objectifs spécifiques de l'étude préliminaire étaient de :

- a) préparer une typologie et une description d'ensemble des prestataires de services médicaux privés dans la ville de Cotonou ;
- b) identifier les principales caractéristiques socioprofessionnelles des prestataires de services médicaux privés dans la ville de Cotonou ;
- c) donner une vue d'ensemble des services fournis par les différentes catégories de praticiens privés, y compris du système de référence en vigueur ;
- d) identifier les mesures pour améliorer la répartition des tâches en matière de fourniture de services entre les secteurs de santé public et privé au Bénin ; et
- e) identifier les motivations sur lesquelles bâtir un système d'incitation et de réglementation ainsi que les mesures pour soutenir et orienter le développement du secteur et améliorer l'offre privée de services de santé à Cotonou.

Méthodologie utilisée

Une analyse rapide de situation du secteur médical privé au Bénin, comprenant une revue des études disponibles, a été réalisée lors d'une mission de la Banque mondiale en février/mars 1999. Le travail de terrain a été entrepris en avril/mai 1999 par une équipe de trois consultants nationaux : un sociologue, un économiste de la santé et un médecin-économiste de la santé. Trois types d'opérations de collecte de données ont été menées :

- (a) une enquête quantitative sur environ un tiers des établissements de santé à Cotonou (N=104), en utilisant un questionnaire semi-fermé ;
- (b) une enquête qualitative auprès des praticiens privés par le biais d'une douzaine de sessions de focus-group selon les différentes catégories de personnel (personnel des ONG, médecins et paramédicaux privés, agents de l'Etat travaillant en privé) ; et
- (c) une enquête de clientèle sous forme d'interviews de sortie (*exit interviews*) à l'aide d'un questionnaire standardisé.

L'établissement de l'échantillonnage de l'enquête fut rendu difficile par l'absence d'une typologie satisfaisante des établissements privés. Les 104 établissements privés couverts par l'étude, représentant un tiers de l'ensemble, ont été sélectionnés au hasard parmi 14 catégories d'établissements de santé privés, en utilisant la méthode des quotas (voir Tableau 1). Ces catégories sont issues d'une liste d'établissements privés établie en 1998 par la Direction de l'inspection et de la vérification interne (DIVI) dans le département de l'Atlantique (cette liste comprend 328 centres de santé privés pour la seule ville de Cotonou). Bien que ces catégories correspondent dans une large mesure à la classification établie par la Loi No. 97-20, quelques catégories ont été modifiées et/ou rajoutées pour mieux tenir compte des différents types de prestataires de services de santé à but non lucratif. Par la suite, cet échantillon initial a été encore légèrement modifié au cours du travail sur le terrain lorsque les enquêteurs ont été incapables de retrouver certains établissements ou que ceux-ci étaient tout simplement inexistantes (dans la mesure du possible, les établissements sélectionnés initialement ont été remplacés par d'autres établissements de même catégorie). Le travail d'enquête sur le terrain s'est déroulé durant 2 semaines, du 15 au 27 avril 1999. Les principales activités ont été menées par 8 enquêteurs (3 établissements par enquêteur et par jour), sous la supervision journalière des consultants nationaux. Le questionnaire de l'enquête a été administré à tous les responsables des 104 établissements repris dans l'échantillon, sous forme d'interviews individuels.

Tableau 1 : Echantillonnage du secteur médical privé à Cotonou (avril 1999)

No.	Catégorie du centre de santé privé	Total par Catégorie (1998)	Echantillon prévu	Echantillon final N
1	Cabinets de soins infirmiers	48	19	14
2	Cliniques d'accouchement	45	15	10
3	Cabinets médicaux	109	29	26
4	Cabinets médicaux de groupe	4	3	2
5	Centres confessionnels	14	7	8
6	Centres associatifs et ONG	10	4	9
7	Cliniques coopératives	3	2	1
8	Polycliniques	7	4	5
9	Cliniques	49	16	16
10	Centres "non conformes"	7	3	1
11	Cabinets médicaux de spécialistes	10	4	3
12	Cliniques de spécialité	10	4	2
13	Cabinets dentaires	8	3	3
14	Centres d'exploration biomédicale et de radiologie	4	3	4
	Total	328	116	104

Quatre sessions de focus-group étaient initialement prévues, respectivement pour : (i) les médecins privés libéraux ; (ii) les paramédicaux indépendants tels qu'infirmiers, sages-femmes et médecins-assistants ; (iii) les prestataires privés à but non lucratif, humanitaires et confessionnels ; et (iv) les fonctionnaires ayant leur propre établissement et/ou travaillant aussi dans le privé. Mais aucun représentant de ce dernier groupe n'a

accepté de participer aux sessions.

En moyenne, 7 à 10 participants ont pris part aux sessions de focus-group conduites par les consultants nationaux. Chaque séance a duré à peu près 90 minutes et a été enregistrée sur cassette audio. Les discussions étaient organisées autour de six thèmes principaux : (1) les facteurs et conditions pour installer une pratique médicale privée ; (2) la répartition des rôles et tâches entre les secteurs médicaux public et privé ; (3) les services offerts, les prix et le fonctionnement ; (4) le système de référence utilisé ; (5) les problèmes et difficultés rencontrées ; et (6) la vision du futur.

L'étude devait comprendre une enquête auprès des clients et des usagers des services de santé. Cependant, cette partie du travail a été sensiblement réduite, essentiellement pour des raisons d'ordre pratique – disponibilité des enquêteurs, contrainte de temps, etc. Au total, 51 clients ont été interrogés, les interviews étant conduits à la sortie des consultations menées dans 6 centres privés. Les résultats de ces *exit interviews* doivent donc être considérés avec prudence.

CHAPITRE I : GENERALITES, INSTITUTIONS ET ACTEURS CLES

1.1 Contexte politique

Après 16 ans de régime marxiste-léniniste, le Bénin s'est engagé en 1990 dans un processus qui devait le mener vers plus de démocratie et une économie de marché grâce au développement du secteur privé. La structure réglementaire de l'économie a été révisée en 1989-1990 afin de jeter les bases de cette nouvelle approche du développement socio-économique. De nouvelles lois relatives au commerce et au travail, ainsi qu'un code des investissements furent élaborés et adoptés. Les contraintes réglementaires à l'offre de services par les prestataires privés, y compris dans le secteur de la santé, furent examinées et levées. D'autres contraintes institutionnelles et économiques pour l'expansion du secteur privé sont actuellement examinées plus en détail, à travers la Revue de la Politique Sociale et Structurelle.

1.2 Contexte économique

La population du Bénin qui augmente à un rythme de 3,0% par an (données de 1997), a été estimée à 3,5 millions d'habitants en 1980, à 5,8 millions en 1997 et devrait atteindre 9,2 millions en 2015 (toutes les données citées dans ce paragraphe sont tirées du rapport "*The World Development Indicators 1999*"). En 1997, 40% de la population totale habitait en milieu urbain. En 1993, la capitale Cotonou comptait une population estimée à 559.000 habitants. Bien que le PIB par tête ait en moyenne augmenté d'environ 4,5% par an pour les années 1990-1997, la consommation privée par habitant a baissé et est actuellement estimée à -0,1% par an. En conséquence, le niveau de vie tend à demeurer stagnant et les indicateurs sociaux restent mauvais. Par exemple, en 1997, 67% des filles béninoises de la tranche d'âge 15 à 24 ans étaient illettrées, comparé à un taux de 41% pour les filles de la même tranche d'âge dans les pays à faible revenu.

La pauvreté demeure très répandue. Le rapport "*The World Development Indicators 1999*" souligne que 33% de la population béninoise vit en dessous du seuil de pauvreté (estimation de 1995). En fonction du taux actuel de l'accroissement naturel de sa population, le Bénin aurait besoin d'atteindre un taux de croissance économique bien plus rapide pour réduire considérablement la pauvreté. Cependant, le marché au Bénin connaît encore actuellement trop de contraintes que pour obtenir de telles performances économiques dans un proche avenir. En outre, le pays devra veiller à corriger les inégalités dans la redistribution de la croissance économique.

1.3 Le système de santé

Les besoins de santé au Bénin, aussi bien de soins préventifs que curatifs, sont très importants par rapport à l'étroitesse de la base économique du pays. En outre, les besoins de santé vont augmenter très rapidement dans les années à venir pour trois raisons majeures, à savoir la croissance démographique très rapide, la nécessité d'améliorer les taux de couverture sanitaire de la population et, surtout, les exigences grandissantes de la

population en matière de soins de santé, en particulier en ce qui concerne l'accueil, la disponibilité et la qualité des services.

En 1990, les dépenses totales de santé du secteur public (c'est-à-dire celles du gouvernement) représentaient seulement 1,1% du PIB tandis que les contributions des particuliers et des bailleurs de fonds étaient estimées, respectivement, à 1,7% et 1,6% du PIB. Dès lors, les dépenses totales en santé furent de 4,4% du PIB du Bénin ce qui se traduit pas des dépenses réelles par tête de 17 dollars US par an (Banque mondiale, *Health Expenditures, Services and Outcomes in Africa: Basic Data and Cross-National Comparisons, 1990-1996*, 1999). Le coût de base pour fournir, en Afrique subsaharienne, le paquet de services essentiels (paquet minimum) est estimé à environ 16 dollars US par habitant et par an.

En 1996, le budget du secteur public alloué à la santé représentait 4,9% du budget national (Ministère de la santé, *Statistiques sanitaires. Année 1997*, 1998). Néanmoins, la part du budget de la santé dans le budget national a progressivement augmenté depuis 1990. On remarque en outre que dans le budget de la santé, la part allouée aux dépenses de fonctionnement augmente plus rapidement que celle allouée aux coûts de personnel.

Des ressources substantielles pour le secteur de la santé au Bénin sont mobilisées grâce au financement et à la participation communautaires (par exemple, les COGES et les COGEC). En effet, le Bénin est un pays leader en ce qui concerne le développement des mécanismes de cofinancement des soins par les malades dans un but de recouvrement des coûts. Seulement, ces ressources varient largement selon les départements et d'années en années et, dès lors, elles sont difficiles à interpréter. En 1997, ces ressources étaient, au niveau national, équivalentes à environ 20% des ressources du budget du secteur public de la santé allouées aux dépenses de fonctionnement et aux coûts du personnel.

En dernier lieu, les ressources apportées au secteur de la santé par l'assistance extérieure sont également considérables. Encore une fois, ces contributions varient fortement en fonction des zones et des programmes appuyés par les différents bailleurs de fonds. En gros, la part de l'aide extérieure au Programme d'investissement public (PIP) pour le secteur de la santé approchait les 80% en 1997.

L'exécution des programmes de santé est en amélioration au Bénin. Le Programme élargi de vaccination (PEV) a un taux de couverture nationale impressionnant, bien au-dessus des moyennes pour l'ensemble de l'Afrique subsaharienne. Durant la période 1990-1996, le taux de couverture vaccinale au Bénin était de 88% pour le BCG, 80% pour le DPT3, 73% pour la rougeole et 58% pour le TT2 (Banque mondiale, *Health Expenditures, Services and Outcomes in Africa: Basic Data and Cross-National Comparisons, 1990-1996*, 1999). D'autres programmes sont en voie d'être mis en place, comme la lutte contre la malaria.

Toutefois, de grands défis demeurent. En 1990-1995, 34% des enfants de moins de 5 ans étaient malnutris et 24% avaient un poids en dessous du seuil normal (les données relatives à l'allaitement maternel exclusif ou sur l'alimentation complémentaire des bébés font défaut). Le taux général de prévalence contraceptive était de 16,8% en 1990-1996, mais le taux d'utilisation des méthodes modernes était en dessous de 4%. La demande

pour des services médicaux modernes est aussi entravée par le recours aux pratiques des tradi-praticiens et des herbalistes, toujours très répandues. Finalement, la pandémie du virus du VIH/SIDA, avec 4% des adultes de plus de 15 ans déjà infectés, constitue un problème majeur de santé publique.

L'exécution du programme de décentralisation du gouvernement est fortement encouragée par les principaux bailleurs de fonds dont l'assistance est concentrée au niveau du district de santé. Au cours des deux dernières années, chacun des six départements géographiques a été à même de réaliser, dans les temps, un plan de santé budgétisé annuellement, avec l'aide conjointe de la Banque mondiale et de l'Union européenne. Le projet de santé financé actuellement par la Banque mondiale fournit aussi des ressources pour le renforcement tant de la capacité institutionnelle que des fonctions managériales au niveau départemental.

Ainsi qu'il a été souligné plus haut, les services offerts par le secteur de la santé public ont été complétés par les efforts du secteur médical privé. Jusqu'en 1990, le secteur médical privé avait été dominé par sa branche non lucrative dont les praticiens et les centres procuraient des soins curatifs et l'essentiel des soins préventifs aux zones mal desservies et démunies. Cependant, la branche lucrative du secteur médical privé était représentée par quelques grandes cliniques situées dans la capitale de Cotonou. Avec de plus en plus de professionnels de la santé à la recherche d'un emploi, le marché a commencé à se diversifier et à s'étendre également dans deux autres villes principales, Porto-Novo et Parakou. **La nécessité d'un partenariat avec le secteur médical privé a été fortement exprimée et recommandée dans le Programme national de politique et stratégies sanitaires de 1997-2001.**

1.4 Institutions et acteurs clés

Du point de vue du **secteur médical public**, le Ministère de la santé abrite les institutions suivantes qui traitent des politiques d'offre de services de santé et assurent le suivi du secteur médical privé :

- a) la Direction de la planification et de la prospective (DPP) fournit les orientations de politique et évalue les programmes du Ministère de la santé, y compris les activités du secteur médical privé ;
- b) la Direction de l'inspection et de la vérification interne (DIVI), créée en 1997, a servi d'instrument de diffusion de la Loi No. 97-20 et a mené le premier inventaire des établissements médicaux privés dans le département de l'Atlantique ;
- c) la Direction du département de la santé (DDS), sous laquelle six branches décentralisées (une pour chaque département) planifient, coordonnent et supervisent les activités en matière de santé et les divers plans nationaux de santé, selon les besoins tels qu'identifiés localement et les ressources disponibles ;
- d) le Service des soins hospitaliers et du suivi des *Cliniques coopératives* qui

opère sous la Direction nationale de la santé publique (DNSP). Ce programme de coopératives, créé par le PNUD et exécuté par l'OMS, a permis la création de 10 cliniques en 1991, dont trois sont localisées à Cotonou. Puisque 2 cliniques seulement sur les 10 ont terminé le remboursement, la seconde phase de création de 5 autres cliniques a été reportée ; et

- e) le Conseiller juridique du Ministre, au cabinet du Ministère de la santé. Cette personne est chargée, en ce qui concerne le secteur médical privé, de l'examen des accords entre le Ministère de la santé et les ONG, ainsi que de réunir la documentation nécessaire pour l'obtention du statut d'exonération fiscale pour les approvisionnements et les fournitures médicales.

Les acteurs institutionnels pour la formation de toutes les catégories de personnel de santé dépendent du Ministère de l'éducation et de la recherche scientifique.

Dans le **secteur médical privé**, les prestataires de services sont groupés en associations ou syndicats :

- i) le SAMCEP (*Syndicat autonome des médecins et cabinets privés*). Cette association, forte actuellement de 78 membres (n'y adhèrent que les prestataires de services médicaux à but lucratif), est essentiellement préoccupée par le développement de la pratique médicale privée et l'accès au crédit pour ses membres ;
- ii) les plus gros prestataires de soins de santé à but non lucratif sont regroupés au sein de l'AMCES (*Association des œuvres médicales privées confessionnelles et sociales au Bénin*). Selon le prospectus diffusé par cette association, il constitue un groupe multi-confessionnel comprenant 8 hôpitaux et 7 centres médicaux, fournissant 40% des soins hospitaliers au Bénin ; et
- iii) les prestataires paramédicaux privés sont affiliés sous les organisations suivantes dont l'adhésion, les missions, les statuts et les activités doivent encore être précisés :
 - SYN-SAFEB (*Syndicat des sages-femmes du Bénin*);
 - SYNTISFAR (*Syndicat national des infirmiers et sage-femmes anesthésiste-réanimateurs*);
 - SIDE (*Syndicat des infirmiers diplômés d'Etat*);
 - SYNIB (*Syndicat national des infirmiers et infirmières du Bénin*);
 - SYNAIB (*Syndicat autonome des infirmiers et infirmières du Bénin*); et
 - SYNASA (*Syndicat national des aides-soignants et assimilés*).

Enfin, l'**Ordre national des médecins**, structure encore provisoire, opère comme un organisme privé. Selon la Loi No. 97-20, l'adhésion à l'Ordre est obligatoire pour tous les médecins qui pratiquent au Bénin. Cependant, 148 praticiens seulement étaient enregistrés au moment de l'enquête sur un total de plus de mille médecins dans le pays.

CHAPITRE 2: RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SUR LE SECTEUR MEDICAL PRIVÉ À COTONOU

A – LES RESULTATS QUANTITATIFS

2.A.1 Taille du sous -secteur privé et caractéristiques générales

En 1998, un recensement des formations sanitaires privées du département de l'Atlantique a été entrepris à l'initiative de la Direction départementale de la santé. Ce recensement a permis d'identifier 422 formations privées (toutes catégories confondues) parmi lesquelles 328 (soit 80%) se trouvaient sur le territoire de la ville de Cotonou. Cette liste de 328 formations sanitaires privées a constitué la base de sondage pour l'enquête réalisée dans le cadre de cette étude.

Les données de ce recensement sont en cohérence avec celles fournies par le rapport statistique annuel du Ministère de la santé pour l'année 1997. Ce rapport fournit assez peu d'informations sur le secteur médical privé mais donne un total de 580 formations sanitaires privées pour l'ensemble du pays, dont 396 pour le seul département de l'Atlantique. Le rapport ne fournit pas de données spécifiques pour la ville de Cotonou.

En utilisant les données nationales de ce rapport comme dénominateur , il apparaît que :

- près de 75% de l'ensemble des formations sanitaires privées du Bénin sont concentrées sur le seul département de l'Atlantique qui ne regroupe en fait que 22% de la population totale du pays ;
- près de 60% de l'ensemble des formations sanitaires privées du Bénin sont situées sur le territoire de la ville de Cotonou qui compte, environ 775.000 habitants soit 15% de la population totale du pays ; et
- si pour l'ensemble du pays on compte environ 1 formation sanitaire privée pour 10.000 habitants, Cotonou en compte 1 pour 2.500 habitants, soit une proportion quatre fois plus forte.

A titre de comparaison, le secteur public compte pour la ville de Cotonou : 1 Centre national hospitalo-universitaire (CNHU), 1 Maternité de référence (Maternité Lagune), 4 "Centres de santé de circonscription urbaine" ou CSCU et 8 "Complexes communaux de santé" ou CCS.

La répartition des 328 formations sanitaires privées par division administrative de Cotonou s'établit comme suit :

Cotonou 1 :	7% de la population totale	....	7% des formations privées de Cotonou
Cotonou 2 :	18%	....	14%
Cotonou 3 :	10%	....	24%
Cotonou 4 :	12%	....	11%
Cotonou 5 :	28%	....	21%

Cotonou 6 : 26%

.... 23%

La répartition des formations privées apparaît correspondre grossièrement à celle de la population de la ville. On note toutefois une concentration relative des établissements privés sur Cotonou 3.

La majorité (68%) des établissements privés ont démarré leurs activités après 1990 et environ 15%, entre 1987 et 1989. Ainsi quatre formations privées sur cinq, essentiellement d'ailleurs des cabinets de soins médicaux et des cabinets infirmiers, ont été créées après le gel des recrutements dans la fonction publique.

Cet élément est confirmé par le fait que dans plus de la moitié des cas, la raison évoquée par le responsable pour expliquer leur installation en privé tient au fait qu'ils n'ont pas pu entrer dans la fonction publique. Le choix du privé n'apparaît être un choix volontaire et délibéré que dans seulement 30% des cas.

Lors de l'enquête réalisée au cours du premier trimestre 1999, on a pu constater que 12 formations (soit 10%) sur les 116 initialement retenues dans l'échantillon constitué avaient été fermées, avaient disparu ou changé d'adresse. Les raisons de cette attrition relativement forte n'ont pas été explorées.

2.A.2 Typologie des formations médicales privées de Cotonou

La Loi No. 97-20 du 17 Juin 1997 distingue dix (10) catégories de formations sanitaires privées:

- 1- Cabinets médicaux ;
- 2- Cabinets soins infirmiers ;
- 3- Cliniques ;
- 4- Cliniques de spécialité ;
- 5- Cliniques d'accouchement eutociques ;
- 6- Cabinets médicaux de groupe ;
- 7- Cabinets dentaires ;
- 8- Centres d'exploration biologique et de radiologie ;
- 9- Polycliniques ; et
- 10- Centres de santé à vocation « humanitaire ».

On sait que l'on doit distinguer au sein du secteur privé les établissements à but lucratif, parfois appelés les "privés purs" et les établissements à but non lucratif dirigés par des associations, des organisations non gouvernementales et des congrégations religieuses (par exemple, les missions). Cette typologie entend regrouper l'ensemble des établissements à buts non lucratifs sous le vocable "centres de santé à vocation humanitaire".

On doit par ailleurs faire remarquer que les noms donnés par leur propriétaires aux formations privées sont souvent "accrocheurs" (par exemple, Cabinet le bon remède, le sourire, le triomphe, la palme d'or, ou encore Cabinet d'accouchement la joie de naître) et parfois d'inspiration religieuse (Cabinet la paix de Dieu, Notre-Dame de Lourdes,

Saint-Jean, Sainte-Marie, Saint-Raphael, Don de Dieu, etc.). Ces dénominations religieuses en particulier rendent difficile l'identification rapide du statut de l'établissement (à but lucratif ou non) et peuvent être source de confusion pour les malades.

L'utilisation des catégories définies par la Loi No. 97-20 ne permet pas de distinguer au sein du groupe 10, les formations coopératives, confessionnelles et associatives. Lors de l'échantillonnage, il a donc été décidé d'éclater ce dixième groupe en trois nouvelles catégories : les centres confessionnels, les centres associatifs et ONG et les cliniques coopératives. Une quatrième catégorie désignée assez bizarrement par les enquêteurs comme "centres non conformes" était également ajoutée pour inclure les formations dirigées par du personnel paramédical non diplômé de l'Etat.

Bien que l'on n'ait pas pu s'appuyer sur des définitions précises des catégories et que cette classification soit donc soumise à caution, on a pu procéder à un tri grossier des 328 formations en les classant selon ces 14 catégories définies (voir Tableau 2) :

Tableau 2 : Classification des unités médicales du secteur médical privé à Cotonou

Cabinets soins infirmiers	48	Cliniques d'accouchement	45
Centres non conformes	7	Cabinets médicaux (généralistes)	109
Cabinets médicaux de groupe	4	Cabinets médicaux de spécialistes	10
Cabinets dentaires	8	Centres confessionnels	14
Centres associatifs et ONG	10	Cliniques coopératives	3
Cliniques de soins	49	Cliniques de spécialité	10
Polycliniques	7	Centre d'exploration bio et RX	4

Ce tri permet rapidement de repérer que quatre groupes d'établissements représentent à eux seuls près des deux tiers des formations privées de la ville. Il s'agit des formations assimilables *a priori* à des 1-cabinets d'infirmiers, 2-cliniques d'accouchements, 3-cabinets médicaux généralistes et 4-cliniques (dans leur très grande majorité des structures privées non confessionnelles et à but lucratif).

L'enquête réalisée dans le cadre de cette étude met en évidence une corrélation relativement bonne entre le classement établi par rapport à ces 14 catégories et la qualification professionnelle du propriétaire responsable, ainsi qu'en atteste le Tableau 3. Cependant, la corrélation n'est pas absolument parfaite. De plus, l'utilisation du seul critère de la qualification professionnelle du propriétaire/responsable ne permet pas de répartir l'échantillon en groupes homogènes de formations.

De la même façon, pour avoir une idée de la répartition selon la taille des établissements privés, on a opéré un tri selon les sous-groupes en fonction du nombre d'employés (voir Tableau 4) . Le tri selon le seul critère de la taille ne permet pas de distinguer clairement des groupes homogènes. Il permet cependant de remarquer certains aspects intéressants. Ainsi, par exemple plus de la moitié des cabinets médicaux ont plus de 5 employés. Il semble aussi que, dans ce que l'on a classé dans la catégorie "cliniques d'accouchement", un établissement se différencie assez sensiblement des autres.

Tableau 3 : Profession des responsables des établissements médicaux privés à Cotonou

Catégorie/profession	N	Spécialistes	Généralistes	Sage femmes	Infirmiers	Autres	Spécialistes	Généralistes	Sage femmes	Infirmiers	Autres
Cabinets soins infirmiers	14	0		1	11	2	0%	0%	7%	79%	14%
Cliniques d'accouchement	10	0	1	8	1	0	0%	10%	80%	10%	0%
Non conformes	1	0			1	0					
Cabinets médicaux	26	8	16	1	1	0	31%	62%	4%	4%	0%
Cabinets médicaux de groupe	2	2		0	0	0					
Cabinets médicaux spécialisés	3	3	0	0	0	0					
Cabinets dentaires	3	3				0					
Centres confessionnels	8	5	1	0	1	1					
Centres Associations et ONG	9	2	6		1	0	22%	67%	0%	11%	0%
Cliniques coopératives	1	0	1	0	0	0					
Cliniques de soins	16	4	11	0	0	1	25%	69%	0%	0%	6%
Cliniques de spécialité	2	2	0	0	0	0					
Polycliniques	5	4	1	0	0	0	80%	20%	0%	0%	0%
Explorations biologiques	4	1	1			2					
Total	104	34	38	10	16	6	33%	37%	10%	15%	6%

Tableau 4 : Classification des centres médicaux privés à Cotonou selon le nombre de personnel employé

Catégorie/nombre de personnel	N =	< 5 employés	6 à 10	11 à 15	>15
Cabinets soins infirmiers	14	9	5		
Cliniques d'accouchement	10	8	1	1	
Non conformes	1	1			
Cabinet médicaux	26	9	16	1	
Cabinets médicaux de groupe	2				2
Cabinets médicaux spécialisés	3	3			
Cabinets dentaires	3	3			
Centres confessionnels	8	1	1	1	5
Centres Associations et ONG	9		3	2	4
Cliniques coopératives	1				1
Cliniques de soins	16	3	6	4	3
Cliniques de spécialité	2		1		1
Polycliniques	5				5
Explorations biologiques	4		3	1	
Total	104	37	36	10	21

Par la suite, on a opéré toute une série de tris selon un critère donné, par exemple le nombre de lits, la fourniture ou non de soins chirurgicaux, la prise en charge des accouchements dystociques. Pris séparément, aucun de ces critères ne permet d'arriver à distinguer des groupes d'établissements réellement purs ou du moins suffisamment homogènes.

Dans le cadre de cette étude, on a tenté de trier les établissements en fonction de plusieurs critères. Mais même en utilisant simultanément plusieurs clés de tri, on ne peut arriver, à partir de la présente typologie dérivée de celle utilisée par la Loi No. 97-20, à constituer des groupes homogènes d'établissements.

La conclusion provisoire de cet exercice est qu'on se trouve vraisemblablement devant une “nébuleuse” d'établissements, les frontières entre les groupes et catégories restant encore assez floues. Le statut de tout un ensemble d'établissements, n'apparaissant déjà plus comme de simples cabinets médicaux mais pas encore comme de véritables hôpitaux ou polycliniques, n'est pas clair.

2.A.3 Personnel

La répartition par qualification professionnelle des propriétaires/responsables d'établissement montre que pratiquement les deux tiers des établissements sont dirigés par des médecins alors que les sages-femmes en dirigent moins de 10% (encore s'agit-il pour l'essentiel de cliniques d'accouchement). Environ 6% des établissements ne sont pas dirigés par du personnel médical. Il convient de noter que les médecins spécialistes semblent posséder ou diriger près du tiers des établissements privés de la ville.

Le secteur privé apparaît également comme un gros employeur puisque les 104 formations enquêtées emploient **à plein temps** :

1. 103 médecins généralistes et 46 médecins spécialistes. On remarque que plus de la moitié de ces médecins sont employés par le secteur à but non lucratif (ce dernier secteur employant à plein temps 54 médecins généralistes et 27 spécialistes) ;
2. 104 sages-femmes dans 36 établissements (dont ici encore plus de la moitié sont des établissements à but non lucratif) ;
3. 123 infirmiers et infirmières dans 38 structures dont les trois quarts sont des établissements privés à but non lucratif ;
4. 60 techniciens de laboratoire dans 28 établissements dont les deux tiers sont des établissements à but non lucratif ; et
5. 45 secrétaires (dans 31 formations privées seulement) et 32 gestionnaires (dans 20 établissements pour l'essentiel à but non lucratif).

Le secteur privé, notamment le secteur privé à but non lucratif, est également un gros employeur de personnel à **temps partiel**, à la fois d'ailleurs de personnel médical (généralistes et spécialistes), de personnel paramédical et de personnel administratif.

On remarque que dans près de 70% des cas, le responsable de la formation sanitaire est un médecin, à part égale d'ailleurs entre médecins généralistes et spécialistes.

La moitié des responsables de formations sanitaires déclarent avoir une activité professionnelle secondaire hors de l'établissement qu'ils dirigent. Dans la très grande majorité des cas, il s'agit d'une activité médicale et seulement dans 10% des cas d'une activité non médicale. **Parmi ceux déclarant exercer une activité "secondaire", la moitié l'exercent en secteur public.**

2.A.4 Conditions d'exercice et équipement

Dans les deux tiers des cas, les locaux de ces établissements privés sont loués. La très grande majorité d'entre eux (90%) sont signalés par un panneau-enseigne visible.

Environ 25% des établissements privés ont été spécialement construits pour accueillir des activités de soins. Dans 40% des cas, les établissements sont installés dans des bâtiments spécialement aménagés, le reste occupant des locaux d'habitation simplement adaptés. On remarque qu'assez logiquement, ce sont les polycliniques et cliniques qui occupent des locaux spécialement construits pour des activités médicales, alors que les cabinets médicaux sont généralement installés dans des locaux d'habitation aménagés ou adaptés.

En ce qui concerne les équipements, l'enquête qui reste cependant à approfondir sur cet aspect, montre que les formations disposent :

- généralement de l'équipement médical de base (stéthoscope, tensiomètre, pèse-personne, etc.) ;
- dans un cas sur deux seulement d'un équipement de stérilisation ;
- dans un cas sur deux seulement d'un réfrigérateur ;
- dans près d'un cas sur deux d'un dispositif d'aspiration médicale ; et
- dans 60% des cas d'un téléphone.

C'est sans doute au sein du groupe des "cliniques" que les disparités en équipement entre les différents établissements sont les plus fortes.

2.A.5 Services offerts

De façon générale, vus les horaires d'ouverture au public déclarés par les responsables, la disponibilité des praticiens privés par rapport à leur clientèle apparaît très élevée. A titre d'exemple, plus de 75% des établissements déclarent être ouverts 24 heures sur 24.

Une grande majorité des formations enquêtées (82%) déclarent disposer de lits d'hospitalisation. Dans un peu moins de la moitié des cas (40%), essentiellement pour ce qui concerne les cabinets de soins et médicaux, il s'agit d'hospitalisation de jour.

Près des trois quarts des responsables des formations enquêtées déclarent offrir des visites à domicile.

On doit reconnaître qu'en entrant dans le détail des réponses apportées par les responsables au questionnaire sur la nature des services offerts, certains éléments assez "surprenants" apparaissent. Si dans l'ensemble les réponses apparaissent cohérentes et logiques, on note malgré tout un nombre élevé d'anomalies flagrantes dans les réponses (par exemple, un établissement considéré comme laboratoire d'analyse déclare pratiquer des consultations prénatales). Ceci laisse à penser que soit le questionnaire n'était pas assez clair, soit le mode d'enquête n'était pas adapté et qu'une partie au moins de ce travail devra être repris.

De façon générale, on doit faire remarquer que les établissements privés de la ville sont, très orientés vers les soins curatifs et beaucoup moins vers les activités préventives. Si presque tous déclarent prendre en charge le traitement des maladies courantes pour les adultes et pour les enfants, à peine plus du quart des établissements offrent de vacciner les mères et les enfants.

Alors qu'une large majorité (85%) des privés prend en charge le traitement des maladies sexuellement transmissibles, à peine un établissement sur deux déclare offrir un service de planning familial et un sur dix, une prise en charge aux tuberculeux. Près d'un tiers des formations privées enquêtées déclarent prendre en charge les malades atteints du virus du VIH/SIDA.

L'enquête semble faire ressortir que le secteur privé à but non lucratif est plus largement impliqué dans des activités de prévention ou des activités à forte externalité que le secteur privé à but lucratif. Les discussions au cours des focus-groups apparaissent confirmer encore cette donnée.

Un certain nombre d'établissements ont déclaré pouvoir effectuer pour leur clients des examens de laboratoire (examens biochimiques, biologiques et bactériologiques). Ce nombre apparaît relativement élevé, mais les données de l'enquête sont par trop imprécises et cet aspect de l'enquête mériterait d'être repris. Environ 10% des établissements déclarent pouvoir réaliser des radiographies simples et 15% déclarent pouvoir réaliser des échographies.

En ce qui concerne les références des cas les plus graves, il ressort assez clairement de l'enquête que les privés adressent les patients qu'ils ne peuvent prendre en charge en priorité vers le secteur public plutôt que vers d'autres praticiens ou établissements privés. Ils le font d'ailleurs directement vers le Centre national hospitalo-universitaire et la Maternité Lagune.

Au cours des focus-groups, les praticiens libéraux ont évoqué la dureté et le caractère parfois déloyal de la concurrence entre eux. Certains parlent du peu de collaboration à l'intérieur du secteur privé et du manque de confiance entre praticiens. D'autres évoquent l'existence de pratiques dichotomiques (les 10% dus si un malade est référé par un confrère).

2.A.6. Financement, prix et modalités de paiement, revenus

Près d'une formation sur trois a passé une convention avec une ou plusieurs entreprises privées. C'est principalement le cas pour les formations complexes (toutes les polycliniques et cliniques de spécialités, plus de la moitié des cliniques) alors que ce n'est le cas que pour un cabinet médical sur quatre. Aucun cabinet d'infirmier et clinique d'accouchement (à l'exception d'une seule) n'a de convention avec une entreprise privée.

Dans l'ensemble, les prix pratiqués dans le privé apparaissent relativement modérés. Si de façon générale, la grille des prix est cohérente, les prix d'un même service varient assez sensiblement d'un praticien ou d'un établissement à l'autre. Les causes de ces variations n'ont pas été explorées dans le cadre de cette étude.

Le mode de paiement le plus usuel est le paiement en espèce, de la main à la main et directement au prestataire de soins. On remarque qu'une fois sur quatre le prestataire de soins demande à être payé avant l'acte, une fois sur trois après et le reste du temps indifféremment avant ou après.

Dans leur grande majorité, les prestataires privés déclarent traiter gratuitement ou accepter un paiement différé, lorsque leur client ne peut payer. Ils sont moins de 10% à déclarer refuser de traiter un patient qui n'est pas à même de payer.

Soit au cours de l'enquête soit au cours des entretiens, il est apparu que la question du financement des investissements et des équipements revenait souvent comme un problème sérieux gênant le développement du secteur privé. Les établissements à but non lucratif ont dans le passé bénéficié d'aides extérieures ou de l'appui de congrégations religieuses pour se développer, mais ces aides semblent aujourd'hui se raréfier voire se tarir. Du côté des privés à but lucratif, la difficulté d'obtenir des prêts bancaires est très fréquemment soulignée.

Pour ce qui touche aux revenus tirés de l'activité privée, on remarquera que près d'un praticien privé sur deux déclare gagner moins que ses collègues du secteur public, alors qu'ils sont à peine un quart à déclarer gagner davantage. C'est parmi les praticiens des cabinets de soins infirmiers, des cabinets médicaux, les sages-femmes des cliniques d'accouchement que l'on trouve le plus grand nombre de ceux qui déclarent gagner moins que dans le secteur public. Par contre, les praticiens des polycliniques et des centres confessionnels déclarent généralement être mieux payés que dans le secteur public.

B – LES RESULTATS QUALITATIFS

Cette section présente les résultats des discussions tenues lors des trois sessions de focus-group qui ont eu lieu au cours de cette étude préliminaire. Un des focus-groups était composé de représentants du secteur non lucratif. Les deux autres comprenaient des représentants du secteur libéral privé "pur" (à but lucratif), l'un étant composé de médecins et, l'autre, des paramédicaux. La décision de distinguer ces deux derniers groupes a été prise dans le but de mieux évaluer les différents problèmes se rapportant à

ces deux catégories de personnel. Un quatrième focus-group avait été programmé pour les représentants du secteur médical public qui travaillent également dans le secteur médical privé. Néanmoins, ces dernières personnes ont décliné l'invitation à participer aux discussions.

Quoi qu'il en soit, les séances de focus-group ont été menées avec des représentants des principales catégories du secteur médical privé à Cotonou : a) les centres médicaux privés **à but lucratif**, appelés le secteur médical privé libéral "pur" et guidé essentiellement par le profit ; et b) les centres médicaux privés **à but non lucratif**, qui peuvent être scindés en deux groupes: les coopératives et les associations (parmi ces derniers établissements, quelques-uns, à Cotonou, ont été créés sous l'égide du gouvernement) et les centres créés par les missions religieuses (les *établissements confessionnels*). La dernière sous-catégorie est plus "humanitaire" que la sous-catégorie précédente. Ces deux sous-catégories rassemblent des organisations non gouvernementales (ONG).

Quatre questions majeures ont été posées lors des sessions de focus-group. La première question concernait les conditions de création des centres médicaux privés, y compris les motivations pour leur création et les problèmes pratiques rencontrés lors de leur installation. La seconde question se rapportait aux conditions actuelles et aux difficultés pour exercer la médecine dans un environnement privé. La troisième question avait trait à la répartition des activités entre le secteur médical privé et le secteur médical public de même qu'entre les branches à but lucratif et à but non lucratif du secteur médical privé. Finalement, la quatrième question s'est concentrée sur les rôles respectifs des différents partenaires et acteurs, tant dans le secteur médical privé que dans le secteur médical public.

2.B.1. Première question: Quelles conditions ont conduit à l'établissement des centres médicaux privés ?

Les représentants du secteur médical privé à but lucratif ont rappelé les conditions qui ont mené à la création des premières cliniques privées à Cotonou. Elles ont été créées soit par des médecins béninois retraités de la fonction publique ou par des étrangers qui étaient venus exercer la médecine au Bénin. La création des centres médicaux privés a été favorisée par le gel des emplois dans la fonction publique (y compris dans les professions médicales) à partir de 1987 et le flux continu de nouveaux diplômés en santé arrivant sur le marché du travail. Il est à souligner que les autorisations requises pour la création des nouveaux cabinets médicaux n'étaient pas accordées automatiquement par le Ministère de la santé.

Les paramédicaux parmi les représentants du secteur médical privé à but lucratif ont insisté sur le fait que la demande croissante au sein de la population pour de meilleurs soins de santé a été un autre facteur qui les a amené à créer leurs cabinets spécialisés. Ils ont aussi évoqué les difficultés rencontrées pour obtenir des locaux appropriés : les propriétaires étaient souvent peu enclins à voir leurs maisons transformées en centres médicaux. Finalement, ils ont le plus souvent créé leurs cabinets sans autorisation officielle, bien que des requêtes en bonne et due forme aient été soumises.

Les représentants des centres médicaux privés à but non lucratif ont toujours cité le gel

du recrutement et l'arrivée continue de nouveaux diplômés parmi les causes majeures de la création de leurs centres. Cependant, ces participants ont aussi affirmé avoir créé leurs centres pour combler un besoin et répondre à une obligation morale d'aider les zones urbaines démunies et pauvres où les conditions socio-économiques se sont détériorées depuis les années 1980. Les participants ont ressenti un manque d'intérêt et de compassion de la part du secteur public de la santé pour ces zones mal desservies. Cependant, inversement, ils ont aussi noté un sentiment de soulagement chez les responsables du secteur médical public car quelque chose était fait en faveur des zones urbaines pauvres.

Les participants des centres médicaux à but non lucratif ont aussi le sentiment d'opérer dans un vide législatif. Bien qu'ils aient obtenu les autorisations nécessaires avant la création de leurs centres de santé, ils se sont plaints du manque de structure réglementaire. A leur avis, cette situation a conduit à la création anarchique de beaucoup de centres de santé qui sont de qualité très variable. En plus, cette situation a eu de sévères implications pour les efforts de planification de la ville de Cotonou.

2.B.2. Seconde question : Quelles sont les difficultés rencontrées pour exercer la médecine dans un environnement privé ?

Un thème commun à tous les représentants de tous les groupes a été la difficulté d'obtenir les investissements nécessaires pour l'acquisition tant des locaux que des équipements médicaux. Les praticiens du secteur médical privé libéral à but lucratif peuvent avoir accès au crédit, mais cela s'avère plus difficile pour eux que pour les praticiens du secteur privé à but non lucratif. Tous les participants ont aussi souffert du manque de normes et de standards pour guider la construction et/ou la réhabilitation de leurs centres.

Un autre thème commun à tous les groupes a été le sujet de leurs charges financières. Tous les participants ont insisté sur le fait que l'amortissement des investissements existants (locaux et équipements) est déjà très lourd puisque les centres privés de santé entraînent souvent de grosses créances. Ce problème est aggravé par l'absence d'un système clair de tarifs des services de santé fournis. En outre, l'achat de nouveaux équipements, plus coûteux à cause de l'évolution rapide de la technologie, deviendra extrêmement difficile à l'avenir.

Tous les participants de tous les groupes ont à tout moment insisté sur la pléthore de personnel médical : d'après eux, au Bénin, à Cotonou en particulier, il est très facile de trouver des professionnels de santé de bonne qualité désireux de travailler. Mais la pléthore de professionnels médicaux sur le marché est préjudiciable de plusieurs manières : sur les salaires du personnel (le faible niveau d'activité ne peut pas générer des revenus élevés) et sur l'organisation des carrières des professionnels de santé.

Les représentants du secteur médical privé à but lucratif (médecins et paramédicaux) ont expliqué qu'ils ont été confrontés à des problèmes de gestion dans leur travail quotidien parce qu'ils n'ont pas eu la chance d'être formés dans ce domaine au cours de leurs études. Les rémunérations qu'ils sont à même d'offrir à leurs collaborateurs ne sont pas attrayantes et le manque de réglementation en matière de plan de carrière et au sujet de l'avancement et de la promotion rend la gestion des carrières de leurs collaborateurs

plutôt difficile. La plupart des gestionnaires ne tiennent même pas à aborder cette question.

Tous les représentants du secteur médical privé à but lucratif se plaignent qu'ils ont à payer des taxes bien qu'ils n'aient jamais reçu d'autorisation officielle pour ouvrir leurs centres. Les participants de ce groupe ont exprimé leurs vives inquiétudes au sujet de l'absence d'un système clair d'imposition : aussi bien l'assiette fiscale que les taux d'imposition sont vagues et arbitraires. Selon un participant : *"les impôts sont anarchiques et déterminés à la tête du client "*.

Les participants issus des centres médicaux à but non lucratif se sont également plaints des réglementations fiscales lesquelles, de leur point de vue, ne sont pas appropriées. Pour le moment, ils ne paient pas d'impôts à l'exception de la seule Taxe sur la valeur ajoutée (TVA) dont ils aimeraient bien être exemptés également. Ils se sont plaints en outre que le système de tarification des actes n'est pas clairement défini non plus. Ils pensent que leurs tarifs aux clients devraient être subventionnés par le secteur public de la santé dans la mesure où leur principal objectif (déclaré) est de servir les zones urbaines pauvres. Les participants ont aussi critiqué le rôle du SAMCEP (*Syndicat autonome des médecins et cabinets privés*) qui, selon eux, ne représente pas tous les médecins, comme le revendique ce syndicat. Les praticiens de la médecine des centres à but non lucratif n'appartiennent pas à un groupe professionnel et ne sont pas syndiqués (ceci sera plus amplement abordé dans la Quatrième question).

2.B.3. Troisième question : Comment les activités se répartissent-elles entre le secteur médical privé et le secteur médical public ?

Les médecins et paramédicaux, représentants du secteur médical privé à but lucratif, se sont plaints du fait que le système sanitaire est actuellement très désorganisé au Bénin et que des efforts majeurs doivent être entrepris pour y mettre un peu d'ordre. Ils ont déclaré qu'ils ont connu des moments très difficiles au cours des décennies passées, mais que les choses ont commencé à s'améliorer depuis que la Loi No. 97-20 a été adoptée en 1997. Néanmoins, ils ont suggéré de réunir les "États généraux de la santé" dans le but de remédier à la mauvaise situation actuelle du système sanitaire.

En particulier, ils ont insisté sur le fait que la Direction de l'inspection et de la vérification interne (DIVI), créée en 1997, n'a pas été suffisamment financée et dotée de personnel et ne pouvait dès lors pas jouer un rôle majeur dans la réglementation du secteur médical privé. Ils ont aussi attribué la confusion actuelle au fait que certaines interventions ne sont pas offertes (par exemple, certains soins préventifs). Certaines de ces activités, telles que les vaccinations, sont moins profitables et ne sont donc pas systématiquement couvertes par le secteur médical privé. Cependant, quelques participants (par exemple, les paramédicaux) revendiquent le fait que le secteur privé devrait s'occuper exclusivement des soins curatifs tandis que le secteur public devrait couvrir les soins préventifs.

Les participants de tous les groupes se sont plaints du fait que les relations entre leurs centres et le Ministère de la santé ne sont pas bonnes. Par exemple, le Ministère de la santé ne donne pas de bourses de formation aux travailleurs du secteur médical privé à

but non lucratif. Au contraire, les centres médicaux à but non lucratif échangent de temps à autres leurs personnels comme une sorte d'incitation professionnelle et de formation sur le tas.

Les participants des centres du secteur médical à but non lucratif ont mis l'accent sur le fait que la différence entre les branches à but lucratif et à but non lucratif du secteur médical privé sont floues, en partie parce que deux conceptions opposées ont conduit à leur création : d'une part, l'esprit d'entreprise et la recherche du profit et, d'autre part, la justification sociale et l'esprit de compassion pour couvrir les zones mal desservies.

2.B.4. Quatrième question : Quelle est l'attitude des différents acteurs dans les secteurs médicaux privé et public ?

Tous les représentants de tous les groupes ayant participé aux discussions pensent que le système sanitaire du Bénin est perturbé par une absence totale de confiance entre les différents acteurs du système, spécifiquement entre ceux du secteur médical privé. Par exemple, les relations entre les médecins et les paramédicaux sont conflictuelles. Les médecins ont déclaré que les paramédicaux détenteurs de cabinets privés n'utilisent pas les équipements appropriés, sont connus pour leurs arrangements avec les agents fiscaux et ne réfèrent pas toujours les patients aux médecins et spécialistes (en conséquence, portant atteinte à la réputation du secteur privé médical dans son ensemble). En général, les praticiens de la santé ont peu d'estime pour leurs collègues, sont jaloux entre eux et sont en forte concurrence avec leurs collègues à l'intérieur et à l'extérieur des centres. Tous ces problèmes rendent bien plus difficile le système de référence des patients.

Selon les participants, ces problèmes ont été dans une certaine mesure aggravés par le rôle et l'attitude activiste adoptés par leurs différentes associations professionnelles ou "syndicats". Etant donné ces différences en terme de mandat et d'objectifs (ces derniers ne sont pas toujours clairs), il est évident qu'il y a certaines tensions entre les principaux acteurs du secteur médical privé. Par exemple, les membres du SAMCEP (*Syndicat autonome des médecins et cabinets privés*) ont accusé les prestataires médicaux confessionnels et sociaux de pratiquer la concurrence déloyale et de casser les prix. Selon les membres de l'AMCES (*Association des œuvres médicales privées confessionnelles et sociales au Bénin*), les vrais concurrents des branches lucratives du secteur médical privé sont les autres structures parallèles de santé, telles les *cliniques coopératives* et les cliniques créées par d'autres associations et ONG de santé. Le président de l'AMCES, interrogé durant l'enquête, a souligné la différence existant entre le secteur à but non lucratif et le secteur libéral "pur". Il a mis aussi en évidence que les membres de l'AMCES ont promis de réinvestir leurs profits, si ils en ont, dans les activités et interventions à caractère social. Il est important aussi de noter que les paramédicaux se sont plaints du manque d'une association professionnelle appropriée à leurs besoins spécifiques et du fait qu'ils ne peuvent pas adhérer aux associations actuelles de médecins.

Une fois de plus, les participants des centres médicaux à but non lucratif ont affirmé que leur rôle était davantage de nature "humanitaire" et de santé publique. Ils ont insisté sur leur mission de service auprès des zones urbaines pauvres et mal desservies. Ils se voient eux-mêmes comme très complémentaires par rapport au secteur médical public. Ils

affirment pouvoir effectuer des interventions de santé publique, telles que les vaccinations, et aider l'Etat à accomplir pleinement sa mission. Cependant, ils opèrent quelque peu isolément : à cause du manque de confiance déjà mentionné, ils collaborent rarement avec les autres partenaires du secteur médical privé. Ils se méfient aussi des acteurs du secteur médical public, qu'ils perçoivent comme manquant d'intérêt pour leur mission déclarée et n'apportant aucun soutien à ce qui devrait être leur mandat.

2.B.5. Conclusions

En général, les discussions de focus-group ont été franches et directes. Néanmoins, plusieurs problèmes ont été évoqués au cours des sessions. Premièrement, les multiples plaintes qui se sont élevées durant les discussions, le ton passionné de quelques participants et les mots durs quelquefois utilisés soulignent les tensions existantes au sein du système de santé au Bénin. Deuxièmement, les points de vue antagonistes exprimés par beaucoup d'acteurs de la santé par rapport au gouvernement indiquent le besoin pour un leadership plus fort et une réglementation plus claire du système de santé dans le pays. Troisièmement, la méfiance et le manque de confiance sont très présents aussi bien entre les acteurs des secteurs médicaux publics et privés qu'entre les différentes branches de ce dernier secteur. Néanmoins, une conclusion majeure ressort des sessions de focus-group, à savoir que tous les participants de tous les groupes ont la ferme conviction que le secteur médical public béninois ne fournit pas les moyens nécessaires pour une participation effective du secteur médical privé au système sanitaire au Bénin.

CHAPITRE 3 : DISCUSSION

3.1- Le secteur médical privé de Cotonou: important et particulier

Il est utile de remarquer en tout premier lieu qu'à elle seule la ville de Cotonou regroupe environ 60% de l'ensemble des établissements privés du Bénin (pour seulement 15% de la population du pays). Cela fait de Cotonou un cas particulier et l'on doit se garder des risques de généralisation ou de conclusions trop hâtives. Mais tout laisse à penser que les dynamiques qui façonnent depuis plus de dix ans le système de soins de la capitale économique du Bénin ont commencé (et continueront à l'avenir) d'influer très significativement sur le développement de l'ensemble du système de santé béninois.

De toute évidence, le secteur médical privé de la ville est déjà très important. Il l'est de par sa taille - plus de 300 établissements -, la population couverte (1 établissement pour 2.500 habitants), le volume de personnel médical, paramédical et administratif employé à temps plein ainsi qu'à temps partiel, la gamme de services offerts et les réponses (apparemment appréciées) qu'il apporte aux besoins médicaux de la population.

Ce développement s'est opéré de façon très rapide, sous l'effet combiné du gel des recrutements dans la fonction publique et du maintien d'un flux relativement abondant de jeunes diplômés issus des écoles de formation du pays et/ou de l'étranger. Il s'est produit dans un vide institutionnel, législatif et réglementaire. Il n'a guère été soutenu activement, accompagné, orienté, dirigé et régulé par les autorités publiques qui l'ont pourtant largement toléré et encouragé par une attitude générale de laisser-faire.

C'est sans doute le caractère explosif de son développement et l'absence de mécanismes d'orientation/régulation qui peuvent expliquer le fait que le secteur médical privé de Cotonou constitue aujourd'hui une sorte de "nébuleuse", un ensemble aux contours et découpages internes très flous. De fait, il comprend aussi bien de toutes petites structures de soins occupant une ou deux personnes que de véritables hôpitaux. Et entre ces deux extrêmes, la gamme d'établissements est très large et variée.

3.2- La segmentation "naturelle" du secteur médical privé

De fait, la situation actuelle est marquée par un certain désordre. Les dénominations actuelles des établissements (cabinets, centres, cliniques, etc.) recouvrent des réalités très diverses. Les groupes d'établissements privés définis par la Loi No. 97-20 s'avèrent relativement peu homogènes. Et aucun critère pris séparément n'a pu permettre de distinguer nettement des catégories "naturelles" homogènes d'établissements.

Au terme de cette étude, on discerne cependant quelques traits caractéristiques de la segmentation en cours du système privé de soins sur la ville de Cotonou.

En premier lieu, il convient de rappeler que le secteur médical privé comprend deux branches. Le secteur privé "pur" ou libéral (à but lucratif) d'une part et le secteur à but non lucratif, également appelé secteur à vocation humanitaire.

Le secteur privé libéral est, en nombre d'établissements, le plus important. Il est aussi le plus varié, voire disparate. Il se compose d'un nombre important de petits établissements : petits par la taille des bâtiments et par le nombre d'employés. Il est essentiellement tourné vers la consultation, la prestation de soins curatifs relativement simples et l'assistance à l'accouchement non compliqué, sans toutefois renoncer à offrir certains services, notamment l'hospitalisation médicale (de jour) pour observation. Vu les tarifs pratiqués, lesquels sont relativement abordables, il s'adresse à une clientèle assez large. En tout cas, il n'apparaît pas, sans doute du fait de son extension, comme servant exclusivement les couches les plus aisées de la population.

Le secteur dit à vocation humanitaire rassemble un nombre plus restreint d'établissements issus d'initiatives diverses émanant d'associations, d'organismes non gouvernementaux, des différentes églises et organisations d'inspiration religieuse (et même du Ministère de la santé, comme en témoigne le cas des cliniques coopératives). Il faut souligner cependant que le secteur comprend des cliniques et polycliniques que l'on pourrait classer avec le secteur privé libéral. Ce secteur comporte un nombre plus réduit de formations, mais les établissements sont plus importants par leur taille et s'apparentent souvent à des hôpitaux de district. La gamme de services offerts est plus étendue et plus variée, incluant souvent parallèlement la chirurgie générale et certaines activités préventives ou de santé publique. Les tarifs pratiqués apparaissent relativement peu élevés mais faute d'une enquête auprès des bénéficiaires, il n'est pas possible d'affirmer que ce secteur ne s'intéresse qu'aux couches les plus pauvres de la population.

Pour importante et probablement aussi durable qu'elle soit, cette distinction entre privé libéral et à vocation humanitaire n'est pas suffisante et est loin d'être claire et évidente dans la réalité. L'utilisation de qualificatifs d'inspiration religieuse pour désigner des formations du secteur privé rend sans doute cette distinction par les patients encore moins facile. Au sein des établissements à but non lucratif, on distingue encore très mal ceux qui relèvent du secteur associatif ou mutualiste et ceux qui appartiennent ou sont gérés par des groupes religieux.

On l'a dit, le secteur médical privé s'apparente à une "nébuleuse", la gamme d'établissements étant vaste et les frontières des catégories assez floues. Pourtant une segmentation naturelle semble se faire jour. De façon schématique, on peut remarquer que :

- le secteur privé libéral, parce que l'accès au crédit reste très difficile, se concentre sur les soins curatifs de base, la prise en charge des accouchements normaux, la médecine générale et les consultations spécialisées ; et
- le secteur privé non lucratif, tout en disposant d'établissements de type dispensaires (consultations et soins) et restant préoccupé par la prévention et la santé publique, paraît s'intéresser davantage et progressivement aux soins secondaires. Il a pu le faire au cours de la dernière décennie parce qu'il pouvait bénéficier de sa capacité à mobiliser des moyens importants en investissements.

Dans ce schéma, bien sûr très grossier, le secteur public voit son rôle se recentrer sur les soins tertiaires (le CNHU est la référence pour les cas graves) et les activités à fortes externalités (vaccination, traitement antituberculeux, etc.).

Au cours de cette étude, on n'a pu aller très loin dans l'analyse des caractéristiques socio-économiques des utilisateurs des différents types d'établissements. Cette analyse reste à faire pour éclairer davantage encore la segmentation du marché.

3.3- La question de la typologie des établissements médicaux privés

L'absence de typologie et de système d'accréditation n'a pas empêché le développement du secteur privé. Mais le flou actuel et l'absence de règles pose problème tant aux acteurs publics que privés. A de nombreuses reprises au long de cette étude, les acteurs tant privés que publics ont insisté sur le besoin de "mettre un peu d'ordre" dans le système privé. Chacun semble appeler de ses vœux la définition d'un cadre de référence clair.

Les privés veulent une typologie permettant que soient définies des règles de déontologie médicale et que soit mis fin à des pratiques de concurrence déloyale. Ils souhaitent également une fiscalité plus juste et des appuis financiers des banques et de l'Etat.

Confrontées au poids du secteur privé, au problème de l'insuffisance des ressources et à l'échec (relatif) des politiques menées, les autorités publiques veulent maintenant calmer les tensions existantes et pouvoir mieux orienter les investissements et l'action de l'Etat. Elles souhaitent l'adoption d'un cadre pour faciliter le travail d'accréditation et de reconnaissance du caractère d'utilité publique, la définition de standards et de normes et la mise en œuvre de mesures de régulation, d'orientation et d'appui au développement du secteur privé.

Bien évidemment, toute définition d'une typologie doit répondre à une "vision", servir de schéma directeur pour l'action et permettre d'opérer des choix. A cet égard, la Loi No. 97-20 est loin d'être explicite et est donc insuffisante. Si elle peut constituer le point de départ pour les débats et négociations entre acteurs, elle devrait aujourd'hui sans aucun doute faire l'objet d'une révision.

Sur la base des éléments recueillis au cours de cette étude, on propose de retenir pour l'avenir une typologie à 7 catégories :

1. Cabinets de soins infirmiers ;
2. Cliniques d'accouchement-maternité ;
3. Cabinets médicaux (généralistes et spécialistes) ;
4. Centres de santé ;
5. Cliniques médicales (sans service de chirurgie) ;
6. Cliniques chirurgicales (cliniques comportant un ou plusieurs services de chirurgie) ; et
7. Centres de diagnostic (biologiques et radiologiques).

Cette classification aurait l'avantage de permettre de situer assez clairement les établissements au sein de la "pyramide sanitaire" et de renvoyer à des domaines et "métiers" relativement bien distincts.

Pour cette typologie, on n'a pas opéré *a priori* de distinction en fonction du statut lucratif ou non de l'établissement, considérant que quel que soit ce statut juridique et fiscal, les formations d'un même groupe devront à terme répondre aux mêmes standards.

On remarquera toutefois que dans le contexte actuel, les groupes 1, 2, 3, 5 et 7 seraient presque entièrement composés de formations appartenant au secteur privé libéral alors que les groupes 4 et 6 seraient très majoritairement formés d'établissements du secteur dit à vocation humanitaire.

3.4- Les problèmes du secteur privé

Le premier problème du secteur privé réside dans l'étroitesse (relative) du marché solvable. Cette étude n'a pas permis réellement d'en mesurer toute l'importance mais ceci constitue à n'en pas douter une donnée fondamentale. Dans le cadre actuel, compte tenu du niveau de vie de la population de la ville et de la quasi absence de mécanismes d'assurance maladie, les dépenses de santé des ménages ne peuvent qu'être limitées. Qu'il soit ou non à but lucratif, le secteur privé paraît bien prendre en compte cette donnée de base et répondre à la demande solvable. Il le fait en se rendant disponible, en offrant une possibilité d'hospitalisation (de jour), en modulant ses tarifs et ses conditions de paiement et en orientant son action en fonction de la demande. Des quelques éléments fournis par les enquêtes de sortie (*exit interviews*) et du niveau général d'activité, on peut penser qu'il le fait à la satisfaction des usagers. Cependant, l'étroitesse du marché limite très sérieusement les possibilités de survie et de développement, d'autant que se fait jour une certaine pléthore d'établissements et une concurrence très vive.

Le second problème est dans l'accès au crédit. Il paraît très restreint pour les petits établissements et les nouveaux arrivants sur le marché, mais il l'est aussi pour des privés pourtant bien installés. Et le problème commence à concerner les privés à buts non lucratif qui ne rencontrent plus tout à fait le même accueil de leurs "sponsors" habituels (sans doute aussi parce que les soins secondaires les séduisent moins).

Le troisième problème paraît se situer dans la fiscalité. Du côté des privés à vocation humanitaire, le problème est lié à la TVA et les taxes à l'importation qu'ils doivent maintenant payer. Pour les privés purs, le problème est sans doute davantage lié à la méconnaissance ou au flou des règles et procédures fiscales.

Le quatrième problème tient au développement du personnel et à la formation continue. Jusqu'ici au Bénin, l'Etat prenait en charge le développement individuel des fonctionnaires (grâce au système des bourses de spécialisation). Pour les privés - au moins pour les praticiens du secteur privé pur - il n'y a rien de tel aujourd'hui et, comme on l'a vu, pas davantage de crédits disponibles pour la formation. L'accès à la formation continue et à l'enseignement post-universitaire paraît également trop étroit.

La question de l'exercice en structures privées de personnel appartenant à la fonction publique n'a pas été considéré comme un problème par les différents acteurs et organisations professionnelles rencontrés. Chacun semble pour l'instant s'en accommoder. Pourtant, on le sait par l'expérience acquise dans bien d'autres pays, cette question finit toujours par surgir au moment où la concurrence devient plus rude. Il est probable qu'elle vienne à se poser plus fortement au Bénin dans les toutes prochaines années.

3.5- La question de la régulation du développement et de l'activité du secteur privé

Le "besoin d'ordre" est manifeste et exprimé, notamment lors des focus-groups, par de nombreux acteurs du système de soins de la ville. Chacun semble appeler de ses vœux des règles du jeu plus claires, plus transparentes et faire des autorités publiques l'arbitre des tensions et conflits. Dans le même temps, chacun des groupes attend des pouvoirs publics une reconnaissance officielle de sa contribution au système, de son utilité et, en corollaire, des appuis. Mais bien évidemment chacun sait - et d'une certaine façon refuse - le risque de voir se figer les frontières entre groupes et, dès lors, voir son propre avenir mis sous contrainte.

Pour qu'une régulation du développement et de l'activité du secteur privé soit possible et se fasse, il est nécessaire que soient abordés les points suivants :

- une vision de l'avenir doit être définie fixant le cadre général du secteur, établissant les frontières et les articulations entre les différentes composantes du système de soins ;
- les institutions privées et publiques chargées de traduire en pratique cette vision doivent être renforcées ;
- des mécanismes et instruments de dialogue entre les parties doivent être forgés ;
et
- des moyens financiers doivent être mis en place.

Pour ce qui concerne le Bénin et la ville de Cotonou en particulier, tout semble avoir démarré avec l'adoption de la Loi No. 97-20, la création de la DIVI au sein du Ministère de la santé et l'émergence d'organisations professionnelles. Mais il est évident qu'il reste beaucoup à faire. L'absence de moyens financiers est sans doute un problème sérieux. Mais d'autres facteurs, souvent plus politiques, semblent devoir gêner la mise en place d'un cadre de régulation. Dans le contexte actuel, la relance du dialogue entre les acteurs et, en parallèle, la mise en place de mesures d'incitation et d'orientation de l'activité du secteur privé paraît s'imposer.

3.6- Recommandations

Au terme de cette étude, on peut déjà formuler trois recommandations importantes. La première est qu'il est impératif de poursuivre l'analyse de la situation et de la problématique du développement du secteur médical privé à Cotonou et au Bénin. Au demeurant, il est prévu que ceci soit assuré grâce à une étude *ad hoc* de l'Union européenne. Par ailleurs, il est aussi important de relancer le dialogue avec les partenaires béninois du secteur de la santé afin d'arriver à une nouvelle vision de l'avenir. A ce propos, il faut souligner que les premières réactions des partenaires béninois du secteur de la santé aux conclusions préliminaires de cette étude ont été très prometteuses. Enfin, il est également nécessaire de renforcer les capacités des institutions publiques et privées pour mieux réguler le développement et l'activité du secteur médical privé et renforcer les mécanismes de dialogue entre les différents acteurs. Ceci requiert que l'on définisse et mette en œuvre des mesures d'incitation et d'orientation des activités du secteur privé, que l'on mette en place les moyens financiers d'une régulation et que l'on appuie le développement des organisations professionnelles béninoises dans le domaine de la santé.

Poursuivre l'analyse du secteur médical privé au Bénin

Si elles permettent de dresser un tableau rapide de la situation, les données recueillies au cours de cette étude sont loin d'être suffisantes et suffisamment précises. Il paraît donc indispensable de poursuivre l'analyse de situation, ce que le Ministère de la santé a déjà prévu de faire en 1999-2000 avec le soutien de l'Union européenne. Au demeurant, les étudiants-chercheurs de l'Institut universitaire d'études du développement (IUED) de Genève pourraient aussi contribuer à ce travail.

En premier lieu, l'analyse doit être étendue pour s'intéresser à la situation du secteur médical privé hors de Cotonou, et ce tant en milieu rural qu'en milieu urbain.

Les travaux à venir pourraient chercher, entre autres, à :

- déterminer les acteurs qui, en privé, dispensent les soins dans la pratique quotidienne et indiquer si, en comparaison avec les pratiques rencontrées dans le secteur public, les malades sont effectivement pris en charge et traités par des personnels plus qualifiés ou moins qualifiés ;
- approfondir l'analyse des conditions de vie et d'exercice ainsi que le volume réel d'activités des différents types de praticiens du privé ; une comparaison avec l'activité des personnels des services publics serait d'un très grand intérêt ;
- explorer plus avant les questions relatives aux activités privées des agents permanents de l'Etat; pour sensible et délicate que soit cette question, il faudra bien quelle soit abordée un jour; le plus tôt serait le mieux, avant que certaines pratiques soient considérées comme étant parfaitement naturelles ;
- étudier plus en détail le niveau d'équipement des formations sanitaires privés et le comparer à celui des formations sanitaires publiques ;

- vérifier pourquoi certaines formations privées ont été fermées ou sont amenées à fermer ou à se déplacer ;
- approfondir l'analyse des services offerts, notamment en vérifiant la réalité de l'offre de certains services ;
- enquêter auprès des patients pour mieux comprendre sur quelles bases s'opère le recours au privé et la perception, par les patients, des avantages et des inconvénients du privé ; et
- approfondir l'analyse de la tarification pratiquée par les privés et les comparaisons entre secteur public, secteur à vocation humanitaire et secteur à but lucratif.

Vers une nouvelle vision de l'avenir

Les résultats de cette étude et les impressions acquises sur le terrain laissent à penser que le secteur privé va continuer à se développer très rapidement, qu'une segmentation naturelle est en train de s'opérer et que les modèles conceptuels auxquels on se réfère tant chez les nationaux que chez les partenaires extérieurs du Bénin pourraient assez rapidement s'avérer dépassés.

Les résultats de cette étude permettent également de penser qu'il est temps de s'interroger plus ouvertement et plus explicitement sur la nécessité pour l'Etat de s'investir aussi fortement qu'il le fait aujourd'hui dans la prestation de services curatifs de base et si cette fonction de soins ne pourrait pas être plus clairement transférée au secteur privé.

En effet, si les tendances que l'étude met en évidence se confirmaient, l'Etat pourrait progressivement être amené à concentrer ses interventions sur : (a) d'une part, le développement de mesures de prévention et des activités de promotion de la santé ; et (b) d'autre part, la gestion de services de référence et la prestation de soins hospitaliers de haute technicité. Entre ces deux extrêmes, le secteur privé offrirait les soins curatifs de base et les services de première référence, au moins à une part non négligeable (mais bien sûr pas à l'ensemble) de la population. Ainsi le rôle de l'Etat se verrait recentré sur les activités à fortes externalités et la protection des groupes les plus défavorisés, d'une part, et la couverture des risques catastrophiques, d'autre part.

L'évolution selon cette tendance va dépendre notamment du développement des systèmes d'assurance santé et en premier lieu de la mise en place de mutuelles. Mais elle dépendra aussi beaucoup de l'attitude de l'administration de la santé et de sa capacité à innover et à mettre en place de nouveaux instruments d'action, notamment de mécanismes d'orientation et d'incitation.

A l'étape actuelle, il paraît important de réfléchir davantage aux changements en cours, de voir leurs implications possibles à moyen et long terme et de voir comment cette évolution prévisible du système pourrait être accompagnée et, au besoin, orientée.

La revue à mi-parcours de la stratégie de développement sanitaire qu'il est prévu de réaliser au cours du premier semestre 2000 peut constituer une étape importante dans le cadre de cette réflexion.

Renforcer les capacités de régulation du secteur

Au stade actuel, rien ne paraît possible sans une reprise et une amélioration nette du dialogue entre les différents acteurs. La revue à mi-parcours de la stratégie de développement sanitaire offre sans aucun doute une opportunité de relancer ce dialogue et d'associer les partenaires privés. Dans une première étape, il serait opportun de demander à toutes les institutions intéressées de présenter leur vision du bilan de la situation et leurs propositions.

Mais si le secteur privé à vocation humanitaire dispose, avec l'Association des œuvres médicales privées confessionnelles et sociales au Bénin (AMCES), d'une structure unique apte à le représenter, il n'en va pas de même pour le secteur privé libéral. En outre, les associations professionnelles semblent n'avoir guère de moyens pour développer leurs activités.

On devrait donc envisager des appuis techniques et financiers plus directs à ces différents acteurs et leur permettre ainsi de participer plus activement au dialogue et à la régulation. Certains partenaires extérieurs semblent mieux placés que d'autres dans ce domaine, notamment par leur capacité à développer des sortes de jumelage, à financer des organisations ayant un réel savoir faire en matière de dialogue social, etc. Mais un appui financier direct de l'Etat ne devrait pas être exclu *a priori*.

Qu'il s'agisse du Programme d'investissement public (PIP) ou du budget de fonctionnement, les moyens consacrés par l'Etat béninois à la régulation du secteur sont très faibles et contrastent avec la volonté d'intervention affichée dans les documents de politique de santé. Les ressources sont pourtant disponibles ou pourraient l'être. Ici, le passage à un budget de performance paraît offrir une bonne opportunité pour faire évoluer la situation budgétaire.

BIBLIOGRAPHIE

- Adjotin, P. *L'offre de soins dans le secteur privé de Parakou*. Rapport de consultation. Parakou. Décembre 1996/janvier 1997. 57 p.
- Assogba, L., P. Dauby et F. Kahia-Tani. *Réflexion sur une démarche de recherche-action avec des groupements féminins au Bénin : lecture-genre de programmes de coopération en santé*. Présentation au Colloque Genre et santé. Genève, 26 et 27 janvier 1999. 15 p.
- Banque mondiale. *Health Expenditures, Services and Outcomes in Africa: Basic Data and Cross-National Comparisons, 1990-1996*. 1999.
- Banque mondiale. *World Development Indicators 1999*. 1999.
- Bouloudani, V. *Offres et demandes sur le "marché de la santé" à Cotonou (Bénin)*. Thèse présentée pour l'obtention du Diplôme de recherche d'études en développement. No.119. Juillet 1996. 233 p.
- Dauby, P. *Concepts et éléments d'orientation pour l'évolution de l'hôpital dans le cadre de la mise en place des zones sanitaires*. Novembre 1997. 4 p.
- Lalya, H. F. *L'exercice de la médecine privée au Bénin : Cas de 4 circonscriptions administratives du département de l'Atlantique*. Thèse présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat). No. 540. 1993. 126 p.
- Sicard, F. *Programme d'appui à la politique sanitaire du Bénin :Projet F.E.D. No. 7 ACP BEN 009. Rapport d'activités 1997*. 2ième version. Mai 1998. 21 p.
- Sicard, F. et L. Sogansa. *Rapport de mission d'Abidjan (Côte d'Ivoire) du 25 novembre au 2 décembre 1998*. Février 1999. 17 p.
- Etat d'avancement du processus de mise en place des zones sanitaires : Situation au 4ième trimestre*. 1998. 8 p.
- Sogansa, L. *Développement des zones sanitaires*. Octobre 1998. 41 p.
- UNAIDS. *Epimediological Fact Sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted diseases*. Juin 1998. 12 p.

Publications officielles de la République du Bénin

Arrêté, année 1997 No. 2635/MSPSCF/DC/SA portant attributions, organisation et fonctionnement de la Direction de l'inspection et de la vérification interne (DIVI), 6 p.

Analyse des attributions des structures du MSP aux différents niveaux. DIVI. 4 p.

Décret No. 97-301 du 24 juin 1997 portant attribution, organisation et fonctionnement du Ministère de la santé, de la protection sociale et de la condition féminine. 25 p.

Termes de référence de l'étude et mission pour l'appui pour le développement du partenariat avec le secteur privé dans le secteur santé et lettre de transmission au Représentant résident de la Banque mondiale. 13 p.

Direction départementale de la santé publique du Mono. *Budget-Programme année 1998*. Octobre 1998. 41 p.

Direction départementale de la santé publique de l'Ouémé. *Plan directeur de développement du secteur socio-sanitaire du département de l'Ouémé : janvier 1998 – décembre 1999*. Décembre 1997. 105 p.

Direction départementale de la santé publique de l'Ouémé. *Budget-Programme année 1998*. Septembre 1998. 32 p.

Direction Générale du Budget et du Matériel. *Budget de l'Etat 1998*. 1 p.

DIVI/MSP. *Budget-Programme exercice 1999*. 9 p.

Ministère de l'Intérieur, de la Sécurité et de l'Administration du Territoire. *Textes fondamentaux de l'administration territoriale de la République du Bénin*. [Dernière version adoptée en Conseil des Ministres le 17 juillet 1996 transmise le 13 juin 1996 au Secrétariat du Gouvernement pour transmission à l'Assemblée Nationale]. 112 p.

Ministère de la santé publique. *Politique nationale de tarification des prestations de soins et des médicaments essentiels sous nom générique. 1999-2001*. Juillet 1998. 16 p.

Ministère de la santé, de la protection sociale et de la condition féminine. *Politiques et stratégies nationales de développement du secteur santé : 1997 – 2001*. Mars 1997. 67 p.

Ministère de la santé, de la protection sociale et de la condition féminine du Bénin. *Retro-Signs : Bulletin trimestriel de statistiques sanitaires et de documentation*. Vol. 7, numéro 2. Avril 1998. 12 p.

« La Nation » No. 2176. 17 février 1999. Pages 1, 3, 8.
-No. 2149 du 8 janvier 1999. Page 5.
-No. 2119 du 25 novembre 1998. Page 8.
-No. 2167. Page 3.
-No. 2157. Page 3.

PAD (ex PMSBS). Programme d'appui au développement de la santé 1999-2001.
60 p.

Résumé du rapport provisoire de l'atelier de restitution des résultats de l'étude de faisabilité et lettre de transmission aux Drs. Sogansa et Sicard.

Statistiques sanitaires : Année 1997. 1998.



HEALTH, NUTRITION,
AND POPULATION



HUMAN DEVELOPMENT NETWORK

THE WORLD BANK

About this series...

This series is produced by the Health, Nutrition, and Population Family (HNP) of the World Bank's Human Development Network. The papers in this series aim to provide a vehicle for publishing preliminary and unpolished results on HNP topics to encourage discussion and debate. The findings, interpretations, and conclusions expressed in this paper are entirely those of the author(s) and should not be attributed in any manner to the World Bank, to its affiliated organizations or to members of its Board of Executive Directors or the countries they represent. Citation and the use of material presented in this series should take into account this provisional character. For free copies of papers in this series please contact the individual authors whose name appears on the paper.

Enquiries about the series and submissions should be made directly to the Editor in Chief Alexander S. Preker (apreker@worldbank.org) or HNP Advisory Service (healthpop@worldbank.org, tel 202 473-2256, fax 202 522-3234). For more information, see also www.worldbank.org/hnppublications.



THE WORLD BANK

1818 H Street, NW
Washington, DC USA 20433
Telephone: 202 477 1234
Facsimile: 202 477 6391
Internet: www.worldbank.org
E-mail: feedback@worldbank.org

ISBN 1-932126-29-5