



République du Bénin
Ministère de la Santé
Conseil National des Soins de Santé Primaires

**ETAT DES LIEUX DES NORMES
ET STANDARDS DANS LE
SECTEUR DE LA SANTE, EN
2022**

Novembre 2022

RAPPORT PRODUIT PAR LE GROUPE
TECHNIQUE DE TRAVAIL DU MINISTERE
DE LA SANTE – CONSEIL NATIONAL DES
SOINS DE SANTE PRIMAIRES

Avec le soutien du Programme Redevabilité – phase 2

**Groupe Technique de Travail sur les normes
et standards de qualité**

Président/e :

Rapporteur :

SOMMAIRE

LISTE DES TABLEAUX.....	3
LISTE DES FIGURES	3
LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS	3
INTRODUCTION	6
I. LES FONDEMENTS STRATEGIQUES DU SECTEUR DE LA SANTE AU BENIN.....	7
1. Les orientations stratégiques du secteur de la santé	7
2. Un axe principal du PAG 2021 - 2026	7
3. Un secteur qui consacre le partage de rôle entre l'État et les communes	9
4. La santé communautaire dans la complétude des actions dans le secteur	9
II. LES STANDARDS DES PRINCIPAUX SERVICES OFFERTS AUX POPULATIONS	10
1. Le pilotage assuré par le Ministère en charge de santé	11
2. Pour l'offre de services de soutien.....	12
3. Pour l'offre de services techniques	12
4. Pour l'offre de services et de soins	13
III. CARTOGRAPHIE DES PARTIES PRENANTES PERTINENTES POUR LES NORMES ET STANDARDS ..	14
1. Les parties prenantes externes pertinentes pour les normes et standards.....	14
2. Les parties prenantes internes pertinentes pour les normes et standards.....	15
IV. MECANISMES ET CADRES DE REDEVABILITES EXISTANTS	16
1. Au niveau institutionnel et organisationnel	17
2. La transparence/disponibilité de l'information.....	18
3. La participation des parties prenantes	18
4. L'existence de procédures de réclamation/réparation	20
5. Le suivi-évaluation/contrôle administratif et capitalisation	21
CONCLUSION.....	21
ANNEXES :	23
A. Dispositions législatives et réglementaires	23
B. Point global des documents de normes disponibles.....	23
C. Appréciation des connaissances et de l'utilisation des normes dans le secteur	25
D. Utilisation des documents	25
E. Capacité institutionnelle pour l'application des normes	26
F. Année ou durée d'application	26
G. Eléments de pratiques et de réformes sur la redevabilité dans le secteur de la santé	26
H. Limites	27
I. Perspectives.....	27

Liste des tableaux

Tableau 1 : Liste des acteurs ayant participé à cette mission	5
Tableau 2 : Cartographie des parties prenantes internes et externes	16
Tableau 3 : Répartition des structures du ministère de la santé selon leur réponse au cours de la collecte des données, avril 2022	23
Tableau 4 : Répartition des structures du ministère de la santé selon leur réponse au cours de la collecte des données, avril 2022	25
Tableau 5 : Appréciation de la qualité des documents de normes de chaque catégorie d'offre de services	26

Liste des figures

Figure 1 : Documents de normes recensés au niveau des structures du ministère, avril 2022 .	24
Figure 2 : Complétude des données sur la redevabilité dans les formations sanitaires, avril 2022	24

Liste des sigles, acronymes et abréviations

ABRP	Agence Béninoise de la Régulation Pharmaceutique
AISEM	Agence des Infrastructures Sanitaires, des Equipements et de la Maintenance
ANCQ	Agence Nationale du Contrôle de Qualité de l'eau et des produits de santé
ANSSP	Agence Nationale des Soins de Santé Primaires
ANTS	Agence Nationale de la Transfusion Sanguine
ARS	Autorité de Régulation du Secteur de la Santé
CCMP	Cellule de Contrôle des Marchés Publics
CDEEP	Comité Départemental de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes (santé)
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHUMEL	Centre Hospitalier Universitaire de la Mère, de l'Enfant Lagune
CNEEP	Comité National de suivi de l'Exécution et d'Évaluation des Projets et programmes (secteur santé)
CNHU-HKM	Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga
CNHU-PC	Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou
CNHU-PP	Centre National Hospitalier Universitaire Pneumo-Phtisiologie
CNMH	Conseil National de la Médecine Hospitalière
CNSSP	Conseil National des Soins de Santé Primaires
CODIR	Comité de Direction
COGECS	Comité de Gestion du Centre de Santé
DFRS	Direction de la Formation et de la Recherche en santé
DGMHED	Direction Générale de la Médecine Hospitalière et des Explorations Diagnostiques
DNSP	Direction Nationale de la Santé Publique
DPAF	Direction de la Planification, de l'Administration et des Finances
DSI	Direction des Systèmes d'Information
GTT	Groupe Technique de Travail
HIA	Hôpital d'Instructions des Armées
IGM	Inspection Générale du Ministère
PAG	Programme d'Action du Gouvernement
PNLH	Programme National de Lutte contre les Hépatites
PNLMNT	Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles
PNLMT	Programme National de Lutte contre les Maladies Transmissibles
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNSP	Programme National des Soins Palliatifs
PNT	Programme National contre la Tuberculose
PNUSS	Plateforme Nationale des Utilisateurs des Services de Santé
PRMP	Personne Responsable des Marchés Publics
PSLS	Programme Sida de Lutte contre le Sida
PUSS	Plateforme des Utilisateurs des Services de Santé
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SGM	Secrétariat Général du Ministère

SOBAPS Société Béninoise d'Approvisionnement en Produits de santé
ZS Zone sanitaire

Tableau 1 : Liste des acteurs ayant participé à cette mission

Groupe technique de travail (GTT)

<u>Président</u> :	Docteur Lamidhi SALAMI	Président du Conseil National des Soins de Santé Primaires
<u>Rapporteur</u> :	Docteur Sourakatou SALIFOU	Directeur National de la Santé Publique
<u>Membres</u> :	Professeur Djimon Marcel ZANNOU	Président du Conseil National de la Médecine Hospitalière
	Dr Ismaël HOTEYI (représentant)	
	Madame Mélanie DAGBO ASSOGBA	Inspectrice Générale du Ministère
	Docteur Thierry O. LAWALE	Directeur Général par intérim de l'Agence Nationale des Soins de Santé Primaires
	Docteur Blaise GUEZO-MEVO (remplaçant)	
	Docteur Ange DOSSOU	Directeur National de la Médecine Hospitalière
	Professeur Francis DOSSOU (remplaçant)	
	Docteur Sybille ASSAVEDO	Conseillère Technique à la Médecine Hospitalière Directrice Adjointe de Cabinet
	Madame Mathilde HOTEYI AGBODANDE	Conseillère Technique au Suivi de la Performance du Secteur
	Madame Agnès VISSOH AYADJI	Directrice Adjointe de la Programmation et de la Prospective Secrétaire Générale Adjointe du Ministère
	Madame Carole ADJIBOLA Madame Hatikatou MAMAN AYA (remplaçante)	Directrice de l'Administration et des Finances Directrice de la Planification l'Administration et des Finances

Equipe d'appui au groupe technique

Madame Célestine TOVIDE	Membre du CNSSP
Monsieur Alida Noussehoué KIKI	Assistant du Président du CNSSP
Monsieur Suradjou RADJI	Chef service planification DPAF
Docteur Rodrigue KAKPO ZANNOU	Médecin Coordinateur Zone sanitaire Cotonou 6
Monsieur Julien DENAGBE	Régisseur central DPAF/MS

Equipe de relecture

Madame Mathilde AGBODANDE HOTEYI	Conseillère Technique au Suivi de la Performance du Secteur
Professeur Yolaine AHANHANZO GLELE HESSOU	Chargé de mission du ministre

Supervision des travaux

Docteur Enagnon Péta AKOGBETO	Directeur de Cabinet du Ministre
Docteur Ali IMOROU BAH CHABI	Secrétaire Général du Ministère

INTRODUCTION

Le Gouvernement du Bénin, dans sa quête permanente d'amélioration des conditions de vie des populations, s'efforce d'investir dans les différents secteurs et plus spécifiquement dans les secteurs prioritaires comme la santé. Cependant, de nombreux citoyens continuent de vivre dans la précarité, n'ayant pas accès au minimum acceptable, nonobstant les instruments juridiques nationaux, régionaux et internationaux qui le leur garantissent. Le secteur de la santé, l'un des secteurs sociaux sensibles, est concerné. Ses interventions sont assujetties aux principes de la qualité et ses prestations de services et de soins sont offertes selon des normes¹, avec une perspective de reddition de compte.

Les normes sont d'une importance capitale dans le secteur de santé, comme dans tout autre secteur régalien de service social. Elles permettent, là où elles existent et sont bien appliquées, d'améliorer la qualité de la vie en relevant la qualité des produits ou services offerts aux citoyens. Leur existence et leur application dans un environnement donné renforce la crédibilité de l'État auprès des organisations de la société civile, des partenaires techniques et financiers, des partenaires sociaux, du secteur privé et des usagers clients de l'administration en général, d'où la notion de redevabilité². Celle-ci met en avant les droits³ des citoyens et les rôles de l'État et de tous les acteurs secondaires dans la réalisation de ces droits reconnus par la déclaration universelle des droits de l'homme. Dans cet ordre d'idée, la prise en compte du secteur de la santé dans le Programme Redevabilité phase 2, sur financement de la Coopération Suisse, via l'accord de programme n° 07 F-08968-02 du 30 mai 2020, d'une durée de quatre (04) ans, s'inscrit dans la dynamique de renforcer les mécanismes d'offre, de demande et de régulation notamment en matière de redevabilité sociale.

En fait, la garantie du droit à la santé constitue l'objet central de l'action publique dans le domaine de la santé. Les interventions menées à travers la recherche et la mise en œuvre d'activités ciblant les individus ou une population rentrent dans ce cadre et doivent conduire au renforcement du système de santé, et plus particulièrement au maintien, l'amélioration et la protection de l'état de santé de chaque individu, quel que soit là où il se trouve et ses conditions de vie. Ce droit reconnu dans la constitution de l'OMS est également réaffirmé dans des textes nationaux, notamment la constitution du Bénin, en ses articles 8 et 26, et la loi portant protection de la santé des personnes en République du Bénin.

Mais en réalité, quel est l'état des lieux sur ces questions de normes et standards dans le secteur de la santé au Bénin ? C'est la question principale à laquelle essaie de répondre ce rapport qui s'articule autour de cinq principaux points se déclinant ainsi qu'il suit : les orientations stratégiques dans le secteur de la santé au Bénin, les principaux services offerts aux populations.

¹ Norme : Selon l'Organisation Internationale de Normalisation (ISO), définit comme étant un « *document établi par consensus et approuvé par un organisme reconnu, qui fournit, pour des usages communs et répétés, des règles, des lignes directrices ou des caractéristiques, pour des activités ou leurs résultats garantissant un niveau d'ordre optimal dans un contexte donné* »

² La redevabilité est considérée par les acteurs du développement international comme un nouvel « outil » de garantie des résultats attendus dans le cadre des actions conjuguées entre les partenaires au développement et les pays cibles. Par déduction, la redevabilité est un ensemble systémique qui englobe les meneurs des actions de redevabilité et les bénéficiaires intervenant dans différents secteurs de gouvernance

³ L'article 22 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme dispose que « Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays. »

I. Les fondements stratégiques du secteur de la santé au Bénin

L'analyse de ce point s'articule autour de cinq axes que sont : les orientations stratégiques du secteur, son importance dans le programme d'action du gouvernement (2021 – 2026), le rôle des communes et l'apport de la santé communautaire à la compréhension globale du secteur.

1. Les orientations stratégiques du secteur de la santé

Suivant le document de politique nationale de santé, la vision du secteur est fondée sur la vision globale du Bénin contenue dans les Etudes Nationales de Perspectives à Long Terme Bénin 2025. Cette vision a été revue compte tenu des nouveaux défis du secteur et des aspects transversaux. Elle sera progressivement concrétisée grâce à la mise en exécution des Objectifs de Développement Durable (ODD), des perspectives décennales, des Programmes de Croissance pour le Développement Durable (PC2D), des Orientations Stratégiques du Gouvernement (OSD) et des différents Programmes d'Actions du Gouvernement. Les actions visant l'amélioration des conditions socio- sanitaires des populations y occupent une place de choix.

La vision est stipulée comme suit : « Le Bénin dispose en 2030 d'un système de santé régulé, performant et résilient basé sur la disponibilité permanente de soins promotionnel préventif, curatif, ré- adaptatif et palliatif de qualité, équitables et accessibles selon le cycle de vie, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec la participation active de la population ». Son but est de Garantir à tous une bonne santé pour la promotion du bien être selon le cycle de vie.

L'objectif général du PNDS est d'assurer à chacun et à tous un bon état de santé selon le cycle de vie d'ici 2022 avec leur participation. Il repose sur des objectifs spécifiques que sont :

- Améliorer le leadership, la gouvernance et la gestion des ressources dans le secteur ;
- Assurer une bonne prestation de service de santé et une meilleure qualité de soins pour l'atteinte des Objectifs de Développement Durable ;²
- Renforcer le partenariat pour la santé entre les parties prenantes.

Les six orientations stratégiques du document sont :

- Développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé
- Prestation de service et l'amélioration de la qualité des soins
- Valorisation des ressources humaines en santé
- Développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé
- Amélioration du système d'information sanitaire et promotion de la recherche en santé
- Amélioration du mécanisme de financement pour une meilleure couverture universelle

2. Un axe principal du PAG 2021 - 2026

Pour la période de 2021 à 2026, le PAG repose sur quatre principales réformes⁴ :

- La promotion de l'assurance qualité des soins de santé et des services y compris la maintenance biomédicale
- L'amélioration de la gouvernance des formations sanitaires publiques
- La promotion d'un environnement favorable au développement de l'industrie pharmaceutique

⁴ PAG-2021-2026-tome-amelioration-bien-etre-social-populations

- Le renforcement du cadre législatif et réglementaire de l'exercice en clientèle privée et la promotion d'un environnement favorable à l'investissement et au Partenariat Public Privé

L'ensemble de ces réformes permettra de passer progressivement d'un système cloisonné, à un système davantage tourné vers le patient, qui favorise le développement des Ressources Humaines et la coordination des acteurs et des sous-secteurs et la qualité des soins.

- Construction et équipement du centre hospitalier universitaire de référence à Abomey-Calavi
- Acquisition de 200 ambulances et développement d'un schéma de transport sanitaire intégrant le SAMU
- Construction et équipement d'un CHU général, d'un CHU Mère-Enfants et d'un funérarium à Togbin
- Construction et équipement d'un centre national hospitalier et universitaire de Psychiatrie à Allada
- Construction et équipement du laboratoire national de contrôle de qualité des produits de santé et de l'eau
- Renforcement de la disponibilité des ressources humaines en santé
- Construction/réhabilitation et équipement des infrastructures sanitaires (y compris un centre des opérations d'urgence de santé publique)
- Renforcement du plateau technique des centres hospitaliers et formations sanitaires
- Promotion et développement de e-santé
- Mise en place d'une solution digitale de traçabilité des produits de santé (e-pharmacie)

Pour faire face à la complexité de la tâche, les réformes récentes, fondées sur un diagnostic approfondi des gaps, dont la faible application voire l'inexistence des normes dans le secteur, ont promu la séparation des fonctions de pilotage et de normalisation et les fonctions d'opération et d'exécution. Le Conseil national des soins de santé primaires et le Conseil national de la médecine hospitalière, coiffés par l'Autorité de régulation du secteur de la santé, constituent dorénavant les garants de la mise en place et du respect des référentiels dans le secteur. La politique nationale de santé et le plan national de développement sanitaire qui en est déduit, constituent le cadre indiqué pour les actions du secteur, et particulièrement pour les Conseils dans le processus d'élaboration des documents référentiels. Produits d'une déclinaison du plan national de développement 2018-2025 et des résultats des études prospectives à long terme Bénin Alafia 2025, ils sont également une référence pour l'ARS qui doit interagir directement avec tous les autres secteurs dont les actions ont un impact sur la santé des populations.

La séparation des fonctions évoquées ci-dessus conforte les structures opérationnelles comme agences, directions, programmes et projets du secteur dans leur mission d'exécution des choix nationaux, de coordination opérationnelle de la mise en œuvre des choix étatiques pour le volet dont ils ont la charge. Les décrets portant attribution, organisation et fonctionnement de chaque structure, déclinés à partir de l'AOF du ministère et des prescriptions des textes évoqués ci-dessus comme la loi sur la protection de la santé des personnes, précisent le champ et le périmètre, les cibles et autres paramètres clés à prendre en compte dans la réalisation de la mission assignée à chacune d'elle. En référence aux exigences actuelles du contexte et au principe d'une « seule santé », qui stipule les liens étroits entre la santé humaine, celle des animaux et l'état écologique global, le ministère de la santé considère comme primordiale l'intégration de ses actions avec celles du ministère de l'agriculture et de l'élevage et le ministère du cadre de vie.

3. Un secteur qui consacre le partage de rôle entre l'État et les communes

Suivant les dispositions de la loi N°2021-14 du 20 décembre 2021 portant code de l'administration territoriale en République du Bénin, la commune dispose de compétences qui lui sont propres en tant que collectivité territoriale décentralisée. Elle exerce, en outre, sous le contrôle de l'autorité de tutelle, d'autres attributions qui relèvent des compétences de l'État. La commune concourt avec L'État et les autres collectivités à l'administration et à l'aménagement du territoire, ou développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique ainsi qu'à la protection de l'environnement et à l'amélioration du cadre de vie.

Dans ce cadre, elle contribue à l'établissement du plan de sécurité publique, de lutte contre la délinquance et la criminalité dans la commune et apporte, en cas de nécessité, nonobstant toutes dispositions contraires, un appui aux unités en charge de la sécurité et de la protection civile. La commune exerce les compétences dans les domaines ci-après (article 30 à 53) :

- Développement local,
- Aménagement,
- Habitat et urbanisme
- Infrastructures, équipement et transports
- Environnement, hygiène et salubrité
- Enseignement primaire et maternel
- Alphabétisation et éducation des adultes
- Santé, action sociale et culturelle.

Dans le point spécifique "santé, action sociale et culturelle", l'article 46 dispose que : « La commune a la charge de la réalisation, de l'équipement et de la réhabilitation des centres publics de santé et de promotion sociale, des infrastructures publiques culturelles de jeunesse, des sports et des loisirs, au niveau de l'arrondissement, du village ou du quartier de ville. Elle assure, en outre, l'entretien de ces centres et infrastructures. A cet effet, l'Etat lui transfère les ressources nécessaires. »

4. La santé communautaire dans la complétude des actions dans le secteur

La Politique Nationale de Santé Communautaire au Bénin⁵ est née de la volonté des acteurs du secteur de relever les défis liés à la réduction significative de la morbidité et de la mortalité notamment maternelle, néonatale et infantile, et à la lutte contre les maladies non transmissibles émergentes et les maladies à potentiel épidémique récurrentes. Elle repose sur les éléments de consensus et les conclusions du Forum National sur la Santé Communautaire au Bénin organisé en novembre 2013. Le document de politique adopté en 2015 fait suite à trois décennies de mise en œuvre des interventions en santé communautaire en application des résolutions de la conférence d'Alma-Ata (1978) et de l'Initiative de Bamako.

La vision de la Politique Nationale de Santé Communautaire se décline comme suit : **« le Bénin dispose d'un système de santé communautaire, intégré, performant, résilient et pérenne basé sur l'approche « one health » à travers une disponibilité permanente des soins curatifs de base, promotionnels, préventifs et palliatifs avec la revalorisation et la**

⁵ D'après la directive de mise en œuvre de la politique nationale de la santé communautaire, Ministère de la Santé, 2020

pleine participation de tous les intervenants communautaires pour le bien-être de tous » à l'horizon 2030.

Le but de la Politique Nationale de Santé Communautaire est de : contribuer à l'amélioration du bien-être de tous, en particulier des populations vulnérables par le développement de la capacité de chaque homme, femme, adulte ou enfant, à protéger sa santé et son bien-être, dans un environnement favorable, pérenne et résilient contre les épidémies ou toutes autres affections quelle que soit son origine (humaine, animale, environnementale, végétale) dans un cadre de vie à maintenir sain.

L'objectif est d'assurer les soins et services de santé communautaire intégrés (préventifs, promotionnels et curatifs) à tous les ménages du Bénin, tout en assurant la mise en place d'un bon dispositif d'alerte pour la survenue des maladies en milieu communautaire.

Les six orientations stratégiques telles que retenues dans le document de Politique Nationale de Santé Communautaire se présentent comme suit :

- Amélioration des connaissances des populations pour la gestion durable d'une vie saine et le bien-être ;
- Renforcement des compétences des acteurs ;
- Offre de services de santé préventifs, curatifs, promotionnels et palliatifs aux populations à domicile, dans les quartiers et villages ;
- Distribution à base communautaire de produits, commodités de santé et autres ;
- Stratégies de financement et appui à la mobilisation communautaire ;
- Suivi et surveillance communautaire des maladies/épidémies d'origine humaine, animale, environnementale, végétale.

Sa mise en œuvre repose sur un rôle important joué par les acteurs communautaires ; il s'agit de :

- La communauté bénéficiaire ;
- Les Relais Communautaires⁶ (RC) du village ou quartier de ville concerné ;
- Les élus locaux du village ou du quartier de ville ;
- Les leaders d'opinions et les chefs religieux ;
- L'Agent de Santé Communautaire Qualifié (ASCQ) ;
- Les pairs éducateurs et volontaires ;
- Les acteurs provenant des organisations féminines, masculines, mixtes ou de jeunes du village ou du quartier de ville.

II. Les standards des principaux services offerts aux populations

Ce point prend en compte quatre aspects que sont : le pilotage assuré par le Ministère en charge de santé et les standards liés à trois aspects : l'offre de services de soutien, l'offre de services techniques et l'offre de services et de soins.

⁶ Il a pour rôle est entre autres de i) contribue à la veille sanitaire et à la surveillance épidémiologique pour les maladies prioritaires retenues et les maladies à potentiel épidémique ii) Assurer les activités de prévention et de promotion de la santé au niveau de la communauté et des ménages ;

1. Le pilotage assuré par le Ministère en charge de santé

Le Ministère de la Santé est organisé et fonctionne suivant les principes et les dispositions communs à tous les ministères, énoncés par le décret fixant la structure-type des ministères (Décret N°2021-401 du 28 Juillet 2021 modifié par le Décret N°2022-476 du 03 Aout 2022). Il a pour mission la conception et le suivi-évaluation de la politique de l'Etat en matière de santé. La politique de l'Etat vise à garantir l'égal accès à la santé à tous, sans distinction de sexe, de race, de religion, d'opinion et d'origine sociale, par la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales (Décret N°2021-571 du 03 Novembre 2021 portant attributions, organisations et fonctionnement du Ministère de la Santé). Le ministère dispose de directions techniques et de directions départementales, coordonnées par le Secrétaire général du ministère.

Les services et produits offerts au niveau du secteur sont de divers ordres. Les intrants ou ressources constituent une catégorie importante. Ils concernent les infrastructures, les équipements, les produits de santé, les documents référentiels (documents de normes, de standard, de planification, les guides, les manuels de formation, les protocoles et autres). Produits ou services pour certains et intrants pour d'autres, leur mise en place n'est pas seulement la résultante des actions des seuls acteurs du secteur de la santé. Ils appellent souvent, à quelques exceptions près, la contribution de fournisseurs de services ou producteurs de biens et services spécialisés ou non, ne relevant pas du ministère de la santé, voire du secteur.

Les produits sus-évoqués constituent des soutiens majeurs pour l'offre des services de qualité dans le secteur. Leur défaillance impacte directement tous les autres produits du secteur, notamment les produits techniques comme les traitements de masse contre certaines maladies endémiques, la surveillance et dépistage pour certaines affections (VIH/sida, hépatites, nutrition, maladies non transmissibles et maladies tropicales négligées, ...). Les produits techniques sont des réponses convenues, structurées ciblant des besoins de masse, donc une grande partie de la population.

Il y a également des produits relevant d'offre plus individualisée qui sont mis à disposition au niveau des formations sanitaires, des officines de pharmacie, des laboratoires, des centres spécialisés en radiologie, kinésithérapie et autres. Il s'agit de consultations, de soins, d'actes médicaux, instrumentaux ou non, d'actes chirurgicaux, d'hospitalisation dont bénéficient les personnes malades ou non dans les structures de santé sur la base d'une demande directe ou non.

Sur la base de ces produits ou services, les structures du Ministère de la Santé peuvent être réparties en trois groupes d'offres selon leur domaine d'interventions en santé :

- **L'offre de services de soutien** assurée par les structures qui ont à charge la mise en place des dispositifs logistiques ou administratifs ou encore de coordination au niveau de tout le système de santé ; il s'agit de DPAF, PRMP, SGM, Cabinet, DSI, AISEM, ABRP, IGM, CNMH, CNSSP ;
- **L'offre de services techniques** assurée par des structures chargées de mettre en œuvre des interventions sanitaires de santé publique ; il s'agit de DNSP, DFRS, ANSSP, PNLH, PNLMNT, PNLMT, PNPMT, PNLPL, DGMHED ;
- **L'offre de services et de soins** concerne les actes pratiqués sur les personnes et destinés à lui apporter la guérison ou la satisfaction à un besoin de santé dans un espace dédié ; les structures en charge sont les centres de santé, CNHU, CHUMEL, CHUZ, cliniques et

cabinets de santé privés, les officines de pharmacie, les centres de diagnostics, l'ANTS, le PSLs, le PNT, le PNSP, SOBAPS, PNLp, les ZS.

L'offre de différents services ou produits est encadrée par des documents de normes, directives ou protocoles, des guides, des manuels, des procédures opérationnelles standardisées, etc...

2. Pour l'offre de services de soutien

Plusieurs dispositions référentielles existent et encadrent les offres de services de soutien. Quelques-unes sont évoquées ci-après sur l'organisation et le fonctionnement des structures mais aussi la mise en place de la logistique de prestation technique.

- Le Décret N° 2020-577 Du 09 Décembre 2020 portant réaménagement des horaires de travail dans l'administration publique ; article 2 qui stipule : « Les 40 heures hebdomadaires de travail en vigueur se répartissent comme suit, du lundi au vendredi inclus : matin (08h à 12h30) ; pause (12h30 à 14h) ; après-midi (14h à 17h30) » ;
- Le Décret N°2019-124 du 17 avril 2019 portant fixation des taux des indemnités de garde, d'astreinte et d'heures supplémentaires dans les formations sanitaires publiques ; selon les articles 3 et 9 qui stipulent : « Dans les formations sanitaires publiques, l'offre continue de soins est assurée sous forme d'un service normal, d'un service de garde, d'un service d'astreinte et des heures supplémentaires de travail qui doivent être rémunéré » ;
- La Loi N° 2020 - 37 du 03 Février 2021 portant protection de la santé des personnes en République du Bénin ; article 3 « L'organisation de la protection de la santé des personnes vise à garantir la réalisation du droit...multisectorielle. Elle garantit à cet effet les principes de bonne moralité, de probité, d'éthique, d'équité, de dévouement et de responsabilité indispensable à l'exercice des professions de la santé en vue d'assurer le bien-être de la population » ; article 7 qui stipule : « Tout patient a le droit d'accepter ou de refuser un acte médical ou l'application d'un traitement médical » ;
- Le document de politique national de santé 2018-2030 ;
- Le plan national de développement sanitaire 2018-2022 ;
- Le Plan stratégique national intégré, orienté vers l'élimination du VIH/sida, la tuberculose, le paludisme, les hépatites virales, les IST et les maladies à potentiel épidémique 2020-2024 ;
- Le document de norme en infrastructures et équipements ;
- Le décret N° 2003-401 du 13 octobre 2003 portant création, attribution, composition, organisation du Comité National de Suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Programmes/projets du secteur Santé (CNEEP), et les arrêtés n°1095 du 17 mars 2011 et n°3339 du 02 juin 2010 portant respectivement création, attribution, composition, organisation des Sous-Comités du CNEEP et du CDEEP ;
- Le document de Plan de Décentralisation et de Déconcentration (Plan 2D) 2020-2024 du Ministère de la Santé ;
- La loi sur la décentralisation.

3. Pour l'offre de services techniques

Plusieurs textes déterminent la réalisation ou l'offre de ces produits techniques à la population.

- La Loi 97-020 du 17 Juin 1997 fixant les conditions de l'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales ; article 2 « Nul ne peut exercer les professions médicales et paramédicales en République du Bénin s'il n'est : titulaire soit d'un diplôme

d'Etat béninois (i), soit d'un diplôme étranger reconnu ou équivalent par le ministère chargé de l'éducation nationale ; de nationalité béninoise ou ressortissant d'un Etat ayant passé avec le Bénin des accords de réciprocité (ii) ; inscrit au tableau des ordres nationaux lorsqu'ils existent (iii) » ;

- La Loi N° 2010-40 du 10 Décembre 2010 portant Code d'éthique et de déontologie pour la recherche en santé en République du Bénin ; article 2 « la recherche en santé a pour objet de mettre au point les outils pour prévenir et soigner la maladie ou en atténuer les effets (i) ; concevoir des approches plus efficaces pour la prestation des soins de santé tant à l'individu qu'à la communauté (ii) ; contribuer à mieux outiller les professionnels de santé à des fins de prévention de la maladie, de restauration de la santé et de l'adaptation (iii) ».
- Le règlement sanitaire international 2005 : un ensemble de directives et prescription pour se préparer, répondre et gérer les risques sanitaires au niveau du pays ; c'est un cadre développé par l'OMS auquel les pays adhèrent et qui assurent la cohérence la réponse aux urgences au niveau international,
- Le Guide technique national pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte : il encadre la gestion des maladies épidémies et assure la mise en place de la riposte ;
- Le Guide national de prise en charge des personnes atteintes d'hépatite virale chronique dont l'objet vise à « aider les soignants et l'ensemble des acteurs impliquer dans la prise en charge des patients atteints de l'hépatite virale à adopter une bonne démarche médicale » ;
- Le document de Politique, normes et procédures pour la PEC des PVVIH au Bénin (2016) ;
- Les arrêtés portant AOF des programmes ;
- La loi n° 2020 - 37 du 03 Février 2021 portant protection de la santé des personnes en République du Bénin (article sur la surveillance et la lutte contre les épidémies) ;
- L'arrêté portant obligation de notification des cas de décès maternels, néonataux, institutionnalisation des audits des décès maternels et néonataux des cas de near miss.

4. Pour l'offre de services et de soins

Ces offres sont le plus souvent encadrées par des documents de normes, de directives ou des guides et manuels. Quelques documents de planification y concourent également :

- L'ordinogramme destiné aux agents de santé des formations sanitaires de premier contact (2018) ;
- Les algorithmes des prises en charge et les protocoles opératoires standardisés : ils sont produits et régulièrement actualisés pour des harmoniser les pratiques comme ce fut le cas dans la gestion de la COVID-19 ;
- La Loi n°2022-04 du 16 février 2022 sur l'hygiène publique en République du Bénin ; article 3 « il est interdit de poser des actes susceptibles de porter atteinte à l'hygiène publique » ;
- Le Décret 89-354 du 18 septembre 1989 portant modalités de fixation des prix de vente des médicaments, des consultations, des actes médicaux et journées d'hospitalisation dans les formations sanitaires publiques. Il s'agit entre autres des dispositions fixant les prix de ventes de médicaments essentiels et interdisant la rétention des recettes des formations sanitaires en leur sein ;
- L'arrêté 2020-023/MS/DC/SGM/CTJ/DNSP/SA/015SGG20 portant modalités de fixation des prix de cession des vaccins dans les centres de vaccination internationale ;
- La loi n°2021-12 du 20 décembre 2021 modifiant la loi 2003-04 du 3 mars 2003 relative à la santé sexuelle et à la reproduction en République du Bénin ;
- Le document de Guide et Standards pour un avortement médicalisé au Bénin.

III. Cartographie des parties prenantes pertinentes pour les normes et standards

Dans le secteur de la santé, les acteurs impliqués dans la mise en place et l'application des normes, ainsi que dans la redevabilité, sont présents aussi bien internes que externes au ministère de la santé (confère tableau 1). Ils se retrouvent aux différents échelons de la pyramide sanitaire avec des rôles variés.

1. Les parties prenantes externes pertinentes pour les normes et standards

L'existence de parties prenantes externes découle du fait que la santé ne relève pas uniquement des professionnels de la santé mais de tout acteur ayant un impact sur les déterminants de la santé. Les pratiques d'implication de la population dans les actions communautaires, dans les actions sociales ont été développées pendant la période révolutionnaire. Elles avaient généré une responsabilité sociale du responsable sanitaire qui avait l'obligation de s'associer et de porter les choix communautaires au sein des organes révolutionnaires et surtout de rendre compte des actions menées en vue de répondre aux préoccupations de santé des populations. Ces approches, confortées par la mise en œuvre des soins de santé primaires adoptés par le Bénin après la Conférence d'Alma Ata en 1978, se sont concrétisées dans les éléments d'opérationnalisation de la participation communautaire comme les organes de cogestion des structures de santé. Ces organes sont hiérarchisés, retrouvés aux différents échelons de la base de la pyramide sanitaire. Ce sont les Comités villageois de santé au niveau des villages, les Comités de gestion des centres de santé (COGECS) dans les aires sanitaires formées à l'échelle ou à l'intérieur de l'arrondissement et les Comités de santé constitués à l'échelle des zones sanitaires.

A ce jour, à la place des Comités villageois de santé qui ne sont plus opérationnels, il subsiste une responsabilité tacite des chefs de village ou des délégués de quartier dans la gestion des questions de santé et les relais communautaires, remplaçant des agents villageois de santé d'hier, qui assurent l'offre des services.

Au niveau du centre de santé, le COGECS, constitué des représentants des différentes couches des communautés de l'aire sanitaire et du représentant du chef d'arrondissement, est l'organe de cogestion consacré par les textes réglementaires. Le Comité de santé (COSAN) qui se trouve au niveau de la zone sanitaire, comme l'organe de décision joue quasiment le même rôle aux côtés de l'équipe d'encadrement de zone sanitaire (EEZS) et constitue pour celle-ci l'instance de redevabilité.

La volonté de renforcer l'écoute et la prise en compte des préoccupations des usagers, d'assurer un portage accru de la voix de la demande et du détenteur de droit, a conduit à la mise en place d'autres creusets plus ouverts. Il s'agit de :

- La Plateforme des utilisateurs des services de santé (PUSS) initiée dans certaines zones sanitaires avec comme principaux acteurs les utilisateurs des services de santé dans les centres de santé, les hôpitaux et autres. Contrairement aux COGECS et Comités de santé, cette plateforme est moins impliquée dans la gestion de la formation sanitaire. Elle est plus portée vers la réclamation ou la défense du droit de l'utilisateur, la représentation du détenteur de droit face au porteur de responsabilité ;
- La Plateforme nationale des utilisateurs des services de santé (PNUSS), qui est un regroupement des PUSS au niveau national ; elle est chargée de fédérer et renforcer leurs actions ;

- Les associations de développement qui ont souvent dans leur mission le volet santé, ainsi que les associations ou groupements villageois, de jeunes, de femmes, de producteurs ;

En outre, il existe sur le plan national ou infranational des organismes de la société civile dont les actions concourent à la mise en place, la veille sur les normes et standards et surtout de manière globale, à la redevabilité. Il s'agit de :

- Les Sociétés savantes (ONMB, ONPB, CNGOB, Société Béninoise de Neurologie, Société Béninoise de Rhumatologie, Association des nutritionnistes-diététistes du Bénin, Société Béninoise de Parasitologie-Mycologie (SOBEPAM), etc.) sont des représentations, associations, ordres et collèges des professions médicales et paramédicales qui œuvrent pour la promotion et la mise en place des dispositifs en vue d'un meilleur encadrement de leurs corporations ;
- Les Organisations de la société civile contribuent aux processus de médiation et de résolution des conflits, contribuant ainsi à l'innovation sociale. Elles influencent les politiques gouvernementales tout en impulsant le changement. Elles contribuent enfin à l'innovation sociale ;
- Les associations de développement de compétences ou d'interventions en santé

2. Les parties prenantes internes pertinentes pour les normes et standards

Sur le plan interne, outre l'ARS d'une part, le CNSSP et le CNMH d'autre part, qui sont en charge de la définition/fixation des référentiels au niveau national, il existe des structures qui, du fait de leurs attributions et leur place dans le développement de la politique nationale de santé, jouent un rôle essentiel dans la mise en place et la surveillance des documents référentiels :

- L'équipe d'encadrement de zone sanitaire : c'est la structure technique la plus décentralisée en charge du développement de la politique nationale de santé. A l'aide de documents de planification, des décisions et des notes de services signés par le médecin coordonnateur, chef de l'équipe, elle organise les services et l'offre de soins dans son aire dans le respect du cadre tracé par le niveau hiérarchique supérieur ;
- La Direction départementale de la santé, structure déconcentrée du Ministère de la Santé, met en œuvre au niveau départemental, la politique sanitaire par le Gouvernement. Elle est chargée de la gestion du plan d'action sectoriel, de l'assistance technique et de l'appui-conseil aux communes dans les domaines de la santé conformément aux lois sur la décentralisation (Confer arrêté année 2022 n°014/MS/DC/SGM/CJ/DPAF/ SA/0015 SGG 22 du 16 février 2022) ;
- Le Ministère de la Santé (Confer Décret n°2021-571 du 03 novembre 2021 portant AOF du ministère de la santé). Des réformes engagées et en cours dans le secteur, de nouvelles structures ont été mises en place pour l'amélioration de la qualité des prestations et de la performance du secteur ;
- Le Comité de direction du ministère de la santé assure le suivi de mise en œuvre des activités au niveau des structures opérationnelles du ministère de la santé. Il sert de cadre de prise de décision de grande portée ;

Par ailleurs, il faut aussi relever la présence de certains acteurs qui ont une place clés aux côtés de l'Etat central dans l'offre des services et soins de santé :

- Les collectivités locales : représentées par les mairies ou leur démembrements (arrondissement ou village/quartier, elles ont une place essentielle dans l'offre des services de santé aux populations et doivent, de ce fait s'impliquer dans la mise en place et la surveillance de l'application des référentiels retenus ;

- Les autres acteurs organisés de l'Etat : il s'agit du parlement qui intervient dans le vote des nouveaux textes, des organes de haute juridiction qui apprécient la qualité des textes et garantissent leur application, les autres ministères et autres agences gouvernementales, surtout ceux dont les actions portent directement sur les déterminants de la santé comme le ministère de l'agriculture, le ministère du cadre de vie, le ministère de l'eau, etc. ;
- Les Partenaires techniques et financiers (organismes du Système des Nations unies, l'AFD, Enabel, Coopération suisse, GIZ, Ambassade des Pays-Bas, BAD, BID, Banque mondiale, BOAD, OOAS, Fonds Mondial, Fonds Muskoka, etc.) contribuent à l'assistance technique et financier. Ils orientent et conseillent le ministère de la santé pour l'amélioration de la santé des populations ;

Les interventions des parties prenantes aussi bien internes qu'externes suivent des formes variables ; soit elles s'inscrivent dans un cadre bilatéral direct, soit elles sont conduites de manière coordonnée/harmonisée en synergie avec d'autres (comme ce fut le cas dans la gestion de COVID-19) aux fins de fournir des services de soins de qualité.

Tableau 2 : Cartographie des parties prenantes internes et externes

N°	Niveaux de gouvernance	Situation des parties prenantes	
		Interne	Externe
1	Niveau périphérique	<ul style="list-style-type: none"> - Comité villageois de santé - COGECS - EEZS - COSAN 	<ul style="list-style-type: none"> - Comité villageois de santé (Conseiller local) - EEZS - COSAN (Représentant du Maire, ONG)
2	Niveau intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> - DDS - CDEEP - CODIR - Collectif des médecins 	<ul style="list-style-type: none"> - CDEEP (Préfecture, DDASM, Secteur sanitaire privé, tradipraticiens, DDESRS, DDEMP, DDESTFP, Receveur des finances, DDCVDD, Direction départementale de l'énergie, Direction départementale de l'eau et des mines, partenaires sociaux)
3	Niveau central	<ul style="list-style-type: none"> - ARS - Ministère de la santé - Conseils nationaux - CNEEP - CODIR - Directions centrales - Directions techniques - Agences - Projets/Programmes 	<ul style="list-style-type: none"> - CDEEP (Préfecture, MASM, Secteur sanitaire privé, tradipraticiens, MESRS, MEMP, MESTFP, MEF, MCVDD, ministère de l'Énergie, Ministère de l'Eau et des mines, partenaires sociaux) - Les sociétés savantes (ONMB, ONPB, CNGOB, etc) - Les partenaires sociaux - PTF

IV. Mécanismes et cadres de redevabilités existants

Parmi les éléments importants pour cette rubrique, nous relèverons ceux se rapportant à trois points principaux : i) la transparence/disponibilité de l'information ii) la participation des parties prenantes iii) l'existence de procédures de réclamation/réparation.

1. Au niveau institutionnel et organisationnel

Du fait de la sensibilité et des principes qui guident l'exercice de la profession de santé, des pratiques de redevabilité ont toujours existé dans le secteur de la santé, et ce, nonobstant les biais d'informations souvent évoqués dans la relation soignant-soigné. Au Bénin, il existe des pratiques, encadrées ou non par des textes, visant à assainir la relation entre détenteur du droit et porteur de responsabilité ou d'obligations, notamment soigné - soignant, employé – employeur, prestataire-manager, opérateur-décideur, améliorant de fait la qualité perçue, la qualité vécue et la qualité ressentie par les usagers et la population. Ces pratiques traduisent l'engagement de l'Etat, de ses représentants au sein du secteur, des responsables des structures sanitaires, des prestataires en faveur d'une effectivité de la redevabilité et la garantie du droit à la santé.

La réduction de l'influence négative des politiques et des groupes organisés sur les choix et les actions du secteur est à l'origine de la réforme institutionnelle qui crée une entité autonome qui surplombe le ministère de la santé. Il s'agit de l'Autorité de régulation du secteur santé (ARS), rattachée à la Présidence de la République, et qui a pour mission de veiller à la réalisation du droit à la santé pour tous les citoyens par l'amélioration continue de la qualité des soins. Elle se prononce sur toute question relative au secteur de la santé, en particulier dans les domaines politique, stratégique et institutionnel.

Pour répondre aux insuffisances organisationnelles notées à l'occasion du diagnostic situationnel du secteur effectué par la Commission technique chargée des réformes dans le secteur de la santé, plusieurs organismes et structures ont été créés. Il s'agit :

- Du Conseil national des soins de santé primaires (CNSSP) et du Conseil national de la médecine hospitalière (CNMH), organes de pilotage chargés de garantir une harmonisation et une meilleure qualité des services par la mise en place de normes, de directives, de guides, d'outils de planification de niveau élevé ;
- Des structures opérationnelles comme l'Agence nationale des soins de santé primaires (ANSSP), la Direction générale de la médecine hospitalière et des explorations diagnostiques (DGMHED), l'Agence nationale du contrôle de qualité des produits de santé et de l'eau (ANCQ), l'Agence béninoise de régulation pharmaceutique (ABRP), l'Agence des infrastructures sanitaires, des équipements et de la maintenance (AISEM) et la Société béninoise pour l'approvisionnement en produits de santé (SoBAPS).

Cette réforme vise à clarifier les fonctions, rendre plus efficaces et plus performantes les interventions sanitaires afin de mieux répondre aux attentes des populations, en développant une plus grande réactivité des structures. Celles-ci devront faire preuve de plus responsabilité et d'écoute et de redevabilité.

Les quatre dispositifs clés de la redevabilité sont au cœur des textes adoptés par le Gouvernement depuis 2016. Il s'agit de textes qui révolutionnent les pratiques et créent un nouveau contexte de gestion. Au nombre des nouvelles dispositions législatives et réglementaires, il y a :

- La loi n°2018-34 du 05 octobre 2018 modifiant et complétant la loi n°2001-09 du 21 juin 2002 portant exercice du droit de grève en République du Bénin ;
- La loi n° 2020-37 du 03 février 2021 portant protection de la santé des personnes en République du Bénin ;
- La loi n° 2021-03 du 1er février 2021 portant organisation des activités pharmaceutique en République du Bénin ;
- La loi n°2021-12 du 20 décembre 2021 modifiant la loi 2003-04 du 3 mars 2003 relative à la santé sexuelle et à la reproduction en République du Bénin ;

- La loi n°2022-04 du 16 février 2022 portant sur l'hygiène publique en République du Bénin.

Au nombre des textes, il y a également des décrets et arrêtés orientés sur la réforme de la gouvernance dans les hôpitaux, la gestion du temps de travail (gardes et astreintes, charge de travail, double tutelle, ...) afin de clarifier les responsabilités des soignants, des dirigeants des structures sanitaires et surtout de faciliter la redevabilité des individus, des personnes dans l'exercice de la mission publique. La révision de l'AOF du ministère de la santé et de l'organigramme permet aussi de préciser le rôle et les liens entre acteurs du système et faciliter au détenteur du droit la réclamation auprès du porteur de responsabilité que constituent le ministère de la santé et ses structures.

2. La transparence/disponibilité de l'information

Au sein du personnel, les textes réglementaires recommandent l'organisation, l'animation de cadres d'échanges, d'analyse des questions de fonctionnement, de prise de décisions consensuelles et surtout de reddition de compte dans chaque entité sanitaire. Ainsi, il existe :

- Dans les formations sanitaires, le cadre de concertation communal qui se réunit mensuellement ;
- Au niveau de la zone sanitaire, l'équipe d'encadrement de zone sanitaire (EEZS) qui se réunit hebdomadairement et mensuellement
- et au niveau des directions départementales de la santé (DDS), des directions centrales ou techniques, des agences, des programmes, des projets et, les Comité de direction (CODIR) qui se réunissent par quinzaine ou hebdomadairement.

Ces cadres constituent également des instances pour « rendre compte, tenir compte et demander des comptes », car les choix, les actions, les pratiques y sont présentées, discutées et validées ou censurées. La fonctionnalité de ces cadres, leur efficacité dans la promotion et le renforcement de la redevabilité sont toutefois fonction du leadership de l'appareil dirigeant et particulièrement de la capacité managériale des responsables des structures.

Les mécanismes de communication internes sont recommandés et développés pour plus de transparence. Les normes et standards sont mis dans le domaine public pour une meilleure appropriation par les acteurs et les usagers. Cependant, cette appropriation reste limitée et difficile du fait de l'évolution rapide (comme c'est le cas des prix des prestations et de soins) ou la multiplicité des sollicitation (nombre et volume des informations et des documents).

3. La participation des parties prenantes

Des instances de redevabilité plus larges au profit des partenaires du secteur existent et fonctionnent diversement selon l'engagement et le niveau de sollicitation. C'est par exemple :

- Le Comité de direction du ministère de la santé : un cadre d'échanges, d'analyse, de concertation et de décision qui rassemble les membres du cabinet du ministre et du secrétariat général du ministère, les directeurs centraux, les directeurs d'agences ou structures assimilées [Confer Décret n°2021-571 du 03 novembre 2021 portant AOF du ministère de la santé];
- Le Comité de direction (CODIR) Élargi du ministère de la santé qui regroupe autour du ministre de la santé les responsables de toutes les entités du ministère, depuis le cabinet, les directions et agences, projets et programmes jusqu'aux coordinations des zones

sanitaires. C'est une instance qui se réunit trimestriellement pour étudier des questions de fonctionnement et les performances du secteur ;

- Le Comité national de suivi de l'exécution et d'évaluation des projets et programmes du secteur santé (CNEEP) [Confer l'arrêté année 2007 n°8320/MS/DC/SGM/DRFM/DPP/CSE/ SOSEV du 08 août 2007] qui rassemble les structures centrales, les représentants du secteur privé de la santé et les représentants des autres secteurs d'activité ayant un impact sur les interventions de la santé. Il constitue un cadre de validation, de bilan, et d'évaluation des projet et programmes mis en œuvre dans le secteur, un cadre pour informer et mobiliser les autres secteurs à venir en appui à la santé. Il se tient chaque semestre uniquement avec les acteurs nationaux. Cette instance a un démembrement au niveau de chaque département appelé CDEEP (comité départemental de suivi de l'exécution et d'évaluation des projets et programmes du secteur santé) qui est placé sous l'autorité du préfet ;
- Le cadre de concertation avec les partenaires constitue aussi un cadre tout particulier qui permet aux acteurs du ministère de faire le point avec ces derniers des interventions en cours, des choix nationaux et des disponibilités nationales, des actions à engager à leur niveau ainsi que des dispositions à prendre pour un alignement et surtout une conjugaison de toutes les énergies au profit de la population. Ce cadre qui se réunit trimestriellement pour le suivi des engagements, constitue une opportunité pour renforcer la transparence dans les actions nationales et le partenariat ;
- La revue annuelle conjointe : est un cadre de concertation annuel entre le ministère de la santé, les autres secteurs et les partenaires pour le suivi de la performance du secteur de la santé. Il permet également d'envisager les futurs priorités et engagements des acteurs pour une meilleure coordination ;
- La Commission administrative paritaire du ministère de la santé : instance consultative composée, en parité, de représentants de l'administration et du personnel ; elle s'occupe du dialogue social, de la médiation sur les questions concernant la gestion et la carrière du personnel du secteur.

Au niveau décentralisé, certains organes similaires existent :

- Le staff médical au niveau des équipes de santé ;
- Le cadre de concertation communal qui se rassemble autour du médecin chef les acteurs clés des interventions sanitaires de son aire de responsabilité ;
- La réunion de l'équipe d'encadrement de zone sanitaire ;
- Le CODIR au niveau de la DDS qui peut au besoin être élargi aux médecins coordonnateurs voire les chefs services du CHD ;
- La Conférence des zones sanitaires qui regroupent les équipes de la DDS et des zones sanitaires autour du DDS ;
- La Conférence administrative départementale (CAD) qui regroupe, autour du préfet du département, aussi bien les acteurs du secteur de la santé représentés par le DDS que les acteurs des autres secteurs déconcentrés de l'État.

Dans la mise en œuvre des interventions de santé, il existe également certaines pratiques visant à assurer la qualité des choix et surtout l'adéquation entre l'offre et la demande, qui renforcent la participation des parties prenantes et confortent l'application des principes de redevabilité. Il s'agit entre autres :

- Du processus de planification ascendante : elle consiste à faire réaliser au cours de l'année n-1 la planification des interventions pour l'année n en partant des besoins réels de la base, des communautés, des centres de santé, des zones sanitaires et des DDS

avant d'opérer une fusion et un arbitrage national pour générer le plan de travail du secteur. A chaque niveau, un appui est fourni pour l'analyse de l'information, l'identification des gaps et leurs causes, la validation des priorités puis la formulation des actions de réponses dans une approche participative ;

- Du diagnostic communautaire : utilisé surtout au niveau opérationnel du système de santé pour identifier les besoins, conforter une demande afin de s'assurer de l'adhésion et la participation de la communauté à la mise en œuvre d'une intervention de santé. Il est participatif, inclusif et vise à générer un état des lieux avec une analyse in situ des problèmes, des réponses adaptées et acceptables pour la communauté.

4. L'existence de procédures de réclamation/réparation

Répression des pratiques illicites et assainissement du cadre professionnel :

La mise en action des chambres disciplinaires des ordres de professionnels de santé sur demande du ministère de la santé ou même de tiers est une disposition prévue par les textes mais souvent peu utilisée pour inciter aux bonnes pratiques et contrer la propagation des mauvaises pratiques. Depuis 2018, la sollicitation de la chambre disciplinaire du Conseil national de l'Ordre des médecins et du Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes est devenue récurrente mettant le ministère dans son rôle de protecteur de la vie des usagers et défenseur des meilleures pratiques au sein du secteur. Les cas déferés et jugés au sein de ces chambres ont fait l'objet d'une application diligente et complète des peines ou sanctions retenues par l'autorité ministérielle ou ses représentants.

Les résultats de la Cellule de contrôle de l'ARS (ex-Commission de contrôle des services de santé médicaux), structure rattachée à la présidence de la République, sont quasi exécutoires de même que ceux des missions de contrôle de l'Inspection Générale du ministère puis des missions d'inspections des formations sanitaires diligentées par la Direction Nationale de la Santé Publique. La fermeture des formations sanitaires illégales ou illicites, ou ayant un plateau technique inapproprié, opérée en application des recommandations de ces structures, et ce, nonobstant le contexte politique, constitue des signaux forts de redevabilité dans le secteur.

Les Conseils de discipline organisés au niveau du secteur suivis de réunion du Comité consultatif paritaire de la fonction publique pour connaître des cas de mauvaises pratiques et ou détournement et autres ont conduit à des sanctions lourdes par lesquelles le secteur veut donner des gages de protection et assumer son rôle de porteur de responsabilité ou d'obligation vis-à-vis des usagers.

Pratiques renforçant la redevabilité induite par les réformes

- Les réformes engagées depuis 2016 ont induit ou renforcé des pratiques enclines à la redevabilité au sein du secteur de la santé. Certaines d'entre elles se sont davantage révélées à l'occasion de la gestion des crises sanitaires majeures auxquelles le pays a fait face ces dernières années. Il s'agit de :
- **Le Call center mis en place dans le cadre du projet « j'écoute »** : il a servi de réceptacle aux demandes express de service et d'appel à l'assistance dans le cadre de la gestion de la crise de COVID-19. C'est aussi un canal pour le relevé des plaintes des populations au même titre que la ligne WhatsApp mise en place par le ministre de la santé dès 2018. Ces deux outils ont permis de recueillir, analyser et répondre aux préoccupations des patients et des usagers et aussi de corriger les dysfonctionnements dans le système organisationnel des structures d'offres de soins et services de santé ;

- **Les équipes d'intervention rapide et les équipes mobiles de prise en charge** : ces deux outils prévus par les orientations de l'OMS en matière de gestion des urgences sanitaires ont été fortement utilisés au décours de la gestion des crises de lassa et de COVID-19 permettant de limiter la propagation de la maladie, d'atténuer la psychose ou la panique des populations face à l'indiscipline de patients ou de contacts des cas ou encore de récupérer, de mettre en condition et de traiter les cas graves se trouvant dans la communauté ;
- **Les opérations de mise à plat des autorisations d'installation et d'ouverture des établissements sanitaires privés** : l'application stricte des textes sur l'exercice en clientèle privée est venue comme une réponse aux plaintes et récriminations des populations sur les pratiques illicites de la profession, les erreurs et dégâts causés par ces pratiques. Les handicaps et décès qui en résultent, lorsqu'ils sont connus suscitent des émois qui expriment le désarroi et l'abandon par le pouvoir public. Cette intervention et les fermetures d'établissements qui en ont découlé sont bien appréciées et peuvent être considérées comme une résultante de la redevabilité entretenue au niveau du ministère de la santé.

5. Le suivi-évaluation/contrôle administratif et capitalisation

Outre la Cellule de contrôle des pratiques médicales de l'ARS qui a joué un rôle prépondérant ces dernières années dans la lutte pour le respect des normes et standards dans le domaine de la santé, il existe plusieurs organes qui sont en charge du contrôle et du renforcement de la gouvernance dans le secteur de la santé. Il s'agit de :

- Le comité ministériel d'audit interne ;
- Le comité ministériel de maîtrise des risques ;
- La commission ministérielle des systèmes d'information et de la connectivité ;
- Le comité « Programme d'investissement Public » ;
- Et le comité technique de pilotage des réformes.

Ces organes, surtout les deux premiers, ont pour missions de renforcer la gestion du risque au sein des structures et de faire des vérifications des pratiques pour s'assurer du respect des procédures.

CONCLUSION

Dans le but d'améliorer la qualité de la vie en relevant la qualité des produits ou services offerts aux citoyens, les gouvernements du Bénin ont engagé depuis la période révolutionnaire, des actions de redevabilité qui ont fait leurs preuves dans le secteur de la santé. Ces actions ont été renforcées par les réformes engagées depuis 2016 par le gouvernement de la rupture. En s'appuyant sur les quatre dispositifs clés de la redevabilité, le Gouvernement de la rupture, a élaboré des textes qui révolutionnent les pratiques et créent un nouveau contexte de gestion en vue d'améliorer les conditions socio-sanitaires de la population. Ces cadres constituent également des instances pour « rendre compte, tenir compte et demander des comptes. La fonctionnalité de ces cadres, leur efficacité dans la promotion et le renforcement de la redevabilité sont toutefois fonction du leadership de l'appareil dirigeant et particulièrement de la capacité managériale des responsables des structures. Certaines actions exécutées dans ce cadre, notamment la mise en place de l'ARS et des Conseils nationaux ainsi que l'adoption de certaines lois majeures, constituent des signaux forts pour l'affermissement du cadre normatifs et de la redevabilité dans le secteur. Les Conseils de discipline organisés au niveau du secteur suivis de

réunion du Comité consultatif paritaire de la fonction publique pour connaître des cas de mauvaises pratiques et ou détournement et autres ont conduit à des sanctions lourdes par lesquelles le secteur veut donner des gages de protection et assumer son rôle de porteur de responsabilité vis-à-vis des usagers.

Au regard de l'évolution du contexte, et des ambitions affichées par le PAG, le processus d'actualisation de plusieurs documents référentiels devra être davantage accéléré, avec une fin projetée au terme du quinquennat 2022-2026. A cet effet, il sera nécessaire de :

- Vulgariser les résultats de l'inventaire ;
- Organiser des ateliers d'analyse internes à chaque structure pour la priorisation des besoins de révision/actualisation de documents de nomes
- Valider le projet de documents synthèse des besoins prioritaires ;
- Décliner progressivement les différents projets d'élaboration/actualisation des documents référentiels ;
- Obtenir selon le cas le quitus des structures d'approbation (Cabinet, ARS).

ANNEXES :

A. Dispositions législatives et réglementaires

Fichier Excel contenant le tableau des textes et réglementations existants au Ministère de la Santé

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1Xg5mrQovtf34XepTvu4q8MeECrN_UR0/edit?usp=sharing&oid=103439596867358754972&rtpof=true&sd=true



Tableau récapitulatif
des documents normi

B. Point global des documents de normes disponibles

Le secteur de la santé est l'un des secteurs les plus fournis en matière de documents normatifs. Du niveau central jusqu'au déconcentré, les documents de normes sont mis en place et déployés pour renforcer la qualité des services.

La collecte réalisée aux trois niveaux de la pyramide sanitaire a permis de recueillir, de manière brute, 735 documents portant aussi bien sur des normes techniques que des normes de gouvernance et de qualité des soins et services au client.

Structures ayant répondu	Structures sans réponse
<p>Structures centrales du Ministère : ABRP, AISEM, ANCQ, ANSSP, ANTS, DFRS, DGMHED, DNSP, DPAF, DSI, IGM, PNLH, PNLMT, PNLMT, PNLTP, PNSP, PRMP, CNSSP, CNMH</p> <p>Départements : Littoral, Borgou, Mono, Couffo, Zou</p> <p>Hôpitaux : CNHU, CHU-MEL, CHUZ-AS, CHUD-BA, CHUD-OP, CHUZ-SL, HZ Covè, HZ Papané, HZ Kandi, HZ Malanville, HZ DAA</p> <p>Zones sanitaires : AAA, ABD, PAS, KGS, MK, NKS, Bnk, BS, NP, Tch, Cot1-4, Cot6</p>	<p>Structures centrales du Ministère : SoBAPS, PNT, PSLs</p> <p>Départements : Atlantique, Alibori, Atacora, Donga, Collines, Ouémé, Plateau</p> <p>Hôpitaux : CNHUPC, CNHUPP, CHD Donga, CHD Atacora, CHD Zou, CHD Mono, CTLUB, CTAL Lalo, Acron, CTAL Pobè, HZ Bnk, NKP, BS, NP, TMC, NBT, 2KP, DCO, Ba, SAO, SaBa, DaGla, CoZO, KTL, ADD, LA, CBGH, PAK, Saklf, AZT, OKT</p> <p>Zones sanitaires : TMC, NBT, 2KP, DCO, Ba, SAO, SaBa, DaGla, CoZO, DAA, ZoBoZa, KTL, ADD, LA, CBGH, PAK, Saklf, AZT, OKT, AS, Cot2-3, Cot5</p>

Tableau 3 : Répartition des structures du ministère de la santé selon leur réponse au cours de la collecte des données, avril 2022

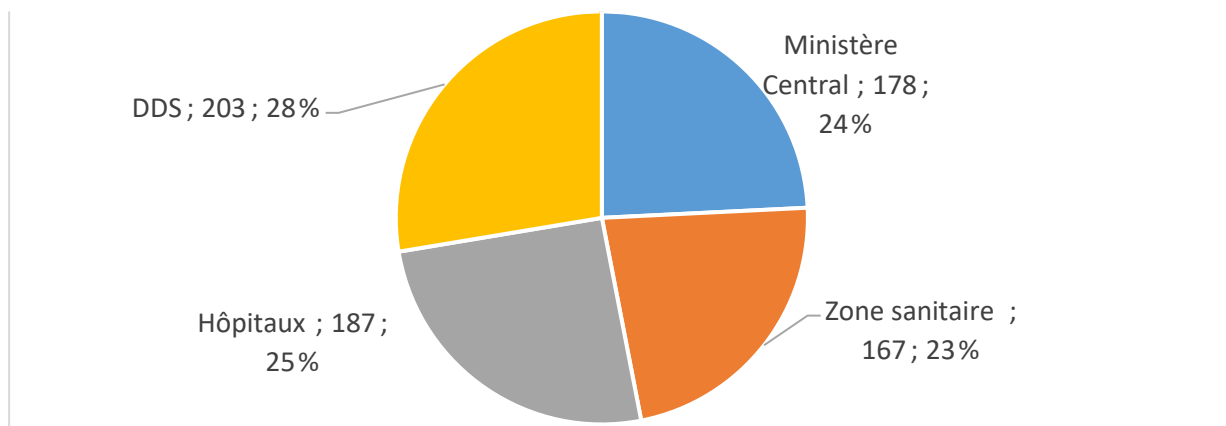


Figure 1 : Répartition des documents de normes recensés au niveau des structures du ministère de la santé, avril 2022

La figure ci-dessous présente une analyse de la collecte en termes de participation des structures et de qualité des données collectées. Il apparaît donc que les structures du niveau central ont plus répondu (82%). Elles sont également plus nombreuses à avoir fourni des données de meilleure qualité car 92% de celles-ci ont été retenues après apurement. La proportion de données restantes après l'apurement était de 23% pour les zones sanitaires et 34% pour les hôpitaux. Ce niveau de pertes importantes s'explique par les doublons avec le niveau central, les transcriptions ou les remplissages de support de collecte mal faits.

Globalement, ce sont 60% des documents recensés, soit 439, qui ont été retenus après élimination de toutes les erreurs, les aberrations, les doublons, les collectes insuffisantes ou inadéquates.

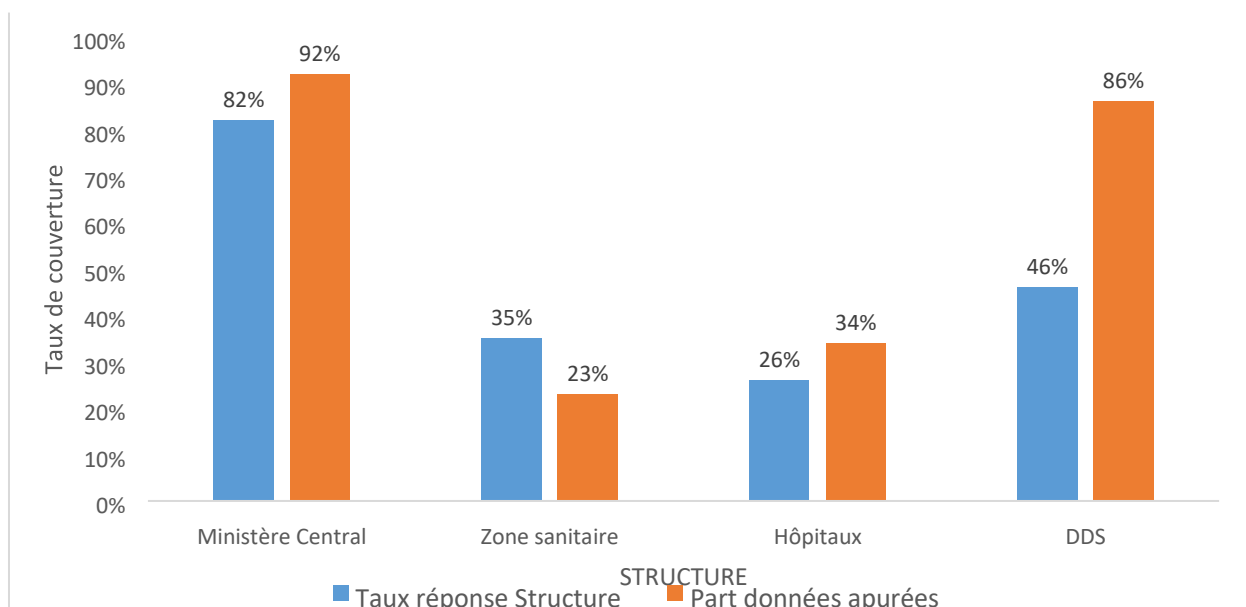


Figure 2 : Niveau de complétude de la collecte et des données sur la redevabilité dans les formations sanitaires, avril 2022

Tableau 4 : Répartition des structures du ministère de la santé selon leur réponse au cours de la collecte des données, avril 2022

	Structures ayant répondu	Structures sans réponse	Observations
Structures centrales du Ministère	ABRP, AISEM, ANCQ, ANSSP, ANTS, DFRS, DGMHED, DNSP, DPAF, DSI, IGM, PNLH, PNLMT, PNLMT, PNLN, PRMP, CNSSP, CNMH	SoBAPS, PNT, PSLs, PNSP	Satisfaisant
DDS	Littoral, Borgou, Mono, Couffo, Zou	Atlantique, Alibori, Atacora, Donga, Collines, Ouémé, Plateau	Moyen
Hôpitaux	CNHU, CHU-MEL, CHUZ- AS, CHUD-BA, CHUD-OP, CHUZ-SL, HZ Covè, HZ Papané, HZ Kandi, HZ Malanville, HZ DAA	CNHUPC, CNHUPP, CHD Donga, CHD Atacora, CHD Zou, CHD Mono, CTLUB, CTAL Lalo, Acron, CTAL Pobè, HZ Bnk, NKP, BS, NP, TMC, NBT, 2KP, DCO, Ba, SAO, SaBa, DaGla, CoZO, KTL, ADD, LA, CBGH, PAK, Saklf, AZT, OKT	Acceptable
Zones sanitaires	AAA, ABD, PAS, KGS, MK, NKS, Bnk, BS, NP, Tch, Cot1-4, Cot6	TMC, NBT, 2KP, DCO, Ba, SAO, SaBa, DaGla, CoZO, DAA, ZoBoZa, KTL, ADD, LA, CBGH, PAK, Saklf, AZT, OKT, AS, Cot2-3, Cot5	Moyen

C. Appréciation des connaissances et de l'utilisation des normes dans le secteur

Selon l'utilisation ou le cadre d'exploitation de la norme, la position de la structure porteuse ou bénéficiaire de la norme, le document de norme est classé dans l'une des trois catégories : offre de service de soutien, offre de services techniques, offre de service de soins.

Les documents de norme portant sur les offres de services de soins représentent 67% des documents collectés. Ils sont largement plus nombreux que ceux qui concernent les offres de services de soutien (13%). Ces derniers comprennent la qualité du service au client c'est à dire le contact prestataires-population.

Selon les personnes rencontrées au cours de la collecte, les normes sont adaptables (97,5%). Les utilisateurs ont une connaissance élevée des documents recueillis (58 %). En appréciant selon le service, il apparait un constat quasi identique pour les documents d'offre de services de soins (56%), et un résultat moins élevé pour les documents d'offre de services techniques (54,5%) et d'offre de services soutien (76%). Il est important de noter que 10% des documents de normes ne sont pas connus des utilisateurs. Les documents de normes portant sur l'offre de services techniques sont les plus concernés (30%).

D. Utilisation des documents

Elle s'établit à 56,5% pour l'ensemble des documents, soit moins que la connaissance.

La proportion de documents sur l'offre de services techniques déclarés comme « ayant une utilisation élevée » est de 50%. Elle est la plus faible des trois groupes d'offre de services. C'est toujours au sein de ce groupe d'offre de services techniques que la proportion de documents faiblement utilisés est la plus élevée (33%). L'utilisation faible a été rapportée pour deux documents de normes de soutien (3,44%).

E. Capacité institutionnelle pour l'application des normes

Cette capacité de mise en œuvre, est dite « élevée » pour la plupart des documents (63.3%), avec une variation importante selon qu'il s'agit de documents de normes sur l'offre de services de soins (56,27%), de services techniques (78%) ou de services de soutien (77,58%). De manière globale, c'est seulement pour 13 documents recueillis sur 439 que la capacité institutionnelle d'application a été jugée faible par les enquêtés.

F. Année ou durée d'application

Les documents recueillis ont été mis en place entre 1962 et 2022. Les documents créant les structures, notamment les hôpitaux, sont le plus anciens. Les textes de lois, les textes réglementaires, les règlements intérieurs, les conventions collectives sont également très anciennes, datant souvent de plus d'une décennie, excepté les textes récents visant à amender ces anciens textes. C'est le cas de la loi sur l'hygiène publique et celle portant sur la santé sexuelle et reproductive.

Il y a également des documents techniques qui sont relativement anciens, datant de plus de dix ans, notamment des manuels de procédures, des guides techniques, manuels de soins, des normes et standards en matière de soins, d'infrastructures et autres.

Tableau 5 : Appréciation de la qualité des documents de normes de chaque catégorie d'offre de services

	Adaptabilité des normes/ standards		Niveau de connaissance des normes/standards par les utilisateurs			Niveau d'utilisation des normes/ standards			Capacités (moyens et outils) institutionnelle pour l'application des normes /standards		
	OUI	NON	Elevé	Modéré	Faible	Elevé	Modéré	Faible	Elevé	Modéré	Faible
Offre de service de soutien	58	0	44	12	2	40	16	2	45	12	1
Offre de service techniques	78	8	48	12	26	43	15	28	67	13	6
Offre de service et soins	292	3	164	116	15	165	115	15	166	123	6
TOTAL	428	11	256	140	43	248	146	45	278	148	13
Normes (%)	97,5%	2,5%	58,3%	31,9%	9,8%	56,5%	33,3%	10,3%	63,3%	33,7%	3,0%

G. Eléments de pratiques et de réformes sur la redevabilité dans le secteur de la santé

- De garantir l'accès à des services et des soins de santé de qualité, à des pratiques et dispositifs médicaux sans danger, à des solutions efficaces et abordables en termes de coût ;

- De préciser les rôles et les responsabilités des structures du ministère de la santé ;
- De clarifier les axes et domaines d'interventions des structures ;
- D'orienter et d'encadrer les activités des structures ;
- De fixer les obligations du personnel de santé ;
- De promouvoir et protéger les droits des usagers/clients ;
- D'évaluer le personnel de santé sur les prestations offertes aux usagers.
- Les processus de révision, de modification ou d'actualisation desdits textes conduits récemment témoignent de l'engagement de l'autorité publique à disposer de textes totalement en accord avec le contexte présent et les évolutions sociales et technologiques.

H. Limites

De façon globale, les documents normatifs existent dans le secteur de la santé. Ils sont « généralement connus des prestataires » mais souvent peu connus, peu disponibles, donc sous-utilisés, pour les usagers et clients. Les raisons qui expliquent cette situation sont entre autres :

- La faible dissémination desdits documents de normes ;
- La trop grande technicité de certains documents (termes techniques non accessibles pour les personnes non agent de santé)
- La caducité et la non actualisation de plusieurs documents de normes ;
- La multiplicité⁷ des thématiques couvertes par ces documents normatifs et l'absence de maîtrise du flux de leur production ;
- L'absence de directives sur l'archivage et la centralisation des documents de normes adoptés à tous les échelons du système de santé ;
- L'absence d'un mécanisme de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre ou même d'incitation à l'application des documents de normes ;
- L'inexistence d'acte fixant les types et les grades de sanction liées à la redevabilité.

I. Perspectives

Au regard des résultats de cette mission, certaines actions devront être menées et/ou faire l'objet d'attention diligentes et promptes au niveau des structures. Il s'agit de :

- Partager le rapport avec les acteurs externes de décision
- Engager le processus de révision et d'actualisation des textes caducs ou inadaptés
- Faire la vulgarisation du rapport final ;
- Faire le plaidoyer pour la prise d'actions de réponse aux gaps relevés ci-dessus, notamment en matière de centralisation et d'archivage des documents de normes, le renforcement du fonctionnement du cadre de redevabilité, la révision/actualisation/élaboration des documents de normes.

⁷ Plusieurs structures partagent le même domaine d'intervention mais au cours de l'élaboration des documents normatifs, elles ne se concertent plus pour harmoniser les thématiques faisant objet de normes.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

**Direction du Développement
et de la Coopération DDC**



