

LES ETATS GÉNÉRAUX DE LA SANTÉ AU BENIN

SANTÉ ET DIGNITÉ HUMAINE :

Evoluer vers un système en réseaux

Organisés par le Ministère de santé,
Cotonou, du 21 au 23 novembre 2007

Par Dr. Yves Ekoué AMAÏZO

Directeur du groupe de réflexion et d'action et d'influence "Afrology" et
Economiste auprès de l'ONUDI

(Organisation des Nations Unies pour le Développement Industriel)

Courriel : yeamaizo@yahoo.com - Internet: www.afrology.com

Sommaire

Introduction : vivre mieux et plus longtemps

- 1. Santé : défaillance de l'Etat et du marché**
- 2. Pauvreté sanitaire**
- 3. Barrières discriminant l'accès au service de santé**
- 4. Coopération décentralisée et réseautage**
- 5. Hôpital privé et clinique publique en sous-région**
- 6. Diaspora comme effet de levier**
- 7. Financement et mutualisation de la couverture sanitaire**

Conclusion : la sécurité sanitaire, un droit à organiser en réseau

Introduction :

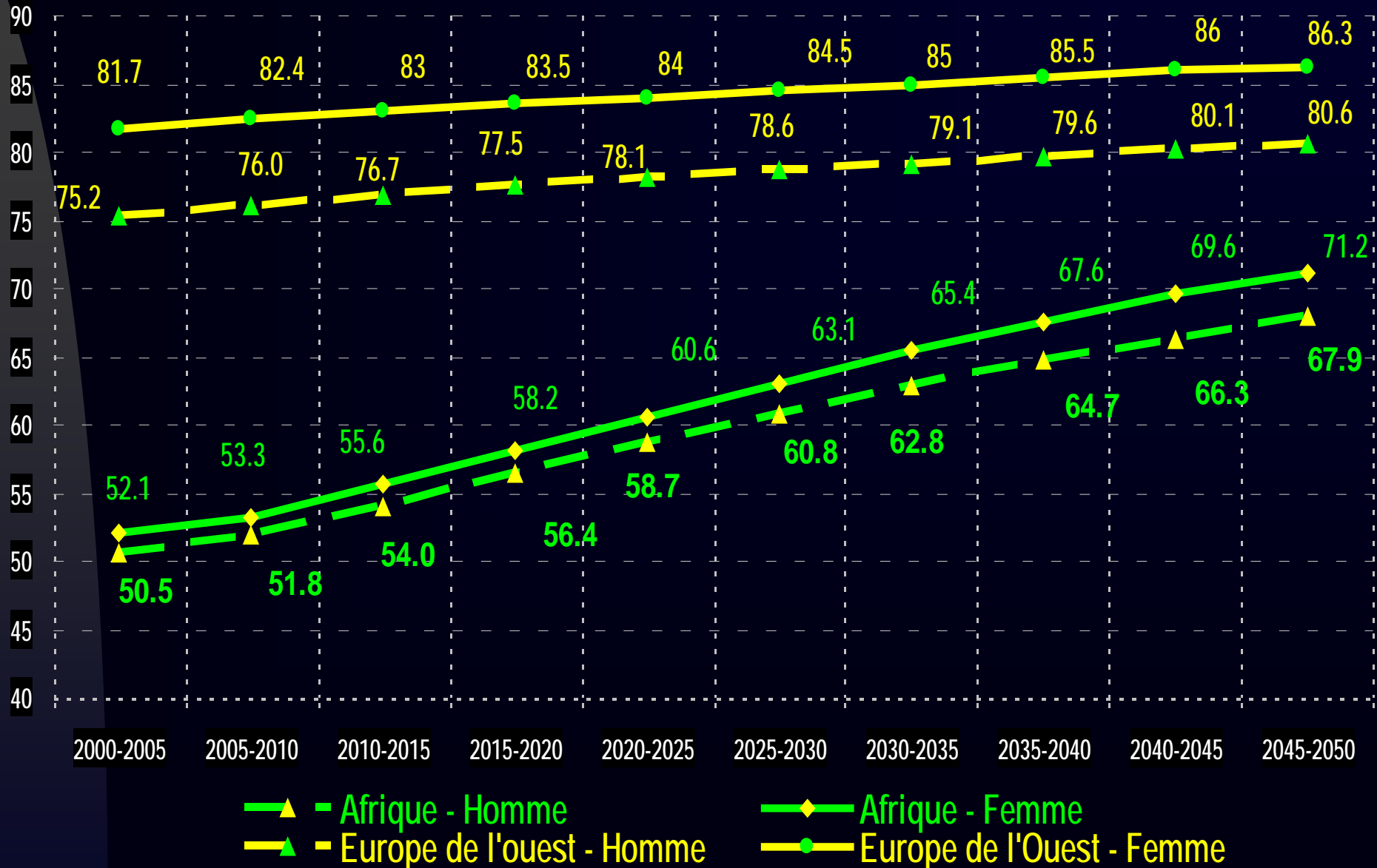
Vivre mieux et plus longtemps

Vivre mieux et plus longtemps avec le moustique ?

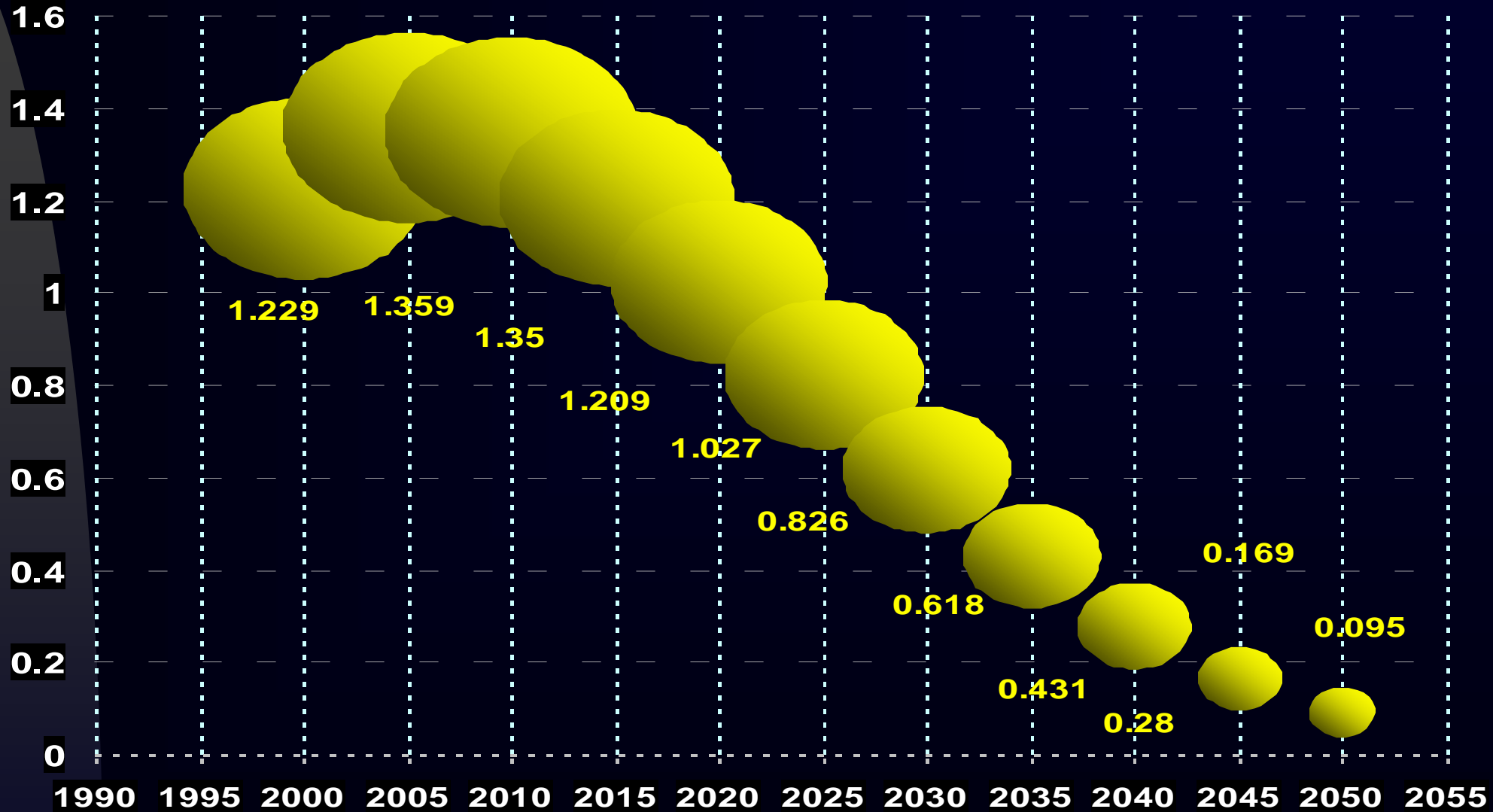


Espérance de vie entre 2000-2050

Afrique et Europe de l'ouest, en années de vie pour homme et femme



AFRIQUE : Part du VIH-Sida dans le total mondial, 2000-2050, (en %)

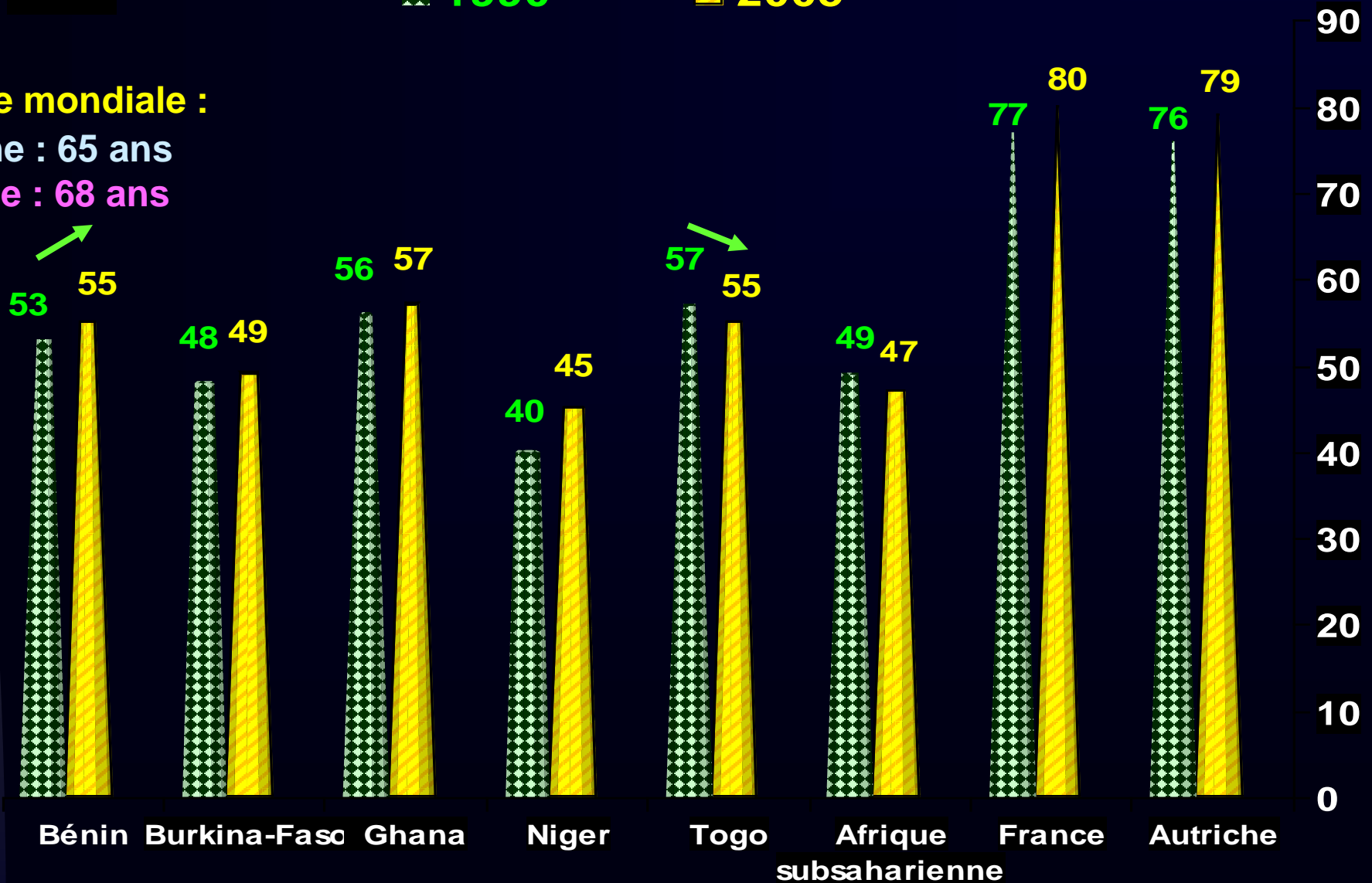


Source: Barry B. Hughes, The Base Case of International Futures (IFs): Comparison with other Forecasts, National Intelligence Council Project 2020 and international Futures, University of Denver

Espérance de vie, 1990 et 2005 (en nombre d'années de vie)

■ 1990 ■ 2005

Moyenne mondiale :
 Homme : 65 ans
 Femme : 68 ans



Source: WB, WDI 2007, pp. 116-118.

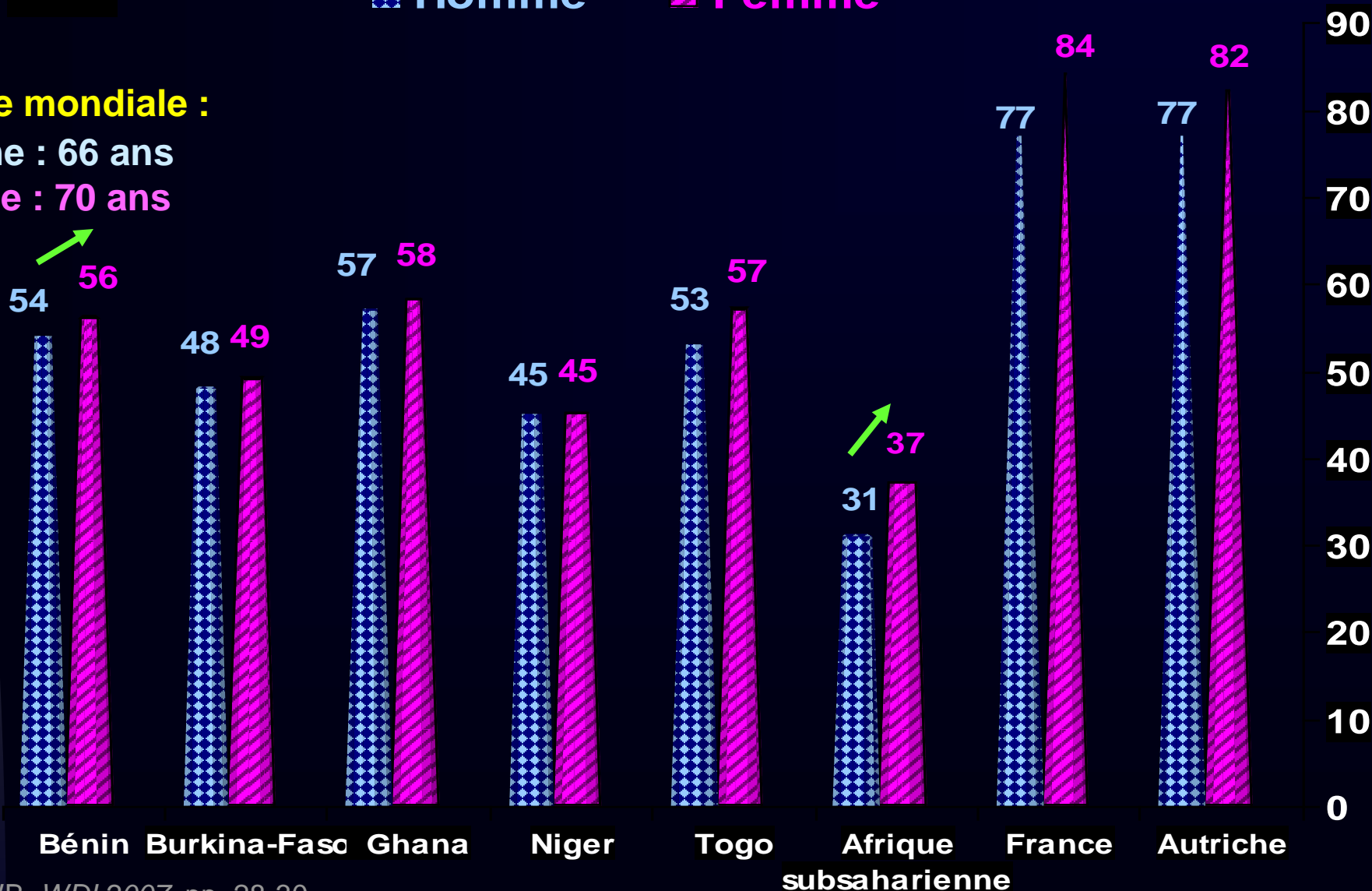
Espérance de vie : homme et femme en 2005 (en nombre d'années de vie)

■ Homme ■ Femme

Moyenne mondiale :

Homme : 66 ans

Femme : 70 ans



Source: WB, WDI 2007, pp. 28-30.

1. Santé : défaillance de l'Etat et du marché

Au-delà de la paix du cimetière : vision stratégique en termes de système

DEVELOPPEMENT

S
A
N
S

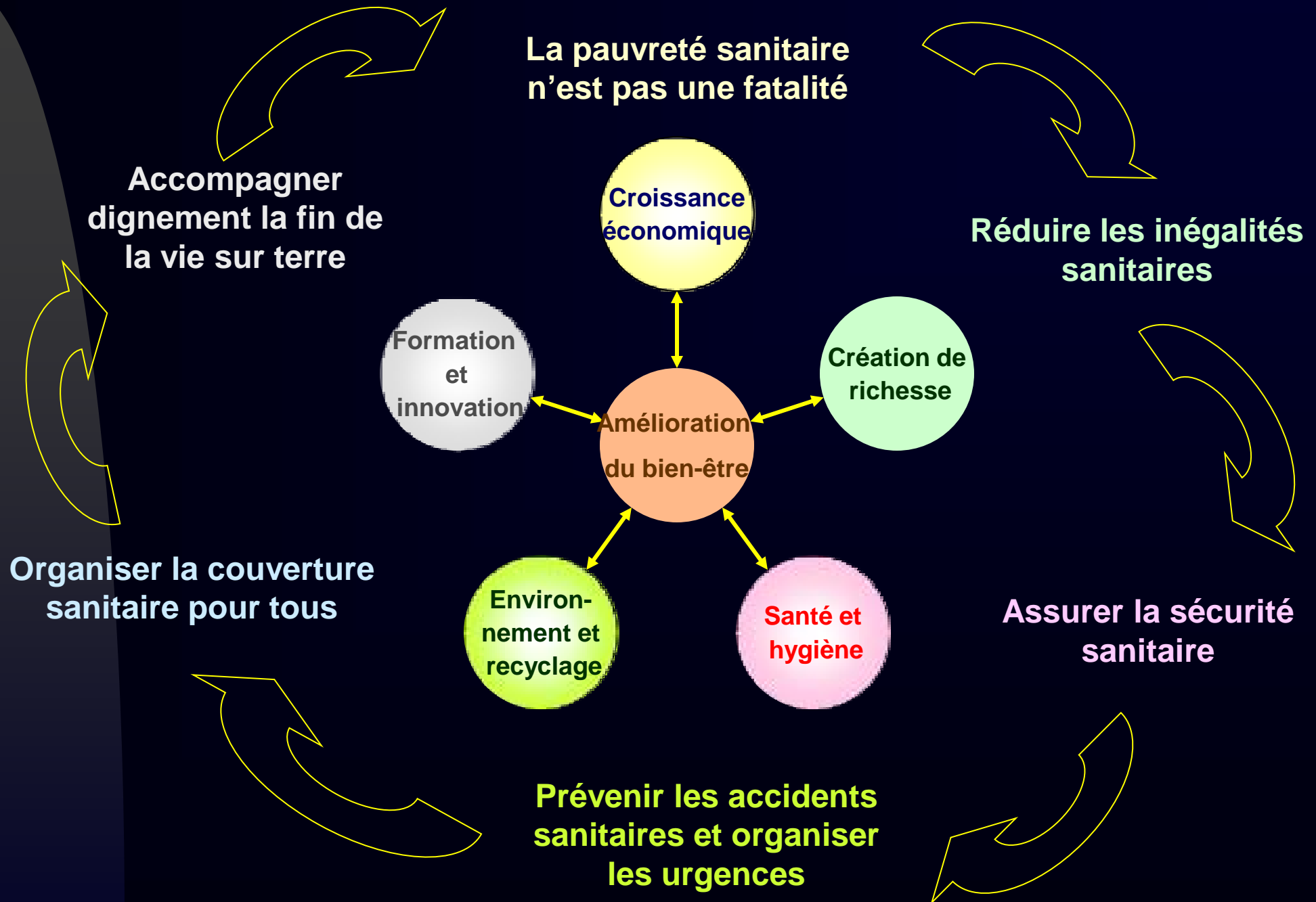
S
A
N
T
E?



3 URGENCES

Une bonne santé
physique et
institutionnelle et
organisationnelle

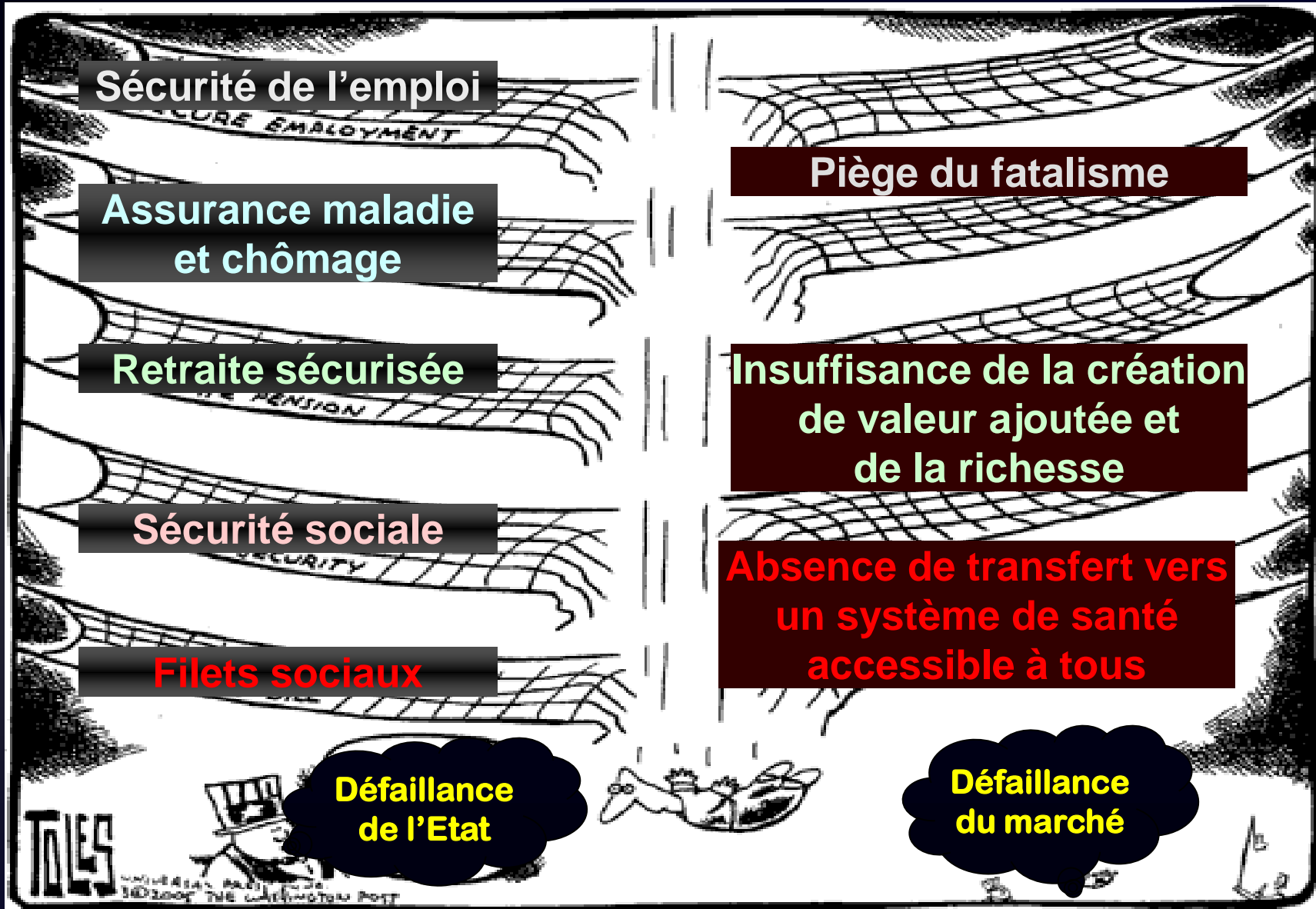
Cycle de vie sanitaire



P
A
U
V
R
E
T
E

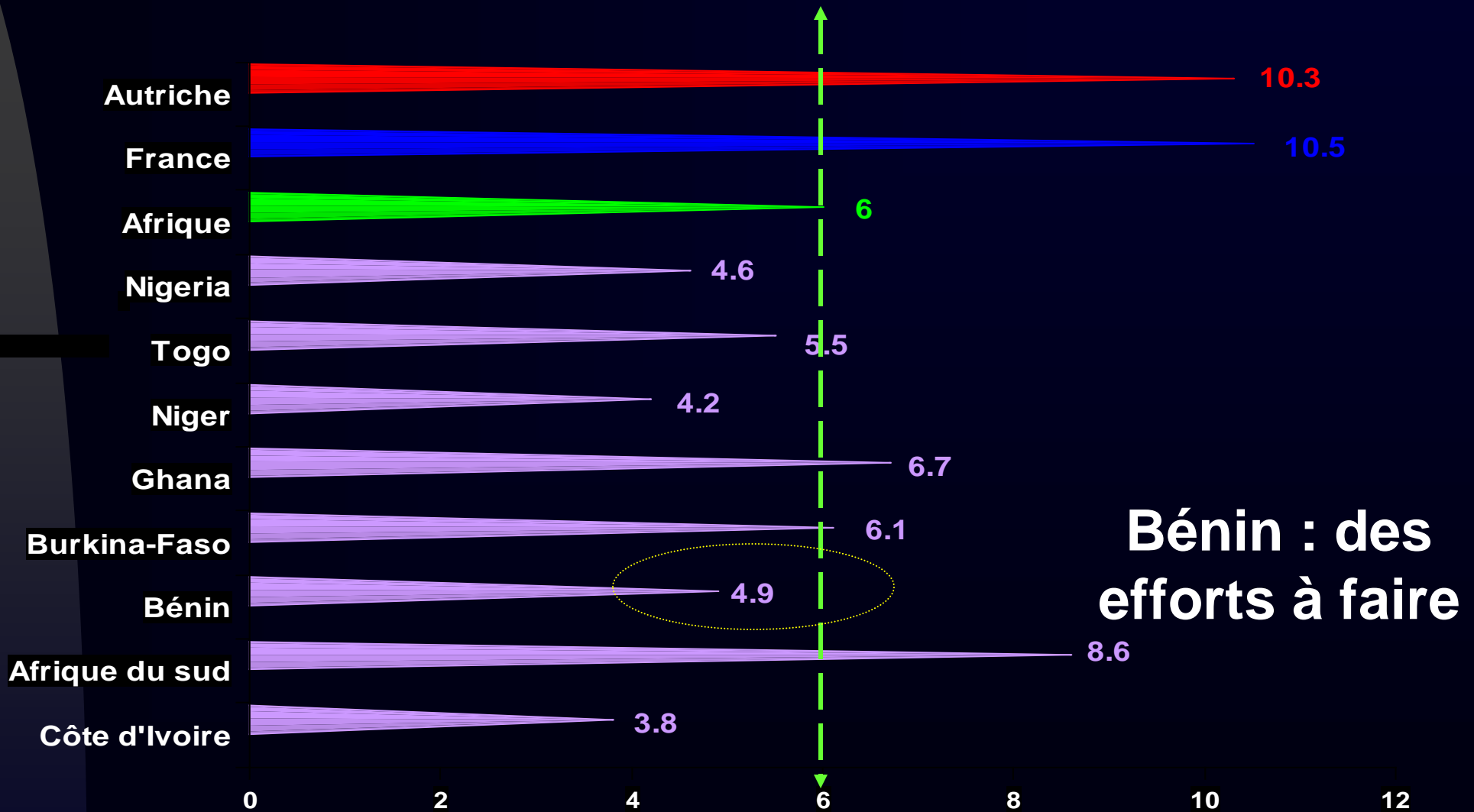
P
P
P

Défaillance de l'Etat et défaillance du marché



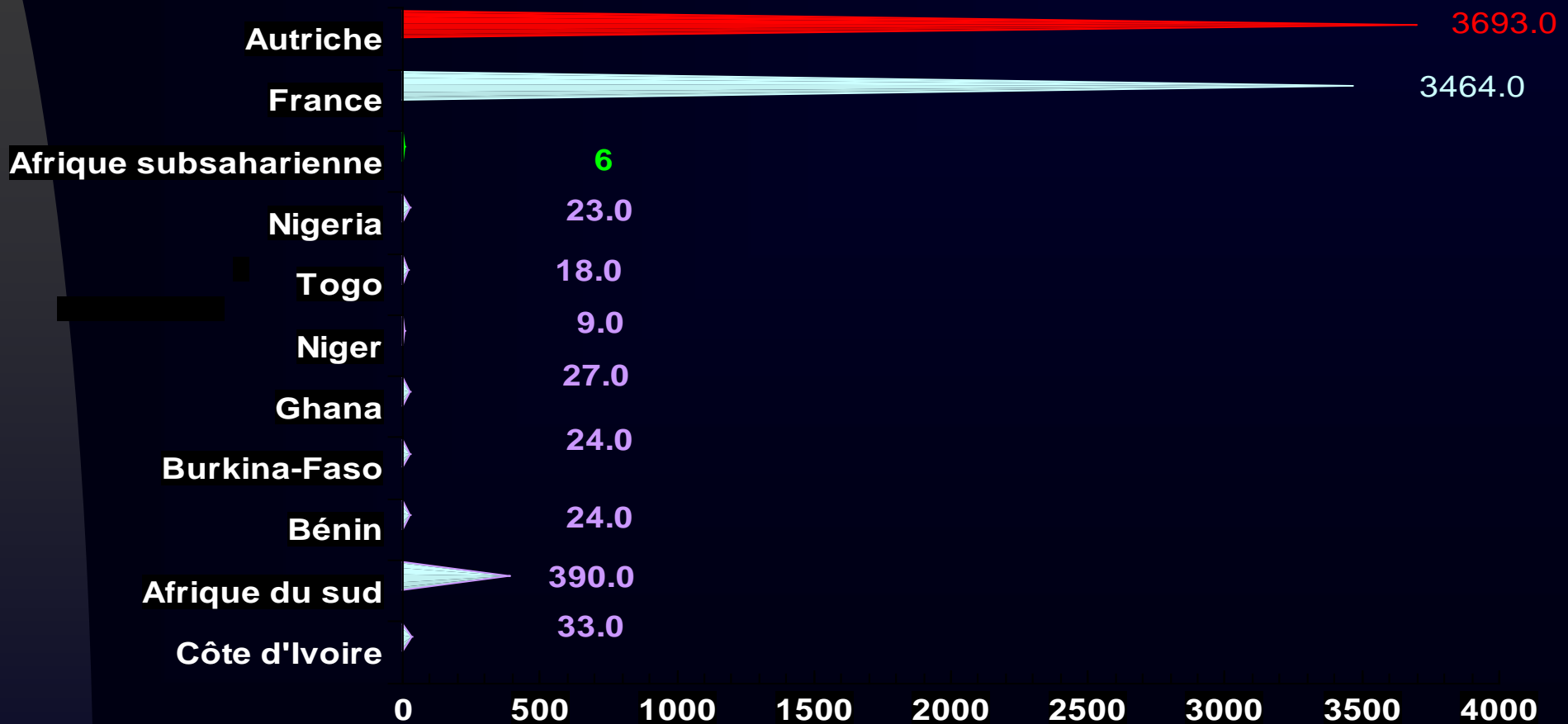
2. Pauvreté sanitaire

Part des dépenses de santé dans le Produit intérieur brut (PIB) de quelques pays, 2004 (en %)



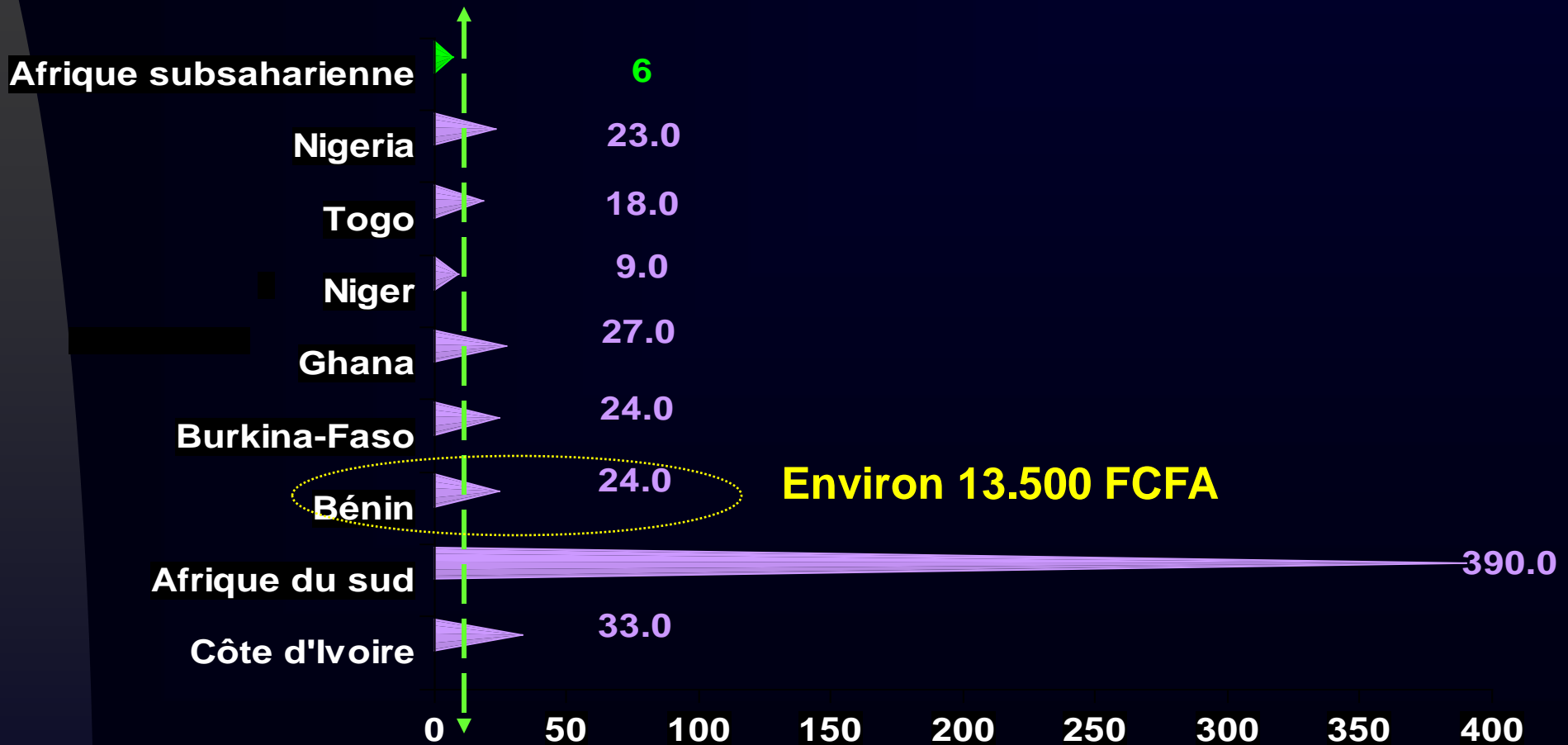
Dépenses de santé par habitant de quelques pays, 2004 (en \$ US)

Inégalités sanitaires entre pays riches et pays pauvres (1 à 15)



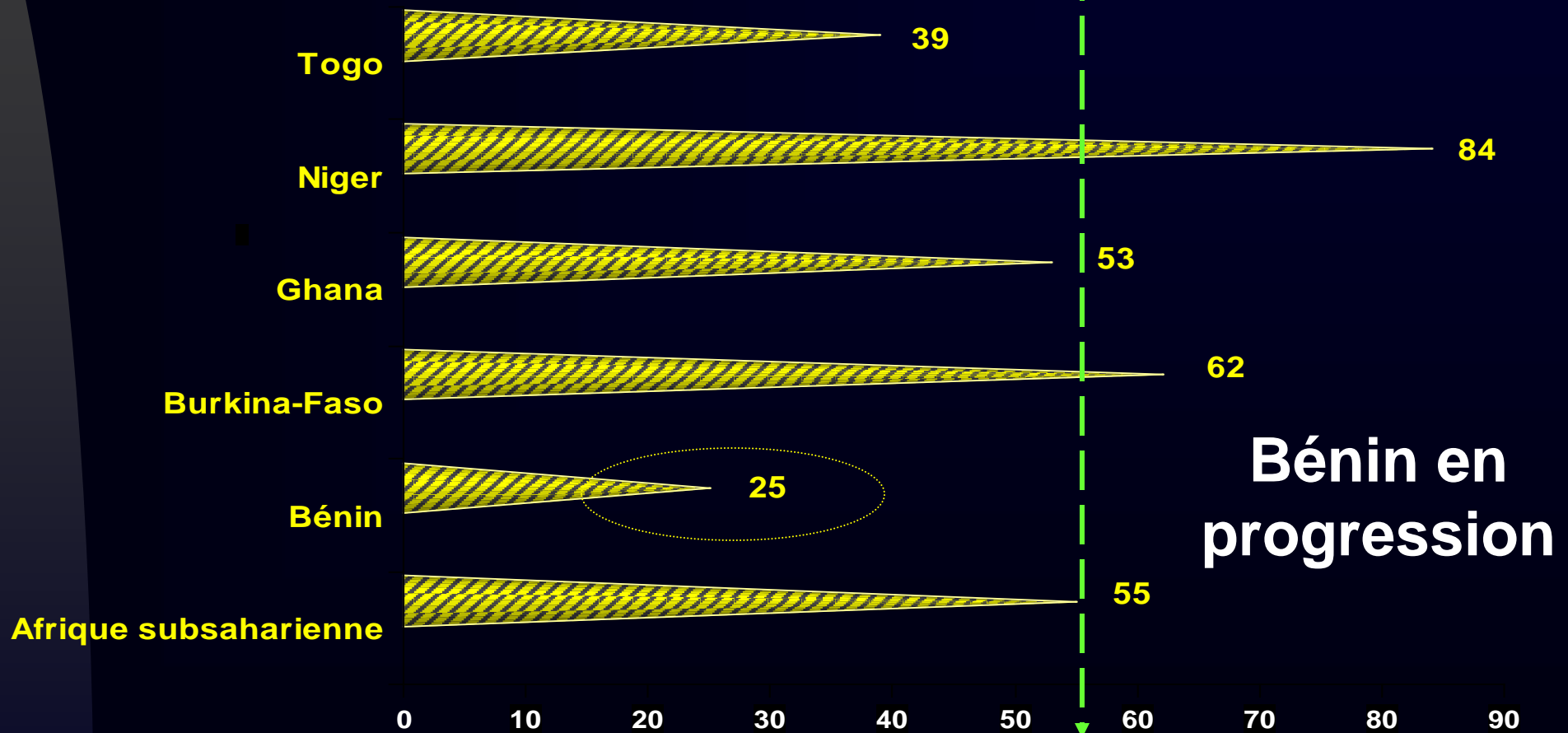
Dépenses de santé par habitant de quelques pays, 2004 (en \$ US)

Bénin : des efforts nécessaires

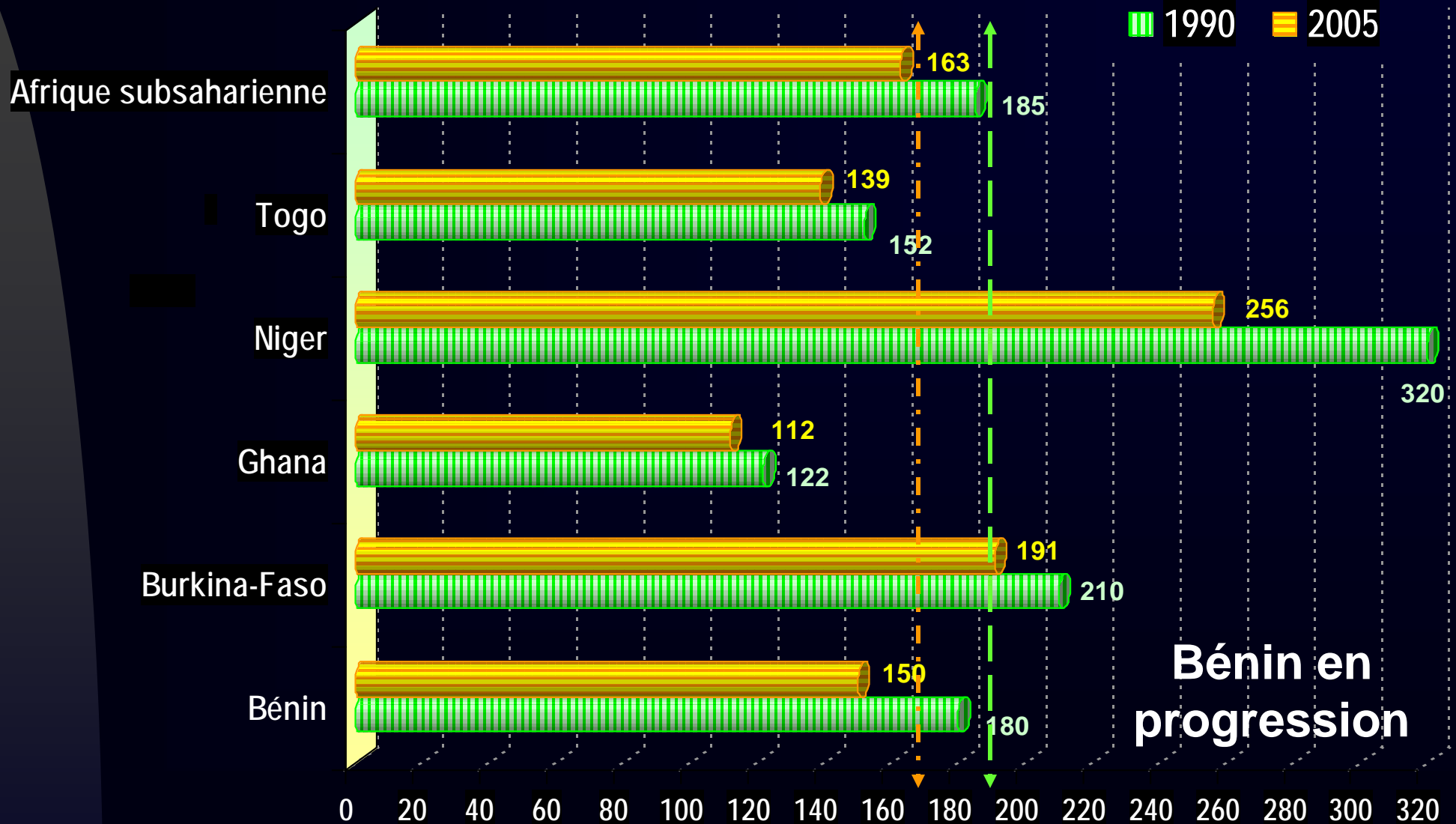


Naissance sans assistance de personnel de santé qualifié, moyenne entre 2000-2005 (en %)

Emergence d'un pôle de compétence sanitaire

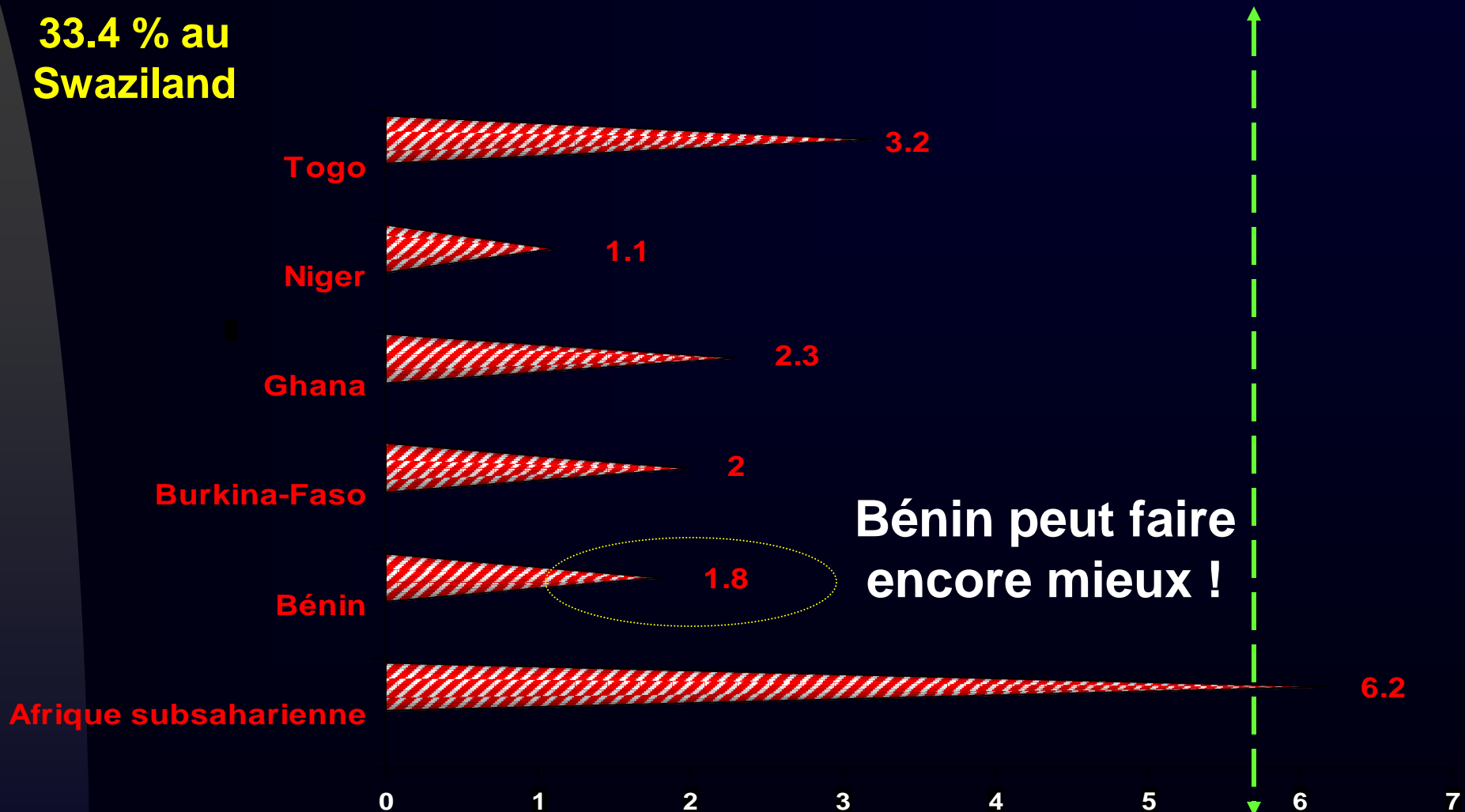


Mortalité infantile, 1990 et 2005 (pour 1000 habitants)



VIH-SIDA au sein de la population (15-49 ans) en 2005 (en %)

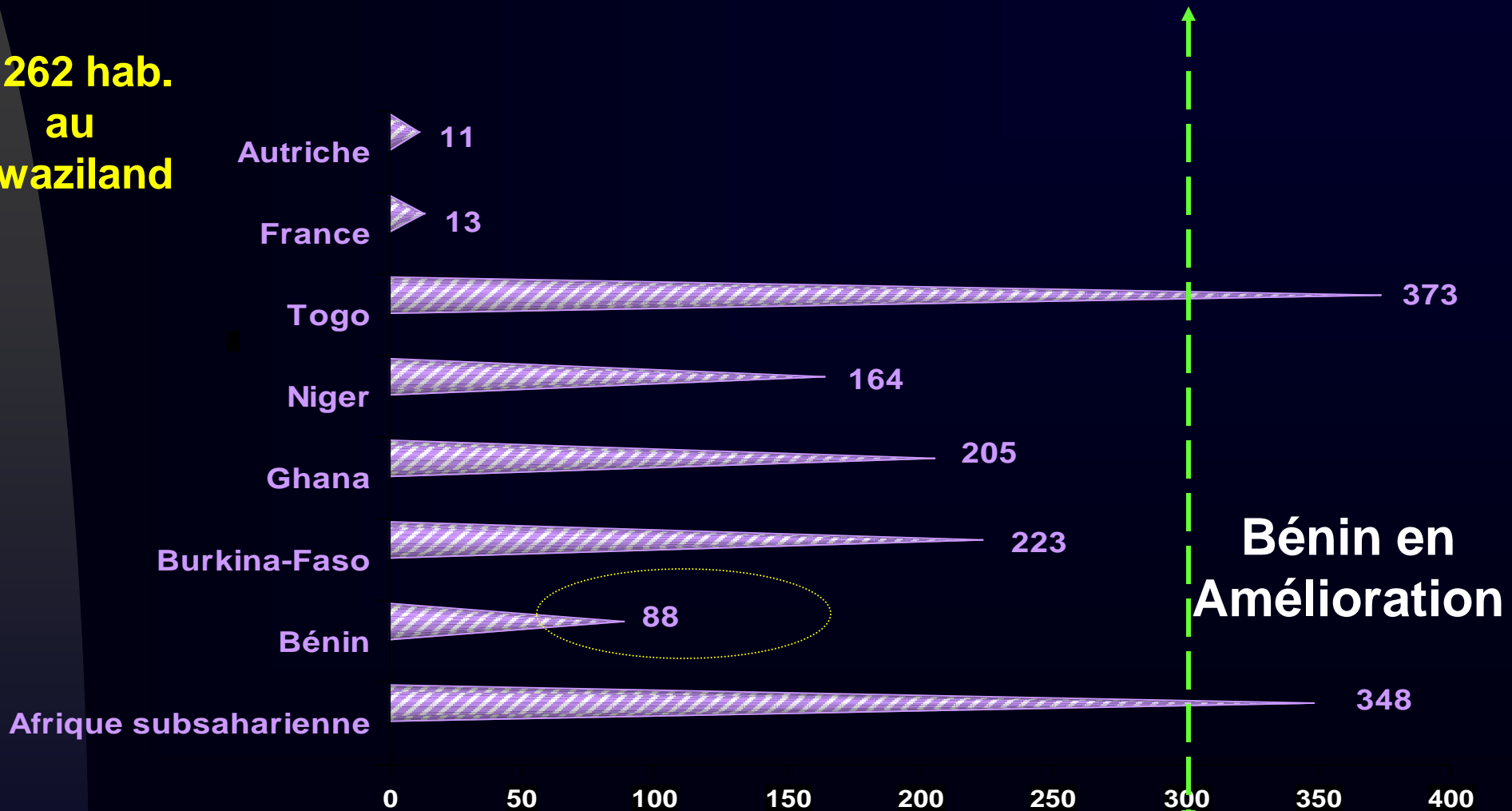
33.4 % au
Swaziland



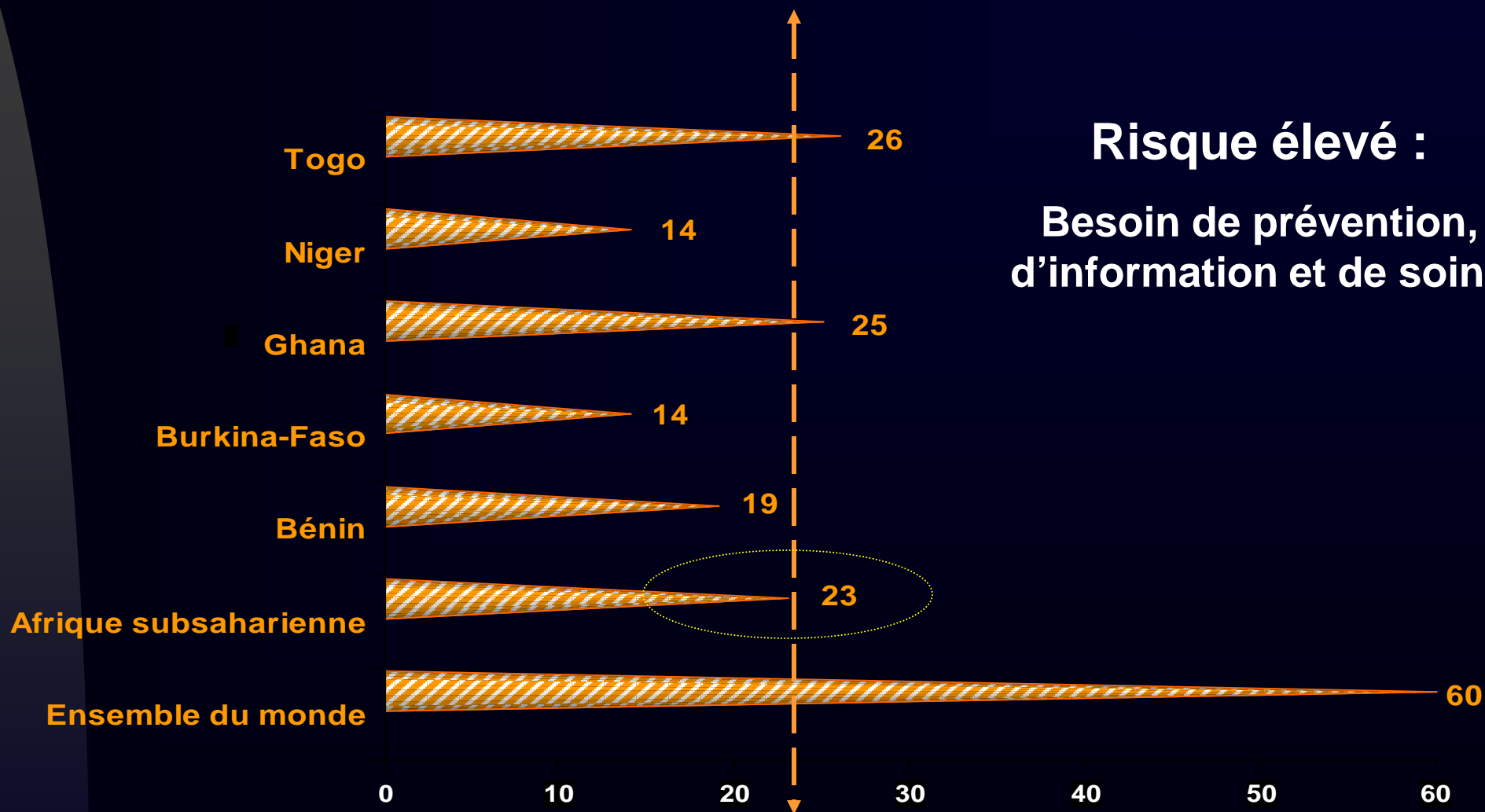
Bénin peut faire
encore mieux !

Personnes atteintes de tuberculose, 2005 (nombre de personnes pour 100 000 habitants)

1 262 hab.
 au
 Swaziland



Nombre de femmes mariées (15-49 ans) déclarant utiliser des moyens de contraception, moyenne entre 2000-2005 (en %)



Pour sortir du piège de la pauvreté sanitaire :

- 1. Faire évoluer le système sanitaire pyramidal vers un système en réseau**
- 2. Sécuriser un système aggloméré de santé pour tous, basé sur la mutualisation du financement**
- 3. Opter pour le jumelage contractuel**
- 4. Miser sur le partenariat public-privé, la concession et la contractualisation des services**
- 5. Promouvoir des “espaces sanitaires délocalisés et des zones sanitaires décentralisées”**


3. Barrières discriminant l'accès au service de santé

Des handicaps

**Barrières liées au
revenu faible**

**Défaillance de
l'institution sanitaire**

**Ecart entre
riche et pauvre**



**Barrières liées à un
système de santé non
intégrés**

**Contraintes liées au
client/patient/corps
médical**

La Performance handicapée

Barrières liées au revenu faible

- ✓ Coût élevé du transport (lié au découpage sanitaire)
- ✓ Rapport qualité faible
- ✓ Transport médicalisé inexistant
- ✓ Automédication



Défaillance de l'institution sanitaire

- ✓ Equipements obsolètes
- ✓ Trop de décisions importantes prises par des hommes
- ✓ Discrimination dans les arbitrages budgétaires
- ✓ Défaillance dans la continuité du service de santé

Barrières liées à un système de santé non intégré (fonctionnement en isolation)

- ✓ Travail en segmentation/isolation
- ✓ Organiser la complémentarité, la spécialisation et l'intégration
- ✓ Rotation du personnel entre public et privé
- ✓ Concept Hotel/Hôpital absent

Contraintes liées au client/patient/corps médical

- ✓ Erreurs fréquentes de diagnostic
- ✓ Superstitions
- ✓ Non- respect des prescriptions
- ✓ Perception et diagnostic culturels
- ✓ Attitudes méprisantes ou négatives
- ✓ Arrogance

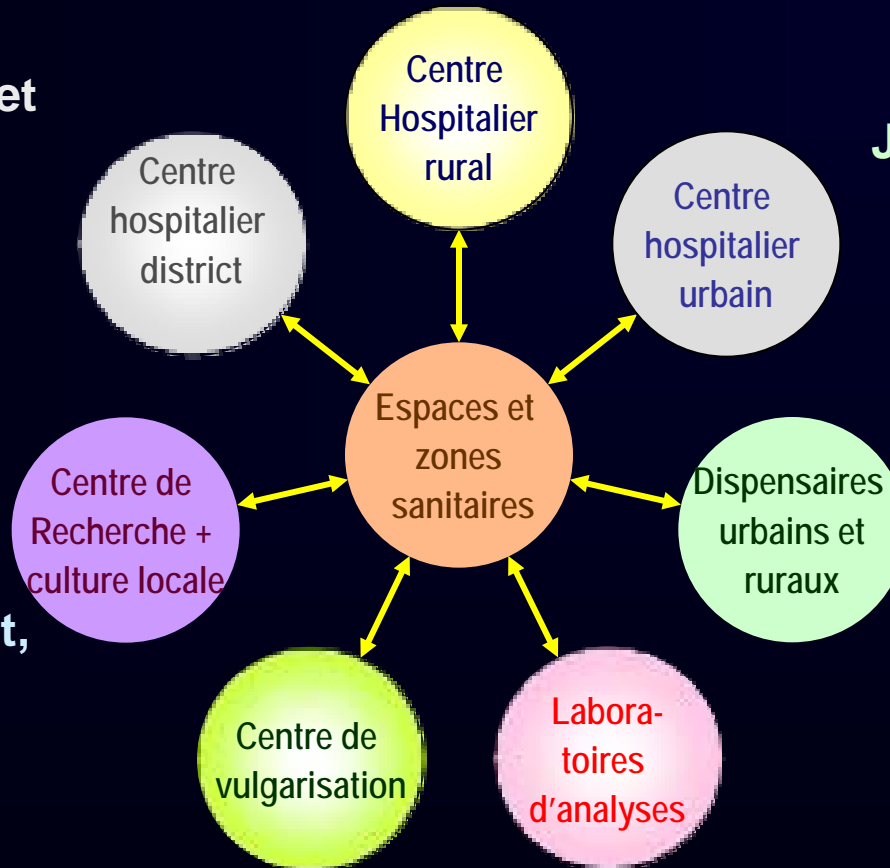
4. Coopération décentralisée et réseautage

Système de santé en réseaux

Coopération
décentralisée et
découpage sanitaire

Délocalisation,
contractualisation et
sous-traitance

Jumelage entre centres
de santé inter-états



Système de financement,
de mutualisation et
d'assurance
interdépendant

Tirer partie des brevets
tombés dans le domaine
public, promouvoir et
protéger le savoir local

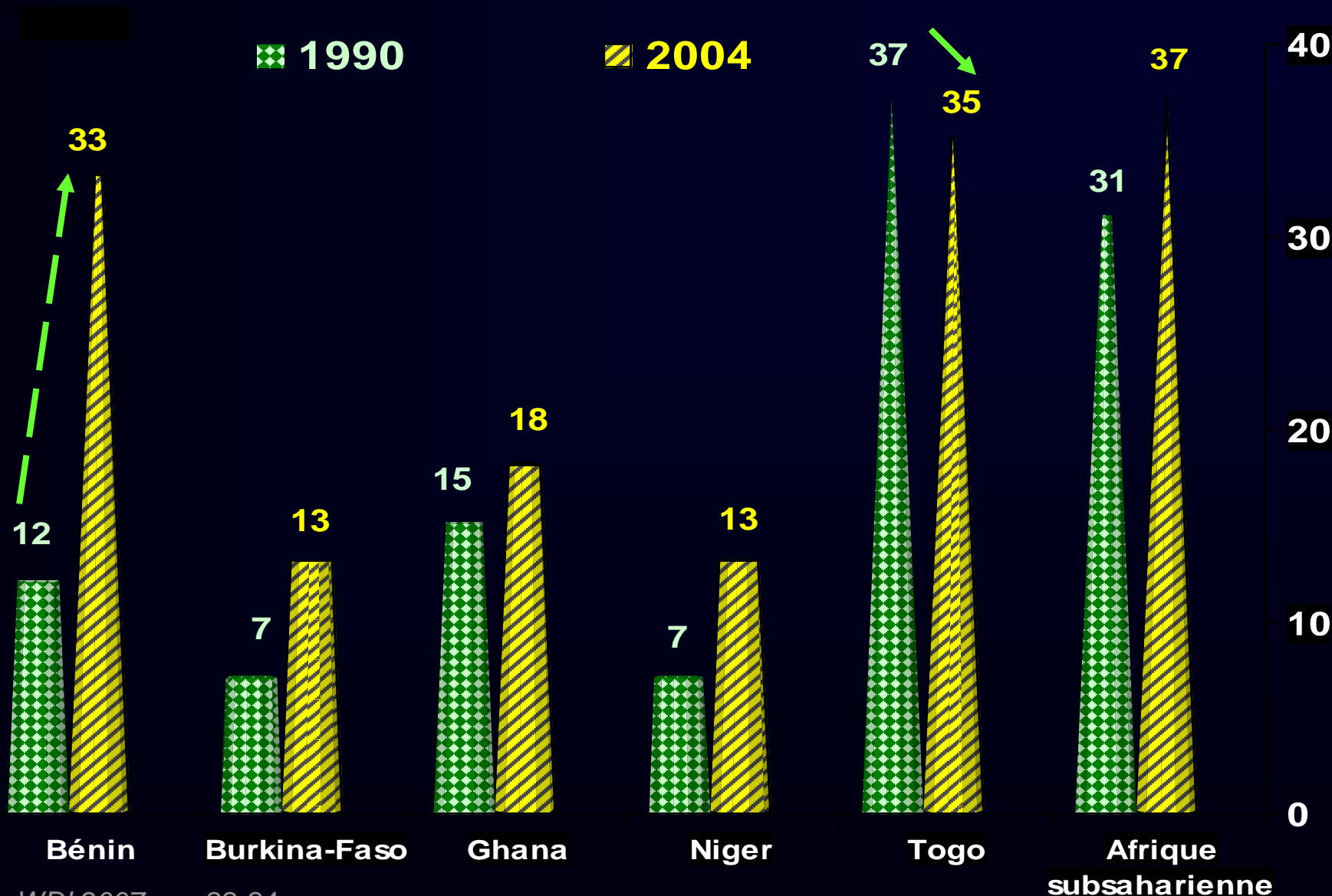
Santé et diffusion du
savoir par Internet

Vers une gouvernance de qualité dans les pôles de compétence sanitaire

- un médecin (classique ou traditionnel) n'est pas un manager,
 - et pas nécessairement un leader inne...
1. compléter les compétences avec du management et de la coordination ou segmenter les tâches (gestionnaire versus médecin)
 2. revoir régulièrement les flux de transaction et les optimiser en permettant au client/patient d'avoir voix au chapitre
 3. suivre les recommandations d'une majorité de femmes

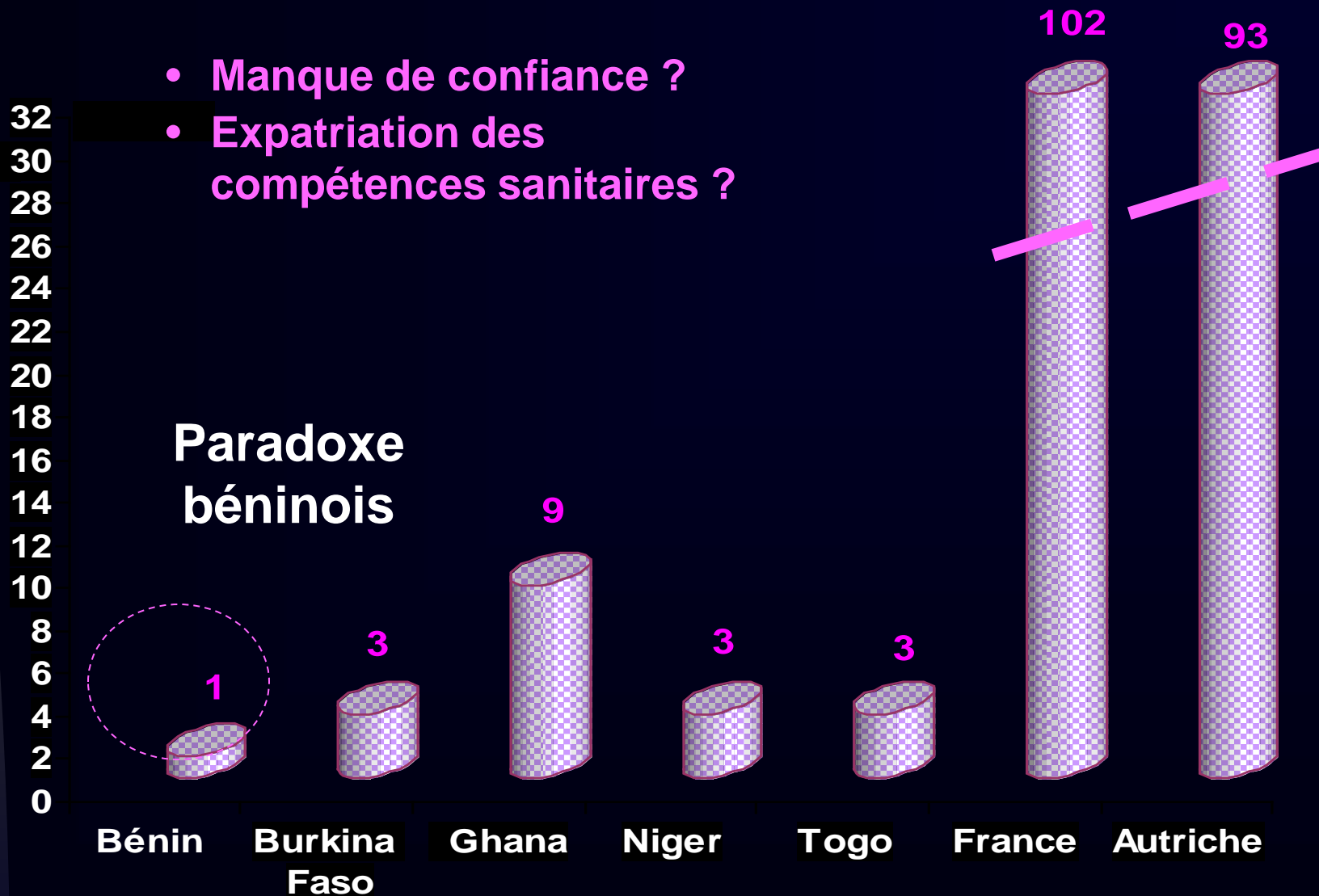
5. Hôpital privé et clinique publique en sous-région

Accès à un système sanitaire performant : 1990 et 2004 (en % de la population)

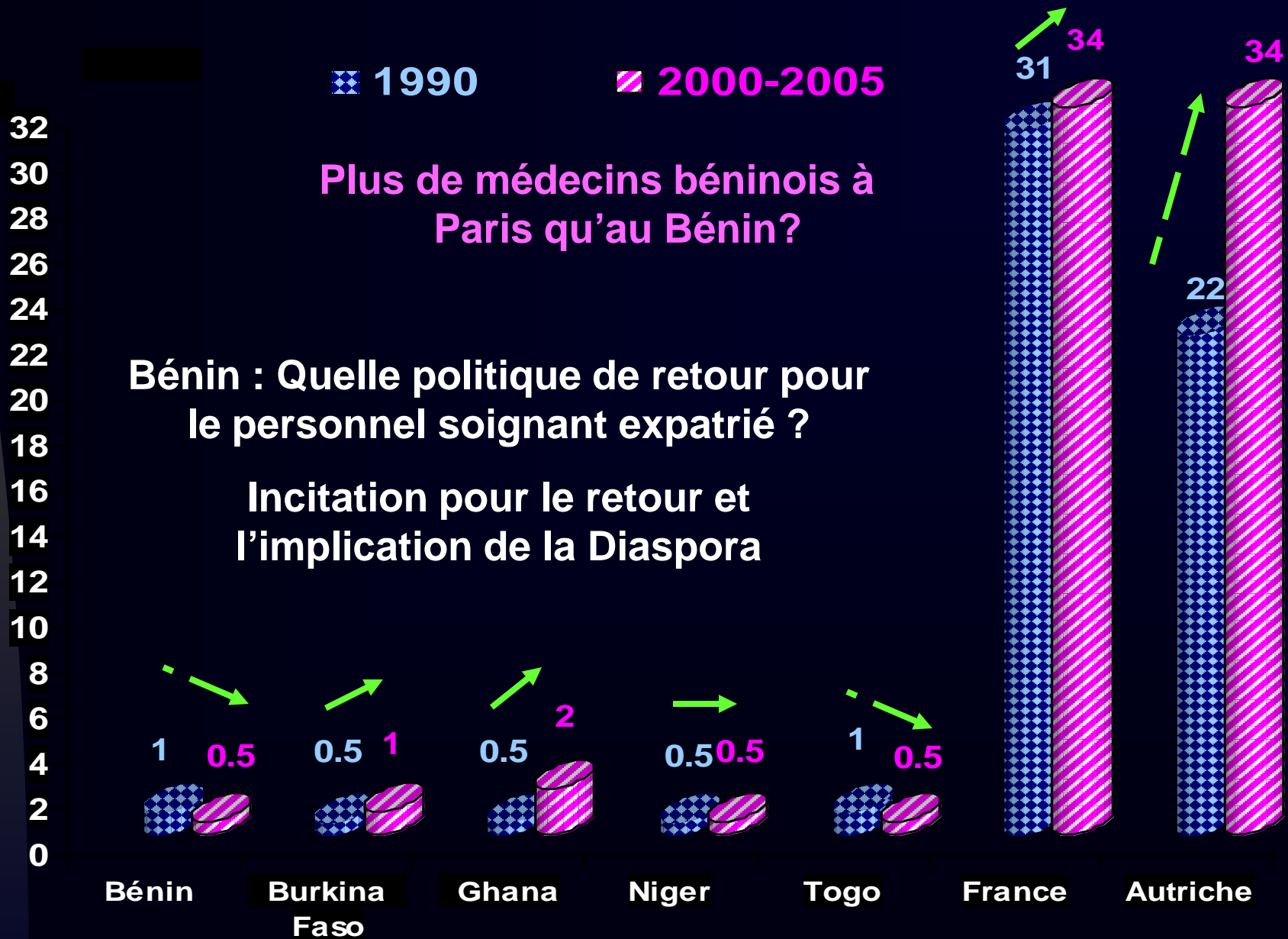


Source: WB, WDI 2007, pp. 22-24.

Personnel soignant pour 10 000 habitants, 2000-2003

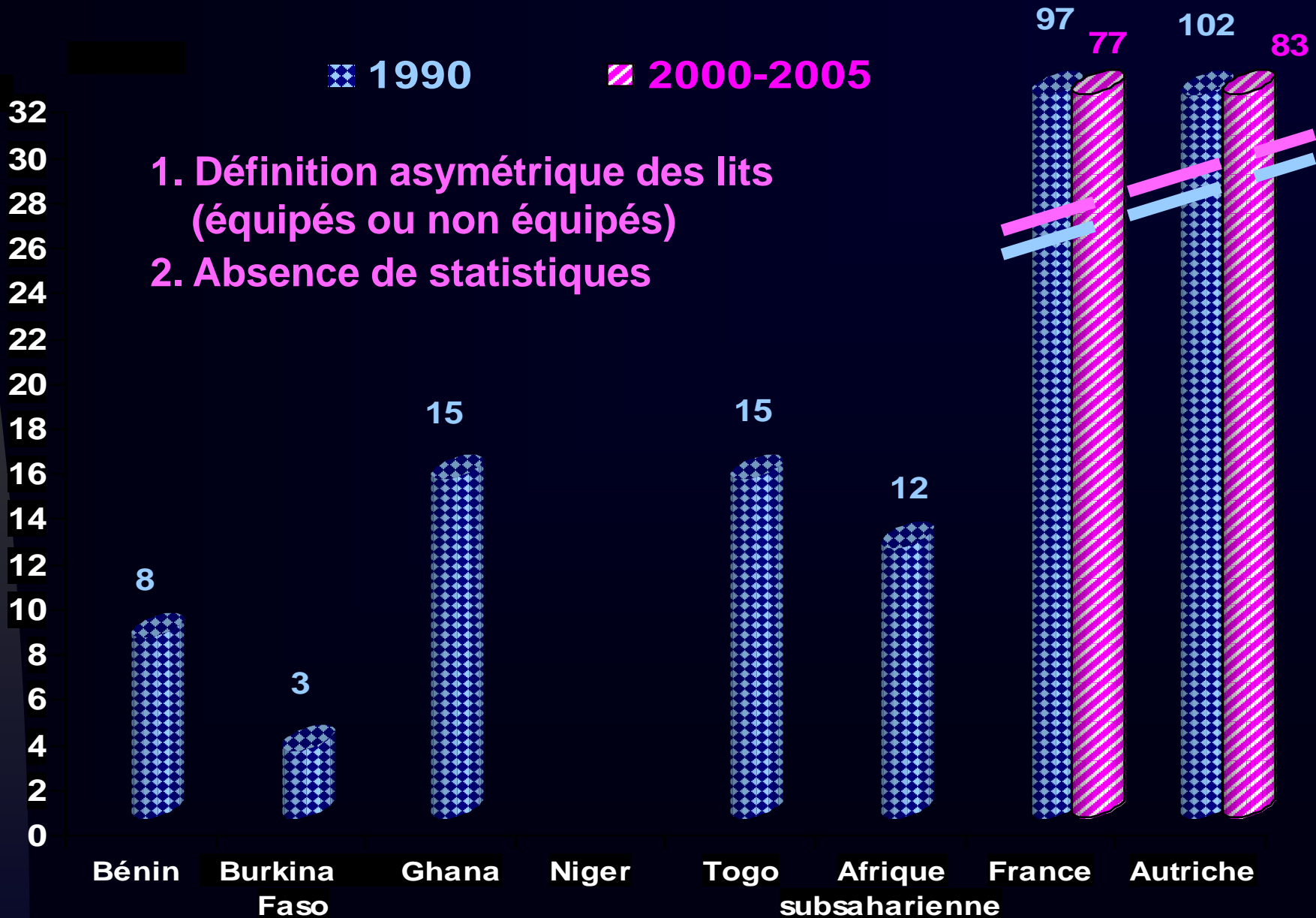


Nombre de médecins pour 10 000 habitants, 1990 et 2000-2005



Source: WB, WDI 2007, pp. 92-94.

Nombre de lits pour 10 000 habitants, 1990 et 2000-2005



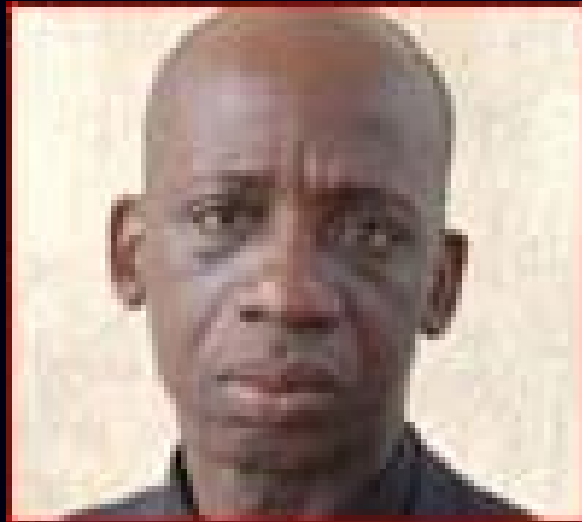
Source: WB, WDI 2007, pp. 92-94.

Bénin entre 2007 et 2015: Vers des Hôtels-Hopitaux

- 1. Besoin de plusieurs hôpitaux et de cliniques**
- 2. Législation favorisant la création d'espaces sanitaires délocalisés, le jumelage de zones sanitaires décentralisées et la migration-échange du personnel soignant béninois/sous-régional**
- 3. Projet de réhabilitation des principaux Hôpitaux publics (coopération inter-états)**
- 4. Projet de création d'un Hôpital/Hôtel aux normes européennes (partenariat public-privé avec une entreprise multinationale appliquant la responsabilité sociale de l'entreprise)**
- 5. Projet d'installations de dispensaires, de laboratoires de diagnostic et d'analyses et de centres spécialisés dans le cadre de la coopération décentralisée**
- 6. Projets spécifiques avec les acteurs de la société civile y compris les structures religieuses**
- 7. Projets de mise en place d'ambulanciers et de services mobiles de santé**

6. Diaspora comme effet de levier

Attirer et maintenir la Diaspora au Bénin : flexibilité et incitations



Dr. Kessile Tchala, Ministre de la santé du Bénin, Parmi les 10 meilleurs chirurgiens de France (Prostate) – Exemple à suivre de retour pour organiser le système sanitaire local

ESPOIR

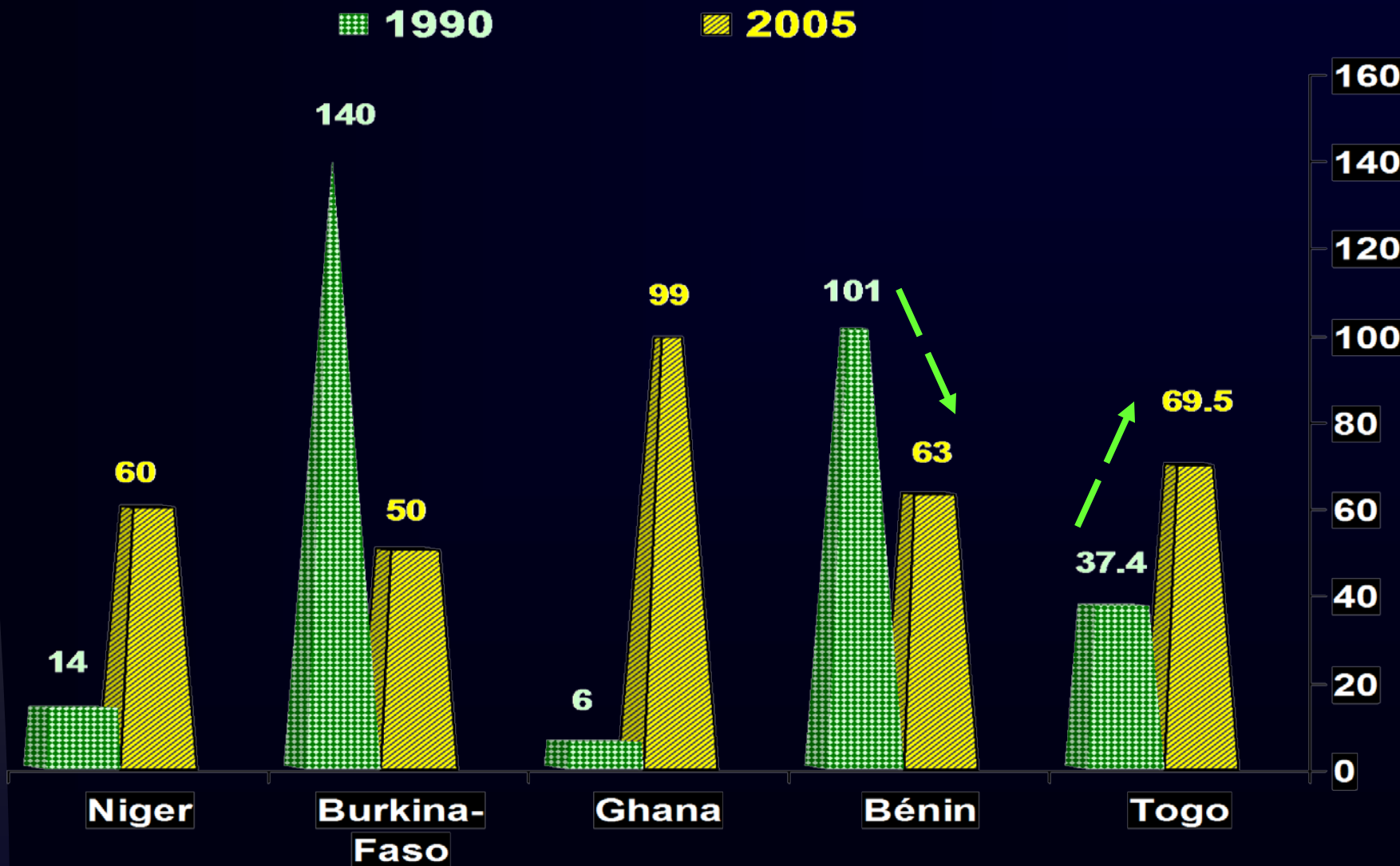


Image douloureuse des clandestins africains illégaux cherchant des opportunités non négociées

PAS D'ESPOIR

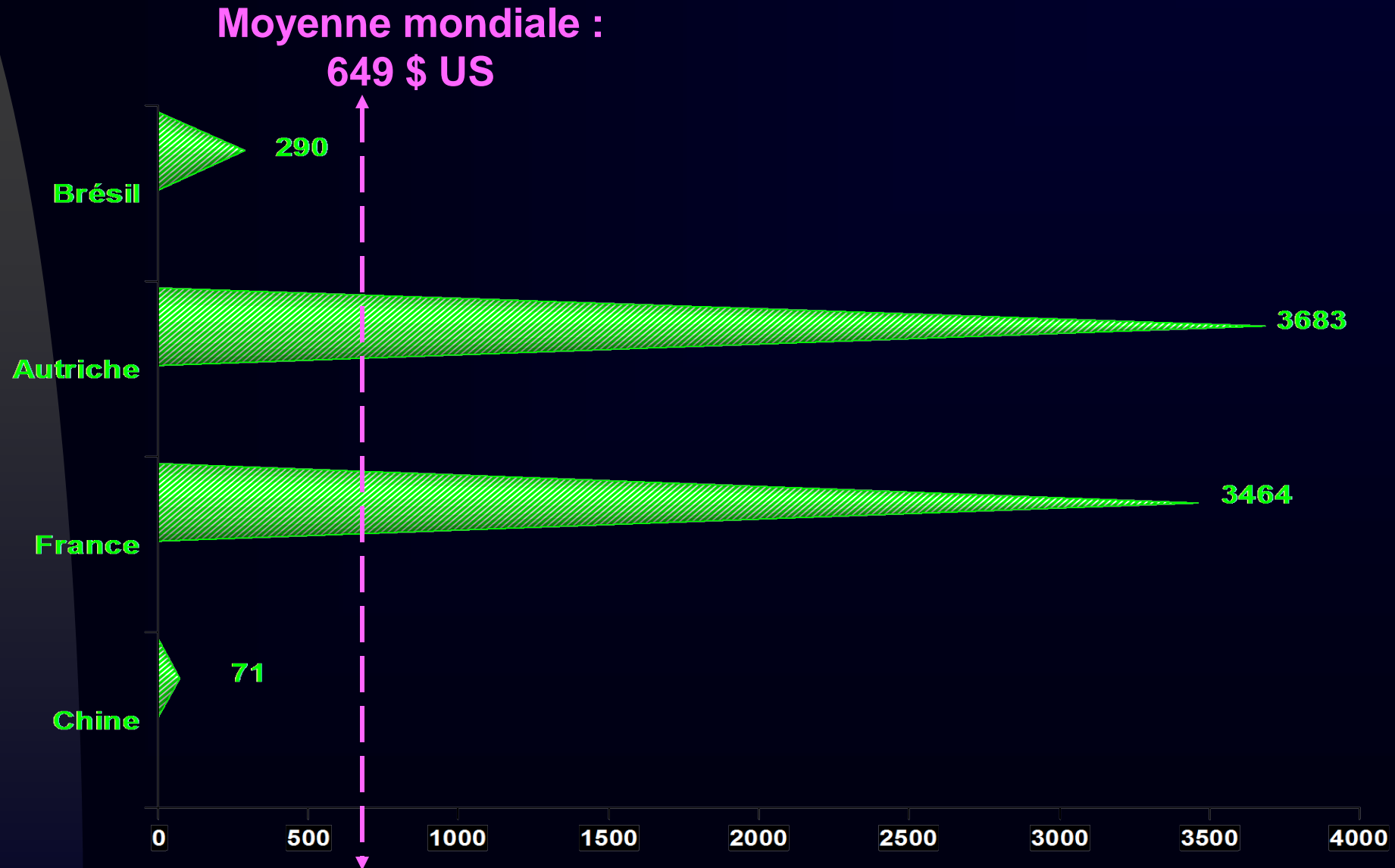
Transferts d'argent de la Diaspora vers le pays d'origine

Pays choisis : 1990-95 et 2000-05 (en millions de \$ US)



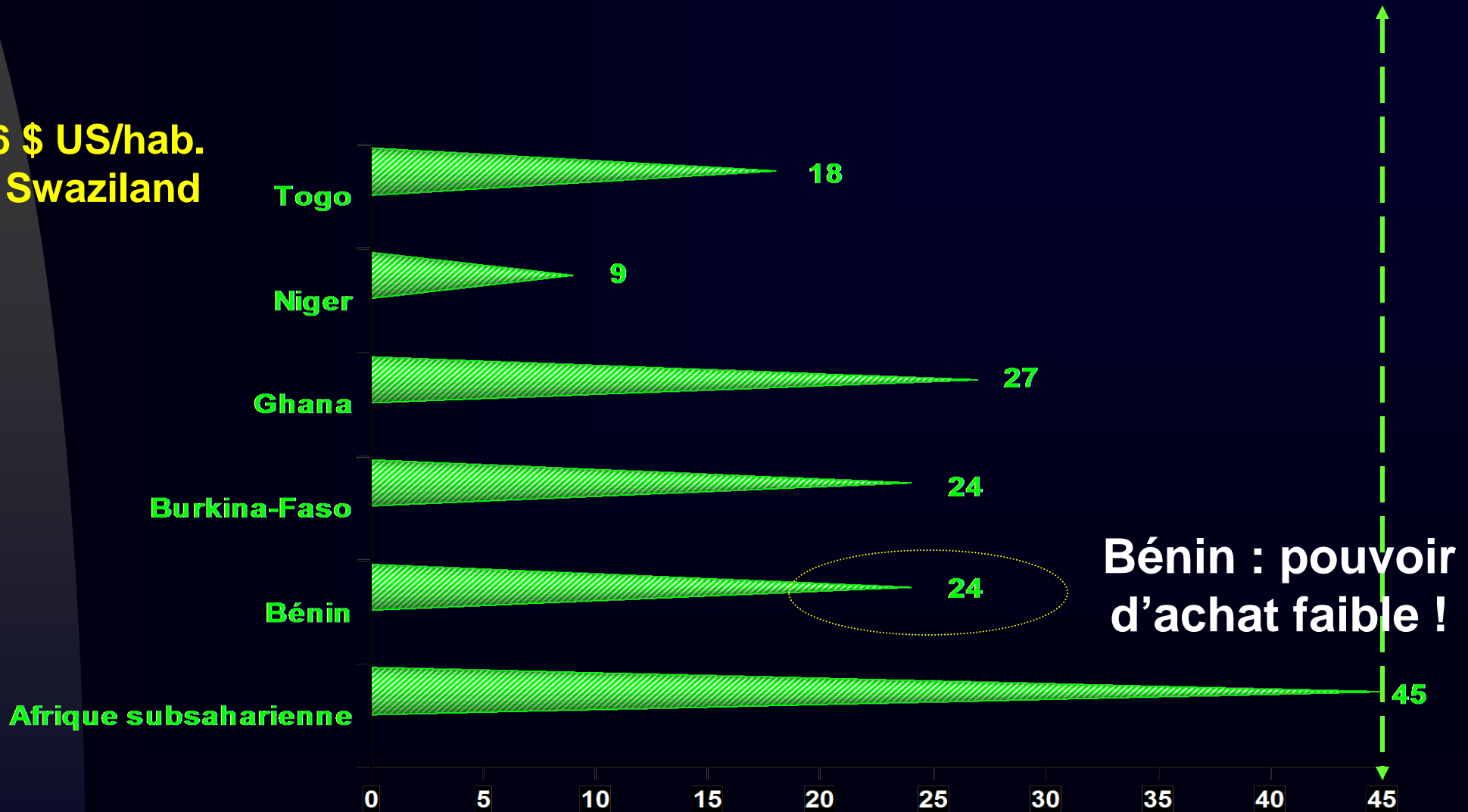
7. Financement et mutualisation de la couverture sanitaire

Dépenses de santé en 2004 : France, Autriche, Chine et Brésil (par habitant et en \$ US)



Dépenses de santé en 2004 pour quelques pays choisis, (par habitant et en \$ US)

146 \$ US/hab.
 au Swaziland



Bénin : pouvoir
 d'achat faible !

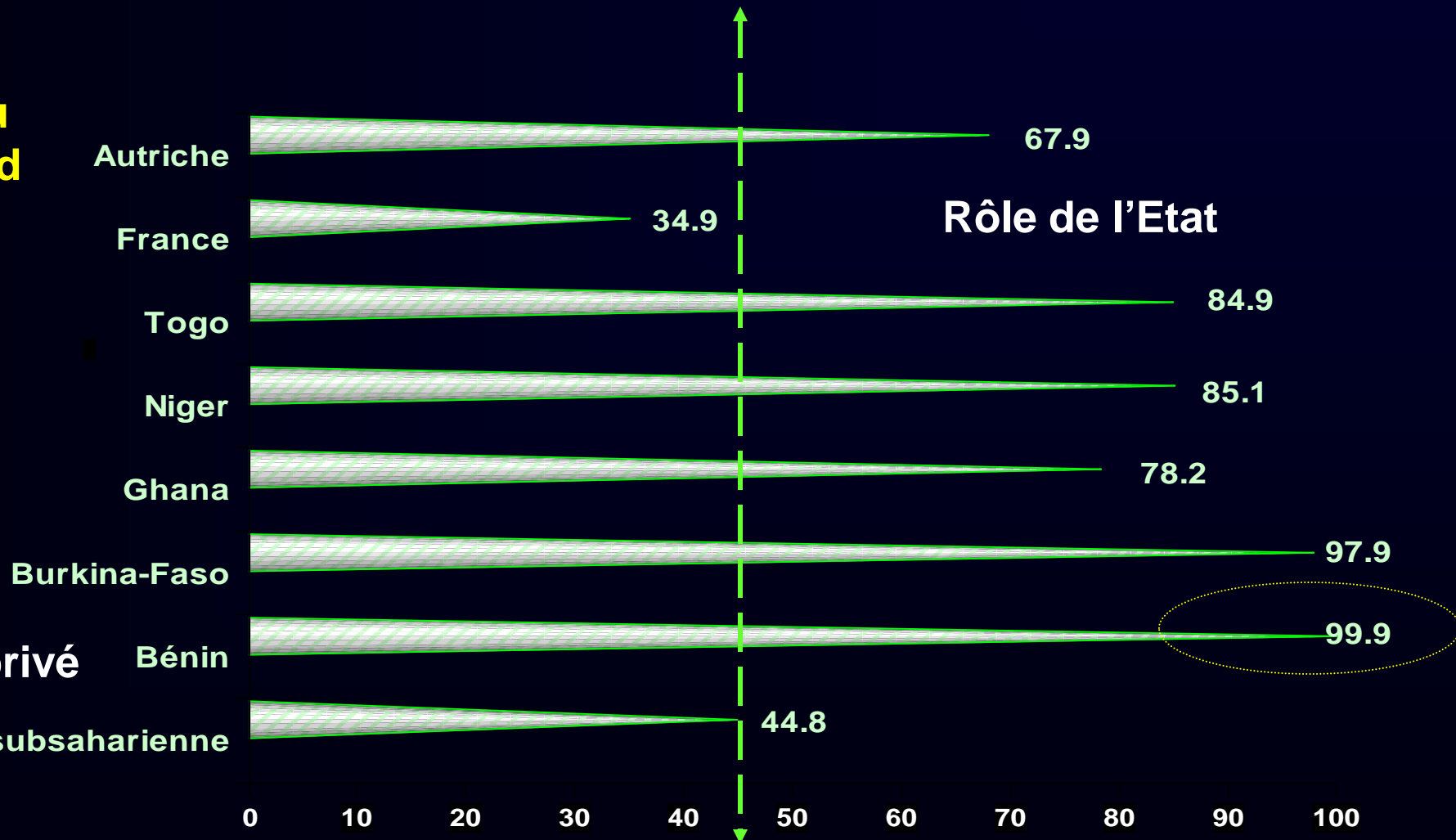
Dépenses de santé en 2004 : non couvertes par le secteur public

Part en % prise en charge par le secteur privé

40.2% au
 Swaziland

Rôle du privé

Rôle de l'Etat



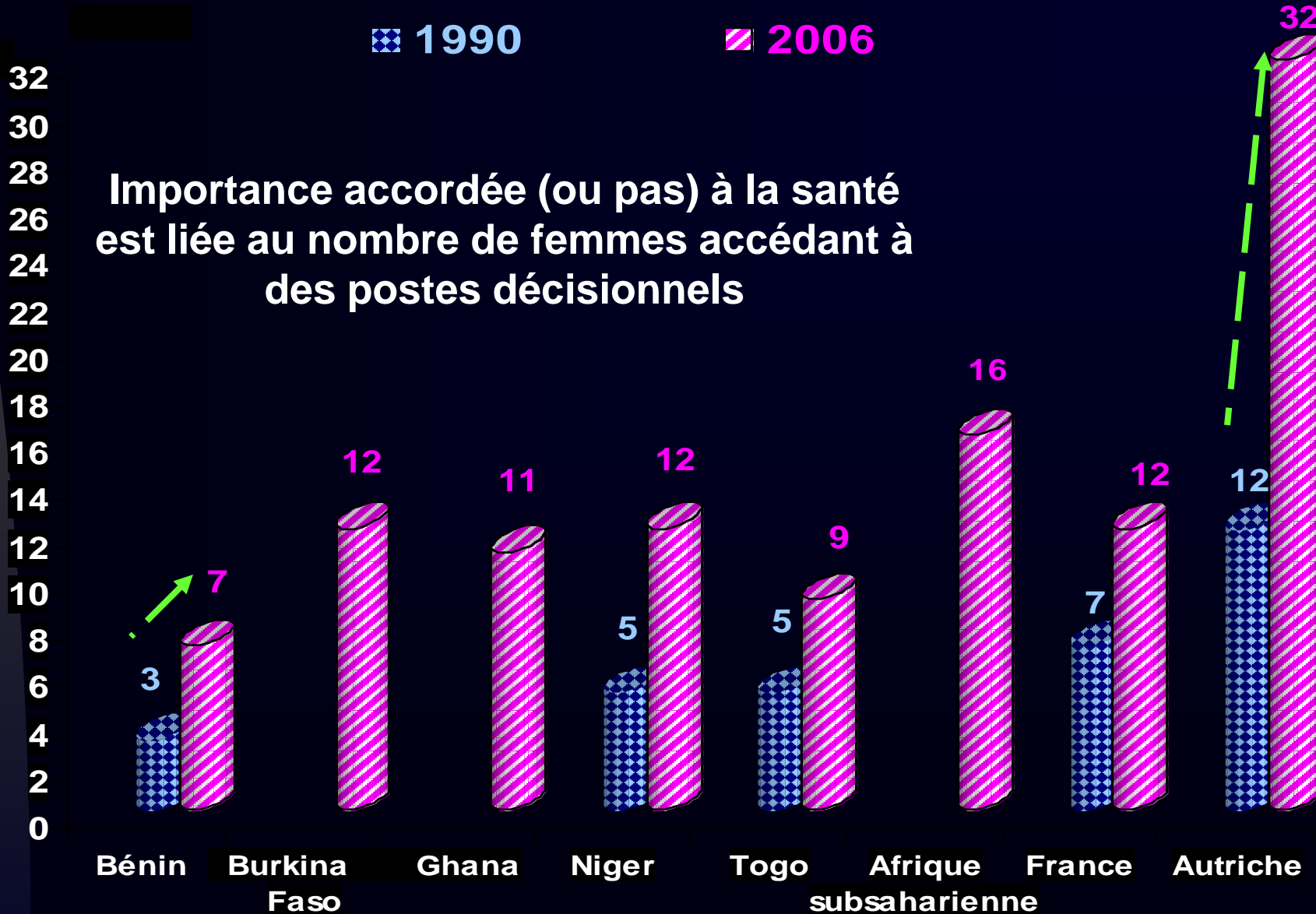
Conclusion

**Sécurité sanitaire :
un droit à organiser en réseau**

Vers une sécurité sanitaire dans des espaces agglomérés et interdépendants

- 1. Evoluer du droit à la santé au droit à la sécurité sanitaire**
- 2. Repenser le système : de la pyramide à l'organisation en réseau et répondre aux besoins de proximité**
- 3. Stopper la marginalisation par la résignation et le décès à domicile sans soins**
- 4. Mutualiser la couverture assurance maladie/décès**
- 5. Permettre la création de fonds de solidarité pour la santé décentralisée?**
- 6. Repenser un institut de veille sanitaire**
- 7. Certifier les établissements sanitaires et promotion des bonnes pratiques**
- 8. Offrir des statistiques sanitaires et renforcer les institutions de collecte**

Femmes élues au parlement, 1990 et 2006 (en % du total des sièges)

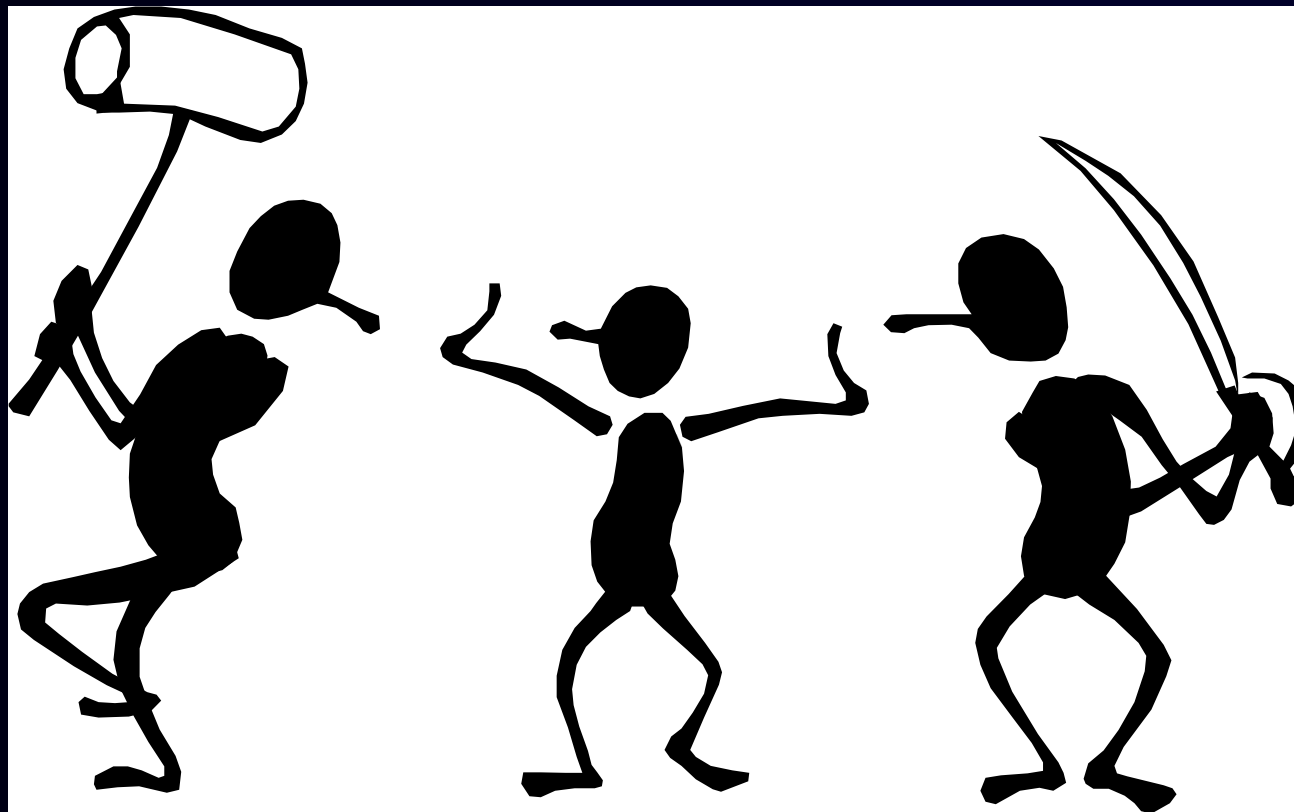


PÔLES DE COMPETENCE SANITAIRE :

Le système de santé en réseau devra permettre

- 1. d'éviter les accidents sanitaires**
- 2. d'améliorer les transports d'évacuation**
- 3. de retrouver une société de confiance par la sécurité sanitaire,**
- 4. d'accompagner le crépuscule de la vie vers le sacré**
- 5. de se mettre d'accord sur la création d'un observatoire sous-régional promouvant l'interdépendance des systèmes de santé**
- 6. d'organiser une assurance maladie obligatoire et adaptée**
- 7. d'offrir plus d'incitations pour soutenir le personnel sanitaire**
- 8. de réduire les disparités régionales**
- 9. de minimiser les dépenses d'évacuation vers l'Occident**
- 10. d'améliorer la santé au Bénin et dans la sous-région**

Discussions ?



Je vous remercie !



Interdépendance africaine...