

REPUBLIQUE DU BENIN

++++0++++

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

+++++0+++++

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

++++0++++

ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION  
ET DE MAGISTRATURE

++++0++++

MEMOIRE DE FIN DE FORMATION AU CYCLE II  
POUR L'OBTENTION

**DIPLOME D'ADMINISTRATEUR**  
**DU DIPLOME D'ADMINISTRATEUR**

OPTION :

**MANAGEMENT**

FILIERE :

**MANAGEMENT DES SERVICES  
PUBLICS**

**EXERCICE ILLEGAL DES PROFESSIONS MEDICALES ET  
PARAMEDICALES DANS LE SECTEUR SANITAIRE PRIVE AU BENIN :  
NECESSITE D'UN ASSAINISSEMENT DU SECTEUR**

Réalisé et soutenu par :

**ADAMMADO Caddys E.N.**

Sous la Direction de :

Maître de stage :

**Dr HOUNDJREBO Armand**

Chef Service de la Réglementation  
Sanitaire

Directeur de mémoire :

**M. HOUNSA Adrien**

Administrateur-Gestionnaire  
des Hôpitaux

Chargé de cours à l'ENAM

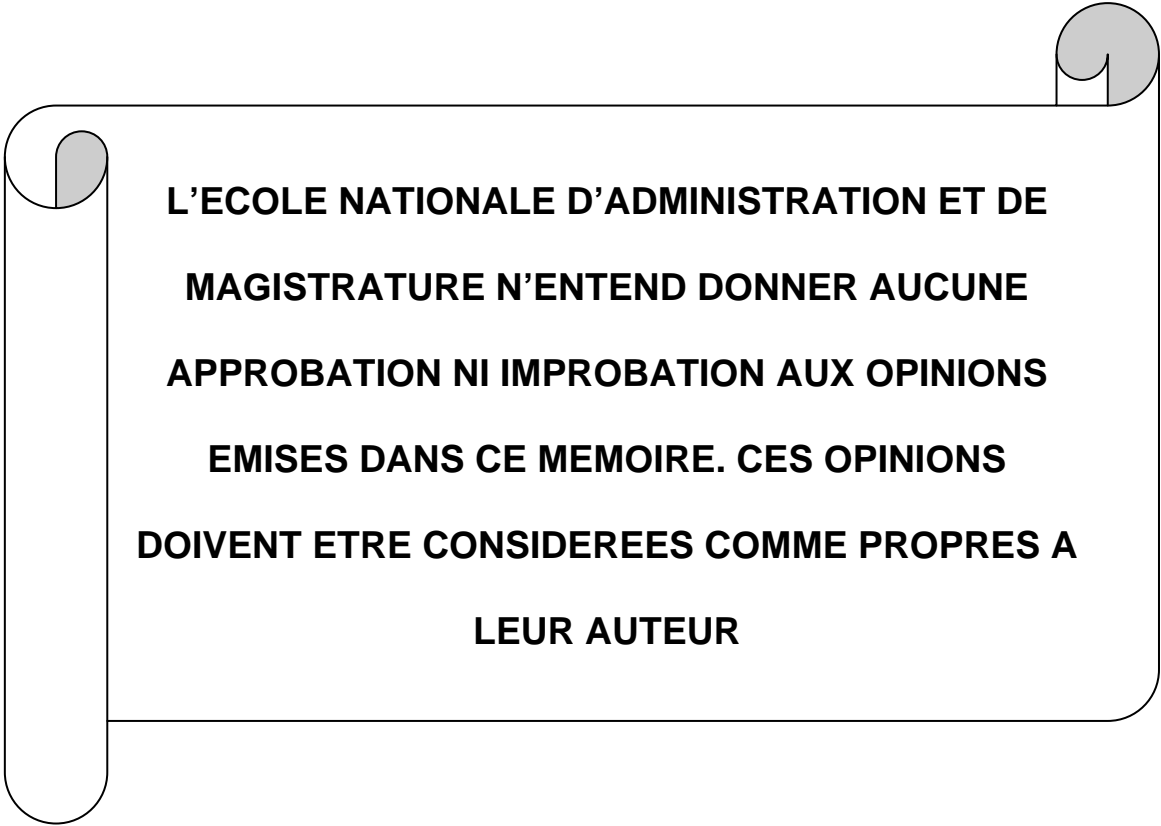
**Janvier 2011**

## **IDENTIFICATION DU JURY**

**PRESIDENT** : DAKO Simon

**VICE-PRESIDENT** : NANSI Célestin

**MEMBRE** : TCHIBOZO Hugues



**L'ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE  
MAGISTRATURE N'ENTEND DONNER AUCUNE  
APPROBATION NI IMPROBATION AUX OPINIONS  
EMISES DANS CE MEMOIRE. CES OPINIONS  
DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A  
LEUR AUTEUR**

## **DEDICACE**

*A mon père **Pierre ADAMMADO** et à ma mère*

***Célestine BEHANZIN,***

*pour tout l'amour dont vous me comblez et  
les sacrifices que vous ne cessez de consentir.*

*A mes frères et sœur **Frédy, Yannick,***

***Christel-Marie et Hilary,***

*pour l'amour fraternel qui nous unit.*

*A ma tante **Mathilde BEHANZIN,***

*pour ton engagement permanent dans ma réussite.*

## REMERCIEMENTS

Nous adressons nos profondes gratitudees :

♥ à notre Directeur de mémoire, Mr **Adrien HOUNSA** pour avoir accepté de suivre ce travail malgré ses multiples

occupations ;

♥ à notre maître de stage, Dr **Armand HOUNDJREBO**, pour l'accueil chaleureux qu'il nous a réservé ;

♥ au Directeur National de la Santé Publique qui a bien voulu nous recevoir dans sa structure ;

♥ au corps enseignant de l'ENAM, pour le savoir reçu au cours de notre formation ;

♥ à tout le personnel de la Direction Nationale de la Santé Publique et en particulier à celui du Service de la Réglementation Sanitaire qui nous a facilité le déroulement de notre stage ;

♥ à tous nos parents et amis pour leur soutien de tous les jours ;

♥ à tous ceux qui ont contribué à l'aboutissement de cette œuvre .

## **LISTE DES SIGLES**

- APE** : Agent Permanent de l'Etat
- CNS** : Conseil National de Santé
- DDS** : Direction Départementale de la Santé
- DNPS** : Direction Nationale de la Protection Sanitaire
- DNSP** : Direction Nationale de la Santé Publique
- DRFM** : Direction des Ressources Financières et Matérielles
- FED** : Fonds Européen de Développement
- MS** : Ministère de la Santé
- MSP** : Ministère de la Santé Publique
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- ONG** : Organisation Non Gouvernementale
- SA** : Secrétariat Administratif
- SC** : Service de la Comptabilité
- SESS** : Service de l'Epidémiologie et de la Surveillance Sanitaire  
des frontières, ports et aéroports
- SPS** : Service de la Promotion de la Santé
- SRS** : Service de la Réglementation Sanitaire
- SSC** : Service de la Santé Communautaire

**SSTSU** : Service de la Santé au Travail et en milieu Scolaire et  
Universitaire

**ZS** : Zone Sanitaire

## **Liste des tableaux**

Tableau	Titre	Page
N°1	Tableau de regroupement des problèmes spécifiques par centre d'intérêt	14
N°2	Tableau de bord de l'étude	26
N°3	Tableau de synthèse de l'étude	53

## **GLOSSAIRE**

**Associations professionnelles** : ce sont des regroupements de praticiens souvent de même ordre (association des infirmiers, des radiologues...) qui ont une vision commune à savoir la défense de leurs intérêts.

**Exercice illégal** : c'est la pratique ou l'exercice des activités médicales et paramédicales en non-conformité avec les règles préétablies.

**Ordres** : organisme professionnel qui veille au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine.

**Professions médicales** : ensemble des professions liées au corps médical.

**Professions paramédicales** : ensemble des professions qui ont trait sur les plans techniques ou administratifs, aux activités relatives à la santé.

**Secteur sanitaire privé** : c'est l'ensemble des praticiens et des établissements sanitaires qui exercent dans le privé.

## **RESUME**

Dans le cadre de la réalisation de notre mémoire de fin de formation et après avoir effectué un stage de trois mois au Ministère de la Santé, nous nous sommes proposé de mener une réflexion sur l'exercice illégal des professions de la santé dans le secteur privé. Cette réflexion nous a conduit à identifier un problème qu'est **la prolifération de l'exercice illégale des professions de santé dans le secteur privé**. Ce problème se présente sous trois aspects à savoir :

- ✚ l'insuffisance de collaboration entre les structures de veille du secteur sanitaire (MS, DDS, ZS, les ordres et les associations professionnelles de la santé) ;
- ✚ la non actualisation de certains textes régissant l'exercice en clientèle privée des professions de la santé ;
- ✚ la faiblesse du partenariat public-privé dans le secteur sanitaire.

Dans le même ordre d'idées nous avons formulé notre thématique de la manière suivante : « **Exercice illégal des professions médicales et paramédicales dans le secteur sanitaire privé : nécessité d'un assainissement du secteur** ».

Par la suite, nous nous sommes fixé un objectif général, à savoir la détermination des conditions favorisant une limitation de l'exercice illégal des professions médicales et paramédicales dans le secteur sanitaire privé et trois objectifs spécifiques :

- parvenir à une collaboration plus accrue des structures de veille du secteur sanitaire (MS, DDS, ZS, les ordres et les associations professionnelles de la santé) ;
- envisager une adéquation des textes régissant l'exercice des professions de la santé ;

- proposer un mécanisme qui assure le renforcement du partenariat public-privé.

Pour atteindre nos objectifs de recherche, nous avons identifié les causes liées à chaque problème spécifique et avons émis les hypothèses suivantes :

- ◆ l'insuffisance de collaboration entre les différentes structures de veille (MS, DDS, ZS, les ordres et les associations professionnelles du secteur) est due au non respect des procédures administratives ;
- ◆ la non actualisation de certains textes régissant l'exercice des professions de la santé est due à des conflits d'intérêts au sein des acteurs du secteur sanitaire.
- ◆ la faiblesse du partenariat public-privé dans le secteur de la santé est due au non fonctionnement du cadre de concertation entre le public et le privé.

Ensuite, nous avons procédé à la validation des hypothèses émises et à l'établissement du diagnostic lié aux problèmes spécifiques.

La dernière étape de notre travail a consisté à suggérer des approches de solutions et recommandations relatives aux problèmes spécifiques.

## **SOMMAIRE**

### **INTRODUCTION GENERALE**

**CHAPITRE 1** : Du cadre institutionnel à la méthodologie de l'étude

**Section 1** : Cadre physique de l'étude et observations de stage

Paragraphe 1 : Présentation de la structure d'accueil du stage

Paragraphe 2 : Etat des lieux et ciblage de la problématique

**Section 2** : Cadre théorique et méthodologique de l'étude

Paragraphe 1 : Objectifs et hypothèses de l'étude

Paragraphe 2 : Méthodologie et revue de littérature

**CHAPITRE 2** : De l'analyse de l'exercice illégal de la profession de santé  
dans le secteur privé aux approches de solutions

**Section 1** : Analyse critique de la prolifération de l'exercice illégal de la  
profession de santé dans le secteur privé

Paragraphe 1 : Présentation du secteur sanitaire privé informel

Paragraphe 2 : Impacts socio-économiques du secteur sanitaire privé  
Informel

**Section 2** : Validation des hypothèses et approches de solutions

Paragraphe 1 : Validation des hypothèses et établissement du diagnostic

Paragraphe 2 : Approches de solutions et recommandations

### **CONCLUSION GENERALE**

# INTRODUCTION GENERALE

---

La santé pour tous d'ici à l'an 2000 est une déclaration du Bureau Régional Afrique de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et un idéal que recherche tout Etat. L'Etat béninois a mis en place une organisation qui devrait faciliter l'atteinte de cet idéal. Ainsi, depuis son avènement à l'indépendance en 1960, le Bénin a œuvré pour disposer d'un système sanitaire adéquat. Dans ce cadre il est revenu au Ministère en charge de la santé de gérer ce secteur en élaborant les politiques et stratégies à mettre en œuvre dans ce domaine.

Pour faciliter l'accès aux soins de santé à toute la population et tenant compte des limites de l'action publique, les autorités politiques ont libéralisé le secteur sanitaire. Aussi, assista-t-on au lendemain de la Conférence des Forces Vives de la Nation et à la faveur du gel des recrutements dans la Fonction publique, à une prolifération des structures sanitaires privées. Cette ruée des professionnels privés dans le secteur de la santé a poussé les autorités en charge de ce secteur à prendre des mesures pour réguler l'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales. La loi n° 97-020 du 17 juin 1997 fixant les conditions d'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales avait été promulguée dans cette optique.

Cependant, plus d'une décennie après la promulgation de ladite loi, le secteur sanitaire privé demeure dans un état peu reluisant, puisque l'anarchie y règne en maître et défie toutes les mesures régulatrices. Très peu de structures sanitaires privées sont munies d'une autorisation et ne sont donc pas suivies.

Malgré la présence des différentes structures de veille et les tournées d'inspection effectuées par les agents du Ministère en charge de la santé, l'illégalité semble prendre un envol inquiétant dans le système sanitaire privé.

Face à ce triste constat, nous avons choisi d'effectuer une étude dans le cadre de notre mémoire de fin de formation pour tenter d'appréhender les dysfonctionnements liés à l'exercice de la médecine en clientèle privée. La thématique que nous avons donc retenue est formulée de la manière suivante : « **Exercice des professions médicales et paramédicales dans le secteur sanitaire privé au Bénin : nécessité d'un assainissement du secteur** ».

Notre étude est structurée en deux chapitres. Dans le premier chapitre, nous faisons part, de la présentation du cadre de l'étude, de la restitution des observations de stage, du ciblage de la problématique et de la méthodologie adoptée. Le second chapitre, aborde l'analyse de l'exercice illégal de la profession de santé à travers la présentation du secteur sanitaire privé informel et les problèmes y relatifs d'une part, et les propositions de solutions et recommandations y afférentes d'autre part.

*CHAPITRE PREMIER :*

---

**DU CADRE INSTITUTIONNEL A LA  
METHODOLOGIE DE L'ETUDE**

Nous présentons dans ce chapitre notre lieu de stage, nos observations, le ciblage de notre problématique et la méthodologie adoptée pour notre étude.

## **Section1 : Cadre physique de l'étude et observations de stage**

Dans cette section, nous procédons à une description du cadre de l'étude (paragraphe1), et faisons part de nos observations de stage (paragraphe 2)

### **Paragraphe1 : Présentation de la structure d'accueil du stage**

A ce niveau, nous allons procéder à la présentation générale du Ministère en charge de la Santé et ensuite de manière spécifique à la présentation de la Direction Nationale de la Santé Publique.

#### **A. Présentation générale du Ministère de la Santé**

Le Ministère en charge de la Santé a été créé en 1957 sous la dénomination du Ministère de la Santé Publique. Depuis l'accession du Bénin à l'indépendance, le Ministère en charge de la santé a changé plusieurs fois d'appellations : Ministère de la Santé Publique, Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales, Ministère de la Santé, de la Protection Sociale et de la Condition Féminine, Ministère de la Santé Publique et enfin Ministère de la Santé.

Depuis le 12 mars 2010, le Ministère est régi par le décret n°2010-060 du 12 mars 2010 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé.

Aux termes de l'article 1<sup>er</sup> dudit décret, le Ministère de la Santé est chargé de la conception, de la mise en œuvre et du suivi-évaluation de la politique de l'Etat en matière de santé, conformément aux lois et règlements en vigueur au Bénin et aux visions et politique de développement du Gouvernement.

Pour accomplir sa mission, le Ministère dispose des structures et organes suivants :

- le Cabinet du Ministre ;
- le Secrétariat Général du Ministère ;
- l'Inspection Générale du Ministère ;
- les Directions centrales et techniques ;
- les Directions départementales de la santé ;
- les Organismes sous tutelle ;
- les Organes consultatifs nationaux.

Dans le cadre de notre étude, nous présenterons spécifiquement la Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP) qui a été la Direction où nous avons effectué notre stage.

## B. Présentation de la Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP)

### 1. Attributions et missions

La DNSP ex DNPS (Direction Nationale de la Protection Sanitaire) est l'organe de coordination de suivi et d'évaluation des mesures collectives et individuelles de prévention, de prophylaxie et de promotion pour la santé. Le décret n°2010-060 du 12 mars 2010 définit ses missions et attributions. A ce titre, la DNSP est chargée de :

- ✓ suivre la mise en œuvre de la réglementation sanitaire internationale ;

- ✓ concevoir, élaborer, suivre et évaluer la mise en œuvre de la réglementation sanitaire nationale aussi bien dans le secteur public que privé, les ONG et sur les lieux de travail ;
- ✓ suivre et faire appliquer la réglementation relative à l'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales et à l'ouverture des établissements sanitaires privés ;
- ✓ veiller au développement du partenariat entre le secteur hospitalier public et celui privé en collaboration avec les directions et structures concernées, à la lutte contre les maladies à potentiel épidémique;
- ✓ coordonner les activités relatives à la surveillance épidémiologique des maladies en collaboration avec les directions concernées et les structures déconcentrées ;
- ✓ élaborer, coordonner et évaluer tous les programmes nationaux de lutte contre les maladies ;
- ✓ assurer le fonctionnement du Conseil National de Santé (CNS) ;
- ✓ coordonner les activités des ONG et autres associations intervenant dans le secteur de la santé ;
- ✓ assurer la surveillance sanitaire des frontières, ports et aéroports en collaboration avec les autres directions concernées ;
- ✓ concevoir et coordonner la politique nationale en matière de promotion de la santé, en collaboration avec les autres directions techniques et toutes autres structures concernées ;
- ✓ concevoir, promouvoir et coordonner en relation avec les services techniques du Ministère en charge du travail, les activités de sécurité et de santé au travail et dans les établissements scolaires et universitaires ;
- ✓ promouvoir et coordonner le processus de la réforme de la base de la pyramide sanitaire ;

- ✓ promouvoir la médecine et la pharmacopée traditionnelles nationales en collaboration avec les autres directions concernées.

## **2. Organisation et fonctionnement**

La Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP) est à ce jour régie par l'arrêté n°6553 /MS/DC/SGM/CTJ/DNPS/ de l'année 2007 portant attributions, organisation et fonctionnement de la Direction Nationale de la Protection Sanitaire. Un nouveau projet d'arrêté est en cours d'élaboration et prendra en compte les nouvelles modifications apportées par le décret n°2010-060 du 12 mars 2010. A cet effet, nous tenons donc compte de l'arrêté qui est toujours en vigueur. Ce dernier en son article 2 définit la composition de la Direction à savoir :

- le Secrétariat administratif (SA) ;
- le Service de la Comptabilité (SC) ;
- le Service de la Santé au Travail et en milieu Scolaire et Universitaire (SSTSU) ;
- le Service de la Réglementation Sanitaire (SRS) ;
- le Service de la Promotion de la Santé (SPS) ;
- le Service de la Santé Communautaire (SSC) ;
- le Service de l'Epidémiologie et de la Surveillance Sanitaire des frontières, ports et aéroports (SESS).

L'article 3 de l'arrêté dispose qu'ont rang de services de la Direction Nationale de la Protection Sanitaire (DNPS), le Centre National Hospitalier de Neuropsychiatrie et le Centre National Hospitalier de Pneumo-phtisiologie.

En outre, la DNPS comporte des organismes sous tutelle à savoir :

- ✚ le Conseil National de Santé ;
- ✚ le Comité National de Lutte contre l'Onchocercose ;

- ✚ le Comité National de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ;
- ✚ le Comité National Raoul FOLLEREAU ;
- ✚ le Groupe des Facilitateurs de l'initiative « Faire reculer le Paludisme » ;
- ✚ le Projet Régional Commun de Prévention et de Prise en charge des IST/VIH/SIDA le long du corridor de migration Abidjan-Cotonou-Lagos (Projet Corridor).

La DNPS a aussi sous tutelle des projets et programmes. Il s'agit du :

- Programme National de Lutte contre le SIDA ;
- Programme National de Lutte contre la Tuberculose ;
- Programme National de Lutte contre le Paludisme ;
- Programme National de Lutte contre la Lèpre et l'Ulçère de Buruli ;
- Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles ;
- Projet d'Appui à la Surveillance Epidémiologique Intégrée ;
- Programme National de Lutte contre les Maladies Transmissibles ;
- Programme National de Lutte contre la Drépanocytose.

Durant notre stage nous avons parcouru les différents services de la DNSP, mais le Service de la Réglementation Sanitaire a retenu plus notre attention.

### **Présentation du Service de la Réglementation Sanitaire**

Le Service de la Réglementation Sanitaire (SRS) est le service qui a trait le plus à notre thématique, c'est la raison qui justifie l'intérêt que nous lui portons en énonçant ses attributions et en présentant son organisation interne.

Le SRS, selon l'article 8 de l'arrêté n°6553/MS/DC/SGM/CTJ/DNPS/SA de l'année 2007, est chargé :

- d'élaborer, de suivre et de coordonner la politique nationale d'assurance qualité des soins et des services de santé en collaboration avec les autres structures et directions concernées ;
- de contrôler le fonctionnement technique et réglementaire des formations publiques et privées en dehors des soins infirmiers et obstétricaux, en liaison avec les autres structures et directions, les associations et ordres professionnels de santé ;
- de former le personnel public et privé à l'utilisation des instruments et des outils de gestion de la qualité des soins conformément aux normes, en collaboration avec les structures et directions ;
- de mettre en place les organes de suivi et de gestion de la qualité des soins et de définir un mécanisme de monitoring et d'évaluation, en collaboration avec les structures et directions concernées.
- d'assurer le secrétariat du Conseil National de Santé ;
- de mettre en œuvre et de suivre les décisions du Conseil National de Santé ;
- d'assurer le secrétariat de la Commission Technique pour l'exercice en clientèle privée des Professions de santé ;
- de promouvoir la collaboration entre les secteurs public et privé.

Pour assurer son fonctionnement, le SRS est subdivisé en trois unités à savoir :

- le Secrétariat ;

- la Division de la Réglementation, du contrôle, de la référence et contre référence médicale ;
- la Division du Partenariat entre les secteurs public et privé et de l'Assurance qualité des soins.

La quintessence des activités du SRS peut se résumer en trois points :

- ~ l'organisation des évacuations sanitaires ;
- ~ la gestion du partenariat public-privé ;
- ~ le suivi, la coordination et le contrôle de la qualité des soins et programmes de santé.

Au cours du stage pratique nous avons été confronté aux réalités de notre environnement de stage et cela nous a permis d'identifier la problématique de notre étude.

## **Paragraphe2 : Etat des lieux et ciblage de la problématique**

Nous avons effectué un stage de trois (03) mois au Ministère de la Santé plus précisément à la Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP). L'occasion nous a été ainsi offerte de parcourir les différents services qui composent cette direction technique et d'observer leur fonctionnement.

### **A. Observations de stage**

#### **1. Observations générales**

La DNSP est une Direction technique du Ministère de la Santé. Elle est logée dans l'enceinte du Ministère dans le même bâtiment que le Cabinet et la Direction des Ressources Financières et Matérielles

(DRFM). Elle se situe au troisième niveau du bâtiment. Tous ses services se retrouvent donc à ce niveau.

La DNSP est dirigée par un Directeur qui est un médecin spécialiste en santé publique et en épidémiologie.

Le Secrétariat de la DNSP est animé par trois agents. Le Service de la Comptabilité dispose d'un seul cadre qui assure toutes les activités liées à son poste. Quant aux autres services, ils sont tous dirigés par des médecins spécialistes de la santé publique et de l'épidémiologie et comptent en leur sein un personnel hétéroclite. On retrouve ainsi des médecins, des paramédicaux, des administrateurs, des secrétaires. Leur nombre varie de un à neuf dans les services.

Chaque service ne dispose que de deux bureaux au plus. L'espace de travail est trop réduit et les cadres sont donc obligés de se contenter de cela en s'agglutinant.

Au niveau de la logistique, tous les services sont dotés d'un parc informatique et des fournitures de première nécessité.

## **2. Observations spécifiques**

A ce niveau nous ferons part des observations faites par rapport aux activités du SRS en termes d'inventaire des forces et des faiblesses.

### **a) Inventaire des forces**

- ✓ bonne ambiance de travail ;
- ✓ conscience professionnelle permanente au sein du personnel ;
- ✓ existence d'un esprit d'équipe au sein du personnel ;

### **b) Inventaire des faiblesses**

- ✓ exigüité du cadre de travail ;
- ✓ insuffisance des moyens de travail ;
- ✓ faiblesse du partenariat public et privé dans le secteur sanitaire ;
- ✓ insuffisance de collaboration entre les différentes structures de veille (MS, DDS, ZS, les ordres et les associations professionnelles du secteur de la santé ;
- ✓ non actualisation de certains textes régissant l'exercice des professions de la santé ;
- ✓ lenteur dans la procédure de prise de décision des évacuations sanitaires ;
- ✓ usage abusif de la procédure d'urgence dans le cadre des évacuations sanitaires ;
- ✓ non informatisation des dossiers d'évacuations sanitaires .

### **B. Ciblage de la problématique**

Nous allons procéder dans un premier temps au regroupement des problèmes par centre d'intérêt, ensuite au choix de la problématique et enfin à sa justification.

#### **1. Regroupement des problèmes par centres d'intérêts**

Nous allons regrouper dans le tableau ci-dessous les problèmes par centres d'intérêts.

**Tableau de regroupement des problèmes par centres d'intérêts**

N°	CENTRE D'INTERET	PROBLEMES SPECIFIQUES	PROBLEME GENERAL	PROBLEMATIQUE
1	Motivation du personnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Exigüité du cadre de travail</li> <li>● insuffisance des moyens de travail</li> </ul>	Non valorisation du personnel	La problématique de la motivation du personnel
2	Gestion de la procédure d'évacuation sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Lenteur dans la procédure de prise de décision des évacuations sanitaires</li> <li>● usage abusif de la procédure d'urgence dans le cadre des évacuations sanitaires</li> <li>● non informatisation des dossiers d'évacuation sanitaire</li> </ul>	Gestion non efficace de la procédure de mise en œuvre des évacuations sanitaires	La problématique de l'amélioration de la gestion des évacuations sanitaires
3	Exercice illégal des professions médicales et paramédicales dans le secteur privé	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Insuffisance de collaboration entre les différentes structures de veille (MS, DDS, ZS, les ordres et les associations professionnelles de la santé)</li> <li>● non actualisation de certains textes régissant l'exercice des professions de santé dans le privé</li> <li>● faiblesse du partenariat public et privé dans le secteur sanitaire</li> </ul>	Prolifération de l'exercice illégal des professions de santé dans le secteur privé	La problématique de l'assainissement du secteur sanitaire privé

**Source** : investigations personnelles

## **2. Choix de la problématique**

Le regroupement des problèmes par centres d'intérêts nous a permis de dégager trois problématiques. Chacune de ces trois problématiques mérite d'être étudiée car elles représentent des goulots d'étranglement dans le fonctionnement du Service de la Réglementation Sanitaire (SRS). Cependant, nous ne saurions pouvoir prétendre les étudier toutes à la fois compte tenu des exigences de la méthodologie que nous devons adopter. A cet effet, nous sommes contraints d'en choisir une.

Les trois problématiques identifiées ont trait à la motivation du personnel du SRS, à la gestion des évacuations sanitaires et enfin à l'exercice illégal des professions médicale et paramédicale dans le secteur privé.

Faire une étude sur la motivation du personnel pourra contribuer au rayonnement du SRS, mais nous ne pensons pas disposer de toutes les aptitudes requises pour cerner ce domaine, cela nous amène donc à l'abandonner au profit d'une autre problématique.

Les évacuations sanitaires ont une place assez importante dans les activités du SRS. Elles mobilisent beaucoup de ressources (humaines, matérielles et financières) au niveau de ce service et même au niveau de tout le Ministère. Ceci explique l'attention qui leur est portée aussi bien par les autorités du Ministère que par les autorités politiques en général. Cela justifie aussi l'intérêt que portent beaucoup d'étudiants à cette matière. Nous avons constaté que beaucoup de travaux ont été déjà réalisés dans ce domaine. Ainsi nous espérons que les autorités dans un avenir proche prendront en compte les recommandations faites par les chercheurs dans ce domaine.

La dernière problématique identifiée est celle relative à l'exercice illégal des professions médicales et paramédicales dans le secteur privé.

Cette problématique a retenu notre attention car nous avons remarqué, dans un premier temps qu'il y a eu peu de réflexions dans ce domaine de la part des étudiants. Ensuite que l'exercice illégal de la médecine dans le privé connaît une progression inquiétante qui ne semble point émouvoir les autorités en charge de la santé. Enfin nous pensons que notre réflexion sur le sujet pourra peut être encouragée les autorités en charge de la santé à lutter contre l'informel dans le secteur sanitaire privé.

### **3. Justification de la problématique**

Au lendemain de la Conférence des Forces Vives de la Nation en février 1990, le Bénin a opté pour le système démocratique comme mode de gestion politique de l'Etat. Au plan économique, l'option libérale a été faite. Cela a conduit à ouvrir au privé certains secteurs clés de la vie de l'Etat. Il s'agit entre autres de l'éducation et de la santé. Suite à ces décisions et du fait du gel des recrutements dans la Fonction publique, une réalité s'est imposée à savoir la prolifération des établissements sanitaires privés. L'Etat a alors manifesté la volonté d'intervenir par le biais d'outils juridiques pour règlementer l'accès à ce secteur par les professionnels de la santé voulant se mettre à leur propre compte.

Cependant il aura fallu attendre presque une décennie pour qu'un cadre législatif soit défini pour le vote de la loi 97-020 du 17 juin 1997 fixant les conditions de l'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales. Cette loi prévoit en son sein les conditions d'exercice en clientèle privée des professions de santé, les conditions d'ouverture de structures sanitaires privées et des mesures répressives pour tous ceux qui passeront outre ses dispositions. Ce cadre prévoit des inspections sanitaires par des agents assermentés du Ministère de la Santé qui à la fin des tournées d'inspection doivent produire des rapports et les soumettre aux autorités en charge de la santé. Ces dernières devront donc prendre connaissance du contenu de ces rapports et prendre les dispositions adéquates.

Mais, force est de constater que malgré le vote de cette loi, son inobservance est toujours de mise et cela au vu et au su des autorités en charge de la santé dont les efforts de mis en ordre ne sont pas perceptibles. De même, on a du mal à comprendre l'inertie des structures de veille comme les différents ordres et associations des médecins et paramédicaux. Ces derniers justifient leur léthargie par le fait que la collaboration initialement prévue entre eux et le Ministère n'est pas une réalité dans son entièreté. Cette situation déplorable interpelle plus d'un, surtout qu'il s'agit de la santé des populations. Nous nous proposons donc de chercher à comprendre les raisons de l'impunité dans ce secteur, plus exactement à relever les obstacles liés à l'assainissement du secteur sanitaire privé en procédant à l'analyse de certains problèmes inhérents au système. Il s'agit notamment de :

- l'insuffisance de collaboration entre les différentes structures de veille du secteur sanitaire (MS, DDS, ZS, les ordres et les associations professionnelles de la santé) ;
- la non actualisation de certains textes régissant l'exercice des professions de santé ;
- la faiblesse du partenariat public et privé dans le secteur sanitaire.

Pour approfondir notre étude, nous avons adopté une méthodologie de recherche et nous nous sommes inspirés des écrits relatifs à notre thème. La seconde section qui sera abordée prendra donc en compte les éléments dont nous venons de faire part.

## **Section 2 : cadre théorique et méthodologique de l'étude**

Dans cette section, nous établissons les objectifs et les hypothèses (paragraphe 1), et faisons part de la méthodologie adoptée et de la revue de littérature (paragraphe 2).

### **Paragraphe 1 : Objectifs et hypothèses de l'étude**

Avant d'énumérer les objectifs et les hypothèses de l'étude, il convient de rappeler d'abord les problèmes liés à notre thématique. Il s'agit du problème général et des problèmes spécifiques.

#### **Problème général :**

Prolifération de l'exercice illégal des professions de santé dans le secteur privé

#### **Problèmes spécifiques :**

- ◆ insuffisance de collaboration entre les différentes structures de veille (MS, DDS, ZS, les différents ordres et associations des professionnels de la santé);
- ◆ non actualisation de certains textes régissant l'exercice des professions de la santé ;
- ◆ faiblesse du partenariat public-privé dans le secteur sanitaire.

## **A- Objectifs de l'étude**

Dans le cadre de notre étude nous nous sommes fixé un objectif général et des objectifs spécifiques.

### **1 - Objectif général**

L'objectif général que nous visons est de déterminer les conditions favorisant une limitation de l'exercice illégal des professions de santé dans le secteur privé.

Aussi convient-il de préciser, de manière spécifique, les objectifs poursuivis par la présente étude.

### **2 - Objectifs spécifiques**

L'objectif général sus-mentionné se décline en trois (3) objectifs spécifiques, à savoir :

#### ***a- Objectif spécifique n°1***

Parvenir à une collaboration plus accrue des différentes structures de veille.

#### ***b- Objectif spécifique n°2***

Atteindre une adéquation des textes régissant l'exercice des professions de la santé.

#### ***c- Objectif spécifique n°3***

Proposer un renforcement du partenariat public/privé dans le secteur de la santé.

## **B- Causes et hypothèses supposées aux problèmes**

Les différents problèmes énumérés précédemment sont dus à des causes qui expliquent leur manifestation. Il est cependant difficile de trouver une cause qui pourrait expliquer à elle seule le problème général. Ainsi, nous nous évertuons à identifier pour chaque problème spécifique une cause qui tend à être la plus plausible. Cela nous permettra de formuler les hypothèses liées à chaque problème spécifique.

### **1. Cause et hypothèse liées au problème spécifique n°1**

A propos du problème spécifique n°1 à savoir, **l'insuffisance de collaboration entre les différentes structures de veille (MS, DDS, ZS, les différents ordres et les associations professionnelles)**, nous avons identifié deux causes possibles à savoir :

- crise de confiance entre les différents acteurs ;
- non respect des procédures administratives.

Dans toute organisation, la confiance est un élément que l'on doit souhaiter entre les acteurs de cette dernière pour faciliter son fonctionnement et permettre l'atteinte des résultats. L'absence de confiance empêche la collaboration entre les acteurs d'un secteur ou entre les institutions qui sont amenées à collaborer. Dans le cas précis, il s'agit des structures qui veillent à une organisation efficace du secteur de la santé et de manière plus précise du sous secteur sanitaire privé. Ces différentes structures à savoir le Ministère de la Santé pris comme structure centrale, les Directions Départementales de la Santé, les Zones Sanitaires, les ordres et les associations professionnelles de la santé ont en principe l'obligation de mener certaines actions de manière concertée et dans une franche collaboration. Mais la réalité est tout autre sur le terrain. On note des dysfonctionnements assez importants dans cette

collaboration. On se demande alors si c'est dû à une crise de confiance entre ces structures. Notre réponse ne sera pas positive parce qu'en nous basant sur nos observations, nous pensons, que la cause de ce problème, qui est l'insuffisance de collaboration entre les structures de veille, est ailleurs.

La deuxième cause à savoir, le non respect des procédures administratives, a été avancée parce que nous pensons qu'elle peut justifier les dysfonctionnements observés dans la collaboration entre les structures de veille. En effet, pour faciliter la collaboration entre les structures de veille et éviter qu'il y ait chevauchement des attributions, certaines procédures administratives ont été conçues. Mais, force est de constater que ces procédures administratives pour des raisons diverses, ne sont pas respectées au détriment de certains actes ou comportements qui ne sauraient faciliter le bon voisinage entre les différentes structures de veille. Ainsi, nous pensons que **l'insuffisance de collaboration entre les différentes structures de veille (MS, DDS, ZS, les différents ordres et les associations professionnelles) est due au non respect des procédures administratives.**

## **2. Cause et hypothèse liées au problème spécifique n°2**

Au sujet de **la non actualisation de certains textes régissant l'exercice des professions de la santé**, les causes suivantes ont été relevées :

- la volonté manifeste des acteurs du secteur de la santé de ne pas actualiser les textes ;
- l'absence de compétences pour procéder à l'actualisation des textes ;
- les conflits d'intérêts personnels.

La première cause énumérée est la volonté manifeste des acteurs du secteur de la santé de ne pas actualiser certains textes régissant le domaine. Cette cause pourrait justifier ce problème spécifique puisque si les acteurs de la santé n'épousent pas l'idée d'actualiser les textes qui ne sont plus en adéquation avec les réalités du terrain, il serait difficile voire impossible de procéder à une actualisation. Une actualisation sans les acteurs du secteur serait une œuvre sans lendemain. On peut donc comprendre que sans une implication des acteurs de la santé, il ne pourrait avoir d'actualisation des textes. Vu que l'actualisation de ces textes profite d'abord aux acteurs du secteur sanitaire, nous ne pensons donc pas que ces derniers ne veuillent pas d'une actualisation des textes en cause. Nous pouvons même ajouter qu'il y a eu des projets de textes qui ont été élaborés par les acteurs de la santé mais qui sont restés sans suite. Il y a donc une volonté de faire. Ainsi, cette cause qui est la volonté manifeste des acteurs de la santé de ne pas actualiser certains textes régissant le secteur sanitaire ne peut être retenue comme la cause principale du problème de la non actualisation de certains textes régissant le secteur de la santé.

La seconde cause que nous avons mentionnée et qui pourrait justifier le problème spécifique dont il est question est l'absence de compétences pour procéder à l'actualisation des textes. Cette cause semble de très loin la moins plausible car les rédacteurs des textes qui sont actuellement en vigueur sont toujours présents. De plus, les compétences ne manquent pas au sein des acteurs de la santé. Il suffirait juste de réunir ces compétences et de leur confier la mission d'actualiser les textes pour que cela soit une réalité. Il faut mentionner que cela a été même fait, mais le fruit des réflexions des rédacteurs est resté sous silence. Nous pouvons donc conclure que cette cause n'est pas la mieux indiquée.

La dernière cause que nous avons identifiée et qui pourrait expliquer le problème de la non actualisation de certains textes régissant l'exercice des professions de la santé est relative aux conflits d'intérêts personnels. En effet, le fait qu'il y ait des intérêts divergents et que chaque groupe d'acteurs aimerait voir ses intérêts émerger au détriment de l'intérêt général peut amener à la situation que nous déplorons à savoir la non actualisation des textes. De même, il faut noter qu'un consensus est primordial pour faciliter l'actualisation des textes et par ricochet leur application. Cette cause semble la plus plausible ceci se justifie aussi par le fait que les projets d'actualisation sont bloqués dans le circuit administratif au sein du Ministère de la Santé, un Ministère où on retrouve une pléthore de médecins et de paramédicaux. Qu'est ce qui peut alors justifier ce blocage si ce n'est les conflits d'intérêts personnels.

Au vu de tout ce qui précède, nous pouvons retenir que **la non actualisation de certains textes régissant l'exercice des professions de la santé est due à des conflits d'intérêts personnels.**

### **3- Cause et hypothèse liée au problème spécifique n°3**

A propos du problème spécifique n°3 à savoir, la faiblesse du partenariat public privé dans le secteur de la santé, nous avons identifié quatre causes possibles. Ces dernières sont :

- inexistence d'une politique favorisant le partenariat privé public dans le secteur de la santé ;
- volonté manifeste des acteurs du secteur de la santé d'empêcher un partenariat public privé ;
- faible participation du secteur privé dans la couverture sanitaire ;
- non fonctionnement du cadre de concertation entre le public et le privé dans le secteur de la santé.

L'inexistence de politique favorisant le partenariat public privé dans le secteur de la santé pourrait bel et bien expliquer ce dysfonctionnement observé au niveau du partenariat. En effet si la vision du Ministère n'abonde pas dans le sens du partenariat public privé, il serait impossible de développer un tel partenariat. Mais dans nos recherches, nous avons constaté que le Ministère (au moins de façon théorique) prône le partenariat public privé dans le secteur de la santé (cf. arrêté N° 6553/MS/DC/SGM/CTJ/DNPS/SA)<sup>1</sup>. De plus le Ministère est allé jusqu'à faire concevoir un cadre de concertation qui avait pour mission principale la gestion du partenariat entre le public et le privé. Affirmer donc qu'il n'existe pas une politique favorisant le développement du partenariat public privé ne correspondrait pas à la réalité. Par conséquent, nous ne pourrions retenir cette cause comme celle qui explique le problème du partenariat public privé.

La seconde cause identifiée à savoir celle relative à la volonté manifeste des acteurs du secteur de la santé d'empêcher le partenariat public privé aurait pu aussi être la cause effective du problème évoqué. En effet, si les acteurs de ce secteur ne font pas preuve de bonne volonté, il serait presque impossible de réaliser un partenariat public privé. Ceci étant, on conçoit difficilement que les acteurs du secteur s'opposent à un tel partenariat puisqu'ils seront les premiers à profiter de ce partenariat. Nous suggérons donc d'écarter cette cause au profit d'une autre.

La troisième cause que nous avons sélectionnée est la faible participation du secteur privé dans la couverture sanitaire. La couverture sanitaire peut être perçue comme la capacité des institutions en charge de la santé à satisfaire les besoins de la population en matière de santé.

---

<sup>1</sup> «Veiller au développement du partenariat entre le secteur public et le secteur privé en collaboration avec les autres Directions Techniques concernées.» art 1. al.8 de l'arrêté n° 6553/MS/DC/SGM/CTJ/DNPS/SA

A priori, le secteur public devrait pouvoir couvrir les besoins sanitaires de la population ou essayer au maximum d'y arriver. Mais on constate aisément que le secteur public n'a pas la capacité de satisfaire les exigences sanitaires de la population. Les ressources du public sont limitées. Face à cette situation peu reluisante, le privé se voit donc attribuer une place de choix. Ainsi, plus de 60% de la population font recours aux structures sanitaires privées et à la médecine traditionnelle. La participation importante du secteur privé dans la couverture sanitaire est donc une évidence et ne pourrait justifier l'état léthargique du partenariat public privé.

Le non fonctionnement du cadre de concertation entre le public et le privé est la dernière cause identifiée pour le problème spécifique dont il est question. Le cadre de concertation doit regrouper les acteurs concernés et aura pour mission principale la gestion du partenariat public privé. Lors de nos recherches nous avons constaté que par le passé, il y a eu une telle initiative grâce au concours du 8<sup>ème</sup> FED (Fonds Européen de Développement). Mais hélas, ce cadre créé sur l'initiative du Ministère a connu son déclin et ne fonctionne. Depuis lors plus aucune initiative pareille n'a été entreprise pour dynamiser ledit cadre. Il faut mentionner qu'avant la disparition du cadre, ce dernier a mené quelques actions dans le sens du développement du partenariat public privé. Face à tout cela, nous décidons de retenir cette cause comme celle qui explique le problème du partenariat public privé. Ainsi nous pouvons retenir que **la faiblesse du partenariat public et privé dans le secteur de la santé est due au non fonctionnement du cadre de concertation entre le public et le privé.**

### Tableau de bord de l'étude

<b>NIVEAU D'ANALYSE</b>	<b>PROBLEMES</b>	<b>OBJECTIFS</b>	<b>CAUSES SUPPOSEES</b>	<b>HYPOTHESES</b>
<b>GENERAL</b>	Prolifération de l'exercice illégal des professions de santé dans le secteur privé	Déterminer les conditions favorisant une limitation de l'exercice illégal des professions de santé dans le secteur privé	-	-
<b>SPECIFIQUES</b>	<i>(Problème spécifique n°1)</i> Insuffisance de collaboration entre les différentes structures de veille (MS, DDS, ZS, les différents ordres et associations des professionnels de la santé)	<i>(Objectif spécifique n°1)</i> Parvenir à une collaboration plus accrue des différentes structures de veille (MS, DDS, ZS, les différents ordres et associations des professionnels de la santé)	<i>Cause spécifique n°1)</i> Non respect des procédures administratives	<i>(Hypothèse spécifique n°1)</i> L'insuffisance de collaboration est due au non respect des procédures administratives ou des textes
	<i>(Problème spécifique n°2)</i> Non actualisation de certains textes régissant l'exercice des professions de la santé	<i>(Objectif spécifique n°2)</i> Atteindre une adéquation des textes régissant l'exercice des professions de la santé	<i>(Cause spécifique n°2)</i> Conflits d'intérêts personnels	<i>(Hypothèse spécifique n°2)</i> La non actualisation de certains textes régissant l'exercice des professions de la santé est due à des conflits d'intérêts personnels
	<i>(Problème</i>	<i>(Objectif</i>		<i>(Hypothèse</i>

	<i>spécifique n°3)</i> Faiblesse du partenariat public et privé dans le secteur de la santé	<i>spécifique n°3)</i> Proposer un mécanisme qui assure le renforcement du partenariat public et privé dans le secteur de la santé	<i>(Cause spécifique n°3)</i> Non fonctionnement du cadre de concertation entre le public et le privé	<i>spécifique n°3)</i> La faiblesse du partenariat public et privé est due au non fonctionnement du cadre de concertation entre le public et le privé
--	--	---	--	--

**Source** : conception personnelle

## **Paragraphe 2 : Méthodologie et revue de littérature**

Dans ce paragraphe, il est question de faire ressortir l'approche méthodologique adoptée pour conduire l'étude et faire part de la revue littérature relative à notre étude.

### **A. Approche méthodologique de l'étude**

Pour réaliser notre étude, nous avons adopté une démarche méthodologique en plusieurs phases.

D'abord, nous avons procédé à une recherche et revue documentaire. Cela a consisté à rechercher tous les documents possibles ayant trait à notre thématique. Cette recherche s'est concentrée plus sur notre lieu de stage, cadre adapté à la recherche et compte tenu du peu de temps dont nous disposons. Par la suite, nous sommes passé à la lecture des documents collectés. Cette lecture nous a permis d'avoir quelques informations sur notre sujet.

Ensuite, nous nous sommes rendu vers les personnes ressources du Ministère et vers certains acteurs du système notamment les présidents de certains ordres et d'associations. Dans le cadre de nos

recherches, l'outil qui nous a permis de réaliser nos enquêtes a été le guide d'entretien. Nous avons opté pour ce choix compte tenu de la taille de la population enquêtée qui n'était pas assez importante en terme quantitatif. Ce fut donc à l'aide d'un guide d'entretien (voir annexe), que nous avons interrogé les personnes ressources qui, malgré leur emploi du temps assez chargé, nous ont fait l'honneur de nous écouter, de répondre à nos interrogations et de nous faire des suggestions pertinentes. Ces entretiens ont été riches en informations précieuses pour notre travail. Cependant, nous n'avons pas pu rencontrer certaines personnes ressources ciblées qui étaient très mobiles et qui, peut être, auraient pu nous être d'un apport plus fécond.

Enfin, la dernière phase de notre démarche méthodologique a consisté à faire des recherches sur internet.

Mais dans nos recherches, nous avons été confronté à certaines difficultés. La difficulté majeure est le défaut d'archivage de certains documents qui contiennent des informations utiles à notre travail et ceci malgré le fait qu'il y ait un service de documentation et d'archivage. Il faut aussi mentionner le fait que certaines informations n'étant pas informatisées, leur usage s'est révélé périlleux.

## **B. Revue de littérature**

Cet exercice a consisté à faire le point des connaissances antérieures sur le sujet.

Le Dictionnaire de Médecine Flammarion définit la médecine comme « la science des maladies et l'art de les guérir ». La médecine est donc la discipline qui étudie les maladies et qui recherche les moyens de les guérir. La médecine a pour objet la conservation ou le rétablissement de la santé. La santé quant à elle peut être perçue comme étant « un état

de complet bien-être physique, mental et social ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS 1946)...

D'après le Larousse, la médecine est exercée par le médecin aidé nécessairement par un personnel paramédical composé d'infirmiers, de sages-femmes, d'aides soignants, de techniciens de laboratoire, d'assistants sociaux.... L'expression « paramédical » est un terme générique recouvrant l'ensemble des auxiliaires de santé.

Au Bénin, la politique en matière de santé et de médecine est définie et conduite par le Ministère de la santé. Elle est donc la seule structure qui a les prérogatives d'élaborer les politiques sanitaires et de mettre en œuvre les stratégies favorisant un essor du secteur de la santé. A ce titre, le Ministère a fait élaborer un cadre juridique réglementant ce secteur et ceci en conformité avec les normes internationales. Ainsi, a le statut de médecin celui qui a fait une faculté de médecine et qui en sort avec un doctorat en médecine.

Actuellement, notre pays dispose de deux facultés de médecine qui forment des médecins. La première est celle de Cotonou qui est sous la tutelle de l'Université d'Abomey-Calavi et qui a été créée en 1970. La seconde, plus récente a vu le jour en 2001 à l'Université de Parakou. A côté de ces centres de formation des étudiants en médecine, le Bénin dispose aussi d'une école pour les sages-femmes et pour les infirmiers. L'école des aides-soignants vient d'être nouvellement créée.

De 1977 à 1985, la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université Nationale du Bénin a mis à la disposition du Ministère de la Santé 257 médecins tous engagés dans la Fonction publique (LALYA H.F. 1993). Mais avec la crise sociopolitique qui a secoué le pays à partir des années 80, l'Etat béninois a dû procéder au gel des recrutements au début des années 1986. De ce fait les diplômés de la faculté de médecine se sont vus obliger de rechercher des moyens pour faire valoir leur compétence. Ainsi, l'exercice en clientèle privée a été la solution

pour bon nombre d'entre eux. La prolifération des structures sanitaires privées est partie de cette crise. La situation a tôt fait d'échapper aux autorités en charge du secteur, puisqu'en plus des médecins, les paramédicaux sont entrés dans la danse et enfin les non initiés ont pris le relais se faisant passer pour des médecins. Selon Docteur KOUGBLENOU Damien dans le journal Le Matin du 20 mars 2005, «... des menuisiers, des maçons et même des tailleurs ont ouvert des cliniques ». Vu l'ampleur du phénomène, les acteurs du secteur ont compris qu'il fallait réglementer l'accès à l'exercice des professions de santé dans le privé. Cette décision a été prise au lendemain de la Conférence des Forces Vives de la Nation. Mais il aura fallu des années pour que deviennent effectives les mesures d'accompagnement et de régulation de l'exercice en clientèle privée. Ce n'est qu'en 1997 que la loi 97-020 du 17 juin 1997 fixant les conditions de l'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales fut promulguée (MSP)<sup>2</sup>. Cette loi décrit les conditions d'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales. Elle peut être considérée comme le bréviaire de ce sous secteur même si son application effective tarde à se faire remarquer. Plusieurs autres textes d'application gravitent autour de cet instrument juridique.

Malgré tout l'arsenal juridique prévu pour réguler le secteur sanitaire privé, force est de constater qu'il y a encore beaucoup à faire pour normaliser ce secteur. En effet la clandestinité ou l'illégalité des structures sanitaires privées se développe de jour en jour et ceci au vu et au su des autorités en charge de la santé. L'illégalité selon le dictionnaire Le Petit Larousse s'entend comme le « caractère de ce qui est contraire à la loi ». La clandestinité quant à elle est perçue toujours selon Le Petit

---

<sup>2</sup> Politiques et stratégies de développement du partenariat entre les secteurs public et privé dans le domaine de la santé (MSP) juillet 2002

Larousse comme ce qui se fait en cachette, dans le secret. Ainsi, toutes les structures sanitaires privées qui n'opèrent pas en conformité avec les textes juridiques se trouvent dans une situation d'illégalité ou de clandestinité ou encore d'informelle. Selon l'OMS, dans les pays en voie de développement, les médecins préfèrent exercer dans le privé parce que dans le public, ils gagnent à peine 20% de ce que touchent leurs collègues des cabinets privés<sup>3</sup>. Cette situation amplifie l'exercice illégal dans le privé, des médecins du public qui sont obligés parfois de faire tout ce qu'ils peuvent pour améliorer leurs conditions de vie et parfois au détriment de leur serment d'Hippocrate. Ce constat est aussi valable pour les paramédicaux. Ainsi, au Bénin, d'après une étude du Ministère en charge de la Santé, environ 63% des médecins interviennent dans le privé et moins de 40% dans le public<sup>4</sup>. Selon cette même étude, la pénurie dans les centres sanitaires publics pourrait s'aggraver dans les années à venir du fait du départ à la retraite d'une centaine de médecins et de l'insertion de beaucoup d'entre eux dans le domaine administratif<sup>5</sup>.

La deuxième partie de notre étude, à savoir le chapitre deuxième, sera basée sur l'analyse de la thématique et ensuite fera part des approches de solutions aux différents problèmes liés à la problématique.

---

<sup>3</sup> « Les médecins béninois préfèrent exercer dans le secteur privé que le public » Dépêches, Santé, novembre 2010, <http://www.afriqueavenir.org>

<sup>4</sup> « Annuaire des statistiques sanitaires 2009 » Ministère de la Santé (2010)

<sup>5</sup> « Les médecins béninois préfèrent exercer dans le secteur privé que le public » Dépêches, Santé, novembre 2010, <http://www.afriqueavenir.org>

*CHAPITRE DEUXIEME :*

---

**DE L'ANALYSE DE L'EXERCICE ILLEGAL  
DE LA PROFESSION DE SANTE DANS LE  
SECTEUR PRIVE AUX APPROCHES DE  
SOLUTIONS**

## **Section 1 : Analyse critique de la prolifération de l'exercice Illégal de la profession de santé dans le secteur Privé**

Dans cette section, nous présentons sommairement le secteur sanitaire privé informel et la réglementation qui s'applique au secteur sanitaire privé d'une part (paragraphe 1), et nous faisons un point des impacts socio-économiques du secteur sanitaire informel d'autre part (paragraphe 2).

### **Paragraphe 1 : Présentation du secteur sanitaire informel privé**

Dans ce paragraphe, il est question de la genèse du secteur sanitaire informel d'une part et de la réglementation en vigueur dans ce secteur d'autre part.

#### **A. Genèse du secteur sanitaire informel**

Le Ministère en charge de la santé a été créé en 1957, mais c'est en 1977 que fut livrée sur le marché de l'emploi la première promotion de médecins béninois formés au Bénin. De 1977 à 1985 tous les médecins formés furent enrôlés dans la Fonction publique. Pendant cette période, l'exercice de la médecine dans le secteur privé était assuré par quelques structures sanitaires privées. Mais avec la crise sociopolitique des années 1980 qui a abouti au gel des recrutements à partir de 1986, les agents de santé formés par l'Etat n'avaient plus d'autres choix que de se mettre à leur propre compte pour pratiquer leur savoir faire et subvenir à leurs besoins personnels. Cette situation a été encouragée par le

renouveau démocratique qui a libéralisé le secteur, offrant ainsi plus de garanties à ces professionnels de santé et rompant par conséquent avec les errements du pouvoir central. Très tôt, les professionnels de la santé ont pris goût à l'exercice en clientèle privé puisque le recrutement dans la Fonction publique n'était toujours pas redevenu une réalité. Les plus habiles ont commencé par faire fortune et à ce faire une renommée. De ce fait, beaucoup d'agents de santé se sont rués vers ce secteur privé qui représentait une mine d'or. Face à cette affluence, les autorités en charge de la santé ont décidé de réglementer le secteur qui a commencé par leur échapper. C'est dans cette atmosphère qu'a été initiée la loi 97-020 du 17 juin 1997 fixant les conditions d'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales. Mais plus d'une décennie après la promulgation de cette loi et la prise de quelques textes d'application, le secteur sanitaire privé reste presque dans un état de non loi. Sa situation s'est dégradée avec le temps et atteint un état déplorable.

La loi 97-020 a prévu qu'avant d'exercer en clientèle privée, il faut disposer d'une autorisation signée du Ministre de la santé après avis de l'ordre auquel le professionnel est affilié et de la commission technique chargée d'étudier les demandes d'autorisation en clientèle privée et d'ouverture d'établissements sanitaires privés. Le constat qui est fait aujourd'hui est que bon nombre de praticiens ne disposent pas encore d'une autorisation et exercent pourtant dans le privé. De même d'autres praticiens disposent de formations sanitaires privées alors qu'ils ne sont pas autorisés ou ne peuvent pas être autorisés. C'est le cas par exemple des aides-soignants, des infirmiers brevetés, des techniciens de laboratoire, du personnel de santé ayant le statut d'APE.... De plus certains sous traitent leur autorisation alors que cette dernière est personnelle. D'autres ouvrent plusieurs cabinets avec la même autorisation.

Face à cet état des lieux peu reluisant, on se pose les questions ci après : que font les autorités en charge du secteur puisque ces dernières sont informées de ces pratiques illégales ? Qu'est ce qui justifie le silence coupable des structures de veille comme les différents ordres nationaux et les associations professionnelles du secteur sanitaire ? A quoi sert la loi 97-020 si son application n'est pas une réalité ? Et si elle est pourvue d'imperfections, comme le déclarent certains acteurs du système sanitaire, pourquoi ne la réactualise t-on pas ?

Si l'on essaie d'étudier un temps soit peu les dysfonctionnements observés dans ce secteur, on constate que beaucoup d'agents de santé publics participent à la dégradation de ce secteur puisque tout en étant pour la plupart agents permanents de l'Etat, ils exercent illégalement en privés. Ne pouvant être à la fois juge et partie, ce personnel du public a choisi de profiter allègrement de ces irrégularités et d'adopter la loi du silence. Ceci explique au moins en partie l'inertie des autorités en charge de la santé. Le partenariat public privé qui aurait pu permettre de limiter les dégâts dans ce secteur est aujourd'hui presque inexistant. Le secteur sanitaire privé formel n'est pas valorisé. Cela se remarque dans la disponibilité d'informations sur le volume des activités des formations sanitaires privées, sur leur nombre et leur répartition sur le territoire. Il ya donc très peu de statistiques lié à ce secteur. Les quelques informations que nous avons pu avoir sont relatives au sous secteur pharmaceutique privé formel. Ainsi selon l'Annuaire des statistiques sanitaires 2009, au 31 décembre 2009, le Bénin compte 186 officines contre 171 en 2008. Le département du Littoral est celui qui compte le plus d'officines soit un nombre de 89 officines pour une population de 834856 habitants et le département de l'Atacora est celui qui compte le moins d'officine, soit 1 officine pour une population de 689647 habitants<sup>6</sup>. Le sous secteur

---

<sup>6</sup> Annuaire des statistiques sanitaires 2009

pharmaceutique est aussi gangrené par la vente illicite de médicaments qui est devenue une activité pour tous commerçants, répandue sur le territoire national et qui concurrence outrageusement le sous secteur pharmaceutique formel. Au moins à ce niveau quelques actions sont menées pour décourager les pharmaciens occasionnels qui alimentent par des structures formelles. C'est pourquoi ces actions ne réduisent en rien l'ardeur des vendeurs de produits pharmaceutiques qui se plaisent dans cette activité illicite. De même, on aurait appris que certains ont des parrains qui les protègent.

### **B. Réglementation en vigueur dans le secteur sanitaire privé**

Au Bénin le secteur sanitaire privé est réglementé par la loi 97-020 du 17 juin 1997 fixant les conditions d'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales. Cette loi dans une première partie définit les différents types de formations sanitaires que l'on peut retrouver dans le secteur privé. Dans une seconde partie, elle décrit les conditions à remplir pour exercer en clientèle privée et pour ouvrir une structure sanitaire privée. Dans une dernière partie, cette loi évoque l'organisation des inspections sanitaires et les diverses sanctions auxquelles sont exposés les professionnels indécents du secteur sanitaire privé.

Notons cependant que cette loi est très critiquée par les professionnels de la santé qu'ils relèvent du secteur public ou du secteur privé. Certains affirment que cette loi comportait déjà en son sein les causes de son inapplication. Mais jusqu'à présent elle reste la loi applicable dans ce secteur.

Pour faciliter l'application de la loi n° 97-020, quelques décrets et arrêtés ont été pris. Il s'agit :

- du décret n° 2000-409 du 17 août 2000 portant application de la loi n° 97-020 du 17 juin 1997 portant fixation des conditions d'exercice en clientèle privée des soins infirmiers ;
- du décret n° 2000-410 du 17 août 2000 portant application de la loi n° 97-020 du 17 juin 1997 portant fixation des conditions d'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales et relatif à l'ouverture des dépôts pharmaceutiques en République du Bénin ;
- du décret n° 2000-411 du 17 août 2000 portant application de la loi n° 97-020 du 17 juin 1997 portant fixation des conditions d'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales à l'exploitation d'une usine pharmaceutique en République du Bénin ;
- du décret n° 2000-449 du 11 septembre 2000 portant fixation des conditions d'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales et relatif aux modalités d'exercice en clientèle privée et d'ouverture des établissements sanitaires privés ;
- du décret n° 2000-450 du 11 septembre 2000 portant application de la loi n° 97-020 du 17 juin 1997 portant fixation des conditions d'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales et relatif à l'ouverture des sociétés de grossistes-répartiteurs en République du Bénin ;
- du décret n° 2000-451 du 11 septembre 2000 portant application de la loi n° 97-020 du 17 juin 1997 portant fixation des conditions d'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales et relatif à l'ouverture des centres de santé à vocation humanitaire en République du Bénin ;
- de l'arrêté n° 5658/MSP/DC/SGM/DPHUSPM portant autorisation d'importation et de vente de matériels médicaux ;

- de l'arrêté n° 2723/MSP/DC/SGM/DNPS portant création et nomination des membres de la commission technique chargée de l'étude des demandes d'autorisation d'exercice en clientèle privée et d'ouverture d'établissements sanitaires pour les professions médicales et paramédicales ;
- de l'arrêté n° 3667/MSP/DC/SGM/DNPS/SSHCC fixant les conditions et normes des établissements sanitaires objet de la loi n° 97-020 du 17 juin 1997.

Trois ordonnances prises pendant la période révolutionnaire participent aussi à la régulation du secteur sanitaire privé. Il s'agit :

- de l'ordonnance n° 73-14 du 08 février 1973 instituant le code de déontologie médicale ;
- de l'ordonnance n° 73-30 du 31 mars 1973 instituant le code de déontologie des pharmaciens du Dahomey ;
- de l'ordonnance n° 73-38 du 21 avril 1973 portant création et organisation des ordres nationaux des Médecins, des Pharmaciens, des Chirurgiens-Dentistes et des Sages-femmes.

Ces trois textes, comme nous le constatons, ont été adoptés dans une période qui n'a plus rien avoir avec notre système politique démocratique. Ces textes ne prennent sûrement pas en compte toutes les réalités actuelles. Ils méritent donc un toilettage qui permettra leur adaptation à l'environnement du moment.

L'arrêté n° 4139/MSP/DC/SGM/CTJ/DPP/DNPS/CGP/EJ/SA portant création, attribution, composition et fonctionnement du cadre de concertation pour le partenariat entre les secteurs public et privé, devait aussi permettre d'avoir une certaine visibilité sur le secteur sanitaire privé.

Nous pouvons mentionner que tout un arsenal juridique est prévu pour réguler le secteur sanitaire privé. Mais leur vulgarisation et leur application ne sont pas encore à la hauteur des attentes.

## **Paragraphe 2 : Impacts socio-économiques du secteur sanitaire privé informel**

Au Bénin, l'informel tend à prendre le pas sur le formel dans beaucoup de domaines. Le secteur sanitaire n'est malheureusement pas épargné. Cela s'observe encore plus dans le secteur sanitaire privé où règne une anarchie totale.

C'est seulement en 1997 que les autorités en charge de la santé ont daigné adopter une loi réglementant ce secteur. Avant l'adoption de cette loi, le secteur sanitaire privé se défendait tout seul contre ses multiples prédateurs. Ses armes étant limitées, le secteur a sombré dans un état de déliquescence. Ainsi on observait des situations inimaginables. Des non initiés se métamorphosaient en agents de santé et rivalisaient avec les professionnels. Des aides-soignants exerçaient en qualité de médecins. Des commerçants prenaient le statut de pharmaciens sans aucune crainte de représailles. Des agents de santé ouvraient des centres de santé sans définir au préalable leurs activités. Parfois c'était des personnes qui n'étaient pas des agents de santé qui jouaient ce rôle. Tout cela s'observait surtout dans les localités reculées du pays.

C'est dans cette atmosphère que loi 97-020 a été adoptée. Plus d'une décennie après l'avènement de cette loi, la situation n'a pas tellement évolué à part quelques actions isolées menées pour décourager les hors la loi du secteur.

Le développement du secteur sanitaire informel s'est opéré du fait de la démission des autorités en charge du secteur. Ce développement permet aujourd'hui d'avoir des soins de santé de proximité, à moindre coût et quelquefois de qualité.

En effet, dans certaines localités du Bénin, il faut parcourir près d'une heure de marche pour se rendre au centre de santé public le plus

proche et parfois ce n'est pas évident de rencontrer l'agent de santé qui a de multiples raisons d'être absent au poste<sup>7</sup> (l'agent de santé est soit malade ou soit est allé à une séance...). Le malade est donc obligé de patienter avec son mal en risquant avec sa vie. Mais lorsque ce dernier a la chance d'avoir un centre privé dans sa localité, il peut s'y rendre et se voir soulager de son mal. Il est donc évident que la prolifération des formations sanitaires privées est bénéfique pour la population car l'Etat ne peut actuellement pas à lui seul couvrir les besoins en matière de santé de la population. Et c'est l'une des raisons qui l'a poussé à libéraliser le secteur sanitaire.

D'une façon générale, le secteur privé est un moteur de développement, ce principe reste aussi vérifié dans le domaine de la santé où l'exercice en clientèle privée rapproche les centres de soins des bénéficiaires. L'Etat doit pour ce faire encourager les initiatives privées dans ce sens et mieux ouvrir le secteur sanitaire aux investissements extérieurs car cela permettra d'avoir un secteur sanitaire privé compétitif. Par ce biais les évacuations sanitaires seraient réduites si le plateau technique sanitaire est performant.

Aujourd'hui il n'est un secret pour personne que l'état du secteur sanitaire privé déteint sur la santé des populations. Lorsque l'aide-soignant joue le rôle de médecin et qu'il se permet de consulter, de faire des ordonnances aux patients, le risque de mortalité des malades devient très élevé. Les décès par erreur médicale sont de nos jours très fréquents. Les accouchements dans le secteur privé sont à hauts risques dans certains cabinets ou cliniques privés où les femmes ne sont pas bien suivies. Les soins sont parfois inappropriés et les patientes sont référées au moment où elles sont fatiguées et dépourvues financièrement.

---

<sup>7</sup> Discours d'ouverture du Représentant résidant de l'OMS : Actes des Etats Généraux de la Santé, 2007

Au niveau des soins aux malades, on constate que l'abondance des médicaments prescrits ou vendus sont des facteurs d'enrichissement illicite et ne sont pas toujours liés à la finalité des soins.

En somme, le non contrôle des activités dans le secteur privé crée plus de mal que de bien aux usagers qui ne savent pas toujours qu'ils ont des droits.

Malgré le nombre très élevé de décès suite aux erreurs médicales, il y a très peu de poursuites judiciaires à l'encontre de ces « médecins charlatans ». Les victimes subissent sans réagir pour la simple raison que pour la plupart la santé serait d'essence divine. Cela encourage ces « médecins charlatans » dans leur sale besogne et la population paie les pots cassés dans un silence inquiétant des autorités à divers niveaux et parfois dans une complicité de certaines de ces autorités qui sont aussi promoteurs de ces « usines à ôter la vie ». Selon certaines statistiques du Ministère de la Santé, moins de 50% des cabinets privés sont autorisés à fournir des prestations. Dans certains départements plus de 50% des cabinets sont dirigés par des professionnels de santé non qualifiés (aides-soignants, infirmiers). En 2006, sur 118 cabinets recensés dans le Mono et le Couffo, 83 sont ouverts et exploités par des aides-soignants soit un pourcentage de 70,33%.<sup>8</sup>

Le développement de l'informel permet aussi de trouver d'emploi aux milliers d'aides-soignants qui sont formés comme des « apprentis médecins » dans les centres de santé privés et qui parfois s'occupent de l'animation de ces centres. Pourtant la loi n° 97-020 du 17 juin 1997 ne permet pas aux aides-soignants d'exercer les professions paramédicales encore moins les professions médicales.

---

<sup>8</sup> KESSOU, D. (2006) « le secteur médical et paramédical dans le Mono et le Couffo : Analyse des déterminants de l'inobservance de la 97-020 du 17 juin 1997 » Mémoire cycle II, ENAM

De même, cette désorganisation du secteur sanitaire privé nourrit bon nombre de familles grâce à la vente illicite des produits pharmaceutiques et facilite l'accès à moindre coût aux produits pharmaceutiques.

Le secteur public sanitaire subit aussi les affres du développement du secteur sanitaire privé informel. D'abord parce qu'une grande partie du personnel intervenant dans le public intervient aussi dans le secteur privé informel en réduisant leur temps de travail dans les formations publiques. Ensuite d'autres agents de santé du public détournent carrément les patients vers leurs centres privés informels ce qui a un effet néfaste sur les recettes des centres publics de santé.

Toutes ces situations que nous venons de décrire sont connues des autorités en charge du secteur de la santé et pourtant très peu d'actions sont menées pour décourager les agents de santé exerçant dans l'informel. Les inspections sanitaires sont effectives mais avec des résultats peu concluants. Les inspecteurs se défendent en assurant que ces irrégularités sont souvent couvertes par les autorités locales et parfois par des autorités politiques qui s'opposent aux mesures répressives. Les structures de veille, qui devraient jouer le rôle de gendarme du secteur évitent de collaborer comme il le faut et s'accusent mutuellement de mauvaise foi. Le partenariat prôné par la politique sanitaire demeure juste une expression. La structure en charge du renforcement du partenariat entre le public et le privé dans le secteur sanitaire a cessé d'exister après avoir mené quelques actions avec le concours du 8<sup>ème</sup> FED (Fonds Européen de Développement).

La situation mérite réflexion et actions car de 1974 à 2010, seulement 185 médecins, 76 sages-femmes et 250 infirmiers sont autorisés à exercer en clientèle privée. Il est évident que ces statistiques ne reflètent pas la réalité que l'on perçoit sur le terrain.

Au total, les impacts socio-économiques de l'exercice illégal en clientèle privée sont de plusieurs ordres.

- La qualité des soins n'est pas toujours garantie parce que ceux qui animent ces centres informels ne sont pas toujours qualifiés.
- Les malades qui viennent dans les centres sanitaires publics sont détournés vers les centres sanitaires informels par certains agents qui le font allègrement dans l'impunité.
- Les soins coûtent souvent plus chers dans l'informel alors qu'il n'y a ni impôts, ni taxes et les agents engagés sont pour la plupart formés sur le tas avec une rémunération faible.
- L'informel rapproche davantage les centres de soins des bénéficiaires et parfois les agents sont ambulants et peuvent aller de cases en cases, d'un hameau à un autre.
- Les erreurs médicales sont plus fréquentes.
- Certains agents de santé du public délaissent leur poste au profit des structures sanitaires informelles.
- Certains produits destinés aux centres sanitaires publics sont détournés vers les structures agissant dans l'informel.
- Les formations sanitaires informelles mènent une concurrence déloyale vis-à-vis des structures sanitaires privées formelles.

Ayant énuméré les impacts socio-économiques majeurs, il est judicieux de procéder à la validation des hypothèses et à la fourniture des approches de solutions et recommandations pouvant permettre d'endiguer le fléau auquel nous sommes confronté.

## **Section 2 : Validation des hypothèses et approches de solutions**

A l'intérieur de cette section, nous validons les hypothèses émises précédemment et établissons le diagnostic (paragraphe1) puis faisons part des approches de solutions et des recommandations (paragraphe2).

### **Paragraphe 1 : Validation des hypothèses et établissement du diagnostic**

Dans cette partie, nous allons procéder à la validation des hypothèses et à l'établissement du diagnostic.

#### **A. Validation des hypothèses**

Pour valider nos hypothèses nous avons dû cibler une population composée des cadres du Ministère en charge de la Santé et des membres des différents ordres et associations professionnelles de la santé. Il s'agit en l'occurrence du personnel (04) du Service de la Réglementation Sanitaire, du président de l'ordre des médecins, de la présidente de l'ordre des sages-femmes, du président de l'association des radiologues, du président de l'association des médecins du secteur privé, de la Directrice Départementale de la Santé, du président d'une ONG qui fait la promotion des soins de qualité. Ces dix (10) personnes représentent notre population d'étude. Nous avons soumis notre guide d'entretien à ces personnes ressources qui ont nous ont apportées leur contribution. Cela nous a permis de vérifier nos hypothèses le seuil de décision est de 50%, c'est-à-dire que la cause qui aurait retenue au

moins 50% des réponses pourra être considérée comme la cause réelle du problème en question.

### **1- Validation de l'hypothèse n°1**

Ayant soumis notre guide d'entretien aux personnes ressources, six (06) sur les dix (10) soient 60%, nous ont affirmé que le problème de l'insuffisance de collaboration entre les différentes structures de veille (MS, DDS, ZS, les ordres et les associations professionnelles du secteur) est dû au non respect des procédures administratives précédemment définies. Ainsi, il nous a été confié par exemple que des autorisations sont signées par le Ministre de la Santé sans l'aval des ordres, de même que certaines demandes d'autorisations ne suivent pas le parcours normal, c'est-à-dire la voie hiérarchique.

Nous pouvons donc retenir que le problème de l'insuffisance de collaboration entre les différentes structures de veille (MS, DDS, ZS, les ordres et les associations professionnelles du secteur) est dû au non respect des procédures administratives.

### **2- Validation de l'hypothèse n°2**

Les réponses que nous avons collectées auprès des personnes ressources (07 sur 10) soient 70%, nous confirment l'hypothèse selon laquelle, la non actualisation de certains textes régissant l'exercice des professions de la santé a pour cause la présence de conflits d'intérêts au sein des acteurs du secteur sanitaire. Nous avons appris par ces dernières, que des projets de textes sont actuellement bloqués dans des tiroirs du Ministère de la Santé parce que certains acteurs du secteur se retrouvant à des postes de décision ne se retrouvent pas dans le contenu de ces projets de textes. Ceci nous amène donc à retenir que la non

actualisation de certains textes régissant l'exercice des professions de la santé est due à des conflits d'intérêts au sein des acteurs du secteur sanitaire.

### **3- Validation de l'hypothèse n°3**

A la suite des entretiens, sept (07) personnes sur dix (10) soient 70% déclarent que la faiblesse du partenariat public-privé dans le secteur de la santé ne peut s'expliquer que par le non fonctionnement du cadre de concertation entre le public et le privé qui a pour mission principale la gestion du partenariat public-privé.

Ainsi donc, nous pouvons retenir que la faiblesse du partenariat public-privé dans le secteur de la santé ne peut s'expliquer que par le non fonctionnement du cadre de concertation entre le public et le privé.

## **B. Etablissement du diagnostic**

### **1- Elément du diagnostic lié au problème spécifique n°1**

La vérification de l'hypothèse n°1 nous permet de retenir que le problème de l'insuffisance de collaboration entre les différentes structures de veille (MS, DDS, ZS, les ordres et les associations professionnelles du secteur) est dû au non respect des procédures administratives.

### **2- Elément du diagnostic lié au problème spécifique n°2**

Nous pouvons retenir d'après la vérification de l'hypothèse n°2 que la non actualisation de certains textes régissant l'exercice des

professions de la santé est due à des conflits d'intérêts au sein des acteurs du secteur sanitaire.

### **3- Elément du diagnostic lié au problème spécifique n°3**

Nous pouvons conclure en nous basant sur la vérification de l'hypothèse n°3 que la faiblesse du partenariat public-privé dans le secteur de la santé ne peut s'expliquer que par le non fonctionnement du cadre de concertation entre le public et le privé.

## **Paragraphe 2 : Approches de solutions et recommandations**

Le contenu de cette subdivision est relative aux approches de solutions et aux recommandations.

### **A. Approches de solutions**

Les approches de solutions sont émises par rapport à chaque problème spécifique.

#### **1. Approches de solutions liées au problème spécifique n°1**

La résolution du problème relatif à l'insuffisance de collaboration entre les différentes structures de veille passera par :

- ✓ l'élaboration de manuels de procédure relatifs à la gestion du secteur sanitaire privé et leur vulgarisation à l'endroit de tous les acteurs du secteur ;

- ✓ s'assurer de la tenue régulière des sessions de la Commission technique chargée de l'étude des demandes d'autorisation d'exercice en clientèle privée et d'ouverture des établissements sanitaires privés pour les professions médicales et paramédicales en les convoquant à bonne date ;
- ✓ associer toutes les structures de veille aux activités de contrôle et de réglementation du secteur sanitaire privé en mettant en place des équipes mixtes de supervision qui seront composés de cadres venant des différentes structures de veille ;

## **2. Approches de solutions liées au problème spécifique n°2**

La résolution du problème lié à la non actualisation de certains textes régissant l'exercice des professions de santé se traduira par :

- ✓ un consensus des acteurs sur les directives guidant le secteur sanitaire privé ;
- ✓ la vulgarisation des textes régissant le secteur sanitaire privé ;
- ✓ l'élaboration d'un texte juridique pour organiser la corporation des paramédicaux ;
- ✓ l'actualisation des textes qui datent de l'époque révolutionnaire à savoir par exemple, l'ordonnance portant création et organisation des différents ordres nationaux, l'ordonnance instituant le code de déontologie médicale etc.
- ✓ la relecture de la loi N° 97-020 du 17 juin 1997 fixant les conditions de l'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales en corrigeant les imperfections de cette loi et ceci avec le concours de tous les acteurs du secteur de la santé.

### **3. Approches de solutions liées au problème spécifique n°3**

Les propositions de solutions relatives au problème de la faiblesse du partenariat public-privé se résumeront de la manière suivante :

- ✓ dynamiser le cadre de concertation chargé de gérer le partenariat public-privé dans le domaine de la santé ;
- ✓ faciliter le fonctionnement du cadre de concertation en lui allouant les ressources nécessaires ;
- ✓ définir un cahier de charges aux acteurs animant le cadre de concertation ;
- ✓ associer tous les acteurs concernés à l'animation du cadre de concertation ;
- ✓ accompagner le cadre de concertation dans ses activités.

La mise en application des approches de solutions sera facilitée par un environnement favorable. A cet effet, certaines devront être faites.

### **B. Recommandations à l'endroit des différents acteurs impliqués dans la gestion du secteur de la santé**

#### **1. Recommandations à l'endroit des autorités du Ministère de la Santé**

Pour faciliter l'émergence d'un secteur sanitaire privé formel et crédible, les autorités en charge du Ministère de la Santé doivent prendre certaines dispositions. Ces mesures se résument comme ci :

- ❖ élaborer une politique de communication visant à sensibiliser la population et les acteurs indélélicats de la santé ;

- ❖ soutenir et donner aux ordres et associations professionnelles du secteur de la santé les moyens de lutter contre la pratique illégale des professions de santé en clientèle privée ;
- ❖ prendre en compte les besoins des professionnels de santé exerçant dans le privé ;
- ❖ rendre disponible les statistiques sur le secteur sanitaire privé ;
- ❖ sensibiliser les populations à dénoncer les actes illégaux exercés par les professionnels clandestins de santé ;
- ❖ encourager le partenariat public et privé dans le secteur sanitaire ;
- ❖ penser à l'amélioration des prestations de soins dans les centres de santé publics pour limiter la fuite des malades vers le privé ;
- ❖ faciliter la collaboration entre les structures sanitaires publiques et privées ;
- ❖ vulgariser les textes réglementant le secteur sanitaire privé au près des autorités locales ;
- ❖ associer si possible les autorités locales et les forces de l'ordre aux tournées d'inspection ;
- ❖ doter le Service de la Réglementation Sanitaire de ressources humaines et matérielles pour faciliter la tenue et le déroulement des tournées trimestrielles d'inspection ;
- ❖ systématiser le suivi des mesures prises dans le cadre de la réglementation de l'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales ;
- ❖ éviter au tant que possible d'accorder des autorisations aux structures humanitaires fictives qui par leur statut mènent une concurrence déloyale aux structures agréées ;
- ❖ encourager l'investissement financier privé dans le secteur sanitaire privé ;

- ❖ dépolitiser les sphères de prise de décision dans le secteur sanitaire en nommant par exemple aux postes techniques les cadres ayant les compétences requises ;
- ❖ faire appliquer les mesures répressives à l'endroit des acteurs indécents du secteur sanitaire privé ;
- ❖ éviter que les agents de santé du secteur public ouvrent des cabinets privés aux fins de détourner les malades ou de concurrencer les structures sanitaires privées autorisées ;
- ❖ faire la promotion de la qualité des soins aussi bien dans le public que le privé ;
- ❖ disposer de statistiques relatives au secteur sanitaire privé ;
- ❖ valoriser le secteur sanitaire privé en faisant par exemple profiter aussi aux acteurs du secteur sanitaire privé les opportunités de formation et de recyclage.

## **2. Recommandations à l'endroit des promoteurs des structures sanitaires privées**

- ❖ Faire l'effort de se conformer aux règles régissant le secteur sanitaire privé ;
- ❖ assurer la gestion des formations sanitaires par des professionnels avertis ;
- ❖ éviter la formation anarchique des aides soignants dans les structures sanitaires privées ;
- ❖ collaborer plus efficacement avec les structures sanitaires publiques ;
- ❖ participer plus efficacement à l'animation des ordres et associations professionnelles du secteur ;
- ❖ fournir en temps opportun les statistiques relatives à leurs activités.

### **3. Recommandations à l'endroit des ordres et associations professionnelles du secteur sanitaire**

- ❖ Mettre en œuvre les dispositions prévues par leur statut ;
- ❖ collaborer plus étroitement avec le Ministère de la Santé ;
- ❖ renouveler à bonne date leurs instances dirigeantes ;
- ❖ promouvoir les intérêts de leur corporation au détriment des intérêts partisans;
- ❖ participer au renforcement du partenariat public-privé dans le secteur sanitaire.

### **4. Recommandations à l'endroit des autorités locales et des populations**

- ❖ Collaborer avec les structures de veille pour faciliter l'identification des formations sanitaires exerçant dans l'informel ;
- ❖ assurer la mise en œuvre des mesures répressives retenues à l'encontre des indélélicats du secteur ;
- ❖ dénoncer toutes activités illicites liées au secteur sanitaire ;
- ❖ éviter de fréquenter les structures sanitaires informelles ;
- ❖ dénoncer les erreurs médicales avérées.

Pour permettre une vue synoptique de notre étude, nous avons réalisé un tableau de synthèse.

# CONCLUSION GENERALE

---

L'exercice anarchique des professions médicales et paramédicales dans le secteur privé est une réalité qui sévit au Bénin depuis plus de deux décennies. Pour arrêter cette situation les autorités en charge du secteur ont initié avec le concours des acteurs du secteur une loi qui devrait permettre de réguler le secteur. Ainsi en 1997, la loi 97-020 du 17 juin 1997 fixant les conditions d'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales a été promulguée.

Aujourd'hui il est évident que malgré l'arsenal juridique mis en place pour réguler ce secteur, ce dernier souffre encore de beaucoup d'imperfections. Ces dysfonctionnements sont liés à l'insuffisance de collaboration entre les différentes structures de veille du secteur, au cadre juridique réglementant ledit secteur et au partenariat presque embryonnaire entre le public et le privé.

Pour faciliter le rayonnement du secteur sanitaire privé et de manière plus générale l'émergence du secteur sanitaire du Bénin, les autorités en charge de ce secteur doivent prendre leurs responsabilités en mettant de côté le sentimentalisme, la politisation et le laxisme et se doter de conscience professionnelle en vue d'engager une lutte sans merci aux indéclicats qui mettent la vie des populations en danger. De même, ces autorités doivent aussi penser à améliorer les prestations de soins dans les formations sanitaires publiques pour limiter un temps soit peu la ruée des populations vers les structures sanitaires informelles.

Notre étude n'a pu cerner tous les aspects de cette thématique compte tenu du temps qui nous a été accordé et des difficultés auxquelles nous avons dû faire face durant nos recherches. Cependant nous espérons que cette flamme que nous venons d'allumer projettera des éclairs qui pousseront, d'une part les autorités en charge du secteur de la santé au Bénin à prendre les mesures appropriées pour endiguer ce

fléau et d'autre part des chercheurs à approfondir cette thématique, car il n'y aura pas de développement pour le Bénin si son système sanitaire n'est pas à la hauteur des attentes des populations.

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **Ouvrages**

DE FORGES, J-M. et Al (2005) « **Code de la Santé Publique** » Edition Dalloz.

**Dictionnaire de Médecine Flammarion** (1994) France/ Médecine-Sciences Flammarion, 5<sup>ème</sup> édition.

### **Rapports et revues**

DECAILLET, F. et MAY, J. F. (2000) : « ***Le secteur médical privé à Cotonou, Bénin, en 1999.*** », Banque Mondiale.

KOUGBLENOU, D. (2005) : « Les cliniques clandestines se multiplient au Bénin aux risques des patients », journal le matin du 20 mars 2005.

Ministère de la Santé, (2007) : « Actes des Etats Généraux de la Santé ».

Ministère de la Santé, (2010) : « Annuaire des statistiques sanitaires 2009 ».

Ministère de la Santé Publique, (2002) : « Politiques et stratégies de développement du partenariat entre les secteurs public et privé dans le domaine de la santé 2002 - 2006 » juillet 2002.

Ministère de la Santé, (2009) « Recueil des textes législatifs et réglementaires fixant les conditions d'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales en République du Bénin »  
3<sup>ème</sup> édition 2009.

Organisation Mondiale de la Santé, (2002) « Partenariats public-privé pour la santé : une stratégie pour l'OMS » Bulletin de l'OMS, vol 6.

Organisation Mondiale de la Santé, (2000) « Partenariats mondiaux public-privé : enjeux d'une gestion mondiale » Bulletin de l'OMS vol 3.

### **Thèses et mémoires**

GNANVO, E. (1993) : « **Les structures sanitaires du Bénin** » Thèse de doctorat, Faculté de Droit, d'Economie et de Science Politique d'Aix-Marseille.

LALYA, H. (1993): « **L'exercice de la médecine privée au Bénin : cas de 4 circonscriptions administratives du département de l'Atlantique** » Thèse de doctorat, Faculté des Sciences de la Santé, UNB, Cotonou.

HOUNSA, A. (1997) « **Problématique des fautes professionnelles commises par les agents de santé au Bénin : impunité – immunité – responsabilités** » Mémoire de Maîtrise es-Sciences Juridiques, Faculté des Sciences Juridiques Economiques et Politiques, UNB, Abomey-Calavi.

KESSOU, D. (2006) « ***Le secteur privé médical et paramédical dans le Mono Couffo : analyse des déterminants de l'inobservance de la loi n° 97-020 du 17 juin 1997*** » Mémoire de fin de formation du cycle II, MSP, ENAM, Abomey-Calavi.

SINATOKO, A. (2009) : « ***Evacuations sanitaires à l'extérieur du Bénin : nécessité d'une amélioration de la procédure de prise en charge des patients*** » Mémoire de fin de formation du cycle II, AHUI, ENAM, Abomey-Calavi.

### **Textes législatifs et réglementaires**

Loi n° 97-020 du 17 juin 1997 fixant les conditions d'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales.

Décret N°2006-396 du 31 Juillet 2006 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé.

Décret n° 2010-060 du 12 mars 2010 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé.

Arrêté N°6553/MS/DC/SGM/CTJ/DNPS/SA du 11 Juin 2007 portant attributions, organisation et fonctionnement de la Direction Nationale de la Protection Sanitaire.

## **Sites Internet**

« Les médecins béninois préfèrent exercer dans le secteur privé que le public » Dépêches, Santé, novembre 2010, <http://www.afriqueavenir.org>

[ADANWENON](#), R. « Une enquête extraordinaire : Des malades tués par erreurs et négligences médicales au Bénin » <http://africaMedia21.com/index.php/permalink/3543.html>.

## **LISTE DES ANNEXES**

Annexe 1 : Guide d'entretien

Annexe 2 : Loi N° 97-020 du 17 juin 1997 fixant les conditions  
d'exercice en clientèle privée des professions médicales et  
paramédicales

## **GUIDE D'ENTRETIEN**

- 1- Que pensez-vous du secteur sanitaire privé au Bénin ?
- 2- Quels sont selon vous les principaux maux auxquels est confronté le secteur sanitaire privé ?
- 3- Que pouvez-vous nous dire sur l'exercice illégal des professions de santé dans le secteur privé ?
- 4- Qu'est-ce qui justifie d'après vous, les dysfonctionnements observés au niveau de la collaboration des structures de veille du secteur sanitaire (MS, DDS, ZS, les ordres et les associations professionnelles de la santé) ?
- 5- Qu'est-ce qui empêche l'actualisation des textes régissant l'exercice des professions de la santé ?
- 6- Qu'est ce qui explique la faiblesse du partenariat public privé dans le secteur sanitaire ?
- 7- Quelles suggestions pouvez-vous faire dans le but de limiter l'exercice illégal des professions médicales et paramédicales dans le secteur sanitaire privé ?

ARTICLE 22.:

Les sanctions visées à l'article 21 ci-dessus sont les suivantes

1. Sanctions de premier degré :

- le rappel à l'ordre ;
- l'avertissement ;
- le blâme ;
- l'amende de cinq cent mille (500.000) à un million de (1.000.000 F).

2.- Sanctions de deuxième degré :

- La fermeture temporaire et une amende de cent mille (100.000) à cinq cent mille francs (500.000 F)
- La fermeture définitive.

Les sanctions du premier degré sont prononcées par le conseil de l'Ordre concerné et la commission technique.

Les sanctions de deuxième degré sont prononcées par le ministre de la santé, sur proposition du conseil de l'Ordre concerné et la commission technique.

ARTICLE 23. :

La fermeture temporaire d'un établissement ne peut excéder un délai d'un (1) an, sauf en cas de récidive. Dans ce cas, la fermeture temporaire devient définitive.

ARTICLE 24.-

L'action disciplinaire est indépendante de toute action civile ou pénale.

CHAPITRE IV : DES DISPOSITIONS TRANSITOIRES

ARTICLE 25 :

Les inscriptions des professionnels de la santé assujettis

---

ARTICLE 18 :

Il est formellement interdit à tout pharmacien d'officine cumulativement une officine de pharmacie et un laboratoire d'analyses bio-médicales.

Toutefois et à titre dérogatoire, les pharmaciens exerçant conjointement une officine et un laboratoire d'analyses bio-médicales sont autorisés à titre personnel et à condition d'avoir les diplômes requis pour ces deux types d'exploitation, à les conserver jusqu'à la fin de leur carrière.

La présente dérogation ne saurait faire l'objet de transfert de clientèle du bénéficiaire.

CHAPITRE III : DES INSPECTIONS ET SANCTIONS

ARTICLE 19 :

L'exercice illégal des professions de santé en clientèle est puni par la loi.

ARTICLE 20 :

Il est procédé au moins deux (2) fois l'an à des inspections des établissements visés à l'article 1<sup>er</sup>, en vue de vérifier ou de contrôler le respect des lois et des règlements en vigueur.

ARTICLE 21 :

Les inspections dans les établissements visés à l'article 1<sup>er</sup> sont de la compétence des médecins ou pharmaciens inspecteurs désignés par le ministre de la santé.

Les infractions constatées feront l'objet d'un rapport adressé au ministre de la santé, qui instruira alors les différents Ordres concernés et la commission technique aux fins des sanctions à prendre.

ARTICLE 22 :

Les inscriptions des professionnels de la santé assujettis

ARTICLE 12 :

En cas de silence observé par la commission technique au-delà d'un délai de quatre (4) mois après transmission du dossier par le directeur national de l'Ordre compétent ou à compter du dépôt du dossier au secrétariat de ladite commission pour les professionnels de la santé régis par un Ordre, l'autorisation d'exercice en clientèle pour l'ouverture ou d'exploitation d'un établissement défini à l'article 1<sup>er</sup> de la présente loi est réputée tacitement acquise.

ARTICLE 13 :

La décision de refus des autorisations visées aux articles 3 et 4 peut faire l'objet d'un appel dans les trente (30) jours qui suivent la notification. L'appel est porté devant la juridiction administrative compétente, par simple requête adressée au président de la juridiction.

ARTICLE 14 :

Les praticiens autorisés à exercer à titre privé ne peuvent être propriétaires à titre individuel ou en tant que membre d'une société professionnelle telle que visée à l'article 1<sup>er</sup> de la présente loi que dans un seul et unique établissement sanitaire.

ARTICLE 15 :

Il est interdit d'exercer les professions de santé en clientèle privée sous un pseudonyme.

ARTICLE 16 :

Il est formellement interdit d'exercer en clientèle privée dans un local où sont également vendus les appareils médicaux à utiliser et les médicaments à prescrire.

ARTICLE 17 :

Seuls sont autorisés à ouvrir un laboratoire d'analyses bio-médicales, les médecins biologistes, pharmaciens biologistes, vétérinaires biologistes ayant obtenu au moins deux certificats spéciaux de biologie médicale.

Article 10 :

L'autorisation d'exploitation ou d'ouverture d'un établissement à l'article 1er de la présente loi est subordonnée à l'introduction d'un dossier composé de pièces suivantes, adressé au président du national de l'Ordre concerné selon les mêmes modalités que prévues à l'article 8 ci-dessus :

- une demande manuscrite de l'intéressé ou de la société pour la nature de l'infrastructure sanitaire avec son lieu d'implantation.
- une photocopie légalisée de l'autorisation du ou des requérants d'exercer en clientèle privée ;
- une photocopie légalisée des statuts de la société ou de l'organisation à vocation humanitaire, s'il y a lieu ;
- un plan détaillé des locaux à exploiter ;
- une liste détaillée de l'équipement à installer.

Un arrêté du ministre de la santé précisera les normes techniques des différents établissements sanitaires.

Au cas où le requérant n'aurait pas encore obtenu l'autorisation d'exercice en clientèle privée, le dossier prévu au présent article est déposé et examiné conjointement avec celui prévu à l'article 8 ci-dessus.

En ce qui concerne les professionnels de la santé non régis par l'Ordre, le dossier est déposé au secrétariat de la commission technique selon les mêmes modalités.

Dans tous les cas, le ministre de la santé ne peut donner l'autorisation d'exploitation que si l'avis du conseil de l'Ordre est assorti d'un rapport attestant de la bonne moralité du postulant, de l'authenticité des pièces du dossier et de l'existence effective de l'infrastructure sanitaire et de l'équipement.

ARTICLE 11 :

La procédure d'examen du dossier d'autorisation d'exploitation ou d'ouverture d'un établissement s'opère suivant les conditions arrêtées à l'article 3 de la présente loi.

conformément aux dispositions des statuts et code de déontologie des différents Ordres.

ARTICLE 7 :

La direction nationale de la protection sanitaire assure le secrétariat de la commission technique pour l'exercice en clientèle privée des professions de santé.

ARTICLE 8 :

L'autorisation d'exercer en clientèle privée est subordonnée à la constitution d'un dossier comprenant les pièces ci-après :

- une demande manuscrite signée de l'intéressé ;
- un extrait d'acte de naissance ou un jugement supplétif ou toute autre pièce en tenant lieu ;
- un certificat de nationalité ;
- un extrait de casier judiciaire datant de moins de trois (3) mois ;
- une photocopie légalisée du diplôme ;
- une attestation d'inscription à l'Ordre concerné, lorsqu'un tel Ordre existe ;

Ce dossier est transmis au président du conseil national de l'Ordre concerné, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le postulant doit informer la commission technique du dépôt de son dossier auprès du conseil national de l'Ordre.

En ce qui concerne les professionnels de la santé non régis par un Ordre, le dossier est déposé selon les mêmes modalités, au secrétariat de la commission technique.

ARTICLE 9 :

Pour les fonctionnaires de l'Etat, tout exercice en clientèle privée est subordonné à une autorisation préalable du ministre de la Santé après avis du conseil de l'Ordre.

2.- Au titre des professions médicales et paramédicales :

- Le président du conseil de l'Ordre des médecins ou son représentant ;
- Le président du conseil de l'Ordre des pharmaciens ou son représentant ;
- Le président du conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes ou son représentant ;
- Le président du conseil de l'Ordre des sages-femmes ou son représentant ;
- Le président de l'association des masseurs kinésithérapeutes, rééducateurs psychomotriciens ou son représentant ;
- Le président de l'association des opticiens ou son représentant ;
- Le président de l'association des infirmières et infirmiers diplômés d'Etat ou son représentant.
- Le président de l'association des prothésistes dentaires ou son représentant ;

Cette commission technique, en cas de besoin, peut faire appel, à titre consultatif, à toute personne jugée compétente.

ARTICLE 5 :

La commission technique pour l'exercice en clientèle privée des professions de santé se réunit, en session ordinaire une fois par trimestre sur convocation de son président.

Elle peut se réunir en session extraordinaire sur convocation du président ou à la demande de trois (3) de ses membres.

ARTICLE 6 :

Sans préjudice des dispositions prévues aux articles 3, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, la commission technique a également pour attributions de connaître les cas de litiges et de tenter de procéder à leur règlement amiable.

- titulaire soit d'un diplôme d'Etat béninois, soit d'un diplôme étranger reconnu équivalent par le ministère chargé de l'éducation nationale ;
- de nationalité béninoise ou ressortissant d'un Etat ayant avec le Bénin des accords de réciprocité ;
- inscrit au Tableau des Ordres nationaux respectifs lorsqu'ils existent.

### ARTICLE 3 :

L'autorisation de l'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales est donnée individuellement, par le ministre de la santé en commission technique, après avis favorable du conseil de l'Ordre compétent.

L'avis du conseil de l'Ordre doit intervenir dans un délai de deux (2) mois à compter de la réception du dossier prévu à l'article 8 de la présente loi, après enquête sur le titre, la moralité et l'aptitude professionnelle du postulant.

La commission technique statue dans un délai de trois (3) mois à compter de la réception de l'avis. Ce délai peut être prolongé de trois (3) mois au maximum par décision motivée du président de la commission technique, pour complément d'information.

En ce qui concerne les professionnels de la santé non régis par l'Ordre, seule la commission technique est compétente.

### ARTICLE 4 :

La commission technique pour l'exercice en clientèle privée des professions de santé présidée par le ministre de la santé ou son représentant, est composée comme suit :

#### 1 - Au titre de l'Administration :

- le directeur national de la protection sanitaire ;
  - le directeur des pharmacies et des laboratoires.
-

- l) - LABORATOIRE D'ANALYSES BIO-MEDICALES : Etablissement d'analyses bio-médicales ouvert et dirigé par un microbiologiste, un pharmacien biologiste ou un vétérinaire biologiste.
- m) - LABORATOIRE DE PROTHESE DENTAIRE : Centre de fabrication de prothèse dentaire ouvert et dirigé par un prothésiste dentaire.
- n) - CENTRE DE MASSAGE, DE KINESITHERAPIE ET DE REEDUCATION FONCTIONNELLE : Etablissement approprié où sont dispensés des soins de massage et de rééducation fonctionnelle, ouvert et dirigé par un masseur kinésithérapeute.
- o) - CENTRE D'OPTIQUE ET DE LUNETTERIE : Centre de confection et de montage des lunettes optiques ouvert et dirigé par un opticien.
- p) - CENTRE DE RADIOLOGIE ET D'IMAGERIE MEDICALE : Etablissement approprié d'exploration ouvert et dirigé par un médecin radiologue.
- q) - CENTRE D'EXPLORATION MEDICALE : Centre d'exploration ouvert et dirigé par un médecin ayant les compétences requises.
- r) - DEPOT PHARMACEUTIQUE : Centre secondaire de vente de médicaments de première nécessité, selon une liste limitative, ouvert dans les zones rurales et dirigé par une personne autorisée ayant reçu une formation appropriée, sous la supervision d'un pharmacien.  
L'installation en ces lieux d'une pharmacie implique la fermeture du dépôt.
- s) - CENTRE DE SANTE A VOCATION HUMANITAIRE : Etablissement sanitaire à but non lucratif ouvert par des groupes confessionnels ou caritatifs et dirigé par des professionnels de la santé (médicaments, sages-femmes, infirmiers selon le cas).

## CHAPITRE II : DE L'AUTORISATION

### ARTICLE 2 :

Nul ne peut exercer les professions médicales et paramédicales en République du Bénin s'il n'est :

d) - CABINET DENTAIRE : Centre de consultations et de soins odontologiques, ouvert et dirigé par un chirurgien-dentiste.

e) - CABINET DE SOINS INFIRMIERS : Centre de soins par un médecin et assurés par un infirmier diplômé d'Etat et dans les limites de ses compétences.

f) - CLINIQUE : Etablissement de consultations, de soins et d'hospitalisation ouvert et dirigé par un médecin ou un groupe de médecins constitués en société civile professionnelle.

g) - CLINIQUE DE SPECIALITE : Etablissement de consultations de soins spécialisés et d'hospitalisations ouvert et dirigé par plusieurs médecins exerçant la même spécialité.

h) - CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT EUTOCIQUE : Etablissement ouvert et dirigé par une sage-femme pour assurer dans les limites de ses compétences, la surveillance prénatale, les accouchements eutociques, la surveillance post-natale et les soins gynéco-obstétricaux.

i) - USINE PHARMACEUTIQUE : Etablissement de fabrication et de vente en gros, de médicaments et objets de pansement. Elle doit être la propriété d'un pharmacien ou d'une société à la gestion et à la responsabilité générale de laquelle participe au moins un pharmacien. Ce dernier est personnellement responsable de l'application des règles édictées en faveur de l'intérêt de la santé sans préjudice, le cas échéant, de la responsabilité solidaire de l'usine.

j) - SOCIETE DE GROSSISTES REPARTITEURS : Etablissement de fabrication pharmaceutique et de vente en gros de médicaments et objets de pansement ouvert et dirigé par un pharmacien.

k) - OFFICINE : Etablissement de santé ouvert et dirigé par un pharmacien propriétaire affecté à l'exécution des ordonnances magistrales, à la préparation des médicaments inscrits à la pharmacopée officielle, à la dispensation des médicaments et parapharmaceutiques et à l'exécution d'un certain nombre d'analyses médicales dont la liste est fixée par un arrêté du ministère de la Santé.

TMJ.-  
REPUBLIQUE DU BENIN

-----  
PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE  
-----

LOI N° 97-020 du 17 juin 1997

fixant les conditions de l'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales.

L'ASSEMBLEE NATIONALE a délibéré et adopté

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE promulgue  
Loi dont la teneur suit :

### CHAPITRE PREMIER : DES DEFINITIONS

ARTICLE 1er : Aux termes de la présente Loi, les expressions utilisés reçoivent les définitions suivantes :

a) - CABINET MEDICAL : Centre de consultations et de soins ouvert et dirigé par un médecin.

b) - CABINET MEDICAL DE SPECIALISTE : Centre de consultations et de soins spécialisés, ouvert et dirigé par un médecin spécialiste.

c) - CABINET MEDICAL DE GROUPE : Centre de consultations et de soins ouvert et dirigé par des professionnels exerçant à titre individuel ou constitués entre eux en société professionnelle.

La notion de cabinet et d'établissement de soins s'applique aux autres professionnels de la santé visés par la présente Loi.

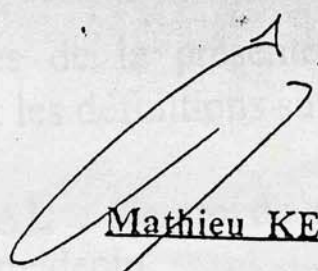
CHAPITRE V : DES DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 31 : Les tarifs applicables dans les établissements sanitaires privés feront l'objet d'un arrêté du ministre de la santé après consultation des syndicats des professionnels de la santé exerçant en clientèle privée.

ARTICLE 32 : La présente Loi qui abroge toutes dispositions antérieures contraires, sera exécutée comme Loi de l'Etat.

Fait à COTONOU, le 17 juin 1997

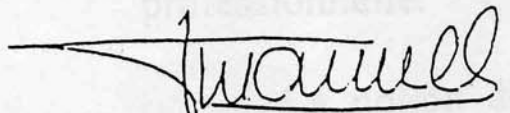
Par le Président de la République,  
Chef de l'Etat, Chef du Gouvernement,

  
Mathieu KEREKOU.-

Le Premier Ministre, chargé de la coordination  
de l'action Gouvernementale et des relations avec  
les Institutions, porte-parole du Gouvernement,

  
Adrien HOUNGBEDJI.-

Le Ministre de la Santé, de la Protection  
Sociale et de la Condition Féminine,

  
Marina d'ALMEIDA MASSOUGBODJI.-

Ampliations : PR 6 AN 4 CS 2 CC 2 CES 2 HAAC 2 PM 4 MSPSCF 4  
AUTRES MINISTERES 16 SGG 4 DGBM-DCF-DGTCP-DGID-DGDDI  
5 BN-DAN-DLC- 3 GCONB-DCCT-INSAE 3 BCP-CSM-IGAA 3 UNB-  
FASJEP-ENA 3 JO 1.-

## **TABLE DES MATIERES**

<b>Identification du jury</b> .....	i
<b>Déclaration d'engagement du « chercheur »</b> .....	ii
<b>Dédicaces</b> .....	iii
<b>Remerciements</b> .....	iv
<b>Liste des sigles</b> .....	v
<b>Liste des tableaux</b> .....	vii
<b>Glossaire</b> .....	viii
<b>Résumé</b> .....	ix
<b>Sommaire</b> .....	xi
<b>INTRODUCTION GENERALE</b> .....	<b>1</b>
<b>CHAPITRE PREMIER : DU CADRE INSTITUTIONNEL A LA METHODOLOGIE DE L'ETUDE</b> .....	<b>4</b>
<b>SECTION 1 : Cadre physique de l'étude et observations de stage</b> .....	<b>5</b>
<b>PARAGRAPHE 1 : Présentation de la structure d'accueil du stage</b> .....	<b>5</b>
A. Présentation générale du Ministère de la Santé.....	5
B. Présentation de la DNSP.....	6
1. Attributions et missions.....	6
2. Organisation et fonctionnement.....	8
<b>PARAGRAPHE 2 : Etat des lieux et ciblage de la problématique</b> .....	<b>11</b>
A. Observations de stage.....	11
1. Observations générales.....	11
2. Observations spécifiques.....	12
a) Inventaire des forces.....	12
b) Inventaire des faiblesses.....	13
B. Ciblage de la problématique.....	13
1. Regroupement des problèmes par centre d'intérêt.....	13
2. Choix de la problématique.....	15

3. Justification de la problématique.....	16
SECTION 2 : Cadre théorique et méthodologique de l'étude.....	18
PARAGRAPHE 1 : Objectifs et hypothèses de l'étude.....	18
A. Objectifs de l'étude.....	19
1. Objectif général.....	19
2. Objectifs spécifiques.....	19
<b>a-</b> Objectif spécifique n°1.....	19
<b>b-</b> Objectif spécifique n°2.....	19
<b>c-</b> Objectif spécifique n°3.....	19
B. Causes et hypothèses supposées aux problèmes.....	20
1. Cause et hypothèse liées au problème n°1.....	20
2. Cause et hypothèse liées au problème n°2.....	21
3. Cause et hypothèse liées au problème n°3.....	23
PARAGRAPHE 2 : Méthodologie et revue de littérature.....	27
A. Approche méthodologique de l'étude.....	27
B. Revue de littérature.....	28
<b>CHAPITRE DEUXIEME : DE L'ANALYSE DE L'EXERCICE ILLEGAL DE LA PROFESSION DE SANTE DANS LE SECTEUR PRIVE AUX APPROCHES DE SOLUTIONS.....</b>	<b>32</b>
SECTION 1 : Analyse critique de la prolifération de l'exercice illégal de la profession de santé dans le secteur privé.....	33
PARAGRAPHE 1 : Présentation du secteur sanitaire informel privé.....	33
A. Genèse du secteur sanitaire privé informel.....	33
B. Réglementation en vigueur dans le secteur sanitaire privé.....	36
PARAGRAPHE 2 : impacts socio-économiques du secteur sanitaire privé informel.....	39
SECTION 2 : Validation des hypothèses et approches de solutions.....	44
PARAGRAPHE 1 : Validation des hypothèses et établissement du Diagnostic.....	44
A. Validation des hypothèses.....	44
1. Validation de l'hypothèse n°1.....	45

2. Validation de l'hypothèse n°2.....	45
3. Validation de l'hypothèse n°3.....	46
B. Etablissement du diagnostic.....	46
1. Elément du diagnostic lié au problème n°1.....	46
2. Elément du diagnostic lié au problème n°2.....	46
3. Elément du diagnostic lié au problème n°3.....	47
PARAGRAPHE 2 : Approches de solutions et recommandations.....	47
A. Approches de solutions.....	47
1. Approches de solutions liées au problème n°1.....	47
2. Approches de solutions liées au problème n°2.....	48
3. Approches de solutions liées au problème n°3.....	49
B. Recommandations.....	49
1. Recommandations à l'endroit des autorités du Ministère de la Santé.....	49
2. Recommandations à l'endroit des promoteurs des structures sanitaires privées.....	51
3. Recommandations à l'endroit des ordres et des associations professionnelles du secteur sanitaire.....	52
4. Recommandations à l'endroit des autorités locales et des populations.....	52
<b>CONCLUSION GENERALE .....</b>	<b>55</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>58</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>62</b>
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>75</b>