

REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI



ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE MAGISTRATURE

MEMOIRE DE FIN DE FORMATION DE CYCLE II

POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ADMINISTRATEUR

OPTION
ADMINISTRATION DES FINANCES

FILIERE
**ADMINISTRATION HOSPITALIERE
UNIVERSITAIRE ET D'INTENDANCE**

ANNEE ACADEMIQUE : 2008-2009

THEME

**EVACUATIONS SANITAIRES A
L'EXTERIEUR DU BENIN:
NECESSITE D'UNE AMELIORATION
DE LA PROCEDURE DE PRISE EN
CHARGE DES PATIENTS**

REALISE ET SOUTENU PAR :

Alvine SINATOKO

SOUS LA DIRECTION DE :

MAITRE DE STAGE
Docteur Armand HOUNDJIREBO
Chef du Service de la Règlementation
Sanitaire

DIRECTEUR DE MEMOIRE
M. Marcel Kuassi MOUSSOU
Administrateur des Services de Santé
Enseignant à l'ENAM

IDENTIFICATION DU JURY

PRESIDENT : IGUE Charlemagne

VICE – PRESIDENT : AREMOU Rilwane

MEMBRE : OMIYALE Pascal

**L'ÉCOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE MAGISTRATURE
N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION NI IMPROBATION AUX
OPINIONS EMISES DANS CE MEMOIRE.
CES OPINIONS DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME
PROPRES À LEUR AUTEUR.**

DEDICACE

A mon père **Albert SINATOKO**

et

A ma mère **Ganiatou MDRAT LAFIA,**

pour les sacrifices consentis pour mon éducation et pour ma formation.

A mes sœurs **Lydie, Corinne et Adélaïde SINATOKO,**

que ce travail soit pour vous, un exemple à dépasser.

REMERCIEMENTS

Nous adressons notre profonde reconnaissance :

♥ A Monsieur Marcel K. MOUSSOU pour son double rôle d'enseignant d'une part, et celui d'un "père" d'autre part, qu'il a cumulé pour nous accompagner tout au long de notre cycle universitaire

♥ Au Docteur Armand HOUNDEBO pour son précieux encadrement au cours de la rédaction de ce mémoire

♥ A tous les professeurs de l'ENAM, en particulier messieurs Rilwane AREMOU, Hugues TCHIBOZO, Césaire LANTONKPODE, Pascal OMYALE, Timothée NOUNAGNON, Adrien HOUNSA, Léandre GBENOUDDON et Madame Elisabeth GNANVO pour l'encadrement et toute l'attention que vous nous avez apportés durant notre cycle universitaire

♥ A tout le personnel de la Direction Nationale de la Protection Sanitaire, en particulier le Directeur Laurent ASSOGBA pour l'accueil chaleureux et les informations à nous données

♥ A tout le personnel du Ministère de la Santé qui nous a offert des conditions favorables à un aboutissement positif de nos recherches

♥ A tout le personnel de la Direction de l'Exécution du Budget du Ministère de l'Économie et des Finances, en particulier le Directeur Célestin HOSSOU pour sa permanente disponibilité et les orientations à nous apportées au cours de nos recherches

♥ A toutes les personnes ressources que nous avons consultées afin d'avoir des informations et orientations dans le cadre de la réalisation de ce travail

♥ A notre tante Julienne ZIME YERIMA pour sa chaleureuse attention et ses conseils

♥ A Monsieur Fatiou MAMA pour son assistance morale et affective

♥ A Monsieur Mounirou BACHABI pour son assistance et son précieux soutien

♥ A tous nos parents et amis qui nous ont toujours manifesté leur attachement

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ACE :	Agents Contractuels de l'État
APE :	Agents Permanents de l'État
BAD :	Banque Africaine de Développement
BCEAO :	Banque Centrale des Etats d'Afrique de l'Ouest
BID :	Banque Islamique de Développement
CNHU-HKM :	Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga
CI :	Certificat d'Indigence
CT :	Certificat de Travail
CNS :	Conseil National de Santé
CODIR :	Comité de Direction
CV N°1 :	Certificat de visite N°1
DEB :	Direction/Directeur de l'Exécution du Budget
DGB :	Direction/Directeur Général(e) du Budget
DNPS :	Direction/Directeur National(e) de la Protection Sanitaire
DPRV :	Direction des Pensions et Rentes Viagères
DRFM :	Direction des Ressources Financières et du Matériel
DSSA :	Direction du Service de Santé des Armées
MEF :	Ministère/Ministre de l'Economie et des Finances
MFSN :	Ministère de la Famille et de la Solidarité Nationale
MS :	Ministère/Ministre de la Santé
MTFP :	Ministère/Ministre du Travail et de la Fonction Publique
DMS :	Organisation Mondiale de la Santé
OP :	Ordre de Paiement
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 en milieu Scolaire et Universitaire

LISTE DES TABLEAUX

<u>TABLEAUX</u>	<u>PAGES</u>
<u>Tableau N°1</u> : Evolution du nombre d'évacuations sanitaires au Bénin et à l'extérieur de 2005 à 2008	10
<u>Tableau N°2</u> : Répartition des évacués sanitaires à l'extérieur du Bénin par catégorie socio-professionnelle de 2005 à 2008	13
<u>Tableau N°3</u> : Répartition des évacués sanitaires au Bénin par catégorie socio-professionnelle de 2005 à 2008	14
<u>Tableau N°4</u> : Point des maladies faisant l'objet d'évacuation sanitaire à l'extérieur du Bénin (2005 à 2008)	15
<u>Tableau N°5</u> : Répartition des évacuations sanitaires à l'extérieur selon leur destination de 2005 à 2008	17
<u>Tableau N°6</u> : Evolution des dépenses de prise en charge sanitaire effectuées sur le budget national de 2005 à 2008	28
<u>Tableau N°7</u> : Répartition des problèmes spécifiques par centres d'intérêt	31
<u>Tableau N°8</u> : Tableau de bord de l'étude	44

LISTE DES FIGURES

<u>FIGURES</u>	<u>PAGES</u>
<u>Figure N°1</u> : Evolution du nombre d'évacuations sanitaires au Bénin et à l'extérieur de 2005 à 2008	10
<u>Figure N°2</u> : Répartition des évacués sanitaires à l'extérieur du Bénin par catégorie socio-professionnelle de 2005 à 2008	13
<u>Figure N°3</u> : Répartition des évacués sanitaires au Bénin par catégorie socio-professionnelle de 2005 à 2008	14
<u>Figure N°4</u> : Graphique de répartition des évacuations sanitaires à l'extérieur selon leur destination de 2005 à 2008	17
<u>Figure n°5</u> : Présentation schématique de la phase administrative de la procédure d'évacuation sanitaire	21
<u>Figure n°6</u> : Présentation schématique de la phase financière de la procédure d'évacuation sanitaire à l'extérieur	29

GLOSSAIRE

Certificat de visite N°1 : c'est un bulletin qui est délivré par le Conseil National de Santé à l'issue d'une réunion avec un avis favorable.

Devis médical : c'est une estimation des dépenses relatives à un diagnostic médical.

Evacuation sanitaire : c'est le transfert d'un malade, d'un hôpital à capacité technique limitée vers un autre plus équipé.

Frais d'hospitalisation et de soins : ce sont des fonds transférés dans les hôpitaux d'accueil pour couvrir les charges liées à la prise en charge médicale des évacués sanitaires.

Frais de séjour de soins à titre externe : ce sont des indemnités que l'État alloue aux évacués sanitaires qui doivent suivre des soins dans un environnement externe à l'hôpital d'accueil, lors de leur séjour dans le pays d'accueil.

Hôpital d'accueil : formation sanitaire dans laquelle les évacués sanitaires bénéficient d'une prise en charge médicale au niveau du pays d'accueil.

Observation médicale : c'est un document produit par le médecin et contenant des informations recueillies lors de l'examen médical d'un patient.

Ordre de paiement : document donnant au comptable l'ordre de payer les dépenses urgentes de l'État ou celles des autres organismes publics.

RESUME

Les évacuations sanitaires à l'extérieur permettent de proposer au patient, des soins qui ne sont pas réalisables au Bénin par manque de moyens adaptés. Leur mise en œuvre respecte une procédure qui intègre des structures et des acteurs à divers niveaux. L'analyse de la mise en œuvre de la procédure d'évacuation sanitaire nous a permis de relever quelques problèmes. Pour résoudre les problèmes sélectionnés pour notre étude, nous avons fixé les objectifs suivants :

- ~ définir des approches pour une accélération de la prise de la décision d'évacuation sanitaire ;
- ~ spécifier des actions pour faciliter la communication entre les structures et les acteurs impliqués dans la procédure d'évacuation sanitaire ;
- ~ identifier des moyens pour une obtention plus rapide du devis médical ;
- ~ formuler des mesures pour une prompte rentrée en possession des frais de séjour de soins à titre externe par les patients.

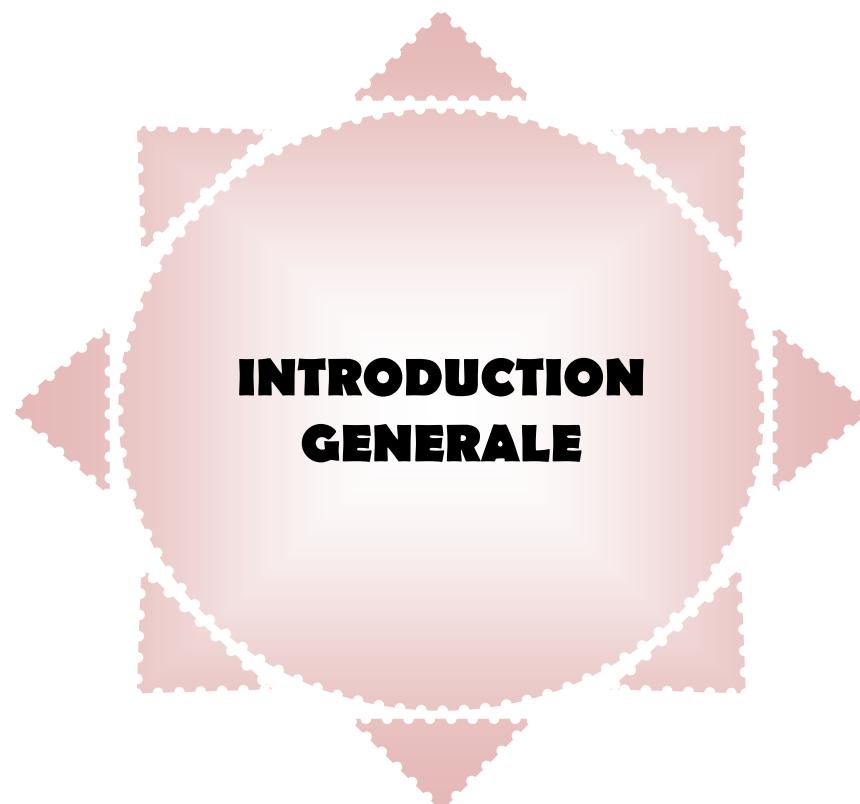
Pour atteindre ces objectifs, nous avons formulé quatre (4) hypothèses, à savoir :

- ~ la lenteur dans la prise de la décision d'évacuation sanitaire se justifie par la pluralité des niveaux de décision et l'exécution de façon successive des étapes de la procédure d'évacuation sanitaire ;
- ~ la communication difficile entre les structures et les acteurs impliqués dans la procédure d'évacuation sanitaire s'explique par l'absence d'un système de communication performant au sein de l'administration ;
- ~ l'absence d'un dispositif de suivi des dossiers des évacués sanitaires au niveau du pays d'accueil est à la base du retard dans la réception du devis médical ;
- ~ le retard dans la mise à disposition des frais de séjour de soins à titre externe au profit des patients est dû à la longueur de la procédure de décaissement des fonds.

La formulation des hypothèses fait appel à leur vérification. Pour ce faire, nous avons choisi une méthodologie dont la mise en œuvre nous a conduite à l'identification des causes qui sont à la base des problèmes en étude. Pour achever cette étude, des approches de solutions ont été apportées aux différents problèmes en étude.

PLAN SOMMAIRE

TITRES	PAGES
INTRODUCTION GENERALE	1
CHAPITRE 1 : DES OBSERVATIONS DE STAGE AU CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE	3
SECTION 1 : OBSERVATIONS DE STAGE A LA DIRECTION NATIONALE DE LA PROTECTION SANITAIRE (DNPS)	4
Paragraphe 1 : Présentation de la DNPS	4
Paragraphe 2 : Fondements des évacuations sanitaires	7
SECTION 2 : PROCEDURE D'EVACUATION SANITAIRE A L'EXTERIEUR ET CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE	18
Paragraphe 1 : La procédure d'évacuation sanitaire à l'extérieur	18
Paragraphe 2 : Le ciblage de la problématique	30
CHAPITRE 2 : DU CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE AUX APPROCHES DE SOLUTIONS	36
SECTION 1 : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE	37
Paragraphe 1 : Cadre théorique de l'étude : Objectifs, Hypothèses et Revue de littérature	37
Paragraphe 2 : Choix de la méthodologie de l'étude et établissement du diagnostic	50
SECTION 2 : APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE LEUR MISE EN ŒUVRE	61
Paragraphe 1 : Approches de solutions	61
Paragraphe 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions et recommandations	64
CONCLUSION GENERALE	66
BIBLIOGRAPHIE	68
ANNEXES	71



**INTRODUCTION
GENERALE**

L'amélioration de l'état de santé des populations constitue à la fois un objectif économique et social de développement. C'est en adéquation avec cet idéal que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) s'est fixé comme objectif principal « d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible ». Cette préoccupation demeure au cœur des politiques sanitaires des états membres de cette organisation qui empruntent divers moyens pour y arriver.

C'est dans cet ordre d'idées que le Bénin a mis en place depuis quelques années, des mesures pour l'amélioration de la couverture du territoire national en infrastructures sanitaires et en personnel soignant d'une part ; ainsi que des dispositions pouvant favoriser l'accès des populations aux soins de santé d'autre part. Cependant, force est de constater que cette offre de soins se trouve limitée par l'indisponibilité des ressources nécessaires pour la prise en charge de certaines maladies. Pour répondre à cette situation, l'Etat béninois a prévu pour les patients qui ne sont pas susceptibles d'être traités au Bénin, l'organisation des évacuations sanitaires vers l'extérieur du pays.

Les évacuations sanitaires à l'extérieur du Bénin visent l'offre de soins de spécialité aux patients. Elles s'effectuent dans un cadre juridique donné et respectent une procédure bien définie. Néanmoins, la pratique de cette activité suscite quelques interrogations qui concernent surtout l'efficacité de la procédure, le délai de prise en charge des patients, etc... Autrement dit, il s'agit de savoir si les évacuations sanitaires à l'extérieur, dans leur contexte actuel, profitent efficacement aux patients qui en ont besoin.

Ces interrogations s'attachent à la question de la qualité du mécanisme de prise en charge des évacués sanitaires. C'est pour mieux apprécier ce mécanisme que nous avons effectué nos recherches à la Direction Nationale de la Protection Sanitaire (DNPS) du Ministère de la Santé (MS).

La DNPS est la structure qui organise et coordonne les activités conduisant à l'évacuation sanitaire d'un patient à l'extérieur. L'aboutissement de ces recherches nous a conduit à formuler notre thème comme suit : « *Evacuations sanitaires à l'extérieur du Bénin : nécessité d'une amélioration de la procédure de prise en charge des patients* ».

Le développement de ce sujet qui a fait l'objet de nos recherches s'effectuera à travers :

- les observations de stage ;
- la problématique de l'étude ;
- le point des recherches menées sur le terrain ;
- les approches de solutions proposées.



CHAPITRE 1

**DES OBSERVATIONS DE
STAGE**

AU

**CIBLAGE DE LA
PROBLEMATIQUE**

Dans ce chapitre, nous aborderons la présentation de notre cadre d'étude, l'état des lieux sur les évacuations sanitaires et la problématique de l'étude.

SECTION 1 : OBSERVATIONS DE STAGE A LA DIRECTION NATIONALE DE LA PROTECTION SANITAIRE (DNPS)

Dans cette section, nous présenterons dans un premier temps, notre lieu de stage qui est la Direction Nationale de la Protection Sanitaire, puis dans un second temps, les fondements sur lesquels reposent les évacuations sanitaires.

PARAGRAPHE 1 : PRESENTATION DE LA DIRECTION NATIONALE DE LA PROTECTION SANITAIRE (DNPS)

Cette présentation s'effectuera à travers le cadre institutionnel et physique de la DNPS d'une part et la description du service où ont été effectuées nos recherches d'autre part.

I – CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATION DE LA DNPS

A/ CADRE INSTITUTIONNEL DE LA DNPS

La structure qui nous a accueillie pour notre stage est la Direction Nationale de la Protection Sanitaire (DNPS). L'institution qui l'abrite est le Ministère de la Santé (MS). Celui-ci est régi par le Décret N°2006-396 du 31 Juillet 2006 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé. La principale mission du MS est de mettre en œuvre les politiques définies par le gouvernement en matière de santé.

Dans ce cadre, elle initie les actions de santé, planifie, coordonne et contrôle la mise en œuvre des activités qui en découlent. A ce titre, il est chargé de :

- concevoir, appliquer et contrôler la politique nationale et internationale de l'Etat en matière de santé ;
- suggérer au Gouvernement, au besoin, de concert avec d'autres départements ministériels, les stratégies et programmes d'action conformes à la politique sanitaire.

Pour accomplir cette mission, le MS dispose des structures ci-après :

- les services directement rattachés au ministre ;
- le cabinet du ministre ;
- le secrétariat général du ministère ;
- les directions centrales
- les directions techniques ;
- les organismes sous tutelle.

Conformément au décret précité, les directions techniques du MS sont au nombre de douze (12) parmi lesquelles la DNPS.

B/ ORGANISATION DE LA DNPS

La DNPS est une direction technique du Ministère de la Santé. Elle est régie par l'Arrêté N°6553/MS/DC/SGM/CTJ/DNPS/SA du 11 Juin 2007 portant ses attributions, son organisation et son fonctionnement. Elle se présente comme l'organe de conception, de promotion, de coordination, de suivi et d'évaluation des mesures collectives et individuelles de prévention et de lutte contre les maladies. Pour ce faire, la DNPS comprend plusieurs services :

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

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 ».

La DNPS a aussi sous sa tutelle, des projets et programmes qui lui sont rattachés. Il s'agit de :

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

Il est institué à la DNPS, un Comité de Direction (CODIR) à caractère consultatif placé sous la présidence de son Directeur et composé des différents chefs de services, ainsi que des Coordonnateurs nationaux de Projets et Programmes et d'un représentant élu du personnel.

A la DNPS, notre stage s'est déroulé principalement au Service de la Règlementation Sanitaire (SRS).

II – FONCTIONNEMENT DU SERVICE DE LA REGLEMENTATION SANITAIRE

Ce service est réparti en deux (2) divisions :

- la division de la règlementation, 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.

A/ LA DIVISION DE LA REGLEMENTATION, DU CONTROLE, DE LA REFERENCE ET CONTRE REFERENCE MEDICALE

Elle est chargée de :

- ~ mettre en place les organes de suivi et de gestion de la qualité des soins et définir un mécanisme de monitoring et d'évaluation, en collaboration avec les directions et structures concernées ;
- ~ 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 autres structures et directions ;
- ~ assurer le secrétariat du Conseil National de Santé (CNS) ;
- ~ mettre en œuvre et suivre les décisions du CNS.

B/ LA DIVISION DU PARTENARIAT ENTRE LES SECTEURS PUBLIC ET PRIVE ET DE L'ASSURANCE QUALITE DES SOINS

Sa mission consiste essentiellement à :

- ~ élaborer, suivre et coordonner la politique nationale d'assurance qualité des soins et des services de santé en collaboration avec les autres structures et directions concernées ;
- ~ assurer le secrétariat de la Commission Technique pour l'exercice en clientèle privée des professions de santé ;
- ~ 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 ordres professionnels de santé ;
- ~ promouvoir la collaboration entre les secteurs public et privé.

La quintessence des activités du SRS peut se résumer en trois (3) points principaux, à savoir :

- ☞ 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.

Notre préoccupation de départ étant celle de l'analyse du mécanisme de prise en charge des évacués sanitaires à l'extérieur, nous avons concentré nos recherches sur l'organisation des évacuations sanitaires.

PARAGRAPHE 2 : FONDEMENTS DES EVACUATIONS SANITAIRES

L'évacuation sanitaire, dans le cadre de notre étude, peut être définie comme une procédure qui permet aux patients, l'accès à des soins de santé non disponibles localement en vue d'une récupération de la santé. Pour mieux l'appréhender, nous présenterons ses fondements à travers le cadre juridique et les conditions pouvant nécessiter une évacuation sanitaire.

I – CADRE JURIDIQUE DES EVACUATIONS SANITAIRES

A/ LA LEGISLATION EN MATIERE D'EVACUATION SANITAIRE

Au Bénin, les évacuations sanitaires sont régies par des décrets successifs. Le plus récent et celui en vigueur est le Décret N°2005-834 du 30 Décembre 2005 portant réglementation des évacuations sanitaires en République du Bénin (Annexe N°1). Ce dernier précise :

- ~ les conditions d'évacuation sanitaire ;
- ~ les personnes pouvant bénéficier d'une évacuation sanitaire ;
- ~ la procédure d'évacuation sanitaire ;
- ~ les dispositions particulières (évacuations sanitaires au Bénin, évacuation sanitaire des militaires, des diplomates en fin de mission, évacuation pour contrôle médical...).

Conformément à ce décret, les propositions d'évacuation sanitaire sont étudiées par le Conseil National de Santé (CNS).

Par ailleurs, il existe aussi le Décret 95-387 du 28 Novembre 1995 portant régime des indemnités à allouer aux évacués sanitaires devant suivre des soins à titre externe à l'étranger (Annexe N°2).

L'article premier de ce décret dispose : « il est alloué une assistance du Budget National à tout malade évacué sanitaire à l'extérieur du territoire national suite à une décision administrative et qui serait astreint par le médecin traitant à poursuivre des soins à titre externe pendant une partie de son séjour à l'étranger ».

Les taux fixés par ce décret ont été estimés en 1995 et sont encore en vigueur, quatorze (14) ans après. Pourtant, le contexte socio-économique n'est pas resté le même surtout en ce qui concerne le niveau de vie très élevé ces dernières années dans les pays où les malades sont souvent évacués notamment l'Europe et la France en particulier. De ce fait, la **non actualisation du texte fixant les indemnités à allouer aux évacués sanitaires à l'extérieur** est un autre souci qui ne favorise pas la récupération de l'état de santé des patients concernés.

B/ LE CONSEIL NATIONAL DE SANTE (CNS)

C'est un organe consultatif réglementé par l'Arrêté N°1012/MS/DC/SGM/DNPS/SRS/SA du 26 Janvier 2007 portant attributions, organisation et fonctionnement du Conseil National de Santé (Annexe N°3). Il est composé de médecins civils et militaires, chefs de services dans les structures de l'espace hospitalo-universitaire. Placé sous la présidence du Ministre de la Santé, le CNS se réunit en session ordinaire une fois par mois. Il est chargé d'étudier les dossiers médicaux pour les évacuations sanitaires, les dossiers de réforme administrative et tout autre dossier introduit par l'administration. En ce qui concerne les évacuations sanitaires, les dossiers étudiés par le CNS sont de deux (2) types :

- ✓ ceux des évacuations sanitaires vers les formations sanitaires de référence de dernier recours du Bénin ;
- ✓ ceux des évacuations sanitaires vers l'extérieur du Bénin.

Les évacuations sanitaires au Bénin permettent de prendre en charge les patients référés dans les hôpitaux nationaux de référence de dernier recours. Quant aux évacuations sanitaires à l'extérieur, elles permettent aux patients de bénéficier des soins de santé de spécialité non disponibles au Bénin.

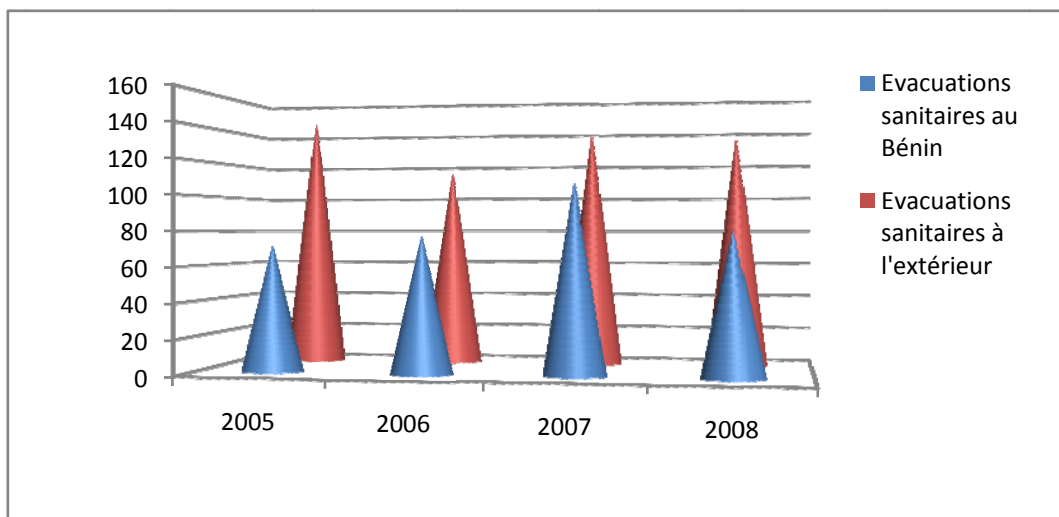
L'étude des registres d'évacuations sanitaires de la période de 2005 à 2008 nous a permis d'obtenir des données chiffrées relatives à ces deux (2) types d'évacuations. Cette étude a été réussie grâce à l'enregistrement régulier des informations dans les registres du CNS et au bon archivage des dossiers des évacués sanitaires. Néanmoins, il arrive parfois que dans certains dossiers, des informations utiles telles que l'adresse du patient ou le statut du patient soient absentes, ce qui a quelque peu perturbé le dépouillement.

Tableau N°1 : Evolution du nombre d'évacuations sanitaires au Bénin et à l'extérieur de 2005 à 2008

EVACUATIONS \ ANNEE	2005	2006	2007	2008
Evacuations sanitaires au Bénin	71	77	106	81
Evacuations sanitaires à l'extérieur du Bénin	146	115	137	134
TOTAL	217	192	243	215

Source : Archives DNPS/SRS

Figure N°1 : Evolution du nombre d'évacuations sanitaires au Bénin et à l'extérieur de 2005 à 2008



A travers le tableau précédent, on remarque que le nombre d'évacuations sanitaires à l'extérieur du Bénin est supérieur au nombre d'évacuations sanitaires réalisées à l'intérieur du pays.

En ce qui concerne les évacuations sanitaires à l'extérieur du Bénin, on note une diminution de leur nombre entre 2005 et 2006, passant de 146 à 115, soit une diminution de 21,23%. Par contre, elles remontent en 2007 jusqu'à 137, soit une augmentation de 19,13% par rapport à 2006, avant de décroître en 2008 à 134 évacués, soit une augmentation de 2,18% par rapport à 2007.

Quant aux évacuations sanitaires au Bénin, leur nombre a évolué de façon croissante, passant de 71 en 2005 à 77 en 2006, ce qui correspond à un taux de 8,45%. En 2007, on a dénombré 106 cas, soit une augmentation de 37,66% par rapport à l'année précédente. Par contre, l'année 2008 a enregistré 81 cas, soit un taux de 23,58% de moins que l'année 2007.

Pour la présente étude, nous nous sommes intéressée aux évacuations sanitaires à l'extérieur du Bénin.

II - CONDITIONS NECESSITANT UNE EVACUATION SANITAIRE A L'EXTERIEUR

Conformément à l'article 1^{er} du décret N°2005-834 du 30 Décembre 2005 portant réglementation des évacuations sanitaires en République du Bénin, « pour qu'un malade soit évacué hors du territoire national, il faut nécessairement que son état pathologique ne puisse pas être traité en République du Bénin, soit parce qu'il manque des spécialistes, soit parce qu'on ne dispose pas du matériel adéquat ».

A/ LES PERSONNES POUVANT ETRE EVACUEES A L'EXTERIEUR DU BENIN

Tout béninois dont l'état de santé l'exige peut bénéficier d'une évacuation sanitaire à l'extérieur. En outre, le décret réglementant les évacuations sanitaires a réparti ces personnes en deux (2) catégories.

✚ Les fonctionnaires et personnalités de l'Etat : cette catégorie comprend les agents civils et militaires de l'Etat. Il s'agit précisément d'une part, des Agents Permanents de l'Etat (APE), des Agents Contractuels de l'Etat (ACE), des personnalités de l'Etat non APE, et d'autre part, des agents des différents corps des forces armées béninoises. Cette catégorie concerne aussi les enfants de moins de 21 ans et les conjoints de ces agents, qu'ils soient en activité ou à la retraite.

✚ Les indigents : il s'agit des personnes exclues de la première catégorie et qui disposent d'un revenu ne leur permettant pas de répondre à leurs frais de santé. La preuve de l'indigence est à la charge du Ministère de la Famille et de la Solidarité Nationale (MFSN). Ce dernier effectue des enquêtes pour déterminer le statut social du patient et, au besoin, délivre en sa faveur un certificat d'indigence.

Cette disposition permet à toutes les catégories socio-professionnelles, quels que soient leurs moyens, de bénéficier d'une prise en charge sanitaire adéquate en cas de maladie grave. Ceci n'est que l'expression de la **volonté du gouvernement béninois d'assurer une couverture sanitaire adéquate à toutes les couches de la population.**

De plus, il arrive que le patient soit accompagné d'un membre de sa famille et/ou d'un agent de santé. L'accompagnement est prévu systématiquement pour les enfants de moins de dix (10) ans, les personnes de plus de (70) ans et les patients non autonomes.

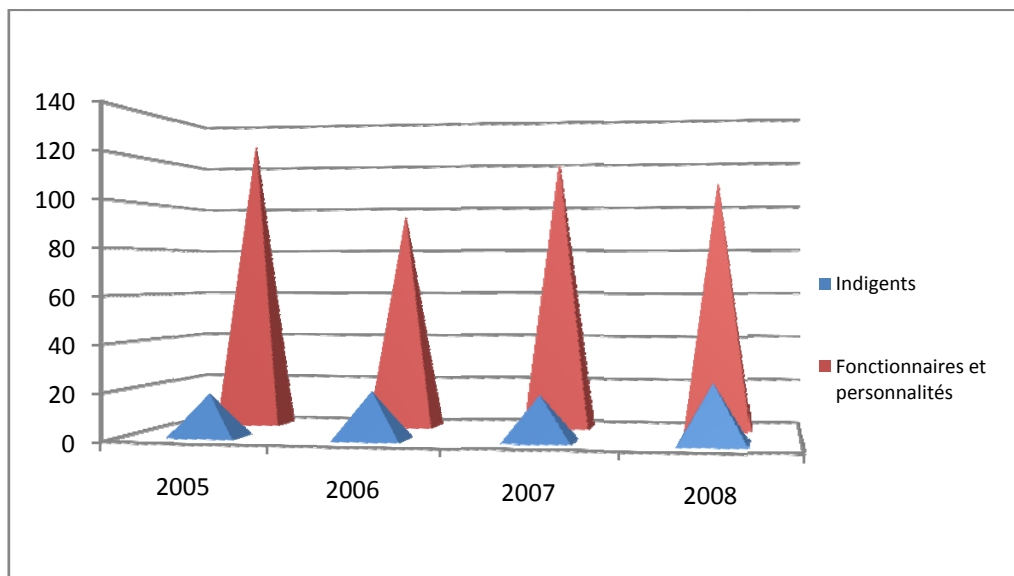
L'étude de la répartition des cas d'évacuation par catégorie socio-professionnelle nous a révélé les données présentées dans le tableau suivant.

Tableau N°2 : Répartition des évacués sanitaires à l'extérieur du Bénin par catégorie socio-professionnelle de 2005 à 2008

PROFIL	DONNEES	2005	2006	2007	2008
FONCTIONNAIRES ET PERSONNALITES DE L'ETAT	Nombre	128	95	118	109
	Taux	87,67%	82,60%	86,13%	81,34%
INDIGENTS	Nombre	18	20	19	25
	Taux	12,33%	17,40%	13,87%	18,66%
TOTAL (Nombre)		146	115	137	134

Source : Archives DNPS/SRS

Figure N°2 : Répartition des évacués sanitaires à l'extérieur du Bénin par catégorie socio-professionnelle de 2005 à 2008



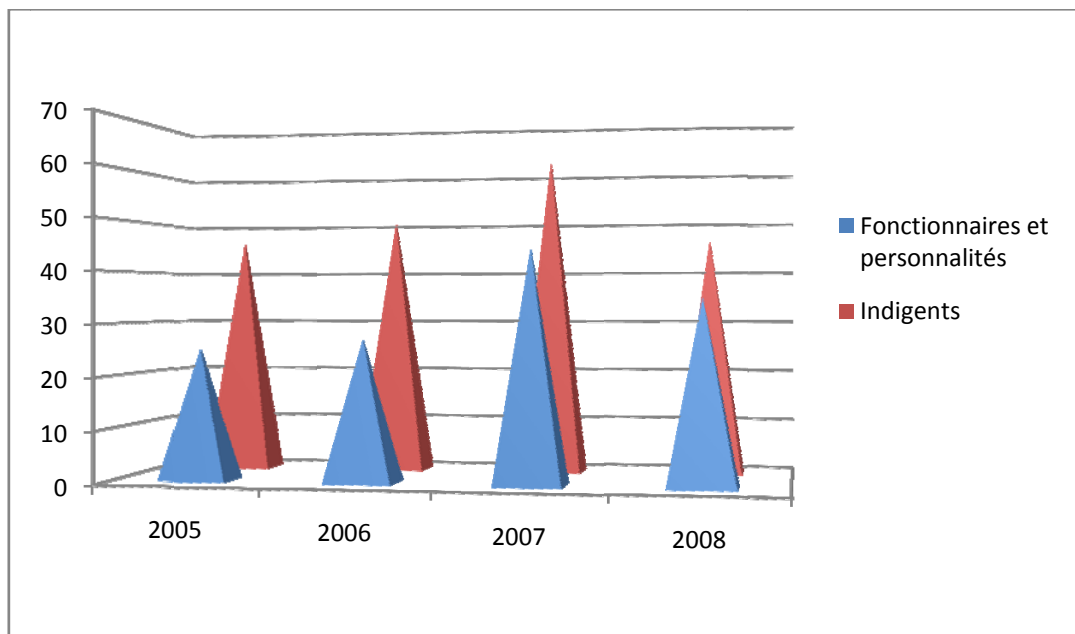
Des informations présentées ci-dessus, il ressort un écart considérable qui se traduit par une prédominance frappante des fonctionnaires et personnalités de l'Etat parmi les évacués sanitaires à l'extérieur. Par contre, une étude parallèle sur la comparaison des effectifs des évacués sanitaires à l'intérieur du Bénin par catégorie socio-professionnelle a révélé plutôt une tendance contraire. Ses résultats sont consignés dans le tableau suivant.

Tableau N°3 : Répartition des évacués sanitaires au Bénin par catégorie socio-professionnelle de 2005 à 2008

PROFIL	DONNEES	2005	2006	2007	2008
FONCTIONNAIRES ET PERSONNALITES DE L'ETAT	Nombre	25	27	44	35
	Taux	35,21%	35,06%	41,50%	43,20%
INDIGENTS	Nombre	46	50	62	46
	Taux	64,79%	64,94%	58,50%	56,80%
TOTAL (Nombre)		71	77	106	81

Source : Archives DNPS/SRS

Figure N°3 : Répartition des évacués sanitaires au Bénin par catégorie socio-professionnelle de 2005 à 2008



L'analyse des données ci-dessus révèle que le nombre d'indigents qui ont fait l'objet d'évacuation sanitaire au Bénin est supérieur à celui des fonctionnaires et personnalités de l'Etat évacués au Bénin. Cette situation a été constatée sur les quatre (4) années ciblées par notre étude.

B/ LES PATHOLOGIES ET LES DESTINATIONS DES EVACUATIONS SANITAIRES A L'EXTERIEUR

➔ Les pathologies faisant l'objet d'évacuation sanitaire

Aux termes de l'article 2 du décret N°2005-834 du 30 Décembre 2005 portant réglementation des évacuations sanitaires en République du Bénin, « un arrêté du Ministre de la Santé précise périodiquement la liste des pathologies qui faisaient objet d'évacuation sanitaire et qui sont susceptibles d'être prises en charge au Bénin ... » Au cours de nos recherches, nous avons constaté que cette liste n'existe malheureusement pas encore.

Pour recenser les principales pathologies qui font l'objet d'évacuations sanitaires à l'extérieur, nous avons effectué une analyse du registre des dossiers étudiés et validés au CNS de 2005 à 2008. Les résultats de cette analyse sont concentrés dans le tableau suivant :

Tableau N°4 : Point des maladies faisant l'objet d'évacuation sanitaire à l'extérieur du Bénin (2005 à 2008)

N°	MALADIE	NOMBRE	TAUX
1	Tumeurs malignes (sein, prostate, colon, col de l'utérus)	137	25,75%
2	Maladies de l'appareil circulatoire (insuffisance cardiaque, infarctus...)	83	15,60%
3	Maladies de l'appareil urinaire (insuffisance rénale, inflammation de la prostate)	72	13,53%
4	Maladies de l'œil, des oreilles et des organes annexes	54	10,15%
5	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	52	9,77%
6	Maladies du système nerveux	40	7,51%
7	Maladies de l'appareil digestif	23	4,32%
8	Lésions traumatiques, Intoxication, empoisonnement	20	3,75%
9	Maladies de l'appareil respiratoire (bronchite, asthme...)	15	2,81%
10	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	8	1,50%
11	Autres	28	5,31%
TOTAL		532	100%

Source : Archives DNPS/SRS

En observant le tableau précédent, on remarque que la première cause d'évacuation sanitaire à l'extérieur est relative aux tumeurs malignes du sein, de la prostate, du colon et du col de l'utérus. Pour la période 2005-2008, ces maladies représentaient 25,75% de ces évacuations sanitaires. La deuxième cause d'évacuation sanitaire à l'extérieur porte sur les maladies de l'appareil circulatoire avec 15,60% de ces évacuations sanitaires au cours de la même période. Viennent ensuite, les maladies de l'appareil urinaire qui représentent 13,53%, puis celles de l'œil, des oreilles et des organes annexes avec 10,15%. Les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif font également l'objet d'évacuation sanitaire à l'extérieur avec une proportion de 9,77% au cours de la période d'étude.

En plus de ces types de maladies, on constate une gamme variée de maladies, à des degrés divers, qui font l'objet d'évacuations sanitaires à l'extérieur. Cet état de choses atteste **l'absence d'une politique de limitation des pathologies devant faire l'objet d'évacuation sanitaire à l'extérieur.**

➤ Les destinations faisant l'objet d'évacuation sanitaire

L'article 2 du décret précité mentionne toujours dans ses lignes « un arrêté du Ministre de la Santé précise périodiquement ... la liste des hôpitaux agréés à l'étranger ». Ici encore, il n'existe aucune liste de ce genre et le choix de l'hôpital d'accueil est laissé à l'attention du médecin spécialiste et du CNS.

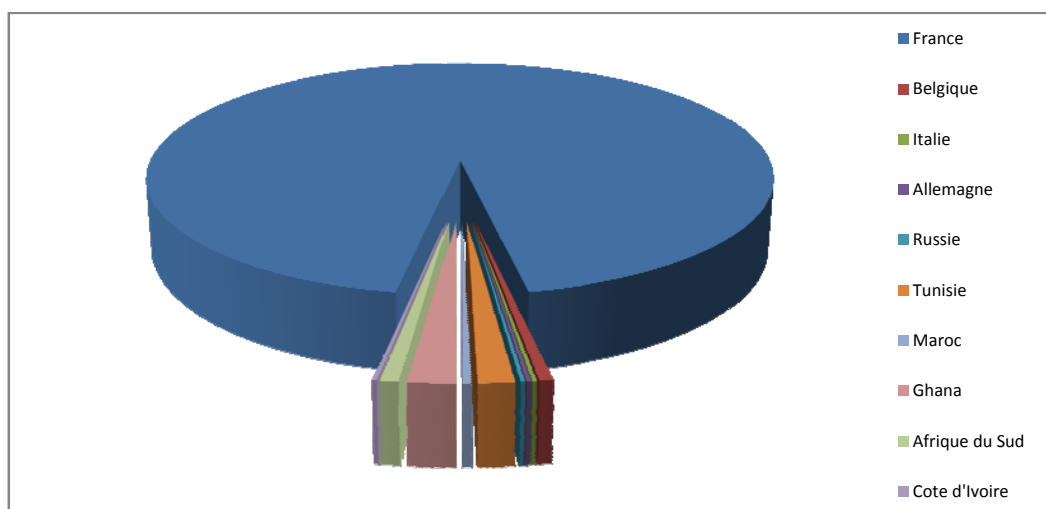
L'examen du registre des dossiers étudiés par le CNS de 2005 à 2008 nous a permis de constater que les évacuations sanitaires à l'extérieur du Bénin sont orientées vers deux (2) continents : l'Europe et l'Afrique. Les données chiffrées relatives à ces destinations sont inscrites dans le tableau ci-après.

Tableau N°5 : Répartition des évacuations sanitaires à l'extérieur selon leur destination de 2005 à 2008

DESTINATION		2005	2006	2007	2008	TOTAL	
						Nombre	Taux
Europe	France	139	109	131	122	501	94,2%
	Belgique	-	-	01	02	03	0,55%
	Italie	-	-	-	01	01	0,18%
	Allemagne	-	-	-	01	01	0,18%
	Russie	-	-	-	01	01	0,18%
Afrique	Tunisie	-	02	03	03	08	1,56%
	Maroc	02	-	-	-	02	0,37%
	Ghana	04	03	01	02	10	1,86%
	Afrique du Sud	-	01	01	02	04	0,74%
	Cote d'Ivoire	01	-	-	-	01	0,18%
TOTAL		146	115	137	134	532	100%

Source : Archives DNPS

Figure N°4 : Graphique de répartition des évacuations sanitaires à l'extérieur selon leur destination de 2005 à 2008



En analysant les données ci-dessus, nous constatons une forte concentration des évacuations sanitaires vers l'Europe en général et la France en particulier. En effet, la France a accueilli entre 2005 et 2008, 94,2% des évacuations sanitaires à l'extérieur du Bénin. Cet état de choses vient appuyer l'absence d'une politique de diversification des destinations devant faire l'objet d'évacuation sanitaire à l'extérieur.

SECTION 2 : PROCEDURE D'EVACUATION SANITAIRE A L'EXTERIEUR ET CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE

Cette section sera consacrée dans un premier temps au déroulement d'une évacuation sanitaire à l'extérieur, puis dans un second temps, au ciblage de la problématique de l'étude.

PARAGRAPHE 1 : PROCEDURE D'EVACUATION SANITAIRE A L'EXTERIEUR

La procédure qui conduit à l'évacuation sanitaire d'un patient hors du Bénin se déroule en deux (2) phases :

- la phase administrative
- la phase financière

I – LA PHASE ADMINISTRATIVE

A/ PRESENTATION DETAILLEE DE LA PHASE ADMINISTRATIVE

Cette phase qu'on peut également appeler la phase de la décision d'évacuation sanitaire comporte six (6) étapes détaillées comme suit :

- 1~ la proposition d'évacuation sanitaire ;
- 2~ l'étude du dossier ;
- 3~ la demande du certificat de travail / d'indigence ;
- 4~ la réception du certificat de travail / d'indigence ;
- 5~ la transmission du dossier à l'autorité administrative ;
- 6~ la décision d'évacuation sanitaire.

La phase administrative de la procédure d'évacuation sanitaire commence par la proposition d'évacuation sanitaire. Elle se fait à partir d'une consultation effectuée par un médecin spécialiste, chef de service au Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou. A l'issue de cette consultation, le spécialiste constitue un dossier d'évacuation sanitaire qu'il transmet à la DNPS. Ce dossier est composé de :

- l'observation médicale ;
- les résultats des analyses et examens ;
- l'attestation de service ou de prise en charge ;
- l'acte de naissance + attestation de travail ou de prise en charge du parent (s'il s'agit d'un enfant du fonctionnaire) ;
- l'acte de mariage + attestation de travail ou de prise en charge du conjoint (s'il s'agit du conjoint du fonctionnaire).

L'observation médicale qui propose l'évacuation sanitaire du malade doit être établie en trois (3) exemplaires. En plus des éléments cliniques, il y sera mentionné :

- les nom, prénoms, date de naissance, sexe et profession du malade ; s'il s'agit d'un enfant, nom du père et de la mère ;
- les adresses des parents et numéros de téléphone s'il y a lieu ;
- les personnes à prévenir en cas de nécessité ;
- les coordonnées exactes (adresse postale, téléphone, fax et adresses électroniques) de la formation hospitalière et du Chef de Service où il est envisagé d'évacuer le malade.

NB : Précisons qu'à cette étape, les dossiers des agents militaires de l'Etat sont envoyés à la Direction du Service de Santé des Armées (DSSA) pour la suite de la procédure.

Après avoir analysé un certain nombre d'observations médicales, nous avons remarqué que bon nombre d'entre elles ne précisaient pas les informations relatives à l'adresse du malade, sa profession et la personne à prévenir en cas de nécessité. Ce **déficit d'informations dans les observations médicales** constitue un obstacle pour la suite de la procédure.

L'étude des dossiers se fait à la session du Conseil National de Santé qui se tient mensuellement. Au cours de cette session, le conseil rend un avis motivé sur la proposition d'évacuation sanitaire. Cet avis est porté plus tard sur le Certificat de Visite N°1 (CV N°1). A ce niveau, il est aisé de constater que presque tous les dossiers reçoivent un avis favorable.

L'étape de la demande de certificat de travail ou d'indigence vient après celle de la production du CV N°1. En ce qui concerne les agents de l'Etat, l'administration fait l'effort de les joindre par téléphone pour la fourniture de cette pièce administrative. Pour les malades dont les adresses ne figurent pas dans les dossiers, la DNPS est obligée d'attendre leur passage pour exprimer cette demande. A ce niveau, il se pose visiblement un problème de communication entre la structure en charge de l'organisation de l'évacuation sanitaire et les patients concernés. Cette **communication difficile entre les structures et les acteurs impliqués dans la procédure d'évacuation sanitaire** constitue un frein à la procédure d'évacuation de certains patients.

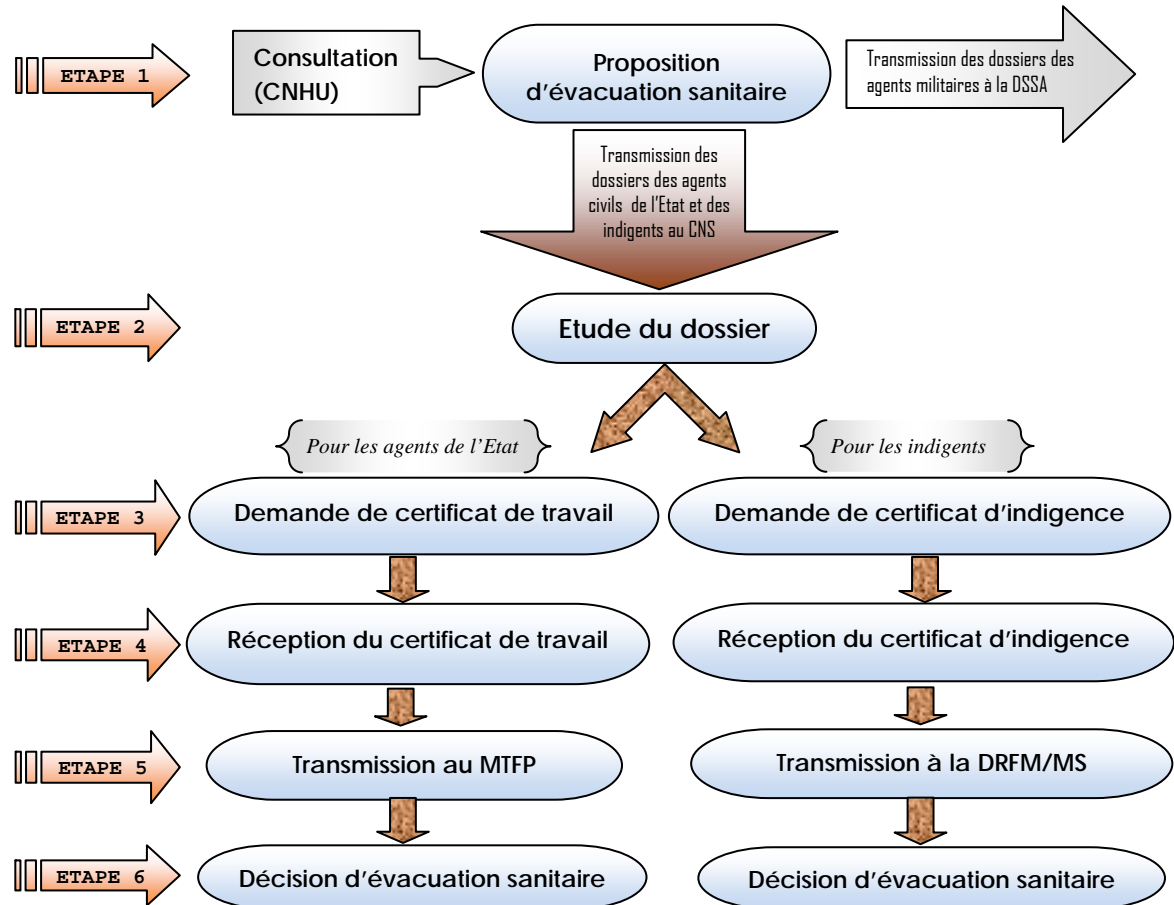
Quant aux indigents, le Ministère de la Santé (MS) réclame au Ministère de la Famille et de la Solidarité Nationale (MFSN), un certificat d'indigence pour les patients à évacuer. La détermination de la situation d'indigence du patient est donc à la charge du MFSN. A partir de cet instant, il faut compter le temps nécessaire au patient et au MFSN pour apporter cette pièce administrative.

Une fois ce certificat obtenu, le dossier du patient est transmis à l'autorité devant produire la décision administrative d'évacuation sanitaire. S'agissant des indigents, le dossier est transféré à la Direction des Ressources Financières et du Matériel (DRFM) du MS dont la proximité avec la DNPS facilite le transfert. Par contre, celui des agents de l'Etat doit être envoyé au Ministère du Travail et de la Fonction Publique (MTFP). De plus, ce même dossier doit passer par le Ministère de l'Economie et des Finances pour le visa du Contrôleur Financier et la signature du ministre avant de revenir au MS. C'est cette décision qui déclenche la phase financière de la procédure, par la mise à disposition des fonds nécessaires à la prise en charge du patient.

Cet itinéraire qui n'est que la première phase de la procédure peut durer plusieurs jours, voire des semaines, ce qui démontre la **lenteur dans la prise de la décision d'évacuation sanitaire**.

B/ PRESENTATION SCHEMATIQUE DE LA PHASE ADMINISTRATIVE

Figure n°5 : Présentation schématique de la phase administrative de la procédure d'évacuation sanitaire



Source : Conçue par nous-mêmes sur la base des informations recueillies

II – LA PHASE FINANCIERE

A/ PRESENTATION DETAILLEE DE LA PHASE FINANCIERE

➤ Les étapes de la phase financière

Cette phase fait intervenir à la fois le Ministère de la Santé (MS) et le Ministère de l'Economie et des Finances (MEF). Pour mieux la cerner, nous avons effectué une partie de nos recherches au MEF. C'est la Direction Générale du Budget (DGB) de ce ministère qui s'occupe des opérations relatives aux évacuations sanitaires.

La phase financière de la procédure d'évacuation sanitaire se déroule en dix (10) étapes qui sont :

- 1~ la demande du devis médical ;
- 2~ la réception du devis médical ;
- 3~ la transmission du devis médical au service financier ;
- 4~ l'émission de l'Ordre de Paiement (OP) ;
- 5~ le contrôle et la validation de l'OP ;
- 6~ le virement des fonds ;
- 7~ la demande du rendez-vous des soins et de l'accusé de réception des fonds virés ;
- 8~ la notification du rendez-vous ;
- 9~ la demande du visa ;
- 10~ l'achat du billet d'avion et le voyage.

La phase financière de la procédure d'évacuation sanitaire à l'extérieur est déclenchée au MS par la demande du devis médical. Elle consiste à transmettre par voie de fax à l'hôpital d'accueil, une correspondance jointe à l'observation médicale du patient. Malheureusement, le fax du Ministère de la Santé connaît parfois des défaillances comme c'était le cas au cours de notre stage où ce mode de communication était défectueux pendant une très longue période. Cette situation oblige les agents de la DNPS à financer cette opération dans la limite de leurs moyens, ou à contacter le patient pour l'envoi de son dossier par voie de fax. Cette situation vient confirmer notre constat relatif à la **communication difficile entre les structures et les acteurs impliqués dans la procédure d'évacuation sanitaire.**

La suite de la procédure est conditionnée par la réception du devis médical. C'est l'estimation du montant des frais de soins et d'hospitalisation selon la qualité des soins et des examens (analyses de laboratoire, radiologie...) d'une part, et le nombre de jours d'autre part. Ce devis précise également si le malade doit suivre des soins à titre externe et le nombre de jours nécessaires à cet effet. Cette disposition permet de déclencher le processus de mise à disposition de fonds pour le séjour de soins à titre externe éventuel du patient.

Le montant de ces fonds est fonction du nombre de jours fixé dans le devis. Toutefois, quelle que soit la durée des soins et de l'hospitalisation, les frais de séjour de soins à titre externe ne sauraient excéder le nombre maximal de quarante cinq (45) jours.

Dans la majorité des cas, le devis médical ne parvient qu'après plusieurs jours ou plusieurs semaines. **Le retard dans la réception de ce devis** constitue une entrave pour le cours de la procédure. Le montant exprimé dans le devis médical est dans la majorité des cas, estimé en Euro. Converti en francs CFA, **le montant du devis des soins et d'hospitalisation paraît souvent très élevé.**

Après l'obtention du devis médical, le dossier du patient est transmis au service financier pour suivre une série d'opérations administratives et financières devant déboucher sur le paiement des frais de soins et d'hospitalisation. Il s'agit de :

- la DGB du MEF si le patient est un fonctionnaire ou une personnalité de l'Etat ;
- la DRFM du MS s'il s'agit d'un indigent.

Les dépenses pour les évacuations sanitaires sont exécutées par Ordre de Paiement (OP). Il est émis soit par le DGB, soit par le DRFM du MS. Pour être validé, l'OP doit être soumis au visa du Contrôleur Financier (CF) ou de son délégué et à la signature du Directeur Général du Trésor et de la Comptabilité Publique (DGTCP). Après cette étape, vient celle du virement des fonds qui consiste à créditer le compte bancaire de l'hôpital d'accueil par le montant indiqué dans le devis médical. Cette opération se fait par l'intermédiaire de la Banque Centrale des Etats de l'Afrique de l'Ouest (BCEAO).

Au même moment, une procédure est engagée pour la mise à disposition des frais de séjour pour des soins éventuels à titre externe, au profit du patient (et de son accompagnateur en cas de nécessité).

Ladite procédure consiste à virer ces frais dans le compte de l'Ambassade du Bénin auprès du pays où se situe l'hôpital d'accueil. Toutefois, il importe de signaler que la priorité est donnée aux frais de soins et d'hospitalisation indiqués dans le devis médical.

Toutes les démarches pour la prise en charge financière du patient nécessitent l'implication d'une pluralité d'institutions et de signatures. La paralysie de l'une de ces structures (par des mouvements de grève par exemple) porte atteinte à l'évolution de la procédure déjà complexe. La moindre erreur sur un acte quelconque entraîne le renouvellement de l'acte. L'indisponibilité d'une autorité administrative dont la signature est très déterminante dans la suite de la procédure bloque momentanément l'évolution du dossier du patient. Ces goulots d'étranglement retardent considérablement la procédure d'évacuation sanitaire.

Tout au long du processus de prise en charge financière de l'évacuation sanitaire, les patients qui ne maîtrisent généralement pas la procédure d'évacuation sanitaire boudent et accusent de tous les maux, les services techniques de la DNPS impliqués dans la procédure d'évacuation sanitaire. La **difficulté d'estimation du délai qui s'écoule entre deux (2) étapes** ne permet pas de situer avec exactitude le moment où ils doivent se présenter pour la suite de la procédure.

A la fin du processus, les frais de soins et d'hospitalisation arrivent généralement à destination avant ceux du séjour de soins à titre externe. L'étape suivante est celle de la demande de rendez-vous. Elle se fait également par voie de fax. Comme pour la demande précédente, cette étape est marquée par des difficultés et une longue attente de la réponse de l'hôpital d'accueil. La notification du rendez-vous doit être accompagnée de l'accusé de réception des fonds reçus par l'hôpital d'accueil.

La dernière étape de cette procédure est celle de la préparation du voyage. La présentation de toutes les pièces nécessaires pour l'obtention du visa facilite cette étape. Cependant, il arrive des cas où l'hôpital d'accueil ne fait pas mention de l'accusé de réception des fonds reçus pour les soins. Dans ce cas, l'obtention du visa est systématiquement bloquée. Aussi, certaines ambassades comme celle de la France exigent-elles de plus en plus une attestation d'hébergement en bonne et due forme avant la délivrance du visa.

Lors du séjour du patient, les frais de séjour de soins à titre externe devraient lui permettre d'assurer son hébergement, sa restauration, son déplacement et l'achat des médicaments nécessaires à son rétablissement. Comme stipulé plus haut, ces frais sont virés dans le compte de l'Ambassade du Bénin dans le pays d'accueil. C'est au patient de se rapprocher de l'Ambassade pour rentrer en leur possession. Malheureusement, il arrive souvent que ces frais ne lui parviennent qu'après plusieurs jours dans le pays d'accueil et parfois même, après son retour au Bénin. **Ce retard dans la mise à disposition des frais de séjour de soins à titre externe** défavorise les patients qui doivent trouver des solutions alternatives en attendant de disposer de leurs fonds.

Au cours du séjour du patient, il peut arriver que son état de santé nécessite la poursuite des soins au-delà de la période mentionnée dans le devis initial. Cette nouvelle situation déclenche automatiquement une procédure d'appel de fonds souvent plus difficile avec le redémarrage de l'étude du dossier de demande de prorogation de séjour. Mais en attendant l'aboutissement de cette nouvelle procédure, le patient étant obligé de poursuivre les soins, devra compter sur ses propres moyens ou le soutien de ses proches, surtout en ce qui concerne son séjour pour des soins à titre externe.

Par ailleurs, il arrive qu'à la fin des soins octroyés au patient, un reliquat se dégage entre le montant du devis estimatif et celui des soins réellement prodigués au patient. Ce reliquat n'est généralement plus restitué dans les comptes de l'Etat béninois. Il ne peut à la rigueur profiter éventuellement qu'aux patients qui doivent effectuer un nouveau voyage pour un contrôle médical dans le même hôpital.

Telle se présente la procédure d'évacuation sanitaire à l'extérieur du Bénin. La mise en œuvre de ses étapes montre que le temps qui s'écoule entre celle de la consultation qui a révélé la nécessité de l'évacuation sanitaire et celle de l'évacuation proprement dite devient très long. L'analyse des dossiers suivis à la DNPS nous a permis de remarquer que cet intervalle de temps peut aller d'un à six (6) mois, et même plus (si le patient survit encore), ce qui entraîne la **prise en charge médicale tardive des évacués sanitaires à l'extérieur**. Toutefois, au niveau de l'organisation des activités liées aux évacuations sanitaires, de nombreux éléments de succès ont positivement marqué notre attention. Nous avons, entre autres, distingué le **strict respect des étapes exigées par la procédure d'évacuation sanitaire** comme prévu par les textes juridiques.

Outre les dispositions de cette procédure, il peut arriver des situations exceptionnelles qui nécessitent une *procédure d'urgence*. Dans ce cas, le Secrétaire Général du CNS peut déclencher la procédure d'évacuation sanitaire ou convoquer le Conseil en session extraordinaire. Les documents archivés à la DNPS ne nous ont pas permis de maîtriser le nombre d'évacuations sanitaires procédées en urgence. Néanmoins, les informations recueillies auprès des personnes ressources portent à déduire que cette proportion est très faible. Pour le bref séjour que nous avons passé à la DNPS, nous avons remarqué avec admiration, la **promptitude des agents face aux procédures d'urgence**.

➔ Le coût des évacuations sanitaires

Le coût d'une évacuation sanitaire varie selon la maladie et la destination. Pour en avoir une idée, nous nous sommes intéressée aux coûts annuels des évacuations sanitaires à l'extérieur. Les données relatives à ce coût sont logées à trois (3) niveaux répartis en fonction de la catégorie du patient. Ainsi, nous avons les fonctionnaires en activité, les fonctionnaires retraités et les indigents.

✓ En ce qui concerne les fonctionnaires en activité, nous n'avons malheureusement pas pu disposer de cette information. En effet, la ligne dans laquelle sont imputées ces dépenses est appelée « Frais de consultation et d'hospitalisation des fonctionnaires en activité » et appartient aux « dépenses communes » de la DGB. Elle prend en compte :

- les frais d'évacuations de soins et d'hospitalisation des évacués sanitaires hors du Bénin ;
- les frais de séjour de soins à titre externe des évacués sanitaires hors du Bénin ;
- les primes des accompagnateurs des évacués sanitaires ;
- les frais d'évacuations sanitaires à l'intérieur du Bénin (prise en charge générale des fonctionnaires, prise en charge des dialysés, etc.).

Cette disposition ne permet pas d'estimer de façon fiable le coût des évacuations sanitaires à l'extérieur. Il est donc aisé de remarquer à ce niveau **l'inexistence d'une ligne budgétaire spéciale pour les évacuations sanitaires des agents de l'Etat à l'extérieur.**

✓ Quant aux frais de santé et d'hospitalisation des retraités, ils sont imputés dans le budget de la Direction des Pensions et Rentes Viagères (DPRV) du MEF. La ligne budgétaire qui est consacrée à ces frais est intitulée « Consultations, soins et hospitalisation des évacués sanitaires pensionnés à l'étranger ».

✓ Pour ce qui est des indigents, la mise en place du fonds destiné à leur évacuation sanitaire est assez récente. Les montants relatifs à ce fonds appelé « Fonds d'urgence » ne sont disponibles qu'à partir de l'année 2008. Avant 2008, la prise en charge sanitaire des indigents était imputée dans le chapitre « Secours et aides sociales » qui prend en compte les frais d'hémodialyse et le fonds sanitaire des indigents.

La situation des dépenses effectuées par l'Etat pour les soins de santé de ses agents et des indigents se présente comme suit :

Tableau N°6 : Evolution des dépenses de prise en charge sanitaire effectuées sur le budget national de 2005 à 2008. (Montants en FCFA)

CATEGORIE	DEPENSE	ANNEE			
		2005	2006	2007	2008
AGENTS DE L'ETAT EN ACTIVITE	Prise en charge sanitaire	2 380 957 764	2 618 100 238	3 687 572 060	3 100 885 269
AGENTS DE L'ETAT EN RETRAITE	Prise en charge sanitaire	558 268 460	620 780 103	1 430 598 285	651 145 279
INDIGENTS	Fonds d'urgence	-	-	2 568 458 183	407 472 344
	Secours et aides sociales				2 053 509 397

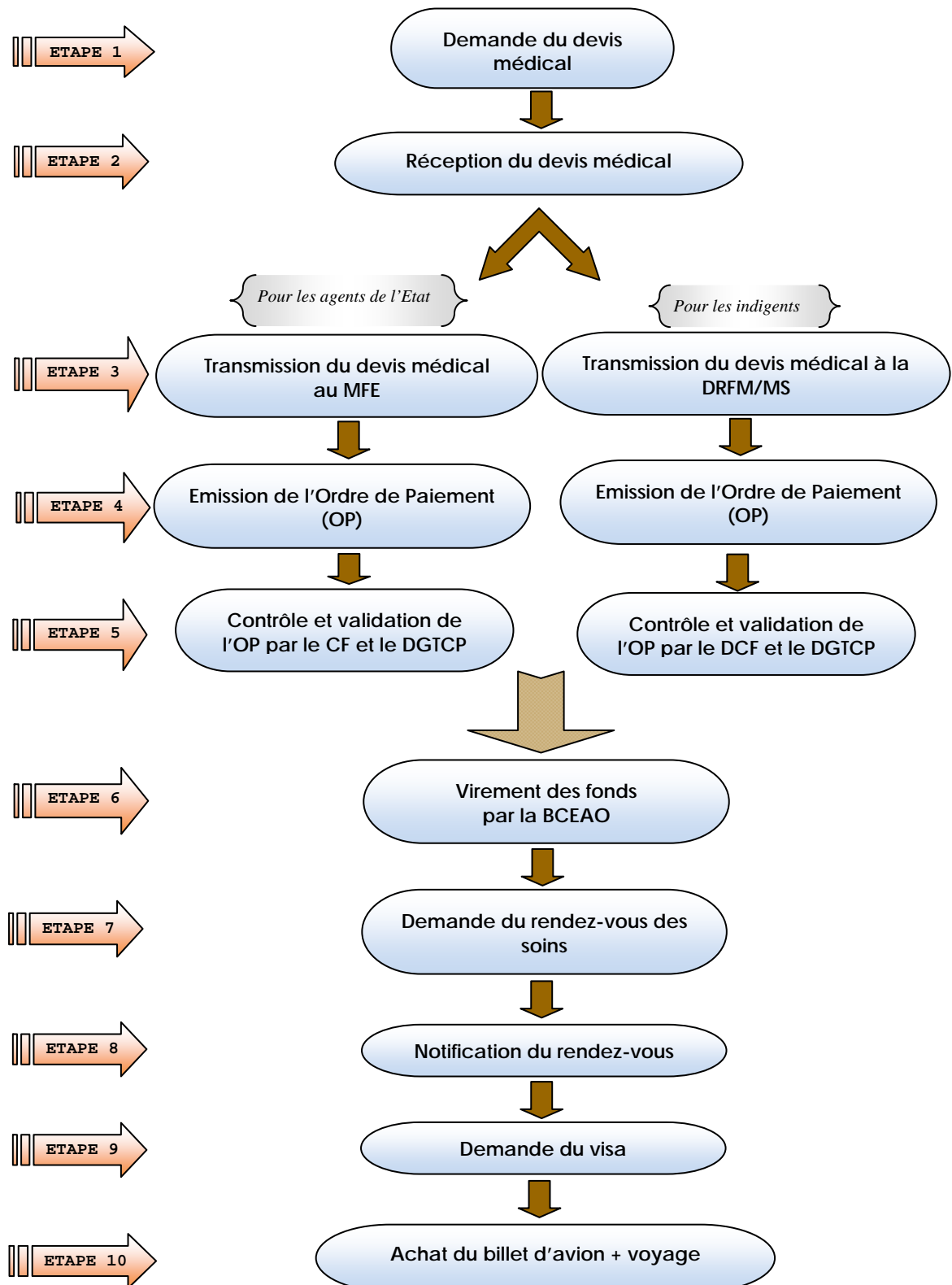
Source : DGB/MEF et MS/DRFM

A travers les montants qui figurent dans le tableau ci-dessus, nous constatons que la prise en charge sanitaire des agents de l'Etat et des indigents constitue annuellement, une charge importante pour l'Etat béninois.

La plus grande partie des dépenses effectuées sur le budget national pour la prise en charge sanitaire est consacrée aux agents de l'Etat en activité. En effet, au titre de l'année 2008, 3.100.885.269 FCFA ont été consacrées à cette catégorie sur une dépense totale de 6.213.012.289 FCFA, soit un taux de 49,91%. Ensuite viennent les indigents, puis les agents de l'Etat en retraite, auxquels une part non négligeable est consacrée pour ces dépenses liées aux soins de santé.

B/ PRESENTATION SCHEMATIQUE DE LA PHASE FINANCIERE

Figure n°6 : Présentation schématique de la phase financière de la procédure d'évacuation sanitaire à l'extérieur



Source : Conçue par nous-mêmes sur la base des informations recueillies

PARAGRAPHE 2 : CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE

Le ciblage de la problématique passe par l'inventaire des constats issus des observations de stage.

I – INVENTAIRE DES CONSTATS DE L'OBSERVATION DE STAGE ET CHOIX DE LA PROBLEMATIQUE

A/ INVENTAIRE DES CONSTATS ISSUS DES OBSERVATIONS DE STAGE

◆ LES ATOUTS

- Volonté du gouvernement béninois d'assurer une couverture sanitaire adéquate à toutes les couches de la population.
- Enregistrement régulier des informations dans les registres du CNS.
- Bon archivage des dossiers des évacués sanitaires.
- Strict respect des étapes de la procédure d'évacuation sanitaire.
- Promptitude des agents face aux procédures d'urgence.

◆ LES PROBLEMES

- Non actualisation du texte fixant les indemnités de séjour à allouer aux évacués sanitaires à l'extérieur.
- Absence d'une politique de limitation des pathologies devant faire l'objet d'évacuations sanitaires à l'extérieur.
- Absence d'une politique de diversification des destinations devant faire l'objet d'évacuations sanitaires à l'extérieur.
- Montant élevé du devis médical des soins.
- Inexistence d'une ligne budgétaire spéciale pour les évacuations sanitaires
- Déficit de certaines informations utiles dans les observations médicales.
- Communication difficile entre les structures et les acteurs impliqués dans la procédure d'évacuation sanitaire.
- Lenteur dans la prise de la décision d'évacuation sanitaire.
- Retard dans la réception du devis médical.
- Estimation difficile du délai qui s'écoule entre deux (2) étapes.
- Prise en charge médicale tardive des évacués sanitaires à l'extérieur.
- Retard dans la mise à disposition des frais de séjour de soins à titre externe au profit des patients.

◆ REGROUPEMENT DES PROBLEMES PAR CENTRES D'INTERET

Elle consiste à regrouper dans une même catégorie, les problèmes qui ont un centre d'intérêt commun.

Tableau N°7 : Répartition des problèmes spécifiques par centres d'intérêt

N°	CENTRE D'INTERET	PROBLEMES SPECIFIQUES	PROBLEME GENERAL	PROBLEMATIQUE
1	Cadre juridique des évacuations sanitaires à l'extérieur	<ul style="list-style-type: none"> • Non actualisation du texte fixant les indemnités de séjour à allouer aux évacués sanitaires à l'extérieur. • Absence d'une politique de limitation des pathologies devant faire l'objet d'évacuation sanitaire à l'extérieur. • Absence d'une politique de diversification des destinations devant faire l'objet d'évacuation sanitaire à l'extérieur. 	Non actualisation du cadre juridique des évacuations sanitaires à l'extérieur du Bénin.	Problématique de l'actualisation du cadre juridique des évacuations sanitaires à l'extérieur du Bénin.
2	Gestion financière et budgétaire des évacuations sanitaires à l'extérieur du Bénin	<ul style="list-style-type: none"> • Montant élevé du devis médical des soins. • Inexistence d'une ligne budgétaire spéciale pour les évacuations sanitaires. 	Gestion financière et budgétaire non performante des évacuations sanitaires à l'extérieur du Bénin.	Problématique d'une gestion financière et budgétaire performante des évacuations sanitaires à l'extérieur du Bénin.
3	Mise en œuvre de la procédure d'évacuation sanitaire à l'extérieur	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit de certaines informations utiles dans les observations médicales. • Communication difficile entre les structures et les acteurs impliqués dans la procédure d'évacuation sanitaire. • Lenteur dans la prise de la décision d'évacuation sanitaire • Retard dans la réception du devis médical. • Estimation difficile du délai qui s'écoule entre deux (2) étapes • Prise en charge médicale tardive des évacués sanitaires à l'extérieur. • Retard dans la mise à disposition des frais de séjour de soins à titre externe au profit des patients. 	Caractère difficile de la mise en œuvre de la procédure d'évacuation sanitaire à l'extérieur.	Problématique de l'amélioration de la procédure d'évacuation sanitaire à l'extérieur.

Source : Nos investigations

B/ CHOIX DE LA PROBLEMATIQUE

L'analyse de la situation des évacuations sanitaires à l'extérieur du Bénin nous a permis de répartir les problèmes spécifiques relevés en trois (3) centres d'intérêt. Ces centres d'intérêt ont été à la base de la formulation de trois (3) problématiques, à savoir :

- ✎ la problématique de l'actualisation du cadre juridique des évacuations sanitaires à l'extérieur du Bénin ;
- ✎ la problématique d'une gestion financière et budgétaire performante des évacuations sanitaires à l'extérieur du Bénin ;
- ✎ la problématique de l'amélioration de la procédure d'évacuation sanitaire à l'extérieur.

La résolution des problèmes caractérisant chacune d'entre elles contribuerait incontestablement à l'amélioration du système d'évacuation sanitaire à l'extérieur du Bénin. Mais la présente étude ne peut prétendre résoudre seule, tous les problèmes identifiés. Par conséquent, nous ne retiendrons qu'une seule problématique.

Le choix de la problématique d'étude sera motivé par la volonté de mettre en application les connaissances acquises au cours de notre formation en « Planification et gestion des services de santé » et en « Droit de la Santé ». Ce choix a été stimulé par le souci de contribuer à la mise en place de dispositions favorables pour l'accès des populations aux soins de santé, le respect des droits du malade et l'amélioration des conditions de prise en charge des patients. A cet effet, la problématique retenue est la "*problématique de l'amélioration de la procédure d'évacuation sanitaire à l'extérieur*". De plus, cette problématique regroupe les deux (2) autres en raison du fait que la mise en place des conditions pour l'amélioration de la procédure d'évacuation sanitaire implique l'actualisation du cadre juridique des évacuations sanitaires et l'amélioration de la gestion financière et budgétaire de ces évacuations.

L'amélioration de la santé des patients est fonction de la qualité de leur prise en charge médicale. Plus tôt elle est faite, plus le patient a des chances de guérir vite et bien. Or, pour ce qui concerne les évacuations sanitaires à l'extérieur, la distance qui sépare l'hôpital du patient affecte déjà le délai de prise en charge effective de ce dernier. A cela, s'ajoutent les nombreux goulots d'étranglement qui allongent ce délai. Au regard de cette situation, il serait opportun de proposer des dispositions pour une amélioration de la procédure d'évacuation sanitaire à l'extérieur. C'est pour contribuer à l'atteinte de cet objectif que nous avons choisi de formuler notre thème de la manière suivante : « Evacuations sanitaires à l'extérieur : nécessité d'une amélioration de la procédure de prise en charge des patients ».

II – SPECIFICATION ET VISION GLOBALE DE RESOLUTION DE LA PROBLEMATIQUE

A/ SPECIFICATION DE LA PROBLEMATIQUE

Les problèmes spécifiques qui émanent de la problématique choisie sont tous d'une opportunité incontestable pour l'amélioration de la procédure d'évacuation sanitaire à l'extérieur. Ces problèmes sont :

- le déficit de certaines informations utiles dans les observations médicales ;
- la communication difficile entre les structures et les acteurs impliqués dans la procédure d'évacuation sanitaire ;
- la lenteur dans la prise de la décision d'évacuation sanitaire ;
- le retard dans la réception du devis médical ;
- l'estimation difficile du délai qui s'écoule entre deux (2) étapes ;
- la prise en charge médicale tardive des évacués sanitaires à l'extérieur ;
- le retard dans la mise à disposition des frais de séjour de soins à titre externe au profit des patients.

Ces problèmes méritent tous d'être étudiés jusqu'au bout ; mais pour une meilleure canalisation de l'étude de la problématique, nous ne retiendrons que quatre (4) d'entre eux. C'est pourquoi la problématique de notre étude sera spécifiée par un problème général et quatre (4) problèmes spécifiques.

✓ Problème général :

“ Caractère difficile de la mise en œuvre de la procédure d'évacuation sanitaire à l'extérieur ”.

✓ Problèmes spécifiques :

1. La lenteur dans la prise de la décision d'évacuation sanitaire
2. La communication difficile entre les structures et les acteurs impliqués dans la procédure d'évacuation sanitaire
3. Le retard dans la réception du devis médical
4. Le retard dans la mise à disposition des frais de séjour de soins à titre externe au profit des patients

B/ VISION GLOBALE DE RESOLUTION DE LA PROBLEMATIQUE

Une fois le sujet formulé et les problèmes spécifiques sélectionnés, nous ne saurions continuer la présente étude sans définir les lignes directrices suivant lesquelles se fera la résolution de la problématique.

Rappelons d'abord que le problème général de la présente étude est le "caractère difficile de la mise en œuvre de la procédure d'évacuation sanitaire à l'extérieur". Etant donné qu'il se caractérise par quatre (4) problèmes spécifiques, nous énoncerons la vision globale de sa résolution à travers chacun des problèmes spécifiques.

➤ Pour ce qui est du problème spécifique n°1 concernant la lenteur dans la prise de la décision d'évacuation sanitaire, il est à noter qu'une célérité dans la prise de cette décision améliorerait la qualité de la prise en charge des patients. C'est pourquoi il importe de se référer à une approche générique basée sur les formalités administratives de prise en charge des patients.

➤ S'agissant du problème spécifique n°2 relatif à la communication difficile entre les structures et les acteurs impliqués dans la procédure d'évacuation sanitaire, nous pouvons souligner qu'une communication plus aisée entre les structures et les acteurs de la chaîne de la procédure de prise en charge des évacués sanitaires contribuerait à améliorer le délai de prise en charge de ces derniers. C'est pour cette raison que nous retiendrons une approche générique basée sur les techniques de communication entre l'administration et les administrés.

➤ Pour le problème spécifique n°3 concernant le retard dans la réception du devis médical, il y a lieu de faire ressortir qu'une promptitude dans l'obtention du devis médical accélérerait la prise en charge des patients. C'est pourquoi il serait opportun de faire recours à une approche générique basée sur les conditions d'obtention du devis médical.

➤ Quant au problème spécifique N°4 se rapportant à la mise a disposition tardive des frais de séjour de soins à titre externe au profit des patients, il faut admettre que plus tôt ces fonds sont mis à la disposition du patient, moins difficiles seront ses conditions de séjour à l'extérieur. Par conséquent, nous nous référerons à une approche générique basée sur la prise en charge financière diligente des patients évacués.

Cette vision globale de résolution peut être abordée par une démarche en huit (8) étapes présentées comme suit :

- fixation des objectifs de la recherche ;
- formulation des hypothèses de travail ;
- construction du tableau de bord de l'étude ;
- revue de la littérature ;
- choix des techniques de mobilisation et d'analyse des données ;
- mobilisation et analyse des données ;
- établissement du diagnostic ;
- proposition d'approches de solutions et les conditions de leur mise en œuvre.



CHAPITRE 2

**DU CADRE THEORIQUE
DE L'ETUDE**

AUX

**APPROCHES DE
SOLUTION**

Dans ce chapitre, nous présenterons dans un premier temps, le cadre théorique, la méthodologie adoptée et l'établissement du diagnostic, puis dans un second temps, les approches de solutions et les conditions de leur mise en œuvre.

SECTION 1 : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE

Cette section sera consacrée d'abord au cadre théorique de notre étude qui comprend les objectifs, les hypothèses et la revue de littérature, ensuite au choix de la méthodologie et à l'établissement du diagnostic.

PARAGRAPHE 1 : OBJECTIFS, HYPOTHESES ET REVUE DE LITTERATURE

I – OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE L'ETUDE

A/ LES OBJECTIFS DE L'ETUDE

Les objectifs de l'étude seront formulés en termes d'objectifs de développement, d'objectifs de recherche et de résultats attendus. Leur formulation s'effectuera par rapport aux problèmes en étude. Rappelons que le problème général de notre étude est "le caractère difficile de la mise en œuvre de la procédure d'évacuation sanitaire à l'extérieur" et les problèmes spécifiques qui le caractérisent sont :

- la lenteur dans la prise de la décision d'évacuation sanitaire ;
- la communication difficile entre les structures et les acteurs impliqués dans la procédure d'évacuation sanitaire ;
- le retard dans la réception du devis médical ;
- le retard dans la mise à disposition des frais de séjour de soins à titre externe au profit des patients.

➤ LES OBJECTIFS DE RECHERCHE

➤ L'objectif général de recherche

Déterminer les conditions pour une amélioration de la procédure de prise en charge des évacués sanitaires à l'extérieur.

➤ Les objectifs spécifiques de recherche

~ Définir des approches pour une accélération de la prise de la décision d'évacuation sanitaire.

~ Spécifier des actions pour faciliter la communication entre les structures et les acteurs impliqués dans la procédure d'évacuation sanitaire.

~ Identifier des moyens pour une obtention plus rapide du devis médical.

~ Formuler des mesures pour une prompte rentrée en possession des frais de séjour de soins à titre externe par les patients.

➤ LES OBJECTIFS DE DEVELOPPEMENT

➤ L'objectif général de développement

Contribuer à l'amélioration de la procédure de prise en charge des évacués sanitaires à l'extérieur.

➤ Les objectifs spécifiques de développement

~ Envisager des approches pour une accélération de la prise de la décision d'évacuation sanitaire.

~ Suggérer des actions pour faciliter la communication entre les structures et les acteurs impliqués dans la procédure d'évacuation sanitaire.

~ Préconiser des moyens pour une obtention plus rapide du devis médical.

~ Proposer des mesures pour une prompte rentrée en possession des frais de séjour de soins à titre externe par les patients.

➤ LES RESULTATS ATTENDUS

➤ Le résultat général attendu

Au terme de l'étude, les conditions pour une amélioration de la procédure de prise en charge des évacués sanitaires à l'extérieur sont déterminées.

➤ Les résultats spécifiques attendus

A la fin de l'étude,

- ~ les approches pour une accélération de la prise de la décision d'évacuation sanitaire sont définies ;
- ~ les actions pour faciliter la communication entre les structures et les acteurs impliqués dans la procédure d'évacuation sanitaire sont spécifiées ;
- ~ les solutions pour une obtention plus rapide du devis médical sont identifiées ;
- ~ les mesures pour une prompte rentrée en possession des frais de séjour de soins à titre externe par les patients sont formulées.

B/ LES HYPOTHESES DE L'ETUDE

❖ Causes et hypothèse liées au problème spécifique n°1

Le problème N°1 qui est la lenteur dans la prise de la décision d'évacuation sanitaire peut se justifier par deux (2) causes :

- ~ la pluralité des niveaux de décision ;
- ~ l'exécution de façon successive des étapes de la procédure d'évacuation sanitaire.

L'analyse de la phase de la décision d'évacuation sanitaire nous amène à constater que cette décision se prend sous diverses formes, à trois (3) niveaux successifs, à savoir :

- au niveau du médecin spécialiste (proposition d'évacuation sanitaire) ;
- au niveau du Conseil National de Santé (validation de la proposition) ;
- au niveau de l'autorité administrative (décision administrative).

Cette pluralité des niveaux de décision contribue inévitablement à la lenteur dans la prise de ladite décision. En dehors de cette situation, il faut souligner que les six (6) étapes que comporte la phase de la décision d'évacuation sanitaire se déroulent les unes après les autres. Ces étapes ne débutent pas simultanément, mais se déroulent de façon successive, dans un ordre chronologique.

L'exécution de façon successive des étapes de la procédure d'évacuation sanitaire peut donc aussi être à la base de la lenteur dans la prise de la décision d'évacuation sanitaire. Par conséquent, les deux (2) causes supposées seront toutes retenues pour la formulation de la première hypothèse. Ainsi, **la lenteur dans la prise de la décision d'évacuation sanitaire se justifie par la pluralité des niveaux de décision et l'exécution de façon successive des étapes de la procédure d'évacuation sanitaire.**

❖ Causes et hypothèse liées au problème spécifique n°2

Le problème de la communication difficile entre les structures et les acteurs impliqués dans la procédure d'évacuation sanitaire peut s'expliquer par deux (2) causes :

- ~ le manque de volonté manifeste des autorités du Ministère de la Santé ;
- ~ l'absence d'un système de communication performant au sein de l'administration.

Le manque de volonté manifeste des autorités du Ministère de la Santé pourrait à première vue, expliquer la communication difficile entre les structures et les acteurs impliqués dans la procédure d'évacuation sanitaire. Cependant, au cours de notre stage, nous avons remarqué plusieurs fois que les agents de la DNPS ont pris l'habitude d'essayer de joindre les patients avec leurs propres moyens, lorsque le besoin se fait sentir. Il y a donc un effort qui est fait pour informer le patient en attente d'être évacué. Par conséquent, cette cause ne saurait être retenue comme la plus plausible.

La communication entre les structures et les acteurs impliqués dans la procédure d'évacuation sanitaire nécessite la mise en place d'un système de communication performant. Ce système implique entre autres :

- la disponibilité de ressources financières consacrées à la communication ;
- un équipement performant et adapté à la circonstance ;
- des ressources humaines qualifiées pour la mise en œuvre de ce système ;
- une organisation efficace pour la gestion qualitative du système ;
- l'intégration de tous les acteurs concernés par les diverses étapes de la procédure d'évacuation sanitaire.

Or, il n'existe pas de dispositif de ce genre au sein de l'administration. La cause la plus plausible qui justifie le problème spécifique N°2 est donc l'absence d'un système de communication performant au sein de l'administration. La seconde hypothèse de notre étude peut alors s'exprimer comme suit : **la communication difficile entre les structures et les acteurs impliqués dans la procédure d'évacuation sanitaire s'explique par l'absence d'un système de communication performant au sein de l'administration.**

❖ Causes et hypothèse liées au problème spécifique n°3

Le problème n°3 relatif au retard dans la réception du devis médical peut être dû à :

- ~ l'insuffisance des informations contenues dans les dossiers médicaux des patients ;
- ~ l'absence d'un dispositif de suivi des dossiers des évacués sanitaires au niveau du pays d'accueil.

L'insuffisance des informations contenues dans les dossiers médicaux pourrait affecter l'estimation du devis médical. Mais la revue de quelques dossiers médicaux produits par différents spécialistes montre que ces dossiers comportent suffisamment d'informations cliniques qui appuient le diagnostic du médecin.

Malgré le plateau technique limité dont dispose le CNHU, les spécialistes les plus compétents mettent tous les moyens en œuvre pour la réalisation d'un diagnostic fiable. Ceci ne nous permet pas de retenir la première cause comme celle supposée être à la base de la réception tardive des devis médicaux.

Par contre, nous pouvons admettre que l'absence d'un dispositif de suivi des dossiers des évacués sanitaires au niveau du pays d'accueil est à la base du retard dans la réception du devis médical. En effet, certains patients dont les devis médicaux ont été reçus dans un délai très court nous ont confié que leur demande de devis médical a été suivie par des parents résidant dans le pays d'accueil (surtout en France). Ceci est sans doute possible parce que les médecins des hôpitaux d'accueil ne reçoivent pas que des demandes de devis médical en provenance du Bénin. Ces médecins sont sûrement plus sensibles à la cause de ceux qui manifestent une urgence ou un intérêt particulier pour la réponse attendue. Par conséquent, la mise en place d'un dispositif de suivi des dossiers favoriserait la réception rapide du devis médical. La deuxième cause apparaît donc comme la plus évidente ; ce qui nous amène à formuler l'hypothèse selon laquelle, **l'absence d'un dispositif de suivi des dossiers des évacués sanitaires au niveau du pays d'accueil est à la base du retard dans la réception du devis médical.**

❖ Causes et hypothèse liées au problème spécifique n°4

Pour expliquer le retard dans la mise à disposition des frais de séjour de soins à titre externe au profit des patients, nous avons identifié une seule cause probable qui est la longueur de la procédure de décaissement des fonds.

Le décaissement des fonds par le trésor public suit une longue procédure administrative. Celle-ci peut s'étendre sur plusieurs jours voire plusieurs semaines, alors que la période de séjour du patient à l'extérieur est bien définie et limitée. N'ayant pas la possibilité de reporter son rendez-vous

de soins, le patient est obligé de respecter le temps que prendra cette procédure. Par ailleurs, une fois arrivé dans le pays d'accueil, c'est au patient de tout faire en vue d'entrer en contact avec l'Ambassade du Bénin pour savoir si les fonds à lui destinés sont disponibles. Cette situation nous amène à poser l'hypothèse selon laquelle, **le retard dans la mise à disposition des frais de séjour de soins à titre externe au profit des patients est dû à la longueur de la procédure de décaissement des fonds.**

❖ Causes et hypothèse liées au problème général

Pour ce qui est du problème général, il serait difficile de l'expliquer par une cause générale qui engloberait les causes de chaque problème spécifique. Par conséquent, la formulation de l'hypothèse générale serait impossible.

Les hypothèses ci-dessus formulées feront l'objet de vérification dans la suite de notre étude. Pour y arriver, nous avons réalisé un tableau de bord qui nous servira de boussole. Ce tableau comporte la problématique choisie, les objectifs de l'étude, les causes supposées être à l'origine des problèmes et les hypothèses de l'étude. Il se présente comme suit :

Tableau N°8 : Tableau de bord de l'étude « Evacuations sanitaires à l'extérieur du Bénin : nécessité d'une amélioration de la procédure de prise en charge des patients »

NIVEAU	PROBLEMATIQUE *	OBJECTIFS (de recherche)	CAUSES PROBABLES	HYPOTHESES	
GENERAL	Caractère difficile de la mise en œuvre de la procédure d'évacuation sanitaire à l'extérieur.	Déterminer des conditions pour une amélioration de la procédure de prise en charge des évacués sanitaires à l'extérieur.	-	-	
SPECIFIQUE	1	Lenteur dans la prise de la décision d'évacuation sanitaire.	Définir des approches pour une accélération de la prise de la décision d'évacuation sanitaire.	La pluralité des niveaux de décision et l'exécution de façon successive des étapes de la procédure d'évacuation sanitaire.	La lenteur dans la prise de la décision d'évacuation sanitaire se justifie par la pluralité des niveaux de décision et l'exécution de façon successive des étapes de la procédure d'évacuation sanitaire.
	2	Communication difficile entre les structures et les acteurs impliqués dans la procédure d'évacuation sanitaire.	Spécifier des actions pour faciliter la communication entre les structures et les acteurs impliqués dans la procédure d'évacuation sanitaire.	L'absence d'un système de communication performant au sein de l'administration.	La communication difficile entre les structures et les acteurs impliqués dans la procédure d'évacuation sanitaire s'explique par l'absence d'un système de communication performant au sein de l'administration.
	3	Retard dans la réception du devis médical.	Identifier des moyens pour une obtention plus rapide du devis médical.	L'absence d'un dispositif de suivi des dossiers des évacués sanitaires au niveau du pays d'accueil.	L'absence d'un dispositif de suivi des dossiers des évacués sanitaires au niveau du pays d'accueil est à la base du retard dans la réception du devis médical.
	4	Retard dans la mise à disposition des frais de séjour de soins à titre externe au profit des patients.	Formuler des mesures pour une prompte rentrée en possession des frais de séjour de soins à titre externe par les patients.	La longueur de la procédure de décaissement des fonds.	Le retard dans la mise à disposition des frais de séjour de soins à titre externe au profit des patients est dû à la longueur de la procédure de décaissement des fonds.

* Problématique de l'amélioration de la procédure d'évacuation sanitaire à l'extérieur du Bénin.

Source : Résultats de nos investigations

II – REVUE DE LITTERATURE

La revue de littérature vise à s'assurer au préalable de l'état des connaissances acquises à partir de la documentation mobilisée sur les problèmes identifiés. Il s'agit ici de faire le point des contributions antérieures sur les évacuations sanitaires à l'extérieur. Nous aborderons dans un premier temps, les généralités sur les évacuations sanitaires, puis dans un second temps, l'évolution des évacuations sanitaires hors du Bénin et des autres pays d'Afrique.

A/ GENERALITES SUR LES EVACUATIONS SANITAIRES

❖ Notion d'évacuation sanitaire

L'évacuation sanitaire est une procédure médico-administrative d'intérêt général reconnue par les Nations-Unies depuis de nombreuses années. Encore appelé « évacuation médicale », l'évacuation sanitaire a été définie au **Premier Congrès de la Confédération Ouest Africaine des Sociétés d'anesthésie**, comme « le déplacement d'une victime (malade, blessé) du lieu de sa prise en charge initiale à une formation sanitaire pour une prise en charge appropriée à visée diagnostique, de soins ou de prévention, en raison de l'insuffisance de soins sur place mais aussi parfois pour des raisons de convenance personnelle ».

Habituellement, l'évacuation médicale est définie comme le transport d'un établissement à l'autre, de patients ayant besoin de soins médicaux urgents ou semi-urgents. Selon le « **Guide du transport médical d'urgence à l'intention du personnel infirmier en soins primaires** », l'évacuation médicale peut également désigner le transport de patients requérant des soins non offerts dans leur propre communauté, comme des épreuves diagnostiques spéciales ou une intervention chirurgicale prévue. Les évacuations sanitaires des patients peuvent donc être urgentes ou différées. Toute évacuation sanitaire urgente ou non, requiert un certain nombre de formalités nécessaires à sa mise en route et son suivi.

❖ Caractéristiques d'une évacuation sanitaire

L'évacuation sanitaire est mise en œuvre par l'administration en charge de la santé. Au niveau des Nations-Unies, le rôle des différents organes de l'administration se résume à la facilitation et à l'appui à la mise en œuvre de la procédure d'évacuation sanitaire, une fois prescrite par le Médecin des Nations-Unies, et ce, dans le strict respect des règles administratives en vigueur dans chaque organisation.

A cet effet, l'évacuation sanitaire respecte une procédure qui diffère d'un pays à un autre et dont le délai varie d'un cas à l'autre.

Dans sa thèse de doctorat réalisée en **1993**, le Professeur **Elisabeth GNANVO** affirme que « dans les faits, la procédure d'évacuation sanitaire est réputée longue, pénible et éprouvante pour le malade (et son entourage). Le critère médical ne semble pas toujours peser lourd face à la lenteur caractéristique de tout l'appareil administratif du pays ».

L'un des éléments incontournables dans l'organisation des évacuations sanitaires est la communication. Elle peut être d'une part, un circuit d'information entre le patient et l'administration hospitalière, ou d'autre part, un circuit d'information entre les diverses structures impliquées dans la procédure d'évacuation sanitaire. Dans son dossier « les évacuations sanitaires extraterritoriales en nouvelle Calédonie », le docteur **Yannick MARTIN**, Médecin-conseil, Responsable des Evacuations Sanitaires en Nouvelle Calédonie, souligne que « toute évacuation sanitaire doit être précédée de l'information du malade ». Il ajoute qu' « elle doit expliciter le protocole de soins et de traitement, définir la prise en charge, notamment la nécessité ou non d'un accompagnement sanitaire et/ou familial ».

La prise en charge médicale du patient évacué nécessite au préalable, l'établissement d'un devis estimatif des soins ou services médicaux. Le devis estimatif des services médicaux est un document qui fournit le détail des estimations des coûts des ressources hospitalières et des médecins impliqués dans le plan provisoire de soins du patient.

Dans le dossier « **Services de soins de santé aux patients internationaux** », il est précisé que le devis estimatif des services médicaux n'est pas un prix forfaitaire d'ensemble, ni ne représente les coûts réels de l'évaluation diagnostique et du traitement ultérieur. Le plan de soins proposé peut changer une fois que le patient aura été examiné à l'hôpital de référence, ou changer au cours du processus de traitement lui-même.

Conformément aux dispositions de l'**article L. 1111-3 du Code de Santé Publique**, « toute personne a droit, à sa demande, à une information, délivrée par les établissements et services de santé publics et privés, sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge ». En France, c'est l'**Arrêté du 2 octobre 2008** qui fixe le seuil prévu par l'article précédemment cité. Cet arrêté dispose : « le professionnel de santé remet au patient une information écrite préalable dès lors que, lorsqu'ils comportent un dépassement, les honoraires totaux des actes et prestations facturés lors de la consultation sont supérieurs ou égaux à 70 euros (€) ».

Une fois ces formalités remplies, le patient évacué doit effectuer un séjour à l'étranger pour bénéficier des soins dont il a besoin. Les conditions dans lesquelles se déroule ce séjour ne sont pas dans tous les cas reluisantes. C'est dans cet ordre d'idées que le Docteur **Paul AYEMONA (1985)** affirmait qu' « en tentant de régler le problème sanitaire du patient par l'évacuation sanitaire, on le plonge dans de multiples problèmes (d'adaptation au climat, de régime alimentaire ...) qui obligent à réfléchir sur l'efficacité réelle des évacuations sanitaires hors du Bénin ».

Dans son mémoire de fin de cycle II en Administration des Finances et du Trésor en 2007, Madame **Arliss AGBANGBE** avait déploré les mauvaises conditions de vie des évacués sanitaires non hospitalisés à l'étranger. Ses recherches ont permis de retenir l'hypothèse selon laquelle « ces mauvaises conditions sont liées au manque d'assistance aux évacués sanitaires non hospitalisés ».

B/ EVOLUTION DES EVACUATIONS SANITAIRES HORS DU BENIN ET DES AUTRES PAYS D'AFRIQUE

Au Bénin, les contributions antérieures sur les évacuations sanitaires concernent surtout leurs incidences financières et sociales. Ainsi, les chercheurs **AVIMADJE et Al (2001)** affirmaient dans une étude portant sur « les évacuations sanitaires des affections rhumatologiques hors du Bénin », que « 4 fois sur 5, nos patients sont des fonctionnaires de l'administration publique et 3 fois sur 4, l'évacuation se fait sur la France : ce qui revient plus cher que sur un pays de la sous région. Le coût moyen d'une évacuation sanitaire hors du Bénin serait estimé avec la dévaluation monétaire, à 7.200.000 FCFA ». En terme d'impact des évacuations sanitaires sur le plan socio-économique, le magazine **SANTE & VIH/SIDA** dans son numéro 74 de Novembre 2008 révèle que « les évacuations sanitaires coûtent très cher au Bénin et le manque à gagner pour l'Etat quant à l'absentéisme au travail est considérable ».

Par ailleurs, les chercheurs **AVIMADJE et Al (2001)** ajoutent que « les évacuations sanitaires sont considérées par certains auteurs comme une injustice sociale puisqu'elles intéressent beaucoup plus les travailleurs de l'administration publique. Le groupe des non salariés de l'Etat qui constitue la grande majorité de la population n'est pas épargnée des maladies qui font l'objet d'évacuation sanitaire, mais ne peut bénéficier du système d'évacuation sanitaire ». Le Professeur **Marina d'ALMEIDA-MASSOUGBODJI** appuie cette vision dans sa publication « les grandes orientations de la conférence nationale », en soulignant que « la mauvaise couverture sanitaire des paysans et des indigents contraste fortement avec la situation des fonctionnaires et surtout des hauts fonctionnaires dont les évacuations sanitaires sont parfois difficilement justifiables ».

Pour atténuer l'impact socio-économique des évacuations sanitaires, l'Etat béninois envisage la construction d'un hôpital régional d'excellence d'une capacité de 450 lits qui devrait répondre aux normes internationales.

Ce projet devrait épargner au Bénin une dépense annuelle de 4.000.000.000 FCFA au titre des frais consacrés aux évacuations sanitaires.

Hors du Bénin et notamment dans les pays d'Afrique subsaharienne, les évacuations sanitaires sont presque soumises aux mêmes réalités que celles connues par le Bénin. Au Sénégal, c'est le **Décret n° 2005-565 du 22 juin 2005, relatif aux évacuations sanitaires hors du territoire national** qui organise ce système. Pour alléger le poids de ces évacuations sanitaires hors du territoire sénégalais, une unité de radiologie numérisée a été créée en Septembre 2003 à l'Hôpital Aristides Le Dantec de Dakar. La mise en place de cette unité permet au Sénégal selon certains rapports, d'économiser près de 250 millions de FCFA par an.

Au Burkina-Faso, le Professeur **Jean Gabriel WANGO**, soutient dans une publication intitulée « Burkina Faso : les carences du système de santé obligent les patients à se soigner à l'étranger », la nécessité d'évacuer les patients vers l'étranger en affirmant « lorsque vous avez dix (10) à quinze (15) personnes qui risquent de mourir si elles ne sont pas évacuées vers une structure médicale à l'étranger, nous ne pouvons pas attendre que les soins de santé soient accessibles à tous dans le pays ». Dans ce pays, la France était la principale destination jusqu'en 2006, mais depuis 2007, la piste marocaine a été explorée. Cette option, selon le Professeur **Jean Gabriel WANGO**, dans un article intitulé « Evacuation sanitaire à l'extérieur du Burkina : la voie marocaine prospectée », est une opportunité en raison du fait que le Maroc présente à l'évidence, des avantages au triple plan médical, financier et humain.

Par ailleurs, certains experts de l'Organisation Mondiale de la Santé (**OMS**) estiment que « pour améliorer l'état de santé d'une population, il ne suffit pas que les pouvoirs publics développent ou renforcent les services de santé. La prévention et le traitement de la maladie, ainsi que la promotion de la santé doivent faire partie d'une action conjuguée en vue de l'amélioration du bien-être de la population ».

PARAGRAPHE 2 : CHOIX DE LA METHODOLOGIE DE L'ETUDE ET ETABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC

I/ METHODOLOGIE DE L'ETUDE ET REALISATION DE L'ENQUETE

A/ METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Il s'agit ici d'élaborer et de mettre en œuvre des méthodes pouvant nous conduire à la vérification des hypothèses. La méthodologie que nous voulons utiliser est articulée autour de deux (2) dimensions : une dimension empirique et une dimension théorique.

❖ DIMENSION EMPIRIQUE

Elle permet de montrer le type d'enquête à utiliser à travers les techniques de collecte, de dépouillement et de présentation des données.

➔ Techniques de collecte des données

- *Pour vérifier l'hypothèse N°1* selon laquelle la lenteur dans la prise de la décision d'évacuation sanitaire se justifie par la pluralité des niveaux de décision et l'exécution de façon successive des étapes de la procédure d'évacuation sanitaire, nous nous sommes référé aux autorités administratives concernées.

En effet, les étapes de la décision administrative d'évacuation sanitaire sont une disposition prévue par le Décret N°2005-834 du 30 Décembre 2005 portant réglementation des évacuations sanitaires en République du Bénin. Pour répondre aux questions relatives à ces dispositions, les autorités placées au plus haut niveau du système sanitaire sont les mieux habilitées. C'est pourquoi nous avons adressé des guides d'entretien (Annexe N°4) à deux (2) responsables incontournables du système, à savoir :

- ~ le Directeur de Cabinet du Ministère de la Santé (Guide d'entretien N°1) ;
- ~ le Directeur National de la Protection Sanitaire (Guide d'entretien N°2, question N°1).

• *Pour ce qui est de la vérification de l'hypothèse N°2 selon laquelle la communication difficile entre les structures et les acteurs impliqués dans la procédure d'évacuation sanitaire s'explique par l'absence d'un système de communication performant au sein de l'administration, nous avons réalisé un entretien avec les personnes en charge de la coordination des activités relatives aux évacuations sanitaires. Ainsi, nous avons rencontré :*

- ~ le Directeur National de la Protection Sanitaire (Guide d'entretien N°2, question N°2) ;
- ~ le Chef du Service de la Réglementation Sanitaire (Guide d'entretien N°3).

• *En ce qui concerne la vérification de l'hypothèse N°3 selon laquelle l'absence d'un dispositif de suivi des dossiers des évacués sanitaires au niveau du pays d'accueil est à la base du retard dans la réception du devis médical, nous avons réalisé deux (2) types d'enquêtes. Le premier est à l'endroit du Directeur National de la Protection Sanitaire (DNPS), en tant que premier responsable de la mise en œuvre de la procédure d'évacuation sanitaire. Le second porte sur un échantillon de médecins spécialistes, chefs de services auprès de certains hôpitaux où sont fréquemment évacués des patients béninois, en raison du fait que la production des devis médicaux leur incombe. Pour ce faire, nous avons identifié cinq (5) hôpitaux où sont évacués fréquemment les patients béninois et sélectionné trois (3) médecins par hôpital. Le choix de ce nombre a été limité par la disponibilité des adresses électroniques de ces derniers. Ainsi, nous avons élaboré :*

- ~ un guide d'entretien à l'endroit du DNPS (Guide d'entretien N°2, question N°3) ;
 - ~ un questionnaire à l'endroit de quinze (15) médecins des hôpitaux d'accueil des évacués sanitaires du Bénin (Annexe N°5).
- *Pour la vérification de l'hypothèse N°4* selon laquelle le retard dans la mise à disposition des frais de séjour de soins à titre externe au profit des patients est dû à la longueur de la procédure de décaissement des fonds, nous avons questionné, en plus du premier responsable en charge des évacuations sanitaires, quelques personnes ressources concernées par la procédure de décaissement de ces fonds. Ainsi, nous avons interrogé :
 - ~ le DNPS (Guide d'entretien N°2, question N°4) ;
 - ~ la Directrice des Ressources Financières et du Matériel du Ministère de la Santé (Guide d'entretien N°4) ;
 - ~ le Directeur de l'Exécution du Budget (DEB) du Ministère de l'Economie et des Finances (Guide d'entretien N°5).

➤ Technique de dépouillement et de présentation des données

Le dépouillement des données recueillies est fait de façon manuelle. Les données qualitatives sont présentées par un résumé des informations collectées. Quant aux données quantitatives, elles sont présentées sous forme de tableaux.

❖ DIMENSION THEORIQUE

La dimension théorique vise à déterminer les outils d'analyse des données afin de pouvoir détecter les causes réelles se trouvant à la base des problèmes en étude. Il s'agit des outils théoriques qui permettent de détecter les causes réelles des problèmes en étude d'une part, et/ou des seuils de décision pour le choix des réponses exprimées par les personnes ressources d'autre part.

A l'issue de nos investigations, nous n'avons pas identifié des théories qui se rapportent spécifiquement aux problèmes en étude. A ce niveau donc, nous précisons les seuils de décision pouvant nous permettre de confirmer ou d'infirmer, à un degré donné, les hypothèses préalablement posées.

➤ Seuil de décision pour la vérification de l'hypothèse N°1

Vu l'importance du problème de lenteur dans la prise de la décision d'évacuation sanitaire, nous avons retenu comme cause(s) réelle(s), celle(s) qui est (sont) exprimée(s) par les personnes ressources questionnées.

➤ Seuil de décision pour la vérification de l'hypothèse N°2

Pour identifier la (les) cause(s) réelle(s) de la communication difficile entre les structures et les acteurs impliqués dans la procédure d'évacuation sanitaire, nous avons retenu toutes les réponses issues de notre entretien avec les personnes interrogées.

➤ Seuil de décision pour la vérification de l'hypothèse N°3

En ce qui concerne le problème du retard dans la réception du devis médical, nous avons retenu :

- d'une part, la (les) raison(s) évoquée(s) par le DNPS et,
- d'autre part, la cause qui a réuni au moins 50% des médecins questionnés.

➤ Seuil de décision pour la vérification de l'hypothèse N°4

Pour justifier réellement le retard dans la mise à disposition des frais de séjour de soins à titre externe au profit des patients, nous avons validé comme cause(s) réelle(s), celle(s) qui est (sont) exprimée(s) par toutes les personnes rencontrées à ce sujet.

B/ MOBILISATION DES DONNEES

❖ REALISATION DE L'ENQUETE

Les enquêtes devant nous permettre de vérifier nos hypothèses se sont déroulées à Cotonou, ville où se situent toutes les personnes ressources interrogées.

En ce qui concerne l'enquête sur les médecins spécialistes, chef de services au niveau des hôpitaux où sont évacués les patients béninois, nous avons envoyé le questionnaire par courrier électronique à quinze (15) médecins spécialistes, chefs de services dans les hôpitaux français qui reçoivent les évacués sanitaires. Ces hôpitaux sont :

- l'hôpital Pitié-Salpêtrière de Paris ;
- l'hôpital Necker-Enfants malades de Paris ;
- l'hôpital Sud Francilien d'Evry ;
- l'hôpital Hôtel-Dieu de Paris ;
- l'hôpital Tenon de Paris.

Toutes les personnes ressources rencontrées n'ont ménagé aucun effort pour répondre à nos interrogations. Néanmoins, nous n'avons pas pu rencontrer la Directrice des Ressources Financières et du Matériel du Ministère de la Santé, en raison de son indisponibilité.

En ce qui concerne le questionnaire adressé aux médecins spécialistes, chef de services au niveau des hôpitaux où sont évacués les patients béninois, nous n'avons malheureusement obtenu aucune réponse aux courriers électroniques à eux envoyés.

Les données collectées au cours de l'enquête sont présentées dans les lignes suivantes.

❖ PRESENTATION DES DONNEES

➤ Données liées au problème spécifique n° 1

A l'issue de notre entretien avec la Directrice de Cabinet du Ministère de la Santé, nous avons retenu que la lenteur dans la prise de la décision d'évacuation sanitaire se justifie par plusieurs raisons.

- La première est la longueur du circuit suivi par les dossiers des patients. Cette longueur du circuit s'explique par le désir de l'Etat béninois de déconcentrer les conditions d'accès aux évacuations sanitaires à l'extérieur. En effet, dans les autres pays de la sous-région, comme le Togo, le Sénégal, etc., la décision d'évacuation sanitaire est prise par le Président de la République. Cette situation limite le nombre de personnes pouvant en bénéficier. C'est donc pour faciliter l'accès aux évacuations sanitaires à l'extérieur au plus grand nombre que l'Etat béninois a mis en place des organes comme le Conseil National de Santé. C'est le passage des dossiers des patients par ce Conseil et par la signature des ministres concernés par les évacuations sanitaires qui allonge donc la procédure d'évacuation sanitaire.
- La seconde est la lenteur administrative imputable aux agents en charge du traitement des dossiers d'évacuation sanitaire.
- La troisième est l'importance du nombre de dossiers d'évacuation sanitaire à traiter.
- La dernière est relative aux difficultés à obtenir les signatures des autorités administratives et des médecins impliqués dans la phase de la décision administrative.

Au terme de notre entretien avec le DNPS, il ressort que la lenteur dans la prise de la décision d'évacuation sanitaire s'explique surtout par la longueur du circuit suivi par les dossiers des patients. De plus, ce dernier estime que le manque de célérité des agents en charge du traitement des dossiers des patients affecte considérablement l'évolution de la procédure d'évacuation sanitaire.

➤ **Données liées au problème spécifique n° 2**

L'entretien avec le DNPS nous a permis de retenir que la communication difficile entre les structures et les acteurs impliqués dans la procédure d'évacuation sanitaire s'explique par deux (2) causes :

- l'absence des adresses des patients dans certains dossiers ;
- la réticence des hôpitaux d'accueil à entrer en contact direct avec les patients qui le manifestent.

En effet, les hôpitaux d'accueil n'acceptent communiquer qu'avec le Ministère de la Santé. Or, ce dernier ne dispose pas toujours de moyens adéquats pour l'établissement effectif de cette communication. Même quand le patient dispose de moyens adéquats, il est obligé de passer par le Ministère de la Santé pour l'obtention des signatures des autorités administratives. Toutes ces contraintes ne facilitent pas la communication entre les structures et les acteurs impliqués dans la procédure d'évacuation sanitaire.

Par ailleurs, le DNPS a précisé que des dispositions ont été prises pour rétablir la fonctionnalité du fax de sa direction.

Quant à l'entretien avec le Chef du Service de la Réglementation Sanitaire, il nous a révélé que la communication difficile entre les structures et les acteurs impliqués dans la procédure d'évacuation sanitaire se justifie pas l'absence de moyens adéquats pour l'établissement de cette communication.

➤ **Données liées au problème spécifique n° 3**

En ce qui concerne le retard dans la réception du devis médical, le DNPS affirme qu'elle s'explique par deux (2) causes, à savoir :

- le programme très chargé des médecins des hôpitaux d'accueil ;
- l'absence d'un suivi des demandes de devis médical au niveau de ces hôpitaux.

En effet, les médecins spécialistes, chefs de services au niveau des hôpitaux d'accueil sont très sollicités par d'autres patients provenant de plusieurs pays. En plus de leurs occupations quotidiennes, ils doivent répondre aux nombreuses demandes de devis médical et de rendez-vous à eux adressées, en tenant compte de leur programme habituel, de leur emploi du temps et de leur disponibilité en lits d'hospitalisation.

➤ **Données liées au problème spécifique n° 4**

Au cours de nos échanges avec le DNPS au sujet du retard dans la mise à disposition des frais de séjour de soins à titre externe au profit des patients, celui-ci a affirmé que ce retard est dû à :

- la lourdeur administrative constatée à divers niveaux de la procédure de décaissement des fonds ;
- l'indisponibilité de ces fonds à certains moments de l'année.

En effet, au cours de l'exécution du budget, il arrive que les crédits budgétaires destinés aux évacuations sanitaires s'épuisent avant la fin de l'année. Cette situation nécessite une procédure d'appel de fonds qui prend généralement plusieurs semaines ; ce qui entraîne le retard dans la mise à disposition des frais de séjour de soins à titre externe au profit des patients.

Quant au Directeur de l'Exécution du Budget, il explique ce retard dans la mise à disposition des frais de séjour de soins à titre externe au profit des patients par trois (3) causes :

- le retard dans l'obtention des fiches de paie de certains patients ;
- l'imprécision de la durée du séjour de soins à titre externe des patients ;
- le versement de ces fonds dans le compte du budget de fonctionnement de l'Ambassade du Bénin dans le pays d'accueil (la France surtout).

La détermination du montant des frais de séjour de soins à titre externe au profit des patients s'effectue en tenant compte de l'indice salariale du patient et du nombre de jours nécessités par ces soins à titre externe. Cependant, les pièces administratives qui précisent ces différentes informations ne parviennent pas toujours à temps à la Direction de l'Exécution du Budget, ce qui ralentit la procédure de décaissement de ces fonds. De plus, ces fonds sont généralement virés dans le compte du budget de fonctionnement de l'Ambassade du Bénin en France qui est la plupart du temps débiteur. Or, les banques françaises prélèvent automatiquement leurs créances sur les comptes débiteurs, dès qu'elles y constatent une entrée de fonds. Cette situation ne permet pas à certains patients de bénéficier des fonds mis à leur disposition.

II – VERIFICATION DES HYPOTHESES ET ETABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC

A/ VERIFICATION DES HYPOTHESES

➤ Degré de validité de l'hypothèse n° 1

Au regard des informations recueillies auprès de la Directrice de Cabinet du MS et du DNPS au sujet de la lenteur dans la prise de la décision d'évacuation sanitaire, seule notre cause supposée qui est la pluralité des niveaux de décisions a été reconnue vraie. A cette cause, les personnes enquêtées ont ajouté trois (3) autres. Nous pouvons donc conclure que l'hypothèse N°1 est partiellement vérifiée.

➤ Degré de validité de l'hypothèse n° 2

Les informations collectées auprès du DNPS et du Chef du SRS permettent de confirmer la cause supposée de la communication difficile entre les structures et les acteurs impliqués dans la procédure d'évacuation sanitaire qui est l'absence d'un système de communication performant au sein de l'administration.

Cette hypothèse est entièrement vérifiée et élargie par d'autres causes qui ont été exprimées par ces personnes ressources interrogées.

➔ Degré de validité de l'hypothèse n° 3

Les causes évoquées par le DNPS pour expliquer le problème du retard dans la réception du devis médical viennent confirmer et élargir notre hypothèse de départ selon laquelle, ce retard est dû à l'absence d'un dispositif de suivi des dossiers des évacués sanitaires au niveau du pays d'accueil.

➔ Degré de validité de l'hypothèse n° 4

Sur la base des informations collectées auprès du DNPS et du DEB, notre hypothèse de départ selon laquelle le retard dans la mise à disposition des frais de séjour de soins à titre externe au profit des patients est dû à la longueur de la procédure de décaissement des fonds, a été entièrement vérifiée et élargie par d'autres causes évoquées par ces deux (2) autorités.

B/ ETABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC

Diagnostic N°1

La lenteur dans la prise de la décision d'évacuation sanitaire se justifie par :

- ☞ la longueur du circuit suivi par les dossiers des patients ;
- ☞ les difficultés à obtenir les signatures des autorités administratives et des médecins impliqués dans la phase de la décision administrative ;
- ☞ le manque de célérité des agents en charge du traitement des dossiers des patients ;
- ☞ l'importance du nombre de dossiers d'évacuation sanitaire à traiter.

Diagnostic N°2

La communication difficile entre les structures et les acteurs impliqués dans la procédure d'évacuation sanitaire s'explique par :

- ☞ l'absence d'adresses des patients dans certains dossiers ;
- ☞ la réticence des hôpitaux d'accueil à entrer en contact direct avec les patients ;
- ☞ l'absence de moyens adéquats pour l'établissement de cette communication.

Diagnostic N°3

Le programme très chargé des médecins des hôpitaux d'accueil et l'absence d'un dispositif de suivi des demandes de devis médical au niveau de ces hôpitaux sont à la base du retard dans la réception du devis médical.

Diagnostic N°4

Le retard dans la mise à disposition des frais de séjour de soins à titre externe au profit des patients est dû à :

- ☞ la lourdeur administrative constatée à divers niveaux de la procédure de décaissement des fonds ;
- ☞ l'indisponibilité de ces fonds à certains moments de l'année ;
- ☞ le retard dans l'obtention des fiches de paie de certains patients ;
- ☞ l'imprécision de la durée du séjour de soins à titre externe des patients ;
- ☞ le versement de ces fonds dans le compte du budget de fonctionnement de l'Ambassade du Bénin en France.

SECTION 2 : APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE LEUR MISE EN ŒUVRE

PARAGRAPHE 1 : APPROCHES DE SOLUTIONS

Les approches de solutions seront proposées par problèmes spécifiques.

I - SOLUTIONS AUX PROBLEMES SPECIFIQUES N°1 ET N°2

A/ SOLUTIONS AU PROBLEME SPECIFIQUE N°1

Pour résoudre le problème de la lenteur dans la prise de la décision d'évacuation sanitaire, trois (3) grandes mesures peuvent être entreprises.

- La première consiste à *écourter le circuit des dossiers des patients* par :
 - ~ la révision de la fréquence des sessions du CNS ;
 - ~ la réclamation des pièces administratives du patient dès la proposition d'évacuation sanitaire par le médecin ;
 - ~ la centralisation du niveau de la prise de décision d'évacuation sanitaire au Ministère de la Santé.

- La seconde consiste à *élaborer un manuel de procédure* qui indique les étapes de la procédure d'évacuation sanitaire, situe les responsabilités de chaque acteur et précise les délais d'exécution de chaque étape.

- La troisième est de *réduire les évacuations sanitaires* par :
 - ~ la valorisation des médecins spécialistes disponibles au Bénin à travers l'amélioration du plateau technique national ;
 - ~ la création d'un pôle d'excellence à vocation régionale qui permettra de répondre aux besoins de la population en soins de santé de spécialité par le transfert de certaines technologies et compétences au niveau local ;
 - ~ la sensibilisation des populations sur les comportements à hauts risques à long terme.

B/ SOLUTIONS AU PROBLEME SPECIFIQUE N°2

La résolution du problème de la communication difficile entre les structures et les acteurs impliqués dans la procédure d'évacuation sanitaire nécessite un certain nombre d'actions. Il s'agit entre autres, de :

➔ élaborer et imposer à tous les médecins spécialistes, chefs de service au CNHU-HKM, un formulaire d'identification du patient incluant intégralement et impérativement ses contacts ;

➔ mettre en place auprès de ces médecins, un prospectus renseignant les patients en instance d'être évacués à l'extérieur, sur la procédure d'évacuation sanitaire et les responsabilités qui incombent à ceux-ci ;

➔ mettre en place une dotation budgétaire destinée à la communication entre l'administration centrale et le patient d'une part, et l'administration centrale et les autres structures concernées d'autre part ;

➔ améliorer le dispositif de communication à travers la réhabilitation du téléphone et du téléfax au SRS.

II - SOLUTIONS AUX PROBLEMES SPECIFIQUES N°3 ET N°4

A/ SOLUTIONS AU PROBLEME SPECIFIQUE N°3

En ce qui concerne le problème du retard dans la réception du devis médical, il urge d'engager des actions efficaces.

➔ La plus importante est la mise en place d'un dispositif de suivi des dossiers des patients dans le pays qui accueille le plus d'évacués sanitaires (la France) à travers le positionnement auprès de l'Ambassade du Bénin, d'un agent (administrateur) chargé de régler les formalités administratives et financières, ainsi que tous autres problèmes liés aux évacuations sanitaires. Autrement dit, il servira de courroie entre la structure référant et la structure d'accueil. Ceci implique la mise à sa disposition, des ressources nécessaires pour l'exécution correcte de sa mission.

➤ Par ailleurs, le Ministère de la Santé pourrait envisager l'organisation des échanges avec les médecins spécialistes des hôpitaux d'accueil pour solliciter leur participation efficace dans l'accélération de la prise en charge des patients en voie d'être évacués.

B/ SOLUTIONS AU PROBLEME SPECIFIQUE N°4

Pour éradiquer le retard dans la mise à disposition des frais de séjour de soins à titre externe au profit des patients, il serait opportun de :

- sensibiliser les services compétents sur les mesures idoines pour une mise à disposition au profit des évacués sanitaires, des frais de séjour de soins à titre externe, au plus tard le jour qui suit leur arrivée dans le pays d'accueil ;
- exiger du patient, la production de toutes les pièces administratives nécessaires à la mise en œuvre de la procédure, dès la proposition d'évacuation sanitaire par le médecin spécialistes du CNHU-HKM ;
- délocaliser des fonds nécessaires pour le séjour de soins à titre externe des patients qui en ont besoin auprès de l'ambassade du pays qui accueille le plus d'évacués sanitaires (la France).

Ajoutons que cette délocalisation de fonds implique :

- ~ la création d'une ligne budgétaire spécialement réservée aux évacués sanitaires au niveau de l'Ambassade du Bénin en France, ainsi que dans certains pays où sont fréquemment évacués les patients béninois ;
- ~ la mise en place du fonds nécessaire au séjour de soins à titre externe des patients sur cette ligne budgétaire ;
- ~ la désignation de l'administrateur des évacués sanitaires, comme régisseur de ce fonds ;
- ~ la mise en place d'un dispositif de communication entre les évacués sanitaires et l'administrateur.

PARAGRAPHE 2 : CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS ET RECOMMANDATIONS

Il s'agit des dispositions devant favoriser la mise en œuvre des solutions proposées.

I - CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS

A/ CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS AUX PROBLEMES SPECIFIQUES N°1 ET N°2

La mise en œuvre des solutions aux problèmes n°1 et n°2 ne sera possible que sous certaines conditions. Il s'agit notamment de la prise d'un arrêté relatif à l'actualisation l'Arrêté N°1012/MS/DC/SGM/DNPS/SRS/SA du 26 Janvier 2007 portant attributions, organisation et fonctionnement du Conseil National de Santé (CNS), en l'occurrence l'article 7 concernant la fréquence des réunions ordinaires du CNS. Ainsi, cette fréquence pourrait être ramenée d'une à deux (2) fois par mois.

Les autres conditions de mise en œuvre des problèmes n°1 et n°2 sont :

- l'établissement de la liste des pièces administratives à produire par le patient dès la proposition d'évacuation sanitaire à l'extérieur ;
- la délocalisation des fonds destinés aux évacuations sanitaires des agents de l'Etat en activités et en retraite vers le MS, sous forme de crédit budgétaire ;
- l'engagement des études et des négociations sur les ressources nécessaires et les partenariats à établir pour la création d'un pôle d'excellence médical.

B/ CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS AUX PROBLEMES SPECIFIQUES N°3 ET N°4

Pour mettre en œuvre les approches de solutions aux problèmes spécifiques n°3 et n°4, il est impératif de :

- détacher un agent du Ministère de la Santé auprès de l'Ambassade du Bénin en France, ainsi que dans certains pays où sont fréquemment évacués les patients béninois ;
- évaluer le montant prévisionnel annuel des frais de séjour de soins à titre externe des patients.

II - RECOMMANDATIONS

A/ RECOMMANDATIONS A L'ENDROIT DE LA DNPS

Nous recommandons à la Direction Nationale de la Protection Sanitaire en général, et plus particulièrement au Service de la Réglementation Sanitaire, davantage de rigueur dans le suivi des dossiers des patients. A cet effet, ce service pourrait disposer d'un chronogramme de suivi de l'évolution des dossiers d'évacuation sanitaires (Annexe N°6) qui précise au cours d'une période donnée (le mois), l'étape où se situe chaque dossier. Ceci permettra d'avoir une visibilité nette sur l'évolution de chaque dossier, de prévoir l'étape que doit suivre ultérieurement ces dossiers et de veiller au déroulement de ces étapes dans les délais requis.

B/ RECOMMANDATIONS A L'ENDROIT DU MS ET DU MEF

Aux agents du Ministère de la Santé et à ceux du Ministère de l'Economie et des Finances impliqués dans la procédure d'évacuation sanitaire à l'extérieur, nous suggérons le traitement diligent des dossiers de tous les évacués sanitaires à l'extérieur, comme ils le feraient pour leurs proches parents. En effet, il n'est nul doute que les agents de l'administration manifestent exceptionnellement un dévouement à la tâche et accordent un excès de soins dans le traitement des dossiers de certaines personnalités de l'Etat et ceux de leurs connaissances. Une généralisation de cette attitude favoriserait l'amélioration de la procédure d'évacuation sanitaire à l'extérieur et renforcerait le capital humain béninois.



**CONCLUSION
GENERALE**

La réalisation de cette étude nous a permis de nous imprégner des écarts qui existent entre les dispositions juridiques relatives aux évacuations sanitaires à l'extérieur et leur mise en œuvre. Le problème général qui a retenu notre attention parmi ces écarts est le caractère difficile de la mise en œuvre de la procédure d'évacuation sanitaire à l'extérieur. C'est ce qui justifie l'objectif principal de cette étude qui est d'apporter notre contribution à l'amélioration de cette procédure.

Les enquêtes faites sur le terrain ont permis de déceler les causes de ce problème et d'y apporter quelques approches de solutions. La mise en œuvre de ces solutions nécessite :




- ~ une révision de la procédure d'évacuation sanitaire à l'extérieur ;

- ~ la disponibilité de moyens adéquats pour la mise en œuvre de la procédure d'évacuation sanitaire à l'extérieur ;
- ~ le dévouement de tous les acteurs impliqués dans cette procédure à sa mise en œuvre.

En effet, les acteurs impliqués dans la procédure d'évacuation sanitaire à l'extérieur doivent prendre en considération la psychologie du patient en attente d'être évacué et le bénéfice qu'apporte son rétablissement à la nation béninoise. Les chercheurs MOREAU et AI (1992) soutenaient que « la consommation sanitaire comporte des effets collectifs multiples. Elle n'a pas d'effet que pour la personne qui en bénéficie ; elle a aussi des effets pour d'autres ou pour la société. Nous sommes interdépendants sur les plans physique, économique et éthique ».

En plus de ces suggestions, l'Etat béninois devra dans sa politique pour le développement du secteur de la santé, mettre un accent particulier sur les dispositions qui lui assurent une indépendance en matière d'offre de soins de santé. Il s'agit surtout de l'amélioration du plateau technique dans les

OUVRAGES

-  DE FORGES, J-M. et Al (2005) « Code de la Santé Publique » Edition Dalloz.
-  MOREAU, Y. et Al (1992) « Dépenses en Santé : un regard international » Edité par La Documentation Française.
-  Organisation Mondiale de la Santé (1989) « Appui économique aux stratégies nationales de la santé pour tous » Edition Atar.

THESES ET MEMOIRES

- 📖 GNANVO, E. (1993) « Les structures sanitaires du Bénin » Thèse de doctorat, Faculté de Droit, d'Economie et de Science Politique d'Aix-Marseille.
- 📖 AYEMONA, P. (1985) « Les aspects médico-techniques des évacuations sanitaires hors de la République Populaire du Bénin » Thèse de doctorat, FSS, UNB.
- 📖 AGBANGBE, A. (2007) « Contribution a une meilleure gestion des dépenses d'évacuation sanitaire hors de la république du Benin » Mémoire de fin de cycle II, ENAM BENIN.

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- 📖 Décret N°2006-396 du 31 Juillet 2006 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé.
- 📖 Décret n°2005-565 du 22 juin 2005, relatif aux évacuations sanitaires hors du territoire national.
- 📖 Décret 95-387 du 28 Novembre 1995 portant régime des indemnités à allouer aux évacués sanitaires devant suivre des soins à titre externe à l'étranger.
- 📖 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.
- 📖 Arrêté N°1012/MS/DC/SGM/DNPS/SRS/SA du 26 Janvier 2007 portant attributions, organisation et fonctionnement du Conseil National de Santé.








RAPPORTS

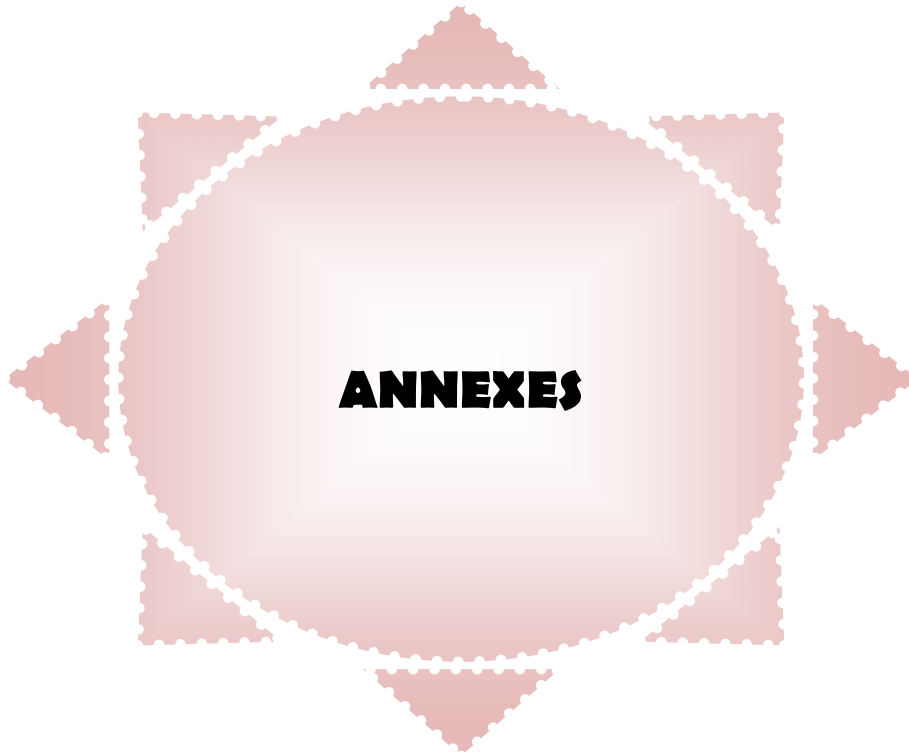
- 📖 OMYALE, P. et KOUSSEMOU, A. (2009) « Rapport d'Etude sur les évacuations sanitaires et les pôles d'excellence à vocation régionale » MS.
- 📖 Rapport du « Premier Congrès de la Confédération Ouest Africaine des Sociétés d'anesthésie » Cotonou, 2008.

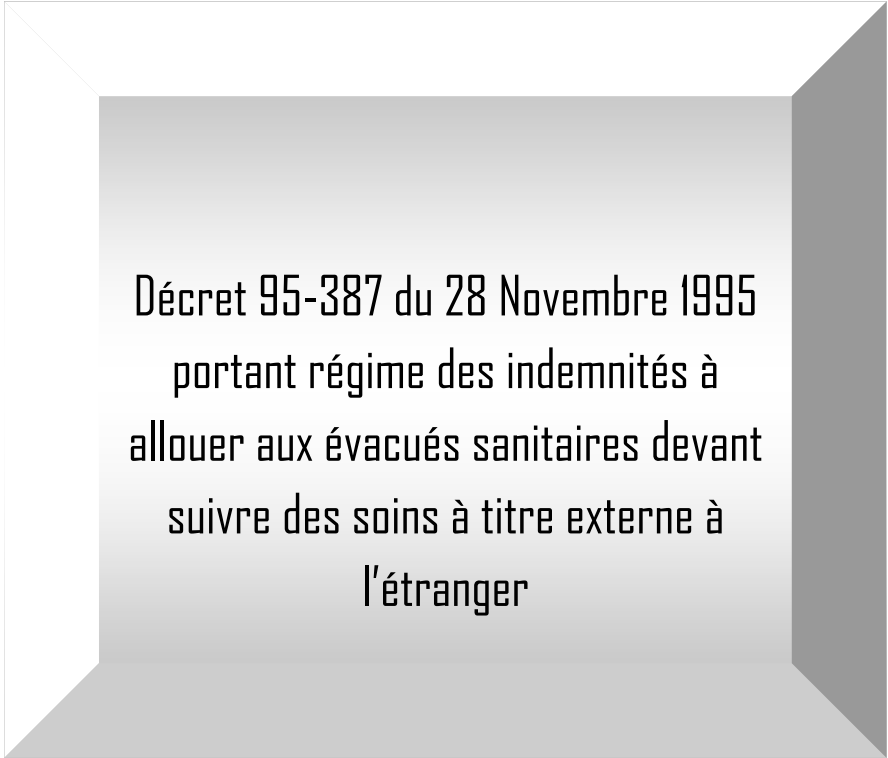
AUTRES DOCUMENTS

- 📖 AVIMADJE, A. et Al (2001) « Les évacuations sanitaires des affections rhumatologiques hors du Bénin » In Le Bénin Médical N°17.
- 📖 Magasine « SANTE & VIH/SIDA », n° 74, 2008.

SITES INTERNET

-  « Services de soins de santé aux patients internationaux : Devis Estimatif des Services Médicaux »
www.childrensmarcy.org (Consulté le 21/11/09)
-  « Evacuations sanitaires dans le Système des Nations Unies : Termes de références »
www.cf.undp.org/evacuation.htm (Consulté le 21/11/09)
-  « Les grandes orientations de la conférence nationale : Plus d'équité et de justice pour le système sanitaire »
www.lacroixdubenin.com (Consulté le 21/11/09)
-  « BURKINA FASO : Les carences du système de santé obligent les patients à se soigner à l'étranger »
www.irinnews.org (Consulté le 21/11/09)
-  Evacuation sanitaire à l'extérieur du Burkina : La voie marocaine prospectée
www.lefaso.net (Consulté le 21/11/09)
-  Guide du transport médical d'urgence à l'intention du personnel infirmier en soins primaires
www.sc-hc.gc.ca (Consulté le 21/11/09)
-  Les évacuations sanitaires extraterritoriales en nouvelle Calédonie
www.bmc.nc/web_39/pdf/BM3909.pdf (Consulté le 21/11/09)





Décret 95-387 du 28 Novembre 1995
portant régime des indemnités à
allouer aux évacués sanitaires devant
suivre des soins à titre externe à
l'étranger

REPUBLIQUE DU BENIN
PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

DECRET N°95-387 du 28 Novembre 1995

Portant régime des Indemnités à allouer
aux Evacués sanitaires devant suivre des
soins à titre externe à l'Etranger.

Le Président de la République,
Chef de l'Etat,
Chef du Gouvernement,

VU La Loi n° 90-32 du 11 Décembre 1990, portant
Constitution de la République du Bénin ;

VU la Décision n° 91-042/HCR/PT du 30 Mars 1991,
portant proclamation des résultats définitifs du
deuxième tour des élections présidentielles du
24 Mars 1991 ;

VU le Décret n° 95-381 du 22 Novembre 1995, portant
composition du Gouvernement ;

VU le Décret n° 59-222 du 15 Décembre 1959, portant
règlement sur la rémunération, les indemnités et
avantages matériels divers alloués aux fonction-
naires des administrations et établissements pu-
blics de l'Etat ;

VU le Décret n° 88-28 du 20 Janvier 1988, portant
réglementation des évacuations sanitaires hors de
la République du Bénin ;

Sur proposition du Ministre des Finances ;

Le Conseil des Ministres entendu en sa séance du
22 Novembre 1995.

DECRETE

ARTICLE 1er : Il est alloué une assistance du Budget National à
tout malade évacué sanitaire à l'extérieur du Territoire National
suite à une décision administrative et qui serait astreint par le
médecin traitant à poursuivre des soins à titre externe pendant une
partie de son séjour à l'étranger.

ARTICLE 2 : L'allocation de cette assistance est fonction de la durée effective de séjour pour les soins prescrits à titre externe qui ne saurait excéder Quarante cinq (45) jours.

Toute prorogation de séjour ne devra être autorisée que sur présentation d'un certificat délivré par le médecin traitant et entériné par le Conseil de Santé du Bénin. Ledit certificat devra être introduit au Conseil de Santé Quinze (15) jours au moins avant l'expiration des Quarante Cinq (45) jours.

ARTICLE 3 : Le montant de l'assistance à allouer pour des soins à titre externe est journalier et correspond au taux fixé suivant le groupe auquel appartient le malade évacué sanitaire, tel que défini aux tableaux en annexe.

En cas d'évacuation d'un ayant-droit d'un fonctionnaire, il est classé dans le groupe auquel appartient ledit fonctionnaire.

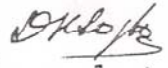
ARTICLE 4 : Un arrêté du Ministre des Finances déterminera en tant que de besoin, les modalités d'application des dispositions du présent Décret.

ARTICLE 5 : Le Ministre des Finances, le Ministre de la Santé et le Ministre des Affaires Etrangères et de la Coopération sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent Décret qui prend effet pour compter du 1er Janvier 1995.

ARTICLE 6 : Le présent Décret qui abroge toutes dispositions antérieures contraires, sera publié au Journal Officiel.

Fait à Cotonou, le 28 Novembre 1995

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


Nicéphore SOGLO.-

Le Ministre d'Etat chargé de la
Coordination de l'Action Gouvernementale
et de la Défense Nationale.



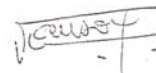
Désiré VIEYRA. -

Le Ministre des Finances.



Paul DOSSOU. -

Le Ministre de la Santé,



Véronique LAWSON. -

Ampliations : PR 6 - AN 4 - CS 2 - CC 2 - CES 2 - HAAC 2 - MEDN 4 -
MF 4 - MS 4 - Autres Ministères 17 - SGG 4 - DGBM - CF - DGTCP -
DGID - DGDDI 10 - BN - DAN - DLC 3 - DCONB - DCCT - INSAE 3 -
BCP - CSM - IGAA 3 - UNB - ENA - FASJEP 3 - JO 1

05 - Nov - 95

Tauxevac / b / NS
MFCOMDESTAUX DES INDEMNITES DE FRAIS DE SEJOUR A TITRE EXTERNE
DES EVACUES SANITAIRES EN FRANCE

TABLEAU N°1

(En francs CFA)

C R O U P P E	CLASSEMENT PAR CATEGORIE	JOURNEE COM- PLETE PRISE EN CHARGE PAR LE BUDGET NA- TIONAL
I	<ul style="list-style-type: none"> - Les autres Membres du Bureau de l'Assemblée Nle. - Les Membres du Gouvernement - Les Présidents des Commissions de l'AN - Le Secrétaire Gl. à la Présidence de la Rép. - Le Directeur Adjoint de Cabinet du P R - Le Chef d'Etat Major Particulier du P R - Le Secrét. Général du Gouvern. et ses Adjoints - Le Secrétaire Général du Ministère des Affaires Etrangères & de la Coopérat. - Les Ambassadeurs accrédités - Le Grand Chancelier & le Vice-Grand Chancelier - Le Directeur de Cabinet du Président de l'Assemblée Nle. & son Adjoint - Le Directeur de Cabinet du Président de la Cour Constitutionnelle - Le Directeur de Cabinet du Président de la Cour Suprême - Le Directeur de Cabinet du Présid. de la Haute Audiov. & de la Commun. & de la Commun. - L'Inspecteur Général des Finances - L'Inspecteur Général des Affaires Administratives - L'Inspecteur Général du Ministère des Affaires Etrangères & de la Coopérat. 	100 000
II	<ul style="list-style-type: none"> - Les Députés - Les Membres de la Cour Constitutionnelle - Les Présidents de Chambre de la Cour Suprême - Les Membres du Conseil Economique & Social - Les Membres de la Haute Autorité de l'Audiovisuel et de la Communication - Les Directeur de Cabinet des Ministères et leurs Adjoints - Les Chefs d'Etat-Major et leurs Adjoints - Le Directeur de la Gendarmerie Nationale - Le Directeur Général de la Police Nationale - Le Commandant des Forces Aériennes - Le Commandant des Forces Navales - Le Procureur Général près la Cour Suprême - Les Consuls - Les Conseillers Techniques & Chargés de Mission du Président de la République - Le Recteur et le Vice-Recteur - Les Préfets - Autres Agents à Indices 800 et plus 	80 000
III	<ul style="list-style-type: none"> - Les Conseillers Techniques des Ministres - Les Directeurs Généraux des Sociétés et Offices d'Etat et leurs Adjoints - Les Chefs de Cabinet du Président de la République et des Ministres - Les Chefs de Protocole du Président de la République - Les Sous-Préfets et les Chefs de Circonscription Urbaine - Les Attachés de Cabinet - Les Attachés de Presse - Autres Agents à Indices 400 à 799 	60 000
IV	<ul style="list-style-type: none"> - Tous Agents à Indice inférieur à 400 	50 000


06-Nov-95

Tauxvac : h/NS
MFD/CGM/ALBTAUX DES INDEMNITES DE FRAIS DE SEJOUR A TITRE EXTERNE
DES EVACUES SANITAIRES DANS LES PAYS D'AFRIQUE

TABLEAU N° II

(En frcs CFA)

G R O U P E	CLASSERMENT PAR CATEGORIE	JOURNEE COM- PLETE PRISE EN CHARGE PAR LE BUDGET NA- TIONAL
I	<ul style="list-style-type: none"> - Les autres Membres du Bureau de l'Assemblée Nle. - Les Membres du Gouvernement - Les Présidents des Commissions de l'AN - Le Secrétaire Gl. à la Présidence de la Rép. - Le Directeur Adjoint de Cabinet du P R - Le Chef d'Etat Major Particulier du P R - Le Secrét. Général du Gouvern. et ses Adjoint - Le Secrétaire Général du Ministère des Affaires Etrangères & de la Coopérat. - Les Ambassadeurs accrédités - Le Grand Chancelier & le Vice-Grand Chancelier - Le Directeur de Cabinet du Président de l'Assemblée Nle. & son Adjoint - Le Directeur de Cabinet du Président de la Cour Constitutionnelle - Le Directeur de Cabinet du Président de la Cour Suprême - Le Directeur de Cabinet du Présid. de la Haute. Audiov. & de la Commun. - L'Inspecteur Général des Finances - L'Inspecteur Général des Affaires Administratives - L'Inspecteur Général du Ministère des Affaires Etrangères & de la Coopérat. 	60 000
II	<ul style="list-style-type: none"> - Les Députés - Les Membres de la Cour Constitutionnelle - Les Présidents de Chambre de la Cour Suprême - Les Membres du Conseil Economique & Social - Les Membres de la Haute Autorité de l'Audiovisuel et de la Communication - Le Directeur de Cabinet des Ministres et leurs Adjoint - Les Chefs d'Etat-Major et leurs Adjoint - Le Directeur de la Gendarmerie Nationale - Le Directeur Général de la Police Nationale - Le Commandant des Forces Aériennes - Le Commandant des Forces Navales - Le Procureur Général près la Cour Suprême - Les Consuls - Les Conseillers Techniques & Chargés de Mission du Président de la République - Le Recteur et le Vice-Recteur - Les Préfets - Autres Agents à Indices 800 et plus 	50 000
III	<ul style="list-style-type: none"> - Les Conseillers Techniques des Ministres - Les Directeurs Généraux des Sociétés et Offices d'Etat et leurs Adjoint - Les Chefs de Cabinet du Président de la République et des Ministres - Les Chefs de Protocole du Président de la République - Les Sous-Préfets et les Chefs de Circonscription Urbaine - Les Attachés de Cabinet - Les Attachés de Presse - Autres Agents à Indices 400 à 799 	40 000
IV	- Tous Agents à indice inférieur à 400	30 000



Arrêté
N°1012/MS/DC/SGM/DNPS/SRS/SA
du 26 Janvier 2007 portant
attributions, organisation et
fonctionnement du Conseil National
de Santé

REPUBLICQUE DU BENIN

MINISTERE DE LA SANTE

LE CABINET

ARRETE

ANNEE 2006 n° 1211 /MS/DC/SGM/DNPS/SRS/SA
Portant Attributions, Organisation et Fonctionnement
du Conseil National de Santé.

Le Ministre de la Santé

- VU la Loi n° 90-032 du 11 Décembre 1990, portant Constitution de la République du Bénin ;
- VU la Proclamation le 29 Mars 2006 par la Cour Constitutionnelle des résultats définitifs de l'élection Présidentielle du 19 Mars 2006 ;
- VU le Décret n° 99-309 du 27 juin 1999 fixant les structures de la Présidence de la République et des Ministères ;
- VU le Décret n° 2006-622 du 29 novembre 2006 portant modification du décret n° 2006-613 du 19 novembre 2006 portant composition du Gouvernement ;
- VU le Décret n° 2006-396 du 31 juillet 2006 portant Attributions, Organisation et Fonctionnement du Ministère de la Santé ;
- VU le Décret n° 2005-834 du 30 Décembre 2005 portant réglementation des évacuations sanitaires en République du Bénin ;
- VU les nécessités de service,

ARRETE

TITRE 1 : ATTRIBUTIONS

- Article 1^{er} : Le Conseil National de Santé est chargé des attributions suivantes :
- étudier les dossiers médicaux pour les évacuations sanitaires;
 - étudier les dossiers de réforme administrative;
 - étudier tout dossier de santé introduit par l'administration.

TITRE 2 : COMPOSITION ET FONCTIONNEMENT

- Article 2 : Le Conseil National de Santé est composé de médecins civils et militaires capables d'apprécier les décisions d'évacuation sanitaire ou de réforme administrative et de donner leur avis.

Les médecins civils sont choisis parmi les hospitalo-universitaires, chefs de service dans les structures de l'espace CHU.

Les médecins militaires sont choisis parmi les professionnels chefs de service, exerçant dans les hôpitaux d'Instruction des Armées.

Article 3 : Le Conseil National de Santé est placé sous la présidence du Ministre de la Santé.

Article 4 : Le Vice-président du Conseil assiste le Président. Il le remplace en cas d'empêchement

Article 5 : Le Directeur National de la Protection Sanitaire assure le secrétariat général du Conseil National de Santé. Il instruit et présente les dossiers en réunion du Conseil dont il adresse le compte-rendu aux membres.

Article 6 : Le Conseil National de Santé est ainsi composé:

- Président : Le Ministre de la Santé
- Vice-Président : Le Directeur Adjoint de Cabinet
- Secrétaire Général : Le Directeur National de la Protection Sanitaire
- Membres :
 - Deux (02) hospitalo-universitaires, chefs de service du secteur médecine et spécialités médicales (Médecine Interne, Cardiologie, Dermatologie, Neurologie, Pédiatrie, Pneumo-Phthisiologie, Rhumatologie, Oncologie,.....)
 - Deux (02) hospitalo-universitaires, chefs de service du secteur Chirurgie et Spécialités chirurgicales (Chirurgie viscérale, Chirurgie pédiatrique, Gynécologie Obstétrique, Ophtalmologie, Traumatologie Orthopédie, Oto-rhino-laryngologie, Urologie, ...)
 - Un (01) Médecin du Service de Santé des Armées.

Article 7 : Le Conseil se réunit en session ordinaire une fois par mois sur convocation de son Président.

Compte tenu de l'urgence d'un dossier qui doit être soumis au conseil, le Président peut déclencher la procédure d'urgence ou convoquer le Conseil de Santé qui statue.

Les délibérations sont confidentielles.

Article 8 : La durée du mandat des membres du Conseil National de Santé est de deux (02) ans renouvelables une fois.

Article 9 : A trois mois du terme du mandat en cours, le Ministre de la santé demande :

- Aux Présidents de Commissions Médicales Consultatives des structures de l'espace CHU, de susciter après concertation en leur sein, une liste de :
 - trois(03) hospitalo-universitaires, chefs de service du secteur Médecine et Spécialités médicales;

- trois(03) hospitalo-universitaires, chefs de service du secteur Chirurgie et Spécialités chirurgicales.

- Au Ministre chargé de la défense, une liste de trois (03) médecins militaires chefs de service, exerçant dans les hôpitaux d'Instruction des Armées.

Les nouveaux membres du Conseil National de Santé sont désignés à partir de ces listes de candidats proposés, par tirage au sort effectué lors d'une session du Conseil et dans le respect des dispositions de l'Article 8 ci-dessus.

Article 10 : La nouvelle composition du conseil est consacrée par un arrêté du Ministre de la Santé.

Article 11 : Le présent arrêté qui abroge toutes dispositions antérieures contraires, prend effet pour compter de la date de sa signature et sera publié partout où besoin sera.

REPUBLIQUE DU BENIN, le 29 JAN. 2007
LE MINISTRE
Ministère de la Santé
Professeur-Agrégé Flore GANGBO

AMPLIATIONS

JO	2
PR	4
CC	1
CES	1
AN	1
CS	1
Cabinet MS	4
Autres Ministères	22
Secrétariat Conseil National de Santé	4
DDS	6
Ordres des Professionnels de la Santé	4
Associations des Professionnels de la Santé	6
Intéressés	7
Archives	2
CHRONO	1



GUIDES D'ENTRETIEN

GUIDE D'ENTRETIEN N°1 ADRESSE A LA DIRECTRICE DE CABINET DU MINISTERE DE LA SANTE

Question : Au cours de nos recherches sur l'organisation des évacuations sanitaires, nous avons constaté après analyse de la procédure d'évacuation sanitaire, la lenteur dans la prise de la décision d'évacuation sanitaire. Qu'est ce qui justifie cette situation selon vous ?

GUIDE D'ENTRETIEN N°2 ADRESSE AU DIRECTEUR NATIONAL DE LA PROTECTION SANITAIRE

- 1) Au cours de nos recherches sur l'organisation des évacuations sanitaires, nous avons constaté après analyse de la procédure d'évacuation sanitaire, la lenteur dans la prise de la décision d'évacuation sanitaire. Qu'est ce qui justifie cette situation selon vous ?
- 2) Nous avons également relevé, une communication difficile entre les structures et les acteurs impliqués dans la procédure d'évacuation. Qu'est ce qui explique cette insuffisance ?
- 3) De plus, nous avons déploré à maintes reprises, le retard dans la réception du devis médical des patients en attente d'être évacués à l'extérieur. Qu'est ce qui est à la base de ce retard ?
- 4) Par ailleurs, nous avons remarqué dans certains cas, le retard dans la mise à disposition tardive des frais de séjour de soins à titre externe au profit des évacués sanitaires à l'extérieur. Qu'est ce qui selon vous, est à la base de ce problème ?

GUIDE D'ENTRETIEN N°3 ADRESSE AU CHEF DU SERVICE DE LA REGLEMENTATION SANITAIRE

Au cours de nos recherches sur l'organisation des évacuations sanitaires nous avons constaté une communication difficile entre les structures et les acteurs impliqués dans la procédure d'évacuation. Qu'est ce qui explique cette insuffisance ?

GUIDE D'ENTRETIEN N°4 ADRESSE A LA DIRECTRICE DES RESSOURCES FINANCIERES ET DU MATERIEL DU MINISTERE DE LA SANTE

Au cours de nos recherches sur l'organisation des évacuations sanitaires, nous avons constaté dans certains cas, le retard dans la mise à disposition des frais de séjour de soins à titre externe au profit des évacués sanitaires à l'extérieur. Qu'est ce qui selon vous, est à la base de ce problème ?

GUIDE D'ENTRETIEN N°5 ADRESSE AU DIRECTEUR DE L'EXECUTION DU BUDGET

Au cours de nos recherches sur l'organisation des évacuations sanitaires, nous avons constaté dans certains cas, le retard dans la mise à disposition des frais de séjour de soins à titre externe au profit des évacués sanitaires à l'extérieur. Qu'est ce qui selon vous, est à la base de ce problème ?



QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX MEDECINS SPECIALISTES, CHEFS DE SERVICES
DANS LES HOPITAUX D'ACCUEIL DES EVACUES SANITAIRES

Dans le cadre de la réalisation de notre mémoire professionnel de fin de formation de cycle II en Administration Hospitalière, Universitaire et d'Intendance (AHUI) à l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM) du Bénin, nous avons effectué notre stage à la Direction Nationale de la Protection Sanitaire (DNPS) du Ministère de la Santé, dans le but d'analyser l'organisation des évacuations sanitaires. Pour mieux comprendre les causes qui sont à la base des problèmes retenus pour notre étude, nous venons très respectueusement vous adresser ce questionnaire.

Au cours de nos recherches, nous avons constaté le retard dans la réception du devis médical des patients en attente d'être évacués à l'extérieur.

Question 1: Pensez-vous que ce problème se justifie par l'absence d'un suivi des dossiers envoyés ?

- OUI
- NON

Question 2 : Si non, qu'est ce qui selon vous, est à l'origine de ce problème ?

.....

.....

Vos réponses nous aideront à proposer des approches de solution pour la résolution de ces problèmes.

Merci pour votre bienveillante attention et votre contribution.



Chronogramme de suivi des
dossiers d'évacuation sanitaire

CHRONOGRAMME DE SUIVI DES DOSSIERS D'EVACUATION SANITAIRE A L'EXTERIEUR

Mois de :

N°	NOM et Prénoms	Date Arrivée	CNS		Demande CI/CT		Transmis DRFM / MTFP		Décision d'évacuation		Demande Devis		Transmission devis		Demande rendez-vous		Visa	
			O/N	Date	O/N	date	O/N	Date	O/N	Date	O/N		O/N	Date	O/N	Date	O/N	
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		

CI/CT : Certificat d'Indigence / Certificat de Travail

O/N : Oui / Non



**TABLE DES
MATIERES**

TITRES	PAGES
Identification du jury	i
Déclaration d'engagement du chercheur	ii
Dédicace	iii
Remerciements	iv
Liste des sigles et abréviations	v
Liste des tableaux	vi
Liste des figures	vii
Glossaire de l'étude	viii
Résumé	ix
Plan sommaire	x
Introduction générale	1
CHAPITRE 1 : DES OBSERVATIONS DE STAGE AU CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE	3
SECTION 1 : OBSERVATIONS DE STAGE A LA DIRECTION NATIONALE DE LA PROTECTION SANITAIRE (DNPS)	4
Paragraphe 1 : Présentation de la DNPS	4
I - Cadre institutionnel et organisation de la DNPS	4
A/ Cadre institutionnel de la DNPS	4
B/ Organisation de la DNPS	5
II – Fonctionnement du Service de la Réglementation Sanitaire	6
A/ La division de la réglementation, du contrôle, de la référence et contre référence médicale	7
B/ La division du partenariat entre les secteurs public et privé et de l'assurance qualité des soins	7
Paragraphe 2 : Fondements des évacuations sanitaires	8
I – Cadre juridique des évacuations sanitaires	8
A/ La législation en matière d'évacuation sanitaire	8
B/ Le Conseil National de Santé	9
II – Conditions nécessitant une évacuation sanitaire à l'extérieur	11
A/ Les personnes pouvant être évacuées à l'extérieur du Bénin	12
B/ Les maladies et les destinations des évacuations sanitaires à l'extérieur	15
SECTION 2 : PROCEDURE D'EVACUATION SANITAIRE A L'EXTERIEUR ET CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE	18
Paragraphe 1 : Procédure d'évacuation sanitaire à l'extérieur	18
I – La phase administrative	18
A/ Présentation détaillée de la phase administrative	18
B/ Présentation schématique de la phase administrative	21
II – La phase financière	21
A/ Présentation détaillée de la phase financière	21
B/ Présentation schématique de la phase financière	29
Paragraphe 2 : Ciblage de la problématique	30
I – Inventaire des constats issus des observations de stage et choix de la problématique	30
A/ Inventaire des constats issus des observations de stage	30
B/ Choix de la problématique	32
II – Spécification et vision globale de résolution de la problématique	33
A/ Spécification de la problématique	33
B/ Vision globale de résolution de la Problématique	34

CHAPITRE 2 : DU CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE AUX APPROCHES DE SOLUTIONS	36
SECTION 1 : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE	37
Paragraphe 1 : Cadre théorique de l'étude : Objectifs, Hypothèses et Revue de littérature ...	37
I – Objectifs et hypothèses et l'étude	37
A/ Objectifs de l'étude	37
B/ Hypothèses de l'étude	39
II – Revue de littérature	45
A/ Généralités sur les évacuations sanitaires	45
B/ Evolution des évacuations sanitaires hors du Bénin et des autres pays d'Afrique	48
Paragraphe 2 : Choix de la méthodologie de l'étude et établissement du diagnostic	50
I – Méthodologie de l'étude et mobilisation des données	50
A/ Méthodologie de l'étude	50
B/ Mobilisation des données	54
II – Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic	58
A/ Vérification des hypothèses	58
B/ Etablissement du diagnostic	59
SECTION 2 : APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE LEUR MISE EN ŒUVRE	61
Paragraphe 1 : Approches de solutions	61
I - Solutions aux problèmes spécifiques n°1 et n°2	61
A/ Solutions au problème spécifique n°1	61
B/ Solutions au problème spécifique n°2	62
II - Solutions aux problèmes spécifiques n°3 et n°4	62
A/ Solutions au problème spécifique n°3	62
B/ Solutions au problème spécifique n°4	63
Paragraphe 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions et recommandations	64
I - Conditions de mise en œuvre des solutions	64
A/ Conditions de mise en œuvre des solutions aux problèmes spécifiques n°1 et n°2	64
B/ Conditions de mise en œuvre des solutions aux problèmes spécifiques n°3 et n°4	64
II – Recommandations	65
A/ Recommandations à l'endroit de la DNPS	65
B/ Recommandations à l'endroit du MS et du MEF	65
Conclusion générale	66
Bibliographie	68
Annexes	71