

Systeme de sante au Benin : problemes et defis

Rapport elaboré à l'issue de la visite de Global Medical Aid au Benin en février/mars 2013

Jesper Sylvest



Photos Jesper Sylvest

Liste des abréviations et acronymes

ADSS :	Annuaire des Statistiques Sanitaires Benin 2011
CAME :	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels à Cotonou
CNHU :	Centre National Hospitalier et Universitaire
FMI :	Fonds Monétaire International
GHI :	<i>Global Health Initiative</i>
GMA :	<i>Global Medical Aid</i>
HOMEL :	Hôpital de la Mère et de l'Enfant de la Lagune
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire du Benin 2009 – 2018
UNFPA :	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID :	<i>United States Agency For International Development</i>
USDA :	<i>United States Department of Agriculture</i>

Table des matières

Liste des abréviations et acronymes.....	2
Résumé en anglais : <i>Health Service in Benin – problems and challenges</i>	4
Rapport à l’issue de la visite de Global Medical Aid au Benin 2013.....	7
Objectifs de la visite et missions de la délégation	7
Sources	8
Description du système de santé et défis	8
Hôpitaux et cliniques	10
Niveaux	10
Modalités d’accès aux soins.....	10
Zones sanitaires	11
Médecins, formation et spécialisation	12
Sages-femmes et infirmiers	13
Visites des établissements de soins.....	14
Matériel	15
Niveau professionnel	19
Contrôle du matériel envoyé	21
Discussion	22
Conclusion.....	24

English Summary:

Health Service in Benin – problems and challenges

By Jesper Sylvest M.D.

This report was elaborated to elucidate the conditions for a potential collaboration between “Global Medical Aid” (GMA is Danish NGO) and developing countries , donating used but functioning equipment from Danish hospitals to the hospitals in these countries.

In this report we focus on Benin, the needs for assistance there and the possibilities to handle and maintain donated equipment. The report describes therefore the health challenges, the health system, the deficiencies in the hospitals, and furthermore gives an impression of the education and working conditions of the health workers in the country. The data are based upon reports from international aid organizations, but mainly from sources in Benin, obtained during Global Medical Aid’s study tour. We visited hospitals and clinics, educational institutions and the Ministry of Health.

Benin is a poor West-African country. The health expenses amounts 5,65 USD per capita per year - this, in a country with a high incidence of malaria, diarrhea, and consequences of malnutrition. The birthrate is high: between 5 and 6 per woman, and nearly half of the population is under the age of fifteen, in spite of a death-rate for children under five of 12,5 %.

The public healthcare system has a pyramidal structure with health clinics distributed over the country, regional referral hospitals in the middle, and national hospitals at the top. Beside this, there is an important private sector, the majority of which is supported by NGO’s - mainly faith based (catholic or protestant). More than 50% of the approximately one thousand doctors in Benin work in the private sector, whereas approximately one fourth of the 3700 nurses and the 1250 midwives work there. However, there is an overlap between the two sectors, in tasks as well as in the employment of personnel.

Each year, 50 doctors are educated in the medical school in Cotonou, and 50 nurses and 50 midwives accomplish their education in the Cotonou College. The educational level appears to be very good.

The impression of a good professional standard among the staff in the institutions we visited was confirmed in the discussions we had with them, and by our observations of their work with the patients.

There is a massive lack of hospital equipment everywhere: autoclaves, surgical instruments, anesthesia apparatus, operating lamps, laryngoscopes, rehabilitation equipment, scales, and of modern medical imaging equipment. This creates a lot of problems for the efficiency in treatment and in diagnostics. As an example, the shortage of surgical equipment results in a need for high recycling turnover, which is hampered by the bad sterilization facilities. Bottlenecks are also created by defective operating rooms, which creates hazardous situations, where acute patients have to wait for an ongoing planned operation. Lack of modern prenatal diagnostic possibilities contributes to a high perinatal mortality rate among mothers and babies. Better possibilities for ultrasound investigation, performed by the relative fair number of midwives in the country, would be able to predict a lot of potentially hazardous births.

The bad working conditions in hospitals creates problems for retaining specialized doctors in the country, as they are aware of the better working conditions in other francophone countries (esp. France and Canada), where they have spent at least one year during their education. The Faculty of Medicine, responsible for the education of specialists in the country, says that better and more modern equipment, in the large hospitals is of uttermost importance to retain the specialists there and to maintain their qualifications.

Our conclusion is, that Benin is suitable to be a partner of our equipment project. Based on our experiences from a pilot project in Benin this, however, requires updating knowledge of the local technicians through support and educational programs, and furthermore, surveillance performed by a locally based NGO, which is authorized to verify that the donated equipment is being used, and in a good condition.

By donating hospital equipment to a country with severe public health problems an ethical problem might be that the health focus would be deviated from essential issues, such as prevention and “empowerment” of the population, towards issues like technological capacity and ability. This, however, probably does not differ from the considerations other international organizations must have, when they offer focused support to developing countries. Our evaluation is that the advantages clearly dominate the disadvantages.



Rapport à l'issue de la visite de Global Medical Aid au Bénin 2013

Une délégation de Global Medical Aid (GMA) s'est rendue au Bénin du 23.2 au 4.3 2013. Ont participé à cette visite, le président de GMA, maître Hans Frederik Dydensborg, Jesper Sylvest, médecin en chef et Lone Nielsen, sage-femme.

GMA est une ONG danoise ayant pour objectif la donation de médicaments et de matériel hospitalier au profit des hôpitaux des pays du tiers monde. L'organisation compte env. 70 membres danois et internationaux et a, depuis sa création en 2010, octroyé de l'aide médicale d'une valeur de plus de 80 millions de DKK au profit de systèmes de santé dans sept pays.

À ce jour, GMA a fait des dons de médicaments pour près de 10 millions de DKK et de trois conteneurs de 40 pieds chargés de matériel hospitalier au profit des hôpitaux du Bénin. GMA envisage la possibilité d'inclure ce pays en tant que partenaire de coopération à même de bénéficier de quantités importantes d'équipements hospitaliers usagés mais en bon état de fonctionnement du Danemark. Cette organisation a établi des contacts avec le gouvernement et des fonctionnaires au plus haut niveau du système de santé au Bénin, lesquels souhaitent vivement élargir la coopération avec GMA.

Ce rapport reflète les impressions recueillies par la délégation lors de sa visite sur la situation sanitaire au Bénin, et il a été élaboré pour permettre une prise de position en pleine connaissance de cause en ce qui concerne la future coopération avec le pays.

Le rapport a été élaboré par Jesper Sylvest, médecin en chef.

Objectifs de la visite et missions de la délégation

Le rapport décrit le système de santé au Bénin ainsi que ses besoins d'aide. La visite avait aussi pour objectif l'identification des domaines prioritaires où les besoins de matériel se font particulièrement sentir. Par ailleurs, il nous importait de connaître la réalité des compétences professionnelles dans les hôpitaux afin d'évaluer, entre autres, si, parallèlement à la livraison de matériel, un renforcement de ces qualifications du personnel hospitalier était nécessaire. Enfin, notre mission avait pour but de nous assurer que les équipements déjà envoyés étaient bien installés dans les hôpitaux initialement prévus et vérifier si ceux-ci étaient utilisés aux fins prévues.

Sources

La description des défis sanitaires au Bénin repose entre autres sur le rapport intitulé Initiative en matière de santé mondiale (*Global Health Initiative* (GHI)), lancé en 2011 par une série d'organisations humanitaires internationales et d'ONG dont principalement l'USAID. Les informations ont été complétées durant la visite à l'occasion de la réunion entre la délégation et l'USAID. Les données s'appuient, par ailleurs, sur différentes sources d'information recueillies sur Internet et dans des rapports annuels du ministère de la Santé béninois, à savoir le Plan National de Développement Sanitaire du Bénin 2009 – 2018 (PNDS) ainsi que l'Annuaire des Statistiques Sanitaires 2011 (ADSS), rédigé par le comité technique de rédaction du ministère de la Santé.

Enfin, ces données ont été comparées et approfondies au cours des visites effectuées par la délégation aux hôpitaux sélectionnés, à la faculté de médecine, à l'établissement assurant la formation des sages-femmes et des infirmiers, et complétées par des personnes-ressources.

D'après les informations dont nous disposons, les informations de l'Initiative en matière de santé mondiale (données 2006) sont les seules disponibles sur internet.

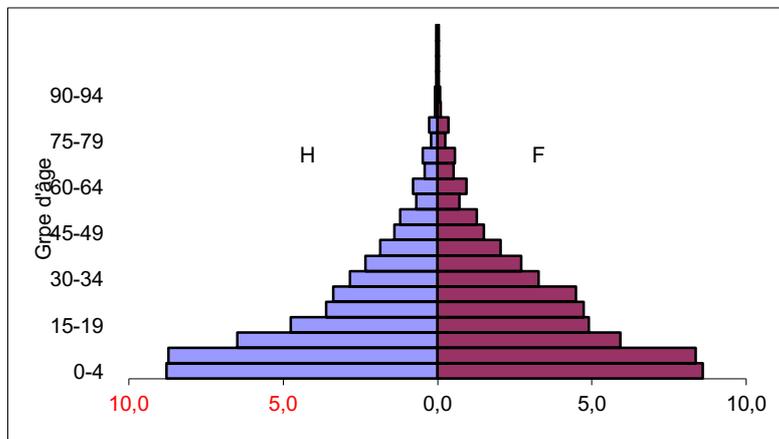
Description de l'organisation du système de santé et défis

Le Bénin est considéré comme l'un des pays les plus démocratiques d'Afrique de l'Ouest, et GMA a établi des contacts avec le gouvernement et des fonctionnaires au plus haut niveau du système de santé au Bénin. Le ministre de la Santé souhaite vivement mettre en place une coopération, et a lancé l'opération « 120 jours pour équiper les hôpitaux et centres de santé du Bénin » qui devrait, grâce à des dons, améliorer les équipements etc. des hôpitaux et centres de santé (www.beninsante.bj).

Avec un budget santé par habitant équivalent à seulement 1,5 % du budget santé par habitant au Danemark, le Bénin a largement besoin d'aide. La situation sanitaire au Bénin est marquée par une forte prévalence des maladies. Près de la moitié de la population ont accès à l'eau potable (*Cranfield University* 2011), et le paludisme représente env. 20 % des causes d'hospitalisations (Banque mondiale).

Pour comprendre les défis sanitaires du pays, il convient, outre les maladies courantes (en particulier paludisme, diarrhée, maladies et suites liées à la malnutrition), de se pencher sur la croissance démographique, la démographie et l'économie.

Le Bénin compte aujourd'hui une population d'un peu plus de 9 millions d'habitants. Le taux de fécondité est élevé (entre 5 et 6 enfants par femme) ce qui donne une pyramide des âges avec une base élargie et un sommet rétréci.



Pyramide des âges du Bénin (source : PNDS)

Les moins de 15 ans représentent selon cette source env. 47 % de la population. Le taux de mortalité des moins de 5 ans est de 12,5 %. En se basant sur les conditions sanitaires de 2002, l'espérance de vie moyenne est de 57 ans pour les hommes et de 61 ans pour les femmes.

Outre la forte croissance démographique, le Bénin, à l'instar d'autres pays en développement, connaît depuis plusieurs années une forte urbanisation qui s'accompagne d'une intense pression sur les infrastructures et les conditions sanitaires en milieu urbain. En effet, selon l'Initiative en matière de santé mondiale, l'accès aux services sanitaires de base des populations vulnérables en milieu urbain est plus limité que celui des populations vivant dans les régions situées au nord et au centre du pays.

Le budget santé représente, part de l'aide internationale comprise, environ 6 % du PIB, soit seulement 5,65 USD par habitant (!) L'économie nationale est extrêmement fragilisée sous la pression d'un « régime draconien » de restrictions imposé par le FMI. L'actuelle ministre de la santé, Dorothée Kinde-Gazard, professeure agrégée de parasitologie et diplômée de l'Institut Pasteur, considérée comme une figure charismatique en politique et incorruptible (source : dialogue avec l'USAID) a, contrairement à d'autres ministères, réussi à passer entre les mailles du filet des coupes budgétaires.

Hôpitaux et cliniques

Niveaux

Les hôpitaux sont répartis en trois niveaux : hôpitaux nationaux, hôpitaux intermédiaires ou départementaux et zones sanitaires périphériques. Sur les cinq hôpitaux nationaux, trois sont des hôpitaux spécialisés : l'HOMEL (Hôpital de la Mère et de l'Enfant de la Lagune certifié ISO), le Centre National de Pneumo-physiologie et le Centre National de Psychiatrie, et les deux autres, un hôpital à Parakou situé au centre du pays et le Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) situé à Cotonou.

La répartition en niveaux est plus historique que réelle, leur nombre divergeant dans les sources auxquelles nous avons eu accès, du fait notamment que plusieurs hôpitaux ne sont actuellement pas opérationnels. Au Bénin, les hôpitaux privés confessionnels, en particulier catholiques ou protestants, jouent un rôle essentiel dans l'offre de soins du pays. En effet, env. 50 % des médecins béninois travaillent dans le secteur privé.

Modalités d'accès aux soins

Tous les soins de santé sont partiellement pris en charge par le patient. Les hôpitaux publics sont subventionnés par le gouvernement alors que les hôpitaux privés sont subventionnés par les organismes qui les ont créés. Les tarifs ne sont pas nécessairement plus élevés dans les hôpitaux publics que ceux du privé, la tarification dépendant du niveau de subvention. Certains hôpitaux bénéficient à la fois de financements publics et privés.

Les coûts des médicaments sont entièrement pris en charge par les patients sauf toutefois pour les patients ou leurs familles proches qui n'en ont pas les moyens. Les employés sociaux dans les hôpitaux vérifient méticuleusement les moyens des patients en contactant les proches, voisins et chefs de village. La part des médicaments ne figure donc pas dans le budget du ministère de la Santé qui s'approvisionne presque exclusivement en médicaments du ticket modérateur auprès de la CAME (la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels à Cotonou) chargée de l'approvisionnement du pays en produits pharmaceutiques. D'après nos informations, les personnes sans ressources bénéficient quand même de soins médicaux et pharmaceutiques. À cette fin, Global Medical Aid envoie depuis l'été 2012 des médicaments d'une valeur de 1,6 millions USD.

Zones sanitaires

Le pays est réparti en 34 zones sanitaires comptant chacune un centre hospitalier départemental qui sert de structure de référence aux 850 centres de santé (publics et privés). Cette couverture des centres de santé permet un accès physique facile aux soins de santé, mais la répartition des ressources est inégale et, en raison des mauvaises conditions de transport pour les urgences, une forte proportion des accouchements en milieu rural sont par exemple non assistés, en particulier dans le cas d'accouchements prématurés.

Env. 90 % des femmes enceintes sont prises en charge par le service de santé et sont suivies par une sage-femme avant l'accouchement, et près de 80 % sont assistées par une sage-femme lors de l'accouchement, un taux relativement élevé pour l'Afrique de l'Ouest. Le taux de mortalité maternelle est toutefois d'env. 400 décès pour 100 000 naissances vivantes et le taux de mortalité néonatale excède 3 %.

Il existe un système de référence entre les différents niveaux du système de santé qui permet d'adresser un malade d'un échelon inférieur à un échelon supérieur, à condition que le diagnostic soit fait à temps. L'Hôpital de la Mère et de l'Enfant (HOMEL) à Cotonou est la maternité la plus spécialisée du pays. Le CNHU accueille tous types de patients référés par les centres de santé et les hôpitaux départementaux à travers le pays.

Les centres de santé s'occupent essentiellement des patients atteints de paludisme, à savoir env. 40 % de toutes les visites et 22 % des nouveaux patients hospitalisés. Selon le journal *The Lancet*, plus de 9 000 enfants de moins de 5 ans sont morts de paludisme en 2008 (dans un pays comptant à peine deux fois plus d'habitants que le Danemark).

Les statistiques montrent (ADSS 2011) que les enfants de moins de 5 ans sont de loin les plus touchés par les maladies. Après le paludisme, on trouve les infections des voies respiratoires, suivies par les affections gastro-intestinales, l'anémie et la coqueluche. Seuls les traumatismes et les affections ostéo-articulaires présentent une incidence plus élevée chez l'adulte et les jeunes hommes que chez l'enfant. Les données relatives à la grossesse et à l'accouchement ne figurent pas dans ces statistiques.

Les enfants occupent ainsi une place prédominante dans les statistiques sur les maladies et sur la mortalité, à l'origine desquelles on trouve les maladies provoquées à la fois par des infections à transmission

vectorielle, aérienne ou hydrique. Par ailleurs, les enfants sont touchés par les suites de complications liées à l'accouchement. Il est donc naturel que le gouvernement béninois et la plupart des organisations humanitaires, aussi bien internationales que gouvernementales (notamment l'UNICEF, l'OMS, l'USDA, l'USAID, l'UNFPA), et les ONG (entre autres confessionnels) collaborent en matière de prévention de lutte contre les infections : eau potable, vaccinations, moustiquaires et amélioration des prestations des centres de santé.

Médecins, formation et spécialisation

Le Bénin compte au total 1 078 médecins, soit un ratio de médecin de 1,2 pour 10 000 habitants. On dénombre 484 médecins dans le secteur public et 594 médecins dans le secteur privé. Cependant, il y a un important chevauchement entre les deux secteurs, les médecins spécialisés du secteur privé travaillant souvent un jour par semaine dans un hôpital public et les médecins du public travaillant souvent dans un hôpital privé le samedi.

Les études de médecine sont assurées par les universités de Cotonou et Paragou. Chaque année, 50 nouveaux étudiants en médecine sont admis à la faculté de médecine de Cotonou et Paragou. A l'instar des autres pays, la proportion des femmes dans l'effectif des étudiants a augmenté. L'université de Cotonou compte 120 enseignants répartis sur professeurs, maîtres de conférence et assistants. Les cours enseignés sont, pour l'essentiel, les mêmes qu'au Danemark, et la durée des études est de 7 ans. Les universités comportent également des écoles de pharmacie, de kinésithérapie, de nutrition et d'assistants sociaux.

Les médecins spécialisés ont suivi des études plus longues. Les médecins spécialisés d'un certain âge ont suivi leurs études en Yougoslavie, Bulgarie et à Cuba. Les plus jeunes ont fait leurs études de médecine de spécialité en France et au Canada. Depuis quelques années, il est possible de suivre les études de spécialité en médecine au Bénin. Le cursus dure au moins 4 ans, et la troisième année se passe à l'étranger pour garantir au spécialiste la pratique et l'usage d'équipements sophistiqués même si ceux-ci ne sont pas, à ce jour, utilisés au Bénin. Sont proposés, les spécialités médicales les plus courantes, à savoir de médecine interne ; chirurgie générale avec 2 spécialités médicales, ainsi que neurochirurgie, chirurgie orthopédique, gynécologie et obstétrique, anesthésiologie, radiologie, pédiatrie, y compris néonatalogie et psychiatrie.

La formation continue pose problème à plusieurs égards. Environ 20 % restent à l'étranger ou y retournent en raison des conditions de salaire et de travail plus favorables qu'au Bénin. Paradoxalement, il est par

ailleurs souvent très difficile pour les médecins spécialisés de trouver un emploi à leur retour au pays en raison d'un gel de recrutement de médecins malgré le manque notoire de médecins. Sans autorisation d'exercer la médecine dans la fonction publique, les médecins se voient contraints d'ouvrir leurs propres cliniques privées basées sur une prise en charge à 100 % par les patients, ou de se faire recruter dans un hôpital privé. Ceux qui ont suivi l'ensemble de leur formation à l'étranger ne reviennent pas au pays et exercent par la suite en France, au Canada ou dans un autre pays d'Afrique.

A la faculté de médecine qui assure désormais la plupart des formations de médecin spécialiste, on s'attache particulièrement à améliorer le niveau des prestations sanitaires au Bénin pour que celui-ci soit de qualité égale au niveau européen, et en particulier dans les CHU qui assurent la formation pratique. Un matériel adéquat constitue un préalable indispensable. C'est la seule manière de retenir les bons médecins qui sont mieux payés dans le privé. Un équipement mieux adapté permettrait, en outre, d'accroître l'efficacité et d'élargir l'offre de soins susceptibles d'accroître le nombre de patients, laquelle, à son tour, permettrait de recruter plus de médecins.

Sages-femmes et infirmiers

Le pays compte env. 2 900 infirmières exerçant dans le secteur public et près de 800 infirmières exerçant dans le secteur privé. Pour les sages-femmes, l'effectif dans le public approche les 900 et env. 350 pour le privé. Il n'y a pas lieu de faire une distinction très nette entre ces deux secteurs.

Les écoles à Cotonou assurant les formations de sages-femmes et d'infirmiers partagent leurs locaux et sont dirigées chacune par un médecin.



« mannequins » à l'école des sages-femmes à Cotonou

Nous avons eu l'occasion de consulter les programmes de formation qui comprenaient les éléments attendus à nos yeux. D'une durée totale de trois ans, les formations reposent sur un mélange de théorie et de pratique. Les étudiants doivent être titulaires d'un baccalauréat pour pouvoir accéder aux formations. Chaque année, l'école forme 50 sages-femmes et 50 infirmières. Il y a quelques années, l'école de sages-femmes a été fermée pendant cinq ans suite à divers problèmes. Durant cette période de fermeture, la barre a été relevée tant ce qui concerne les critères d'admission que les formations proprement dites. Le matériel scolaire était assez usé (notamment les mannequins utilisés par l'école des sages-femmes), mais pouvait encore servir. Les journées comptaient huit heures de cours et une pause-déjeuner de 2 heures. Les classes étaient bien remplies et les cours étaient dispensés depuis une estrade. Les étudiantes se sont levées lorsque nous sommes entrés en compagnie du directeur et nous ont salués en chœur.

La formation spécialisée des sages-femmes pour les examens par ultrasons a lieu dans les grands hôpitaux.

Visites des établissements de soins

Au total, nous avons visité cinq hôpitaux et cliniques : le CNHU et l'HOMEL, deux établissements de premier niveau, Abome – Calavi, hôpital régional à proximité de Cotonou, et l'hôpital de Menontin, un ancien centre de santé qui a progressivement obtenu le statut d'hôpital. Enfin, nous avons visité la Clinique Boni d'Akpakpa, une clinique privée assez luxueuse qui est située à Cotonou et qui repose entièrement sur le ticket modérateur. Comme nous l'avons dit, toutes les prestations de soins sont partiellement prises en charge par les patients. Vus depuis le Danemark, les prix sont abordables. Une consultation ambulatoire coûte approximativement entre 10 DKK et 50 DKK selon l'établissement. Un accouchement coûte entre 300 DKK (dans un hôpital national et l'HOMEL, par exemple) et 600 DKK environ dans une clinique privée. Les interventions chirurgicales sont plus onéreuses. Une césarienne coûte entre 1 000 DKK et 4 000 DKK environ dans la clinique la plus chère (Boni d'Akpakpa).

Dans tous les établissements, nous avons visité différents services. Nos visites avaient été annoncées et ont commencé dans les bureaux de la direction. Durant nos visites, nous avons été accompagnés par le directeur du service des hôpitaux du ministère de la Santé, M. Kuassi Marcellin Amossou-Guenou, également professeur en biophysique à l'université et médecin, spécialisé dans la médecine nucléaire et formé notamment à Bordeaux ainsi qu'à Saint-Étienne où il a obtenu son doctorat.

Après une brève présentation auprès de la direction, nous avons reçu une « visite guidée » en compagnie d'un membre de la direction dans les services que nous avons nous-mêmes choisis sur place. Dans chacun de ces services, un spécialiste local en charge a pris la relève de la visite guidée. De manière générale, nous avons eu l'impression que les membres du personnel avaient envie de présenter leurs services respectifs. Les visites dans chacun des établissements ont duré entre trois et quatre heures. Nul n'a tenté de dissimuler ou de mettre en évidence les lacunes/manques observés dans les établissements.

Matériel

De manière générale, les lacunes/manques observés dans les établissements étaient liés au matériel. En quelques mots, on peut conclure qu'à l'exception de la clinique privée Boni d'Akpakpa, qui est bien équipée, tous les établissements manquaient de matériel en tous genres.



Table d'examen, service de gynécologie-obstétrique, clinique privée « Boni d'Akpakpa »

Les bureaux et les lits étaient en mauvais état et rouillés. Le manque d'autoclaves posait un gros problème : les instruments s'accumulaient en attendant d'être nettoyés après usage, car leur nombre n'était pas suffisant.

Le CNHU (Centre National Hospitalier Universitaire) ne disposait pas du matériel le plus élémentaire. Ils nous ont demandé si nous pourrions leur procurer du matériel en tous genres : tensiomètres pour enfants, plateaux d'instruments chirurgicaux destinés à la plupart des opérations, appareils d'anesthésie, laryngoscopes, matériel de monitoring, respirateurs, microscopes, centrifuges, analyseurs des gaz du sang,

spectrophotomètres, balances, réfrigérateurs, congélateurs, ordinateurs, appareils ultrasons, etc. Notre visite dans les différents services n'avait pas été annoncée, mais nous avons été brièvement présentés à titre de spécialistes venus observer les conditions de travail et le matériel dans les services et chargés de rédiger par la suite un rapport susceptible de déboucher sur l'obtention de matériel hospitalier usagé.

Le service d'orthopédie ne produisait que des « prothèses d'appoint ». Le socle de la prothèse avait été exécuté par moulage, mais le service ne disposait pas d'articulations artificielles. Aussi, la cuisse, la jambe et le pied avaient-ils été coulés d'une pièce.

Néanmoins, cela était une meilleure solution que celles observées dans la rue, où de nombreuses personnes avaient perdu des membres et où celles ayant subi une double amputation se déplaçaient sur des skate-boards en se propulsant à l'aide de deux blocs en bois. Le service de kinésithérapie disposait d'une bonne piscine d'entraînement qui, toutefois, n'était pas utilisée, car les systèmes de pompage et d'épuration étaient défectueux.



Haltères dans le service de kinésithérapie (quand on manque de matériel, il faut savoir faire preuve de créativité)

Après notre visite guidée, alors que nous quittions le CNHU, nous avons reçu des services visités des listes rapidement établies qui incluaient notamment le matériel manquant décrit ci-dessus. Ces listes correspondaient entièrement à nos observations (par exemple, accumulation des instruments en attente d'être nettoyés suite au manque de matériel). Nous avons observé des salles d'opération qui ne disposaient pas de matériel d'anesthésie ni d'un éclairage correct. De même, nous avons vu des tables d'accouchement

dont la détérioration du rembourrage était inacceptable. Mais tel était le matériel dont disposait l'établissement.



Table d'examen, service de gynécologie-obstétrique, CNHU

De manière générale, les services gardaient de côté le matériel plus onéreux défectueux : dans le cas où le matériel utilisé « tomberait en panne », il serait peut-être quand même possible de réparer le matériel défectueux.



Autoclave défectueux, CNHU

Nous avons visité un seul service de radiologie (CNHU). Notre visite a été contrecarrée par une coupure d'électricité qui a duré une heure ou plus. Dès lors, seul un manipulateur était présent et nous n'avons observé que du matériel de vieille date et quelques radiographies sur les écrans d'observation. Ces radiographies étaient également de basse qualité. Un ancien scanner CT (tomodensitomètre) hors service nous a été présenté. Cet établissement et d'autres aimeraient beaucoup disposer d'un scanner IRM et nous ont demandé si nous pourrions leur en procurer un.

Les revêtements intérieur et extérieur des bâtiments étaient souvent écaillés. S'ils étaient rouillés et écaillés, les lits nous ont toutefois donné l'impression d'être soigneusement nettoyés après usage. Les matelas étaient, eux aussi, défectueux, mais ils étaient recouverts de plastique durant leur utilisation.

L'HOMEL (Hôpital de la Mère et de l'Enfant) a été construit et subventionné par des fonds japonais. L'hôpital est certifié conforme à la norme ISO. Les bâtiments étaient élégants, mais ici aussi, leur revêtement était écaillé. Les subventions avaient de toute évidence été arrêtées et il ressort des rapports économiques du ministère de la Santé que l'établissement n'a plus reçu de subventions japonaises depuis plusieurs années. Ce que reflètent le matériel et les possibilités de traitement. L'établissement réalise environ 6 000 accouchements par an. Quelque 30 % proviennent d'une région rattachée à l'hôpital ; le reste a été référé par d'autres établissements de soins. Ici, environ 20 % des accouchements sont opérés par césarienne. Le monitoring de l'enfant durant l'accouchement est assuré comme il y a 30 ans au Danemark à l'aide d'un stéthoscope pour sage-femme. L'hôpital ne dispose pas du matériel électronique nécessaire. Le service de néonatalogie était un peu mieux équipé.

Dans les petits établissements, nous avons observé un manque important d'installations opératoires, si bien que les opérations en urgence (césariennes) doivent attendre que l'opération électorale (prévue) soit terminée. De manière générale, la situation du matériel était identique. Les lits étaient également en très mauvais état, et à l'Hôpital de Menontin, les patients étaient couchés sur le sol dans plusieurs chambres que nous avons visitées.



Appareil d'anesthésie usagé à l'Hôpital de Menontin

Nous avons observé des autoanalyseurs fonctionnels dans les plus grands établissements. Tous ces appareils étaient de vieille date, tandis que l'hôpital privé plus exclusif disposait d'un équipement de meilleure qualité et son laboratoire faisait office de laboratoire payant pour des cliniques privées (probablement onéreuses, elles aussi).

Niveau professionnel

Il est clair que nous n'avons pas pu nous faire une idée sûre des compétences au cours de notre courte visite. Cela exigerait que nous séjournions plus longtemps sur place et, de préférence, que nous prenions part au travail clinique. Néanmoins, nous avons l'impression que le niveau professionnel des établissements que nous avons visités était suffisant, notamment à la lumière des conditions locales.



Césarienne CNHU

Le personnel était très attentif en termes de stérilité. Il nous a été prestement demandé de nous changer avant d'entrer dans les zones opératoires et les services de maternité et de néonatalogie (dans ce dernier cas, au CNHU et à l'HOMEL). Dans le service d'accueil pour les femmes en travail à l'HOMEL, qui accueillait aussi bien des patientes de la région locale que des cas complexes d'autres zones, le personnel veillait à séparer les mères et les nouveaux-nés de ces zones de la population locale. Dans le laboratoire, on nous a indiqué que l'établissement n'avait pas observé de SARM (Staphylococcus Aureus résistant à la méthicilline) en 2012 chez les patients de la région locale rattachée au sein de la capitale. Par le reste, nous n'avons pas

pu nous faire d'idée claire concernant la prévalence des infections nosocomiales dans les établissements que nous avons visités.

Sur le plan professionnel, la prise en charge des femmes en travail semble à hauteur des normes danoises, sauf que, en dehors du stéthoscope pour sage-femme, les établissements ne disposaient pas de matériel pour monitorer l'enfant durant l'accouchement. Dans les services de maternité que nous avons visités, des échographies étaient proposées aux femmes enceintes (matériel de vieille date, mais toujours en état de fonctionnement) et les sages-femmes chargées de ces examens possédaient de bonnes compétences professionnelles.



Appareil à ultrasons dans le cabinet de consultation d'une sage-femme

Les interventions électorales et les césariennes sont normalement exécutées sous anesthésie spinale ou épidurale. Nous avons assisté à une césarienne dans le cadre de laquelle la patiente éveillée a été informée de notre présence à titre de spécialistes. À cet égard, il convient de noter que le personnel a toujours veillé à obtenir l'autorisation des patients avant que nous ne prenions des photos. Comme nous l'avons dit, le service de néonatalogie que nous avons visité (HOMEL) disposait de matériel de qualité relativement bonne (couveuses, oxygène, aspiration, alimentation par sonde avec du lait tiré par la mère). Le monitoring

était rapproché et le service comptait des enfants pesant à peine 800 grammes. L'un des bébés qui souffrait d'une infection a subi une ponction lombaire pendant notre visite.



Service de néonatalogie, HOMEL

Contrôle du matériel envoyé

Comme nous l'avons dit au début du présent rapport, GMA a envoyé trois conteneurs de 40 pieds chargés de matériel hospitalier. La plupart de ce matériel était de nature relativement basique et n'exigeait pas de connaissances technologiques particulières pour être mis en place ou utilisé. Il s'agissait de lits d'hôpital, de lampes scialytiques, de lits d'examen, de bureaux/tables, de balances et de fauteuils roulants ainsi que d'un scanner à ultrasons et d'un appareil de radiologie. Comme convenu avec GMA, le matériel avait été réparti par le ministère de la Santé dans les hôpitaux que nous avons visités. Le CNHU est le seul établissement où la mise en place et l'utilisation du matériel n'étaient pas suffisantes. Dans cet établissement, quelque 20 bureaux/tables et plusieurs lits se trouvaient encore dans le dépôt. Concernant les tables, la direction a indiqué que celles-ci n'étaient pas nécessaires, ce qui aurait pu être une explication logique. Néanmoins, il s'est avéré lors de notre passage dans les services que les salles de réunion et autres avaient clairement besoin de tables. Nous avons court-circuité le processus et un service a reçu des tables immédiatement après. Dans le dépôt se trouvaient en outre trois lampes scialytiques qui n'avaient pas été mises en place, car une pièce intermédiaire nécessaire n'avait pas été envoyée, selon les informations disponibles. La direction a affirmé (après avoir longuement discuté) que le problème avait été signalé à la Direction des

hôpitaux du ministère de la Santé. Nous avons décrit ces lacunes et le problème signalé dans un rapport adressé au ministère de la Santé et à la Direction des hôpitaux.

L'organisation du CNHU nous a semblé manquer de « cohérence » : le zèle et le professionnalisme observés dans les services se démarquent clairement de la direction. Cela ne nous a pas du tout paru être le cas dans les autres établissements.

Discussion

De manière générale, lors de notre visite au Bénin, nous avons observé une certaine ouverture et transparence vis-à-vis des lacunes/manques liés aux modestes ressources économiques. Les établissements sont revenus vers nous concernant les questions pour lesquelles nous n'avons pas pu immédiatement obtenir de réponses, et nous avons parfaitement pu organiser notre programme et le modifier à notre convenance. C'est pourquoi nous sommes d'avis que les informations obtenues offrent une image fidèle des conditions locales, bien que celles-ci aient été observées par des Danois venant à peine d'arriver dans le pays. Il est clair que lorsque le but de notre visite était de chercher à procurer du nouveau matériel de meilleure qualité, cela entraîne implicitement la mise en évidence des manques et des lacunes dont souffrent les établissements. Néanmoins, comme nous l'avons dit, nous avons constaté lors de notre visite dans les services cliniques que les souhaits des établissements correspondaient aux manques observés.

Par ailleurs, les souhaits du ministère en termes de matériel dans le cadre du projet « 120 jours pour équiper les hôpitaux et centres de santé du Bénin » semble, de manière générale, correspondre aux besoins.

L'envoi à l'essai effectué par GMA en novembre 2012 a montré que la coopération n'était pas suffisante entre tous les « systèmes » au Bénin. Un constat que nous avons également fait dans le cadre de notre visite et dont les systèmes sont parfaitement conscients au plus haut niveau. La promesse nous a été faite que des changements administratifs seraient apportés. Cependant, cela souligne également la nécessité d'un système de contrôle qui serait idéalement mis en place en dehors du système établi. La future surveillance permanente de la mise en place et de l'utilisation du matériel aux fins prévues ne peut pas être assurée depuis le Danemark. Cette tâche doit être assumée à l'échelon local.

Afin de garantir l'affectation et l'utilité des dons, il est donc essentiel, en collaboration avec une ONG ancrée à l'échelle locale, de surveiller la répartition correcte, l'utilisation et l'entretien du matériel. Cette ONG devra transmettre régulièrement des rapports au Danemark, qui pourra alors mettre en œuvre les mesures nécessaires concernant les équipements hospitaliers déjà expédiés et, le cas échéant, les futurs envois de matériel. De même, il est crucial que cette ONG soit intégrée dans un contrat avec le ministère de la Santé. Durant notre visite, nous sommes entrés en dialogue avec une ONG qualifiée concernant une future collaboration¹.

S'agissant des établissements que nous avons visités, nous estimons que ceux-ci ont plus que largement besoin de matériel et que tout type de matériel leur sera utile. Il sera probablement possible de résoudre les problèmes liés à la fonctionnalité et à l'entretien du matériel, mais une étude technique plus approfondie préalablement à l'envoi du matériel semble requise.

Il s'avère nécessaire de définir plus en détail les priorités concernant le matériel hospitalier nécessaire au Bénin tandis que le matériel usagé ne servant plus au Danemark doit être enregistré et faire l'objet d'une évaluation quant à son envoi éventuel au Bénin. À cet égard, nous estimons que même du matériel relativement sophistiqué (tel que du matériel d'endoscopie et autre matériel d'imagerie) sera utile aux établissements du Bénin dans la mesure où l'entretien et les coûts d'exploitation ne dépassent pas les ressources des établissements.

Il nous semble essentiel d'améliorer les conditions liées à l'entretien des compétences dans les différents domaines de spécialité via le don de matériel et de tenter de garantir que les spécialistes restent au Bénin. Sans cela, ces derniers risquent de vouloir émigrer vers l'Europe ou d'autres pays d'Afrique où les conditions de travail et économiques sont meilleures. De manière générale, un renforcement des qualifications du personnel médical au Bénin dans le cadre de l'envoi de matériel légèrement plus sophistiqué ne semble pas nécessaire vu le niveau professionnel relativement élevé. Toutefois, un tel renforcement devra dépendre d'une évaluation médicale concrète par rapport au matériel proposé (scanners ou matériel de laboratoire et de radioscopie, par exemple).

Bien entendu, pour tout projet d'une telle nature, des réflexions éthiques s'imposent quant à savoir si l'envoi de matériel risque de donner plus d'importance aux capacités technologiques plutôt qu'à la santé publique, pour laquelle la prévention et le « renforcement des compétences » (*empowerment*) restent

¹ En avril 2013, GMA a conclu un accord avec une ONG, Benin Sante Info-Plus (BSIP), visant à ce que BSIP contrôle en continu le matériel livré (www.santeinfoplus.org).

essentiels si l'on veut pouvoir réduire les problèmes importants qui règnent dans le pays (taux de mortalité infantile, soins maternels et problèmes de nutrition).

Quoi qu'il en soit, de telles réflexions ne diffèrent pas de celles nourries par d'autres organisations internationales quant au ciblage de l'aide offerte aux pays en développement.

S'agissant de l'utilité du matériel donné, on notera à titre d'exemple que le don de matériel de meilleure qualité servant à diagnostiquer les problèmes de fin de grossesse permettrait, grâce aux possibilités d'examens prénataux par ultrasons, de sauver un grand nombre de vie (tant chez les mères que chez les enfants) puisque les problèmes liés à l'accouchement imminent pourraient être identifiés à temps. À cet égard, le Bénin dispose d'un nombre relativement élevé de sages-femmes correctement formées qui pourraient se charger de cette tâche après avoir suivi une formation complémentaire.

Conclusion

Le Bénin est un pays pauvre d'Afrique occidentale, qui connaît d'importants problèmes de santé et manque largement de personnel médical. Néanmoins, le personnel employé dans le secteur hospitalier semble bien formé et compétent. De manière générale, les hôpitaux ont tous grandement besoin de matériel même le plus basique, ce qui se répercute largement sur l'efficacité des soins et contribue à une fuite du personnel hautement formé vers d'autres pays où les conditions sont plus intéressantes. Le gouvernement et les différents systèmes sont très attentifs aux lacunes/manques existants et souhaitent vivement élargir leur collaboration avec GMA en vue d'améliorer les conditions d'examen et de traitement des patients ainsi que les conditions de travail du personnel médical dans le pays. Dès lors, nous estimons que le Bénin peut être intégré dans un tel projet. Une collaboration avec une ONG locale concernant une supervision en continu semble essentielle.

Le traduction du présent rapport a été assurée par Carina Sennenwaldt, traductrice assermentée en langues française et danoise.