

REPUBLIQUE DU BENIN

**MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

-----@-----

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI (UAC)

-----@-----

FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION (FASEG)

-----@-----

**Mémoire de fin de formation présenté en vue de l'obtention des crédits
Associés au diplôme de : LICENCE PROFESSIONNELLE EN SCIENCE ECONOMIQUE**

Option : Economie

FILIERE : ECONOMIE ET GESTION DES STRUCTURES SANITAIRES (EGSS)

THEME

**La régulation du système sanitaire en
république du Bénin : enjeux et
perspectives**

Réalisé et Présenté par:

**BADJAGOU Claude Bernard
BATCHO Dieu-Donné**

Jury N° 17

Président : Dr SATOGUINA Honorat

**Membres : KASSIKI Paulin
FACHINAN Igor**

Maître de mémoire :

Dr. Hilaire HOUENINVO

Année académique 2014-2015

AVERTISSEMENT

La Faculté des Sciences Economiques et de Gestion de l'Université d'Abomey-Calavi n'entend donner ni approbation, ni improbation aux opinions émises dans le présent mémoire. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

DEDICACES 1

De tout mon cœur, je dédie ce travail à :

- ❖ Mon cher papa David Kotchofa BADJAGOU, je te serai reconnaissant pour ton profond amour, ton dévouement, tes conseils, tes prières et tes peines. Que Dieu t'accorde longue vie pour que tu puisses jouir des fruits de tes durs labeurs.
- ❖ Ma chère maman Louise kadjogbé IDOGNON, pour toute l'assistance et tous les soins dont tu m'as comblé. Puisse l'Éternel te bénir, je te souhaite longue vie afin que tu puisses voir tes enfants se hisser haut.
- ❖ Mes frères, sœurs et ami(e)s.

Claude Bernard Ifoché BADJAGOU

DÉDICACE 2

- ❖ À Dieu tout puissant pour son amour, ses bienfaits et toutes ses grâces dont il me comble chaque jour. Merci Seigneur.
- ❖ À mes chers père Monsieur Séraphin BATCHO et mère Madame Yvette BATCHO née ASSOGBA, votre rigueur et votre ardeur au travail m'ont permis d'affronter avec courage certaines difficultés de la vie.
- ❖ A Mes frères, sœurs et ami(e)s

Je dédis ce mémoire

Dieu-Donné Yomi BATCHO

REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont à l'endroit de :

- ✓ Dr. Hilaire HOUENINVO, notre maître de mémoire pour avoir accepté de suivre ce travail, pour son précieux encadrement malgré ses occupations.
- ✓ Tous nos professeurs qui, chacun en ce qui le concerne, ont contribué à notre formation ;
- ✓ Des autorités et du corps professoral de la Faculté des Sciences Economiques et Gestion, le Vice-doyen de la FASEG Augustin C. CHABOSSOU en l'occurrence le professeur Charlemagne IGUE, le Doyen de la FASEG.
- ✓ Des autorités de l'UAC ;
- ✓ Messieurs les membres de notre jury qui ont bien voulu sacrifier de leur temps précieux en vue de juger ce travail. Veuillez agréer l'expression de ma profonde gratitude ;
- ✓ Mme Rose BADJAGOU et Mr Sylvestre HOUEHOU, pour votre affection et vos différents soutiens qui ne m'ont jamais fait défaut.
- ✓ Angelo GNIMASSOUN pour vos conseils
- ✓ Mes frères, sœurs, maman et amis, Solange, Théophile, François, Séraphin, Georges, Bienvenue, Salomé, Expédit, Hospice, Adèl, Natacha, Kévin, Adjikè, Léocadie, Oronce, Barnabé, Valère, Jean, Roger, Cosme, Blaise, Georges, Santos, Christian, Orétan Franck, Hervé, Alphonsine, Immaculée, et plus particulièrement les Félix BADJAGOU pour tous les moments de peines et de joies partagés ensemble.
- ✓ BADJAGOU Toussaint, Victorine, Madeleine, et Jacqueline BATCHO, pour leurs joies et leurs affections qu'elles m'ont toujours offertes.
- ✓ La grande famille AFFOUKOU de ZAFFE, notamment les grandes personnalités pour leurs conseils et différents soutiens.
Vous serez toujours dans mon cœur
- ✓ Monsieur Charles ADJAKPA et son épouse.
- ✓ Monsieur Robert BATCHO et son épouse.
- ✓ Mon frère et sœurs Boris, Martine, Solange.
- ✓ Mes camarades de classe Jeanne, Mariette, Bernard, Justine.
- ✓ Mes amis, Faustin, Guillaume, Mathieu, Santos, Laurent, Epiphane, Romaric, Victorin, Julien, Jules, Jérôme.
- ✓ Tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à l'aboutissement parfait de ce travail.

- ✓ Toute notre promotion, pour l'ambiance qui a régné parmi nous tout au long de notre formation ;

- ✓ De tous ceux qui, de loin ou de près ont contribué à la réalisation du travail.

SOMMAIRE

Introduction

Chapitre 1 : Cadre théorique et méthodologique

Section 1 : Ciblage de la problématique et formulation des objectifs et hypothèses de recherche

Paragraphe 1 : Problématique de recherche

Paragraphe 2 : Définition des objectifs et hypothèses de recherche

Section 2 : Présentation de la revue littéraire et de la méthodologie de recherche

Paragraphe 1: Revue de littérature

Paragraphe 2 : Méthodologie de recherche

Chapitre 2 : Présentation, analyse des résultats et approche de solution

Section 1 : Présentation et analyse des résultats

Section 2 : Mesures et suggestions en vue d'améliorer les performances du système sanitaire

Conclusion

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

FIGURES

Flux de financement de la santé au Bénin	42
--	----

TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des Médecins et Infirmiers selon l'effectif de la population par département en 2011, 2012 et 2013.....	28
Tableau 2 : Système national de santé au Bénin en 2011	29
Tableau 3 : Répartition des sages-femmes selon l'effectif de la population par département en 2011, 2012 et 2013	33
Tableau 4 : Répartition des Techniciens de Laboratoires et de Radiologies selon l'effectif de la population par département en 2011, 2012 et 2013	35
Tableau 5 : Répartition des personnels Paramédicales privés par département en 2011 et 2013	36
Tableau 6 : Répartition de lits Hôpitaux selon l'effectif de la population par département en 2011, 2012 et 2013	38
Tableau 7 : Fonctionnalité des Hôpitaux en 2011 et 2012	40
Tableau 8 : Synthèse des ressources financières en 2013	43
Tableau 9 : Ratio budget secteur santé sur budget de l'Etat en 2013	43
Tableau 10 : Dépense de fonctionnement du niveau central de l'année 2013	43
Tableau 11 : Délégation de crédit aux départements de l'année 2013	44
Tableau 12 : Prévision (en million de FCFA) des aides internationales par source de financement au secteur santé	45
Tableau 13 : Forces et Faiblesses du système sanitaire Béninois	61

ACRONYMES

DECLINAISONS

AIMS	: Appui Institutionnel du Ministère de la Santé
AFD	: Agence française de Développement
ANAM	: Agence Nationale de l'Assurance Maladie
ANG-Cés	: Agence Nationale de la Gratuité de la Césarienne
ANTS	: Agence Nationale de la Transfusion Sanguine
ANVSSP	: Agence Nationale de Vaccination et des Soins de Santé Primaire
BAD	: Banque Africaine de Développement
BADEA	: Banque Arabe pour le Développement Economique de l'Afrique
BM	: Banque Mondiale
BN	: Budget National
CASES	: Centre d'Action de la Solidarité et d'Evolution de la Santé
CDT	: Centre de Détection de la Tuberculose
CDV	: Centre de Dépistage Volontaire de VIH
CHD	: Centre Hospitalier Départemental
CIPEC	: Centre d'Information, de Prospective et de Conseil
CNHU-HKM	: Centre National Hospitalier et Universitaire - Hubert Koutoukou MAGA
CNSS	: Caisse Nationale de Sécurité Sociale
COGES	: Comité de Gestion
CS	: Centre de Santé
CTAL	: Centre de Traitement Anti-Lèpre
CTB	: Coopération Technique Belge
CTI	: Comité Technique Interministériel
DDS	: Direction Départementale de la Santé
Disp	: Dispensaire
DH	: Direction des Hôpitaux
DPP	: Direction de la Programmation et de la Prospective
DRFM	: Direction des Ressources Financières et du Matériel
EEZS	: Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire
Ext	: Extérieur
FAC	: Fonds d'Aide à la Coopération
FAD	: Fonds Africain de Développement
FAP	: Femme en Age de Procréer
FBR	: Financement Basé sur les Résultats
FED	: Fonds Européen de Développement
FNUAP	: Fonds des Nations Unies pour les Activités de Population
FSP	: Formations Sanitaires Publiques
GAVI	: Alliance Mondiale pour la Vaccination et l'immunisation
GTZ	: Coopération allemande au développement
Hab.	: Habitant(s)

HIA	: Hôpital d'Instruction des Armées
HZ	: Hôpital de Zone
IEC/CCC	: Information Education Communication/Communication pour un Changement de Comportement
IGPECP	: Initiative de Gratuité de la Prise en Charge du Paludisme
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
Mat.	: Maternité
MCZS	: Médecin Coordonateur de Zone Sanitaire
MNT	: Maladie Non Transmissible
MS	: Ministère de la Santé
na	: non applicable
Nb	: Nombre
nd	: non disponible
OCB	: Organisation à base communautaire
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PENTA	: Pentavalent
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PRHS	: Profil des Ressources Humaines en Santé
PRPSS	: Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé
PSDRHSS	: Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du Secteur Santé
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PTME	: Prévention de la Transmission Mère Enfant
RAMU	: Régime d'Assurance Maladie Universelle
RES.EXT.	: Ressources Extérieures
RES.INT.	: Ressources Intérieures
RSS	: Renforcement du Système de Santé
SAMU	: Service d'Accueil Médical et d'Urgence
SF	: Sage-femme
SFE	: Sage-femme diplômée d'Etat
SGSI	: Service de Gestion du Système d'Information
SIDA	: Syndrome d'Immuno – Déficience Acquise
SNIGS	: Système National d'Information et de Gestion Sanitaires
SONU	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
TI	: Taux de létalité
TL	: Technicien de Laboratoire
TPM-	: Tuberculose Pulmonaire à Microscopie négative
TPM+	: Tuberculose Pulmonaire à Microscopie positive
TR	: Technicien de Radiologie
TCV	: Taux de Couverture Vaccinale

Tx	: Taux
UCP	: Unité de Coordination du Projet
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USA	: Etats-Unis d'Amérique
USAID	: Agence des Etats-Unis pour le Développement International
UVS	: Unité Villageoise de Santé
VAR	: Vaccin Anti – Rougeoleux
VIH	: Virus de l'Immuno Déficience Humanitaire
ZS	: Zone Sanitaire

RESUME

Le développement du système sanitaire Béninois est la préoccupation de tout le temps du Ministère de la santé publique, qui a travaillé pour la mise en œuvre d'une politique de répartition des ressources du secteur sanitaire. De plus cette répartition est accompagnée par un financement provenant de l'Etat, des aides extérieures, des bailleurs de fonds interne, des entreprises privées et avec le paiement direct des ménages. Ainsi, dans le but d'analyser et de proposer de nouvelles politiques de régulation du système sanitaire, nous nous sommes fixé un objectif délibéré suivant ces formulations spécifiques :

- OS1 : Analyser l'impact de la répartition des personnels de santé, infrastructures sanitaires sur l'accessibilité géographique de la population aux soins de santé de qualité.
- OS2 : Déterminer l'importance de la politique de financement sur le fonctionnement du système sanitaire.

Les différentes hypothèses, formulées à partir de ces dits objectifs, ont été testées à travers les résultats de nos enquêtes et entretiens.

Ainsi, on peut affirmer que la répartition des ressources du secteur sanitaire, en plus les stratégies et mécanismes mis en œuvre avec l'allocation disproportionnée des ressources financières aux différents départements, permettent une accessibilité géographique, financière et aux soins de santé de qualité.

Dès lors nous proposons une politique d'élargissement des options de financement de la santé, avec les systèmes de partage des risques sur le territoire. Aider les pauvres à faire face aux dépenses de soins de santé. Utiliser des stratégies visant à accroître le nombre de personnels soignants, de même le développement continu des compétences au niveau de ces personnels. Enfin adopter des politiques qui doivent augmenter et stimuler les offreurs de soin de santé a beaucoup aimé travailler dans n'importe quel département de la république du Bénin.

INTRODUCTION

Le Bénin reconnaît la protection sociale comme un droit pour tout individu et une condition du progrès économique et social, en adhérant à la plupart des conventions et accords internationaux qui ont rapport à la protection sociale. En effet la vision du Bénin exprimée dans le document des études nationales de perspectives à long terme Alafia 2025 met un accent particulier sur le bien-être social. Dans cette logique, le Ministère de la Santé a pour objectif d'œuvrer à « *l'amélioration des conditions socio sanitaires des familles sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes* ». (PNDS, 2009)

Par ailleurs, la constitution du 11 décembre 1990 légitime, en son article 8, reconnaît l'accès à un niveau adéquat de protection sociale pour tous comme un droit fondamental. Ce qui fait obligation à l'Etat d'assurer à ses citoyens un accès égal à la santé, à l'éducation, à l'information, à la formation professionnelle et à l'emploi. Cette disposition constitutionnelle se justifie, entre autres, par le fait que la santé est la pierre angulaire de tout processus de développement, dans la mesure où elle contribue au bien-être individuel et collectif, ainsi à tout système de production, la plus précieuse des ressources à savoir le capital humain. De ce fait, la santé est un bien irremplaçable et joue un rôle économique et social indéniable.

Dès lors, l'amélioration de l'état de santé et de l'espérance de vie de la population en générale et principalement des couches sociales les plus vulnérables, est l'un des buts fondamentaux du gouvernement, en particulier du Ministère de la Santé. Alors quelles sont les politiques utilisées pour assurer une accessibilité géographique, financière, et aux soins de qualité à toute la population Béninoise ? La recherche d'une réponse à cette préoccupation nous amène à construire ce thème : « **La régulation du système sanitaire en République du Bénin : enjeux et perspectives** ».

A cet égard, la présente étude vise à étudier la régulation du système sanitaire en République du Bénin. En effet, les résultats qui en découleront permettront de voir si les politiques, stratégies et mécanismes adoptés peuvent être considérés ou non comme facteurs permettant d'assurer un meilleur état de santé à la population et de prendre conscience de leurs rôles dans le rapprochement de la santé auprès de toutes les couches de personne au Bénin.

Cette étude est organisée en deux chapitres. Le premier procèdera d'abord à la présentation de la problématique, des objectifs et hypothèses de recherche, ensuite suivra la revue littéraire et enfin de la méthodologie de recherche. Le deuxième présentera les principaux résultats obtenus qui notamment sont sous forme de tableaux, ainsi que leur interprétation économique. Elle s'achève par des suggestions et mesures de politique économique dans l'optique de pallier aux problèmes financiers et aux soins de qualité que rencontrent les démunis et indigents.

CHAPITRE 1 :

CADRE THEORIQUE

ET

METHODOLOGIQUE

SECTION 1 : Ciblage de la problématique et formulation des objectifs et hypothèses de recherche

Paragraphe 1 : Problématique de recherche

On ne peut pas parler du développement sans la population. Le développement de l'Afrique est, et sera largement conditionné par le développement de sa population, et aussi de l'amélioration du niveau de vie de la population du point de vue des revenus, de la santé, de l'éducation et du bien-être en général. Le problème de la population n'est pas uniquement une question de chiffres, c'est aussi une question de bien-être humain qui relève des caractéristiques et du fonctionnement du système sanitaire. La population constitue le premier élément qui permet d'accroître la richesse nationale à travers la production des biens et services dans une économie d'échange. Selon le rapport du PNS (2010), le système de santé béninois est financé environ à (52%) par les paiements directs des ménages et les mécanismes de prépaiement et de mutualisation du risque ne sont pas obligatoires et ne couvrent que 6% de la population. Ce qui suppose qu'un pourcentage élevé de la population fait face aux dépenses catastrophiques des soins de santé. Ce segment regroupe les « sans-emploi », les artisans et revendeurs à bas revenu, les paysans et autres indigents. Ces couches sociales sont localisées un peu partout : tant dans les zones rurales que périurbaines et même au cœur des grandes agglomérations. Ce groupe social se trouve exclu de toute couverture sociale institutionnalisée car ne possédant ni emploi stable, ni les moyens de souscrire à une assurance privée. Les services de santé publics dont bénéficient les pauvres sont les services fournis par les centres de santé (CS), premier niveau de soins dans certains villages ; les complexes communaux de santé (CCS) où sont dispensés les soins de santé primaires ; les centres de santé de sous-préfecture (CSSP).

Donc le système de santé est confronté à un problème d'accessibilité géographique, financière et aux soins de santé de qualité par les localités déshérités et éloignés (PNS, 2010). De plus un rapport du ministère de la santé publique a confirmé un certain nombre de dysfonctionnement dont un déséquilibre géographique des effectifs du personnel de santé en défaveur des localités déshéritées et éloignées ; une absence de la mobilité interne et externe du personnel (absentéisme, mutation, détachement, sollicitations professionnelles etc.) ; une pénurie de certaines catégories de ressources humaines (notamment les médecins spécialistes, les

techniciens supérieurs de laboratoire et de radiologie, les anesthésistes; etc.); une pléthore de personnel d'appui et de soutien.

Mais il est évident aujourd'hui que tous les pays africains notamment le Bénin recherche le bien-être de sa population.

Au regard des problèmes qui minent le système de santé béninois, comment est organisé ce système ? Quelles en sont ses caractéristiques ? Quelles sont les structures, les directions et les acteurs de régulation de ce dernier ? Quels sont les stratégies et mécanismes mis en œuvre pour le maintien, et un bon fonctionnement du système sanitaire? Telles sont les interrogations qui feront l'objet de la présente étude.

Paragraphe 2 : Définition des objectifs et hypothèses de recherche

A- Objectifs

a.) Objectif général

L'objectif général de ce travail est d'étudier la régulation du système sanitaire au Bénin.

b.) Objectifs spécifiques

Ils peuvent se formuler comme suit :

- OS1 : Analyser l'impact de la répartition des personnels de santé, infrastructures sanitaires sur l'accessibilité géographique de la population aux soins de santé de qualité.
- OS2 : Déterminer l'importance de la politique de financement sur le fonctionnement du système sanitaire.

B- Hypothèses de recherche

Les objectifs spécifiques formulés ci-dessus nous permettent de formuler les hypothèses de recherche suivantes :

- H1 : L'accessibilité géographique de la population aux soins de santé de qualité est due au mode de répartition des personnels de santé, infrastructures sanitaires.

- H2 : Le financement des soins de santé améliore le fonctionnement du système sanitaire.

SECTION 2 : Présentation de la revue littéraire et de la méthodologie de recherche.

Paragraphe 1: Revue de littérature

Toute recherche suppose la maîtrise de quelques savoirs dans un domaine. Il nous est donc indispensable de recourir aux études antérieures ayant trait à notre thème. Dans ce paragraphe, nous envisageons d'abord d'apporter quelques précisions conceptuelles et sémantiques concernant les notions fondamentales utilisées dans ce travail de recherche, avant de faire la revue des recherches effectuées par certains auteurs.

A-Définition de quelques concepts

Les concepts utilisés dans le cadre de ce travail se rapportent aux définitions suivantes:

1-La santé :

La santé n'est pas un concept absolu ni une idée statique. Sa perception change continuellement d'un endroit à l'autre et d'une époque à l'autre. Les efforts destinés à définir la santé se heurtent à une difficulté principale qui vient du fait qu'une compréhension juste de la santé reflète des circonstances culturelles, sociales et économiques, aussi bien que les perceptions individuelles et médicales de ce qui est normal, habituel et accessible. La définition la plus utilisée pour définir la santé est celle de l'Organisation Mondiale de la Santé dont la constitution précise que : la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (OMS 1946).

La santé ne veut pas dire que l'on n'est pas malade ou infirme, la santé signifie un état d'équilibre social et mental, qui constitue les bases du bien-être.

Cette définition, cependant, résulte d'une vision idéale et optimale de la santé. Elle est difficilement transférable comme telle dans l'arène des droits de la personne. Elle doit être traduite sous forme de droits et d'obligations de l'ensemble des acteurs, étatiques ou non étatiques.

Selon l'approche classique la santé est définie comme le silence des organes.

2- Système de santé :

Un système de santé réunit toutes les organisations, institutions et ressources qui interviennent en matière de santé et qui fournissent des soins formels (médecins, cliniques, hôpitaux et pharmacies), des soins informels (guérisseurs traditionnels, travailleurs communautaires) ainsi que d'autres services, comme la recherche.

3- Le système de soins

Le système de soins fait référence au dispositif mis en place pour la prise en charge de la maladie. D'après Dussault, (1995), le système des soins désigne l'ensemble des ressources humaines, matérielles, financières, informationnelles et symboliques, utilisées selon des modalités variables, pour produire des soins et des services visant à modifier ou maintenir l'état de santé. Soins de santé primaire: Les soins primaires ou essentiels sont donnés à l'occasion du premier contact des individus, des familles, et de la communauté avec le système de santé ; ils apportent les soins aussi près que possible de l'endroit où les gens vivent et travaillent ; c'est le premier élément du processus assurant la continuité des soins. Ils exigent la participation du niveau local à l'élaboration et à la réalisation des activités nécessaires pour fournir des services tels que de l'eau potable, une nourriture saine, l'instruction et l'hygiène (OMS, 1981). Ils représentent, dans le cadre du travail, les soins de première ligne.

4-Qualité des soins:

Le concept de qualité recouvre trois composantes: technique, interpersonnelle et organisationnelle, dans le sens de l'organisation de l'offre de soin. La dimension technique correspond au choix du service et à la façon dont il est produit (justesse d'exécution). La dimension interpersonnelle concerne les relations psychologiques et sociales qui existent entre les prestataires de services et les bénéficiaires. La dimension organisationnelle de l'offre de soins porte sur les conditions à travers lesquelles les services sont offerts. Cette dimension recouvre quatre aspects : l'accessibilité (géographique, temporelle, économique, physique, sociale) aux services, l'étendue de la couverture des services offerts, la globalité et la continuité des services proposés durant l'épisode de soins (Contandriopoulos, 2000).

5- Intégration des soins :

L'intégration des soins c'est la façon dont les sociétés développées ; partout dans le monde espèrent maîtriser les tensions et les contradictions qui sont à l'origine des dysfonctionnements de leur système de santé ; entre autres la fragmentation des soins ; l'utilisation inadéquate des compétences, l'accès inéquitable à certains services, (Contandriopoulos et al. 2000 ; Ackermans, 1992).

6- Revue empirique et théorique de la régulation du système sanitaire

La régulation vient du mot réguler qui signifie accommoder ou ajuster, de manière définitive ou permanente.

La maîtrise efficace des dépenses passe nécessairement par une rationalisation résultant de la réintroduction d'éléments de régulation recherchés, soit dans le sens décentralisé, soit dans le sens centralisé. Dans les deux hypothèses, la qualité des soins s'avère être une variable de contrôle essentielle. Si l'on envisage une évolution dans le sens d'une régulation décentralisée plus active, cela implique non seulement une place accrue pour une concurrence et une valorisation du rôle du signal que constitue le prix, mais également qu'intervienne une prise en compte permanente de la qualité, non par les agents eux-mêmes (patients effectifs et potentiels), mais par les organismes qui (recevant les cotisations) s'engagent à payer pour eux (assurance publiques ou privées et mutuelles) et qui sont en mesure de rompre l'asymétrie d'information qui frappe l'individu malade. Dans un tel schéma, le consommateur, au travers de son mandataire financier, pourrait retrouver ses réflexes habituels d'exigence en matière de qualité de service fourni, qualité qui peut s'apprécier autant en termes de compétence des offreurs de soins qu'en termes d'efficacité des prestations fournies. La logique du marché concurrentiel rend disponible pour tous, pour un coût très minime, l'information sur la qualité alors que le système français, d'apparente égalité, rend l'information sur la qualité confidentielle, coûteuse à acquérir, et donc réservée à certaines catégories privilégiées, notamment sur le plan culturel.

Dans la régulation centralisée du système de la santé, le contrôle de qualité doit être assuré non plus le choix, maintenant contraints de l'usage, mais par l'organisme central de financement, lequel ne devrait plus être (comme l'Assurance-Maladie actuellement au Bénin) un simple payeur à posteriori, affligé d'une quasi-cécité quant à la nature et la qualité des actes qu'il paye presque sans limitation pourvu que certaines procédures administratives de régulation soient respectées. (Mougeot, 1986)

B-Exposé sur les contributions antérieures relatives à la régulation du système sanitaire.

Mougeot, (1986), l'organisme de financement central soit doté d'un pouvoir de gestion plus contraignants qu'actuellement et qu'il régisse chacun des grands secteurs du système de soins par des mécanismes de contrats à clauses motivantes (c'est-à-dire incitant les gestionnaires décentralisés à diminuer les coûts et à augmenter l'efficacité) auxquels seraient adjointes des procédures normatives de contrôle de la qualité dans la mesure où aucune sanction externe ne viendrait assurer et garantir le maintien de cette qualité.

BARDEY et LESUR (2004) dans la régulation optimale du système de santé dans un contexte de demande induite et de risque moral ex post, ont évoqués les instruments de régulation linéaire que sont : le mécanisme de Co-paiement et le schéma de rémunération des médecins.

LONDONO et FRENK (1997), assignent quatre fonctions essentielles aux systèmes de santé à savoir: la fonction de financement, la fonction de production (fourniture des soins), la fonction de modulation et la fonction d'articulation. Pour eux, les deux premières fonctions sont classiques tandis que les deux autres (modulation et articulation) sont souvent soit négligées, soit exécutées de manière implicite. La fonction de modulation regroupe quatre sous-fonctions: le développement du système, la coordination, le mode de financement, la régulation et la protection du consommateur. A chacune de ces sous-fonctions est assignée une série de tâches. La fonction d'articulation, quant à elle, recouvre deux aspects: une première articulation entre producteurs de soins et consommateurs et une deuxième articulation entre producteurs de soins et organismes de financement.

Quant à l'Organisation Mondiale de la Santé, elle identifie quatre fonctions de base pour les systèmes de santé à savoir: mettre à disposition les services de santé; créer des ressources; gérer, administrer, superviser et enfin organiser le financement. Ces quatre fonctions se retrouvent dans celles identifiées par LONDONO et FRENK.

LONDONO ET FRENK (1997) classent les systèmes de santé en quatre grandes catégories représentées par quatre modèles distincts à savoir: le modèle public unifié, le modèle public contractuel, le modèle segmenté et le modèle privé atomisé. Pour eux, la performance d'un système de santé dépend d'une part de la façon dont il est structuré et d'autre part de la manière dont ses quatre fonctions essentielles sont explicitées et exécutées, et enfin

du degré d'intégration existant entre les divers groupes sociaux que composent la population.

Paragraphe 2 : La méthodologie de recherche

Elément crucial de tout travail, la méthodologie de travail nous permettra de mieux identifier l'outil d'analyse des données et ensuite à choisir le cadre opérationnel de nos hypothèses qui nous permettra de donner à notre étude une valeur scientifique qui crédibilise nos résultats.

A-Méthodologie

Pour tenter de répondre aux questions soulevées dans la problématique, nous nous sommes inspirés :

- des informations, statistiques et rapports du Ministère de la Santé Publique du Bénin ;
- des rapports et statistiques du FBR, PNPS, de l'OMS, du PNUD et de l'USAID.
- de la littérature spécialisée sur la typologie, le financement et la réforme des systèmes de santé en général et sur ceux des pays en développement en particulier. A ce niveau, nous nous sommes intéressés particulièrement à la typologie des systèmes de santé décrite par LONDONO et FRENK pour caractériser les systèmes de santé des pays d'Amérique latine, lesquels systèmes sont à maints égards semblables à ceux d'Afrique subsaharienne dont fait partie le Bénin.

Les expériences d'autres pays nous ont été également utiles. Ainsi, nous nous sommes référés à la réflexion menée sur d'autres pays par certains auteurs. Enfin, nous avons complété ce potentiel d'informations et de données par des contacts avec certaines "personnes ressources" du Ministère de la Santé Publique du Bénin.

Cette démarche nous amènera à organiser le travail en deux grandes parties.

D'abord, nous commencerons par caractériser le système de santé béninois, le décrire à partir de sa structuration et de ses fonctions essentielles.

Ensuite, nous nous intéresserons à la répartition des personnels ; infrastructures de santé sur le territoire national ; aux comportements stratégiques des organismes de santé et aux mécanismes mise en place pour un bon fonctionnement du système de santé. Enfin, nous mettrons en relief les forces et faiblesses du système de même que les mesures susceptibles d'en améliorer la performance.

Nous concluons le travail après avoir fait ressortir les enjeux en présence et les perspectives d'une régulation du système sanitaire.

B- Cadre opérationnel et difficultés rencontrées lors de la réalisation de l'enquête

1- cadre opérationnel et technique de vérification des hypothèses

La statistique descriptive est celle qui a été plus utilisée dans la présentation et aussi dans l'analyse des informations recueillies, les techniques économiques sont utilisées pour complément comme outils d'analyse des résultats du système sanitaire. Les données sont présentées sous forme de tableaux synthétiques et leur regroupement nous ont permis d'apprécier les informations recueillies et de vérifier les hypothèses posées dans ce présent travail.

- **Analyse et technique de vérification de l'hypothèse 1**

La répartition des ressources faite vise à rapprocher le plus proche possible les soins de santé auprès de la population. Ainsi, la part des ressources allouées à chaque département est un indicateur qui nous permettra de mesurer l'accessibilité géographique et aux soins de santé de qualité sur le territoire national. D'abord on utilisera le ratio habitant par personnel de santé, Enfin nous utiliserons le taux de couverture en centre de santé.

Cette hypothèse serait infirmée si cette répartition de ressources ne permettent pas dans une moindre mesure une accessibilité géographique et aux soins de qualité à la population.

- **Analyse et technique de vérification de l'hypothèse 2**

Pour analyser le niveau de dépendance financière dans la demande des soins de santé, nous nous servirons d'abord du taux d'évolution des principales pathologies (maladies), des ressources extérieures et celles propres qui constituent la ressource financière de notre système sanitaire. Ensuite du ratio Budget Santé par rapport au Budget Général de l'Etat. Enfin le taux de fréquentation des lieux de soins, pour procéder à l'examen de son impact sur le système.

Cette hypothèse serait infirmée si la demande de santé diminue et la prévalence des maladies ainsi que le taux de mortalité s'accroissent sur toute la période d'étude.

2) Difficultés rencontrées lors de la réalisation de l'enquête

Diverses difficultés ont été rencontrées lors de la réalisation des enquêtes. Nous avons par exemple été confrontés à des réticences de la part de certaines personnes dont nous nous sommes rapprochés, la méfiance et le refus de certains agents à fournir des informations nécessaires à notre cadre d'étude. Quant aux limites des données recueillies, elles sont liées à la marge d'erreur pouvant provenir de la négligence ou de la méfiance à livrer les valeurs exactes dans les annuaires des statistiques sanitaires de 2011, 2012 et 2013 ainsi que des docteurs auxquels nous sommes rapproché. Toutefois, ces difficultés et limites ne sont pas de nature à disqualifier le caractère scientifique et technique des résultats que nous présenterons.

CHAPITRE 2 :
PRÉSENTATION,
ANALYSE
DES RÉSULTATS ET
APPROCHE DE
SOLUTION

Section 1 : Présentation et analyse des résultats

Paragraphe 1 : Présentation des résultats

I- Caractéristiques et profil du système de sanitaire béninois

A- Information géographique du Bénin

- Pop : 9. 364. 519 hab. en 2012
- Superficie: 114 763 Km²
- Densité: 82 hab. / Km² en 2012

B- Caractéristiques du système sanitaire béninois

- Le système de santé béninois est caractérisé en 2008 par une morbidité élevée surtout en ce qui concerne les maladies transmissibles à potentiels épidémiques telles que la poliomyélite (88 cas), la rougeole (1952 cas avec 15 décès pour un taux de létalité de 0,76%), le tétanos néo-natal (24 cas avec 6 décès pour un taux de létalité de 25%), la fièvre jaune (106 cas avec 1 décès pour un taux de létalité de 0,9%), le choléra continue d'évoluer sur un mode endémo-épidémique dans le pays. En 2008, 1316 cas ont été enregistrés avec 3 décès (TL : 0,2%). De plus, le Bénin se trouvant dans la ceinture méningitique, 817 cas de méningite ont été enregistrés avec 124 décès pour un taux de létalité de 15%. Enfin, pour les diarrhées fébriles, 168 décès ont été notés sur 76 731 cas enregistrés pour un taux de létalité de 0,2%. Par ailleurs, l'incidence des trois maladies prioritaires: le paludisme, les IST/VIH/Sida et la tuberculose demeure inquiétante. Malgré les progrès accomplis dans le domaine de la prévention et du traitement, les statistiques sanitaires nationales de 2008 révèlent que le paludisme se situe toujours au 1er rang des affections et représente 39,6% des motifs de recours aux soins dans les formations sanitaires ; ce chiffre est de 43,5 % chez les enfants de moins de 5 ans. Le paludisme constitue également la première cause d'hospitalisation tant pour la population générale que pour les enfants de moins de 5 ans, avec respectivement 20,1 % et 34,6 % des causes d'hospitalisation en 2008. Il constitue donc un problème majeur de santé publique au Bénin à cause des pertes en vies humaines, du coût élevé pour la prise en charge des cas et sa part dans la mortalité

maternelle et infantile. Par rapport au VIH/SIDA, sa prévalence est restée stable à 1,2% chez les 15-49ans, avec une prédominance chez les femmes (1,5% contre 0,8%) ; ce ratio est assez similaire avec ceux des pays de la sous-région. Cette prévalence paraît plus importante (i) en milieu urbain (1,7% contre 0,9% en milieu rural) et (ii) dans la tranche d'âge de 30-34 ans pour les femmes et de 35-39 ans pour les hommes. En particulier, c'est à Cotonou que la prévalence du VIH est la plus élevée (2,8 % contre 2,0 % dans les Autres Villes). Dans les départements, le niveau de séroprévalence varie d'un maximum de 3,5 % dans la Donga et de 2,8 % dans le Littoral à moins d'1% dans les départements de l'Alibori, des Collines, de l'Ouémé et du Zou. Quant à la tuberculose, son taux d'incidence est passé de 4,6% en 2004 à 4,4% en 2008. Elle fait partie des maladies opportunistes du VIH/SIDA. En 2008, 53 Centres de Dépistage et de Traitement (CDT) répartis dans le pays ont participé au dépistage et à la prise en charge des malades. Cette décentralisation a permis d'enregistrer un taux de succès thérapeutique de 85%.

La situation actuelle de ces trois maladies prioritaires fait apparaître que leur impact va au-delà de la santé et influence négativement le développement du pays. De plus, les autres maladies transmissibles comme l'ulcère de Buruli, la lèpre et la drépanocytose présentent également un tableau de morbidité non reluisant. Par ailleurs, le Bénin paie un lourd tribut en termes de mortalité et de morbidité dues aux Maladies Non Transmissibles (MNT).

Au Bénin, l'espérance de vie a progressé au cours des dernières décennies ; en 2012, elle était estimée à 60 ans pour les deux sexes. Des améliorations ont aussi été notées pour le taux de mortalité infantile et le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, passés de 83/1000 et 151/1000 en 1993 à 42/1000 et 70/1000 en 2011, respectivement. En revanche, la mortalité maternelle recule très lentement et serait passée de 497/100 000 naissances vivantes en 1996 à 350/100 000 en 2012, malgré le nombre croissant d'accouchements en présence d'agents de santé qualifiés, soit 84 % en 2012. Par conséquent, l' OMD 4 peut encore être réalisé alors que le pays n'est pas en bonne voie pour l' OMD 5. On note des inégalités entre zones rurales et urbaines et entre les différents quintiles de pauvreté. (PNUD, 2012)

Le Bénin est confronté à la double charge de morbidité des maladies transmissibles et non transmissibles. Le paludisme est la principale cause de morbidité dans la population générale (41 % de prévalence) et la première cause de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans, suivi par les infections respiratoires sévères et d' autres infections. La prévalence du

VIH/sida est stable à 1,2 % depuis 2005. Le nombre de patients traités par ARV a été multiplié par deux au cours des 5 dernières années et la proportion de malades du VIH/sida bénéficiant d'un tel traitement était de 86 % en 2012. Le nombre de centres de PTME est en progression. Le bilan de la lutte contre la tuberculose est très encourageant. La proportion de nouveaux cas pris en charge avec succès dépasse 90 % et la proportion de patients co-infectés par la tuberculose et le VIH et traités au cotrimoxazole est de 98 %. La dracunculose est éradiquée au Bénin depuis 2009 et le seuil d'élimination a été atteint pour la lèpre, l'onchocercose et la filariose, et ces résultats se maintiennent. Les grands défis à relever sont notamment de développer la prise en charge des cas de schistosomiase, de plus en plus nombreux, et d'améliorer le dépistage précoce des ulcères de Buruli afin de prévenir les séquelles et d'autres complications. Bien qu'il ressorte clairement d'une enquête par étapes menée en 2008 que les maladies non transmissibles représentent une réelle menace pour la santé publique, des politiques et des stratégies appropriées pour faire face à cette situation doivent encore être adaptées et mises en œuvre dans le pays. Dans le contexte de l'initiative 1000 jours jusqu'en 2015 lancée par les Nations Unies, le Bénin a mis en place un cadre pour accélérer la réalisation des OMD. Le pays n'est pas en bonne voie de réaliser la plupart des OMD visés, même s'il se peut qu'il atteigne certaines cibles des OMD 4 et 6.

- **Ressources humaines**

La disponibilité du personnel

Au Bénin on note qu'on dispose en moyenne d'un Médecin pour soigner 8411 Hab. en 2011 ; 5449 Hab. en 2012 ; 6418 Hab. en 2013 en cas de maladie. On constate une diminution de la charge des Médecins de 2962 Hab. en 2012 et une augmentation de cette charge de 969 Hab. en 2013. Pour celui des infirmiers on dénombre 2447 Hab. en 2011 ; 1823 Hab. en 2012 et 2006 Hab. en 2013 à la charge d'un infirmier, soit une diminution de 624 Hab. et une augmentation de cette dernière de 193 Habitants. On remarque une insuffisance de Médecin et d'Infirmier en 2013 par rapport à 2012 pour faire face à l'augmentation de la population, ce qui traduit une faible couverture de Médecin et d'Infirmier en 2013. Il existe de grandes disparités au niveau des départements (en 2011 on a 1 médecin pour 38 773 habitants dans l'Alibori contre 1 médecin pour 1 579 habitants dans le Littoral). Seuls les départements du Littoral, de l'Ouémé et de l'Atlantique ont des normes supérieures à celles préconisées par

l'OMS. Selon les normes de l'OMS il faut 25 personnels qualifiés pour 10.000 Habitants.

Tous les autres départements sont en dessous de cette norme. La distribution du personnel médical n'est donc pas équitable ; cette inégale répartition est encore plus accentuée d'une commune à une autre. Le ratio nombre d'infirmier dans le Littoral a un niveau plus de deux fois meilleur à celui du niveau national en 2011, alors que le département du Couffo a un niveau environ deux fois inférieur à ce dernier. Donc une inégale accessibilité aux soins de santé de qualité sur le territoire.

Voir tableau ci-dessous :

Tableau 1 : Répartition des Médecins et Infirmiers selon l'effectif de la population par département en 2011, 2012 et 2013

Département	Population			Médecins						Infirmiers					
				Nb.			Nb.d'hab./Méd			Nb.			Nb. d'hab.		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Alibori	697 910	720 812	744 441	18	18	11	38 773	40 045	67 676	181	264	264	3856	2730	2820
Atacora	735 845	759 992	784 905	53	66	72	13 884	11 515	10 901	217	347	345	2391	2190	2275
Atlantique	1 073 709	1 108 944	1 145 295	105	298	298	10 226	3 721	3 843	454	686	181	2365	1617	1682
Borgou	969 896	1 001 724	1 034 561	45	71	99	21 553	14 109	10 450	430	668	668	2256	1500	1549
Collines	717 772	741 327	765 627	28	30	30	25 635	24 711	25 521	252	289	265	2848	2565	2889
Couffo	702 588	725 644	749 431	23	21	23	30 547	34 554	32 584	160	155	133	4391	4682	5635
Donga	468 845	484 231	500 103	27	19	21	17 365	25 486	23 814	129	179	202	3634	2705	2476
Littoral	890 781	920 013	950 171	564	747	779	1 579	1 232	1 220	825	1134	813	1080	811	1169
Mono	482 204	498 028	514 354	33	38	34	14 612	13 106	15 128	173	201	226	2787	2478	2276
Ouémé	978 737	1 010 855	1 043 991	91	199	198	10 755	5 080	5 273	414	657	676	2364	1539	1544
Plateau	545 258	563 151	581 612	39	34	19	13 981	16 563	30 611	124	147	152	4397	3831	3826
Zou	803 530	829 898	857 103	52	60	60	15 453	13 832	14 285	346	411	396	2322	2019	2164
Bénin	9 067 076	9 364 619	9 671 592	1 078	1 601	1 507	8 411	5 449	6 418	3705	5138	4821	2447	1823	2006

Source : SGSI/DPP/ (2011, 2012, 2013)

C- Profil sanitaire du Bénin

Le profil sanitaire du Bénin est caractérisé par une inégalité d'accès physique aux soins de santé en raison de la disparité dans la répartition des infrastructures et de l'insuffisance du personnel qualifié ; des comportements non favorables à la santé ; une alimentation déséquilibrée, sédentarité, tabagisme, consommation nocive d'alcool... (STEPS 2008) ; un habitat souvent insalubre et un approvisionnement insuffisant en eau potable ; une insuffisance de structures de protection de l'environnement.

II- Description du système de santé à partir de la structuration et fonctions essentielles

Le système national de santé béninois à une structure pyramidale calquée sur le découpage territorial et comprend trois différents niveaux.

Tableau 2 : système national de santé au Bénin en 2011

Niveaux	Structures	Institutions hospitalières et socio-sanitaires	Spécialités / Activités
CENTRAL ou NATIONAL	Ministère de la santé	- Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU-HKM)	Médecine Pédiatrie
		- Centre National de Pneumo-phthisiologie	Chirurgie
		- Centre National de Psychiatrie	Gynéco-obstétrique
		- Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL)	Radiologie Laboratoire
		- Hôpital d'Instruction des Armées (HIA)	D.R.L
		- Agence Nationale de Vaccination et des Soins de Santé Primaire (ANVSSP)	Ophthalmologie Cardiologie
		- Agence Nationale de la Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC)	Dermatologie Urologie
		- Agence Nationale de la Transfusion Sanguine (ANTS)	Banque de Sang Autres spécialités

		<ul style="list-style-type: none"> - Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) - Service d'Accueil Médical des Urgence (SAMU) 	
INTERMEDIAIRE ou DEPARTEMENTAL	Direction Départementale de la Santé	<ul style="list-style-type: none"> - Centre Hospitalier Départemental (CHD) - Centre d'Information, de Prospective, d'Ecoute et de Conseil (CIPEC) - Centre de traitement Anti Lèpre (CTAL) - Centre de l'Ulcère de Buruli d'Allada et de Pobè - Centre de Pneumo-physiologie d'Akron - Centre Départemental de Transfusion Sanguine 	<ul style="list-style-type: none"> Médecine Pédiatrie Chirurgie Gynéco-obstétrique D.R.L Ophthalmologie Radiologie Laboratoire Autres spécialités Banque de Sang
PERIPHERIQUE	Zone Sanitaire (Bureau de Zone)	<ul style="list-style-type: none"> Hôpital de Zone (HZ) Centre de Santé (CS) Site de prise en charge du VIH/SIDA Centre d'Action pour la Solidarité et l'Evolution de la Santé (CASES) Formation sanitaire privée/confessionnelle Centre de Détection de la Tuberculose (CDT) Centre de dépistage de la lèpre et de l'ulcère de Buruli Centre de Dépistage Volontaire de VIH (CDV) Unité Villageoise de Santé (UVS) 	<ul style="list-style-type: none"> Médecine générale Chirurgie d'urgence Gynéco-obstétrique Soins curatifs Accouchements Radiologie Laboratoire Vaccination IEC/CCC Pharmacie ou dépôt pharmaceutique Loisirs Alphabétisation ABC

Source : SGSI/DPP/MS (2013)

En plus les structures publiques, le Bénin compte un nombre important de structures privées (2197 recensées en 2012) et d'acteurs de la médecine traditionnelle.

Rôles essentiels :

1- Niveau central

- Le ministère de la santé, conformément au décret N°2012-272 du 13 août 2012 à pour mission la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la politique de l'Etat en matière de santé, conformément aux lois et règlementation en vigueur au Bénin et aux visions et politique de développement du Gouvernement. Le ministre de la santé est responsable de la promotion sanitaire au Bénin. A ce titre il est chargé de :
- Concevoir, appliquer et contrôler la politique sanitaire nationale et internationale de l'Etat ;
- Définir et suggérer au Gouvernement, au besoin, de concert avec d'autres départements ministériels, les stratégies et programmes d'actions conformes à la politique sanitaire ;
- Développer et exécuter en collaboration avec les autres départements ministériels, les politiques de formation et de mise à niveau du personnel de santé.

Le niveau central comprend :

- le cabinet du ministre ;
- l'inspection générale du ministère ;
- les services directement rattachés au Ministre ;
- le secrétariat Général du Ministère ;
- les directions centrales et techniques ;
- les établissements hospitaliers de référence ;
- les organismes sous tutelle ;
- les organes consultatifs nationaux.

2- Niveau intermédiaire

Au nombre de 06 à raison d'une par département selon l'ancien découpage territorial, les Directions Départementales de la Santé (DDS) représentent le niveau intermédiaire du système de santé et sont les organes de programmation, d'intégration et de coordination de toutes les actions de santé au niveau du département. Elles supervisent les structures de santé des niveaux intermédiaire et périphérique.

3- Niveau périphérique

Le niveau périphérique constitue la base de la pyramide sanitaire et compte 34 zones sanitaires réparties sur toute l'étendue du territoire national.

La zone sanitaire représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. Elle est organisée sous forme d'un réseau de services publics de premier contact (Maternité et dispensaires seuls, centre de santé) et des formations sanitaires privées, le tout appuyé par un hôpital de première référence public ou privée (hôpital de zone) et destiné à desservir un air qui abrite entre 100.000 et 200.000 habitants.

Répartition des personnels et infrastructures de santé sur le territoire

NB :

Le nombre d'habitant par personnel de santé dans chaque département est obtenu par le rapport de l'effectif de la population du département au nombre du personnel de santé dudit département.

EX : Calculons le nombre d'habitant par médecin (Nb d'hab. par Méd.) du département de l'Alibori en 2011.

$\text{Nb d'hab. / Méd.}_{\text{Alibori}} = \text{Effectif de la population}_{\text{Alibori}} / \text{Nb. de Méd.}_{\text{Alibori}}$

Nb d'hab. par Méd. _{Alibori} = 697910 / 18 = 38773

- Interprétation : Ce ratio nous renseigne sur le nombre de personne qu'un personnel de santé doit prendre en charge. Dans le cas calculé ci-dessus, dans le département de l'Alibori on dispose d'un médecin pour soigner 38.773 Habitants.
- NB : Selon les normes de l'OMS il faut 25 personnels qualifiés pour 10.000 Habitants.

Tableau 3 : Répartition des sages-femmes selon l'effectif de la population par département en 2011, 2012 et 2013

Département	Population			FAP			Sage-femme					
							Nb.			Nb.FAP/SF		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Alibori	697 910	720 812	744 441	149 353	154 948	159 926	24	29	29	6 223	5 343	5 515
Atacora	735 845	759 992	784 905	163 799	169 971	175 445	53	68	58	3 091	2 500	3 025
Atlantique	1 073 709	1 108 944	1 145 295	261 868	271 722	280 437	208	264	270	1 259	1 029	1 039
Borgou	969 896	1 001 724	1 034 561	213 252	221 216	228 277	80	113	113	2 666	1 958	2 020
Collines	717 772	741 327	765 627	164 414	170 698	176 210	49	47	32	3 355	3 632	5 507
Couffo	702 588	725 644	749 431	166 952	173 167	178 776	35	37	33	4 770	4 680	5 417
Donga	468 845	484 231	500 103	103 658	107 511	110 988	32	39	41	3 239	2 757	2 707
Littoral	890 781	920 013	950 171	259 770	269 171	277 295	380	420	378	684	641	734
Mono	482 204	498 028	514 354	112 007	116 259	120 001	68	60	51	1 647	1 938	2 353
Ouémé	978 737	1 010 855	1 043 991	252 219	261 765	270 157	196	259	277	1 287	1 011	975
Plateau	545 258	563 151	581 612	135 081	140 166	144 722	51	48	42	2 649	2 920	3 446
Zou	803 530	829 898	857 103	192 038	199 235	205 649	94	96	91	2 043	2 075	2 260
Bénin	9 067 076	9 364 619	9 671 592	2 174 412	2 255 830	2 327 885	1 270	1 480	1 415	1 712	1 524	1 645

Source : SGSI/DPP/ (2011, 2012, 2013)

A travers ce tableau on voit qu'on a en moyenne une sage femme pour servir 1712 Femme en Age de Procréer (FAP) en 2011, 1524 FAP en 2012 et 1645 FAP en 2013 ; soit une réduction du travail des sages-femmes de 188 FAP en 2012 et une augmentation de cette tâche de 121 FAP en 2013. Donc il y a manque de sage-femme en 2013 par rapport à 2012 pour rendre service aux femmes en cas de besoin. De plus ce manque de sage-femme est accompagné d'une faible quantité de sage-femme dans certains les départements. Ce qui justifie encore une faible accessibilité géographique aux services de santé notamment dans les milieux ruraux.

Tableau 4 : Répartition des Techniciens de Laboratoires et de Radiologies selon l'effectif de la population par département en 2011, 2012 et 2013

Département	Population			Technicien de Laboratoire						Technicien de Radiologie					
				Nb.			Nb.d'hab./TL			Nb.			Nb.d'hab./TR		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Alibori	697910	720812	744441	14	16	16	49851	45051	46528	3	5	5	232637	144162	148888
Atacora	735845	759992	784905	32	45	45	22995	16889	17442	6	8	7	122641	94999	112129
Atlantique	1073709	1108944	1145295	51	143	143	21053	7755	8009	10	39	39	107371	28434	29367
Borgou	969896	1001724	1034561	89	109	109	10898	9190	9491	5	15	15	193979	66782	68971
Collines	717772	741327	765627	19	33	32	37777	22464	23926	5	10	9	143554	74133	85070
Couffo	702588	725644	749431	15	21	21	46839	34554	35687	4	4	4	175647	181411	187358
Donga	468845	484231	500103	14	17	22	33489	28484	22732	2	5	5	234423	96846	100021
Littoral*	890781	920013	950171	186	278	230	4789	3309	4131	34	103	77	26199	8932	12340
Mono	482204	498028	514354	29	30	31	16628	16601	16592	9	10	9	53578	49803	57150
Ouémé	978737	1010855	1043991	66	87	84	14829	11619	12428	9	26	26	108749	38879	40153
Plateau	545258	563151	581612	14	17	16	38947	33127	36351	4	4	2	136315	140788	290806
Zou	803530	829898	857103	40	49	53	20088	16937	16172	9	12	8	89281	69158	107138
Bénin	9067076	9364619	9671592	569	845	802	15935	11082	12059	100	241	206	90671	38857	46949

Source : SGSI/DPP/ (2011, 2012, 2013)

Ce tableau nous montre qu'on a en moyenne un technicien de Laboratoire et un de Radiologie respectivement pour 15935 Hab. et 90671 Hab. en 2011 ; 11082 Hab. et 38857 Hab. en 2012 ; et 12059 Hab. et 46949 Hab. en 2013 pour les opérations de laboratoires et de radiologies. Alors on a une diminution du nombre de la population à la charge des techniciens de laboratoire et de radiologie respectivement de 4853 Hab. en 2012 et une augmentation de cette dernière de 977 Hab. et 8092 Hab. en 2013. En outre il y a une forte quantité de technicien de laboratoire et de radiologie dans certains départements, ce qui n'assure pas l'équité aux soins de santé au niveau de chaque département du Bénin.

Tableau 5 : Répartition des personnels Paramédicales privés par département en 2011 et 2013

Département	Médecins		Infirmiers		Sages-femmes		Technicien de Laboratoire	
	2011	2013	2011	2013	2011	2013	2011	2013
Alibori	1	1	14	97	0	5	1	3
Atacora	14	29	4	134	2	17	2	15
Atlantique	79	266	178	410	92	148	13	105
Borgou	18	50	99	337	10	43	17	37
Collines	8	14	63	100	11	9	0	14
Couffo	7	8	25	37	1	7	1	7
Donga	10	7	4	54	0	7	3	6
Littoral	390	624	252	561	161	201	68	160
Mono	2	11	13	50	3	7	0	3
Ouémé	32	140	87	330	39	102	17	38
Plateau	10	5	24	47	11	8	0	3
Zou	23	31	62	127	27	29	10	19
Total	594	1 186	825	2 284	357	583	132	410

Source : SGSI/DPP/ (2011, 2013)

On voit que le secteur privé aide le secteur public dans l'offre des services de santé. Dans ce secteur on note une augmentation des personnels de santé par sur le territoire national, ce qui permet d'alléger la tâche aux offreurs de soin de santé du secteur publique, et ceci permet d'apporter la santé près de la population.

III- Infrastructures sanitaires

Les infrastructures sanitaires sont l'ensemble des équipements (lits, fauteuil roulant, etc.) et des établissements de santé (Hôpitaux, dispensaires, cabinets, pharmacies etc.).

Plus ces infrastructures sont développées, meilleurs est la santé de la population du pays. Dans cette étude nous nous intéressons à la répartition du nombre de lits dans les Hôpitaux selon l'effectif de la population par département en 2011, 2012 et 2013 et de la fonctionnalité des Hôpitaux en 2011 et 2013.

Tableau 6 : Répartition du nombre de lits dans les Hôpitaux selon l'effectif de la population par département en 2011, 2012 et 2013

Département	Nb. de Lits																				
	Population			HZ			CHD			HOMEL			CNHU			Total			Ratio		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Alibori	697 910	720 812	744 441	233	214	253	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	233	214	253	2 995	3 368	2 942
Atacora	735 845	759 992	784 905	500	506	522	95	79	74	Na	Na	Na	Na	Na	Na	595	585	596	1 237	1 299	1 317
Atlantique	1 073 709	1 108 944	1 145 295	179	179	211	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	179	179	211	5 998	6 195	5 428
Borgou	969 896	1 001 724	1 034 561	451	580	684	280	186	179	Na	Na	Na	Na	Na	Na	731	776	863	1 327	1 308	1 199
Collines	717 772	741 327	765 627	326	336	256	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	326	326	256	2 202	2 274	2 991
Couffo	702 588	725 644	749 431	111	111	149	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	111	111	149	6 330	6 537	5 030
Donga	468 845	484 231	500 103	171	173	175	0	0	0	Na	Na	Na	Na	Na	Na	171	173	175	2 742	2 799	2 858
Littoral	890 781	920 013	950 171	231	231	178	Na	Na	Na	193	193	183	617	635	638	1 041	1 059	999	856	869	951
Mono	482 204	498 028	514 354	140	140	191	121	121	126	Na	Na	Na	Na	Na	Na	261	261	317	1 848	1 908	1 623
Ouémé	978 737	1 010 855	1 043 991	46	46	46	275	275	365	Na	Na	Na	Na	Na	Na	321	321	411	3 049	3 149	2 540
Plateau	545 258	563 151	581 612	170	170	170	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	170	170	170	3 207	3 313	3 421
Zou	803 530	829 898	857 103	258	258	115	371	371	358	Na	Na	Na	Na	Na	Na	629	629	473	1 277	1 319	1 812
Bénin	9 067 076	9 364 619	9 671 592	2 816	2 934	2 950	1 142	1 032	1 102	193	193	183	617	635	638	4 768	4 794	4 873	1 902	1 953	1 985

Source : SGSI/DPP/ (2011, 2012, 2013)

NB : Na = Non applicable

Ce tableau nous permet de dire que la répartition de lit est plus ou moins bonne. Seulement qu'il y a une diminution du nombre de lit dans certains départements au niveau de l'hôpital de zone alors que la population augmente. En plus on constate que le territoire souffre d'un manque de lit, car il y a une régression du ratio du nombre de lit au Bénin suivant ces trois années.

Tableau 7 : Fonctionnalité des Hôpitaux en 2011 et 2013

Département	Zone sanitaire	Hôpital de zone					
		Existence		Fonctionnalité		Observations	
		2011	2013	2011	2013	2011	2013
ALIBORI	Banikoara	Oui	Oui	Oui	Oui	A réhabiliter	A réhabiliter
	Malanville/Karimama	Oui	Oui	Oui	Oui	A réhabiliter	A réhabiliter
	Kandi/Gogonou/Ségbana	Oui	Oui	Oui	Oui	Bon	Bon
ATACORA	Natingou/Boucoubé/Toucountouna	Oui	Oui	Oui	Oui	En cours de réhabilitation	En cours de réhabilitation
	Kouadé/Ouassa/Péhunco/Kérou	Oui	Oui	Oui	Oui	Construction en cours	Construction en cours
	Tanguiéta/Matéri/Cobly	Oui	Oui	Oui	Oui	Hôpital confessionnel (Bon)	Hôpital confessionnel (Bon)
ATLNTIQUE	Abomey-Calavi/So-Ava	Oui	Oui	Oui	Oui	Bon	Bon
	Allada/Toffo/Zè	Non	Non	Non	Non	A construire	A construire
	Ouidah/Kpomassè/Tori/Bossito	Oui	Oui	Oui	Oui	Bon	Bon
BORGOU	Bembèrèkè /Sinendé	Oui	Oui	Oui	Oui	Hôpital confessionnel	Hôpital confessionnel
	Nikki/Kalalé/Pèrèrè	Oui	Oui	Oui	Oui	Hôpital associatif (A réhabiliter)	Hôpital associatif (A réhabiliter)
	Parakou/N'dali	Oui	Oui	Oui	Oui	Hôpital confessionnel (A réhabiliter)	Hôpital confessionnel (A réhabiliter)
	Tchaourou	Oui	Oui	Oui	Oui	Hôpital confessionnel (A réhabiliter)	Hôpital confessionnel (A réhabiliter)
COLLINES	Savalou/Bantè	Oui	Oui	Oui	Oui	A réhabiliter	A réhabiliter
	Dassa-Zoumè/Glazoué	Oui	Oui	Oui	Oui	Bon	Bon
	Savè/Ouèssè	Oui	Oui	Oui	Oui	A construire	A construire
COUFFO	Aplahoué/Djakotomè/Dogbo	Oui	Oui	Oui	Oui	Bon	Bon
	Klouékanmè/Lalo/Toviklin	Oui	Oui	Oui	Oui	Bon	Bon
DONGA	Bassila	Oui	Oui	Oui	Oui	Bon	Bon
	Djouguou/Copargo/Ouaké	Oui	Oui	Oui	Oui	Extension en cours	Extension en cours
LITTORAL	Cotonou 1/Cotonou 4	Non	Non	Non	Non	A construire	A construire
	Cotonou 2/ Cotonou 3	Oui	Oui	Oui	Oui	Bon	Bon
	Cotonou 5	Oui	Oui	Oui	Oui	Bon	Bon
	Cotonou 6	Non	Non	Non	Non	A construire	A construire
MONO	Lokossa/Athiémè	Oui	Oui	Oui	Oui	A construire	A construire
	Comè/Grand-Popo/Bopa/Houéyogbé	Oui	Oui	Oui	Oui	Bon	Bon
OUEME	Adjohoun/Dangbo/Bonou	Oui	Oui	Oui	Oui	A construire	A construire
	Akpro/misséréfé/Avrankou/Adjarra	Non	Non	Non	Non	A construire	A construire
	Porto-Novo/Sèmè-Kpodji/Aguégués	Non	Non	Non	Non	A construire	A construire
PLATEAU	Pobè/Kétou/Adja-Ouèrè	Oui	Oui	Oui	Oui	Construction en cours	Chantier en souffrance
	Sakété/Ifangni	Oui	Oui	Oui	Oui	Bon	Bon
ZOU	Abomey/Agbangnizoun/Djidja	Non	Non	Non	Non	A construire (Déjà lancé/PADS)	A construire (Déjà lancé/PADS)
	Covè/Ouinhi/Zagnanado	Oui	Oui	Oui	Oui	A construire (Déjà lancé/PADS)	A construire (Déjà lancé/PADS)
	Bohicon/Za-Kpota/Zogbodomè	Non	Non	Non	Non	A construire	A construire

Source : SGSI/DPP/ (2011, 2013)

On remarque à travers ce tableau le lancement de la construction des Hôpitaux de Zone dans les zones sanitaires dont il n'existe pas d'hôpital de zone. De plus la réhabilitation des hôpitaux de zone est l'une des objectifs de l'Etat pour réduire la distance à parcourir aux populations qui n'ont pas d'hôpital de zone et/ou ce dernier ne fonctionne pas correctement.

A travers les tableaux précédents, au fur et à mesure que l'année et la population s'accroissent, on constate la construction des : Hôpitaux de Zone, centre de santé, dans les localités dont le besoin se fait ressentir. De plus le taux de couverture en infrastructures sanitaires est de 88 % en 2011 ; 88,3 % en 2012 et 93,1 % en 2013. Il y a une amélioration au niveau de la couverture en infrastructure. De plus les acteurs de santé supervisent et rétablissent ces infrastructures pour qu'elles soient toujours fonctionnelles. On note également une augmentation des lits dans lieux soins. On note également qu'avec la répartition des personnels de santé, une diminution des principales pathologies :

Paludisme soit 41,7% en 2011 ; 42,3% en 2012 et 40,6% en 2013

Taux de prévalence du SIDA 1,9% en 2011 ; 2012 et 2013 (voir annexe).

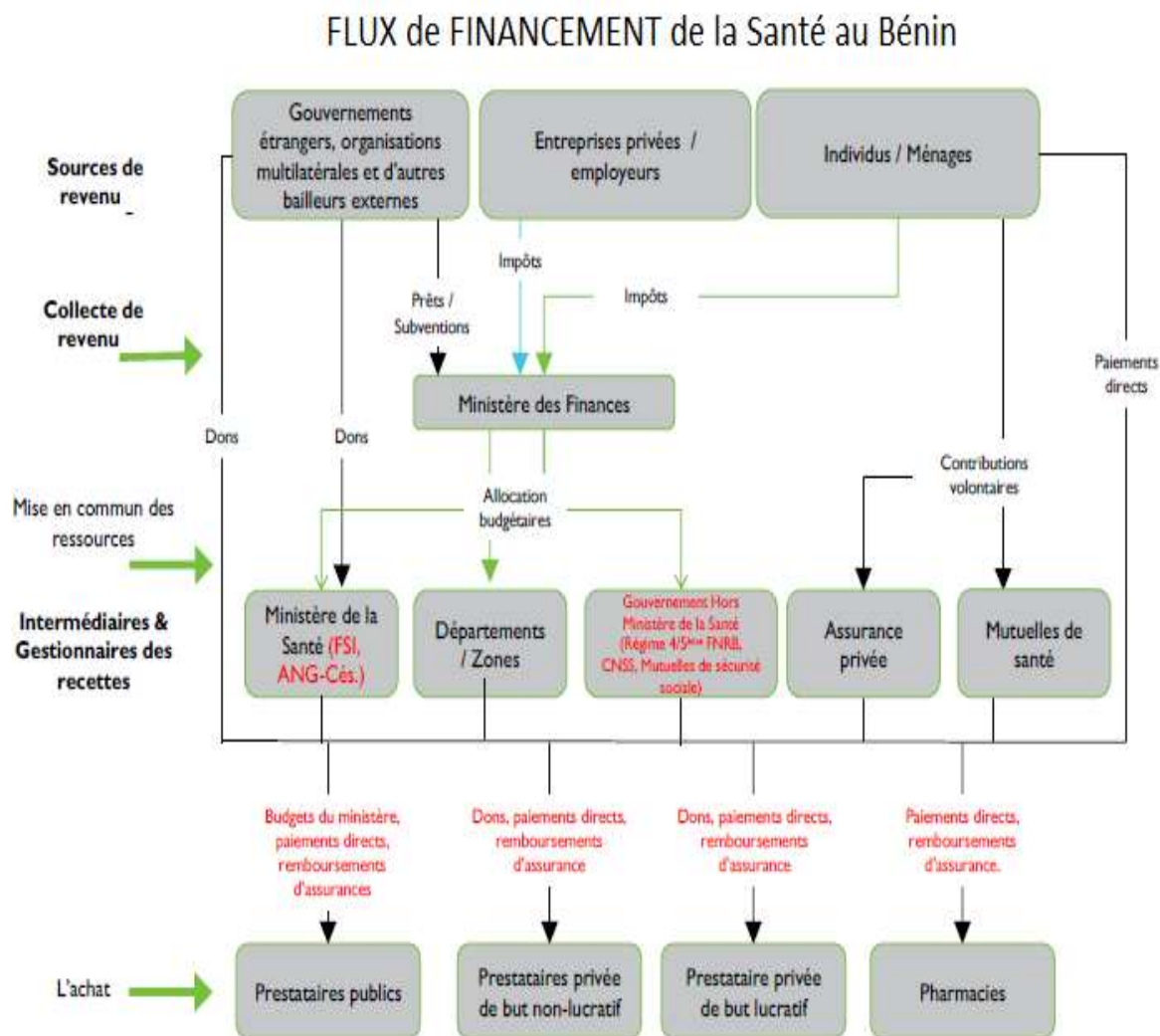
Enfin la répartition des personnels de santé et infrastructures sanitaires assurent une accessibilité géographique aux soins de santé de qualité à la population notamment aux localités éloignées. Bien vrai qu'il ya des améliorations dans le secteur, ce dernier souffre d'un manque de personnels de santé. Enfin on note une mauvaise répartition des ressources dans les différents départements.

IV- Ressources financières du système sanitaire Béninois

Le secteur sanitaire Béninois est financé en grande partie par l'Etat Béninois par le biais du Budget National, ainsi par d'autres organismes et/ou structures national(e)s. La santé est également financée par les ménages à travers le mode de paiement direct des soins de santé. De plus, il est financé par les aides extérieures. Donc les dépenses publiques de santé sont financées par deux catégories de ressources, que sont les ressources internes à l'État et les contributions des bailleurs de fonds.

Les ressources internes : Il s'agit d'une partie des crédits ouverts dans le budget général de l'État et qui sont destinés à la couverture des dépenses de fonctionnement et d'investissement (dépenses en capital) de l'ensemble du secteur de la santé. Les ressources internes sont en grande partie d'origine fiscale. Le trésor public assure le paiement des dépenses engagées.

Les ressources externes : Elles relèvent aussi bien des accords bilatéraux que multilatéraux. Elles constituent l'une des sources de financement des dépenses du secteur notamment les dépenses relatives aux infrastructures et aux équipements sanitaires. Ces ressources sont utilisées dans le cadre des activités des projets et des programmes. Dans la suite nous allons montrer comment ces ressources sont réparties sur territoire national. Voir figure et tableau.



Flux de financement de la santé au Bénin

Source : PRHS/2010

Tableau 8 : Synthèse des ressources financières en 2013

Rubrique budgétaire	Prévision	Dotation	Engagement	Taux d'engagement (%)
En million				
Financement Intérieur	57 090	57 090	59 951	105
financement extérieur	16 518	16 518	4 254	26
Total	73 608	73 608	64 205	87

Source : DRFM/MS (2013)

Tableau 9 : Ratio budget santé sur budget général de l'Etat en 2013

Rubrique budgétaire	2013 (en million)
Fris de personnel	19 095,6
Achat de biens et services	7 229,4
Transfert et subventions d'exploitation	18 287,0
BESA	1 003,6
PIP	27 992,8
Total budget santé (1)	73 608,2
budget général de l'Etat (2)	1 044 494,0
Ratio (1)/(2) en %	7,1

Source : DRFM/DPP/MS (2013)

Ces deux tableaux nous montrent le total des ressources financières dont dispose le Bénin en 2013, ainsi que leur source. De même le total des ressources affectées au secteur sanitaire du budget général de l'Etat. Le total budget santé est de 73608,2 million de FCFA, cette somme est la part de ressource soustraire du total du Budget National qui est de 1 044 494 million de FCFA, soit 7,1% du budget général de l'Etat affecté au secteur sanitaire. Ceci dans le but de réduire les dépenses en santé aux populations.

Tableau 10 : Dépense de fonctionnement du niveau central de l'année 2013

(Montant en million de FCFA)

STRUCTURES / RUBRIQUES	Prév. Init.	Dota. Actu.	Engag.	Ordon.	Tx engag.	Tx ordon.
Inspection Générale du Ministère	116	116	85,2	84,4	73,5	99,1
Secrétariat Général du Ministère	41	41	41	41	100	100
Direction des Ressources Financières et du Matériel	86,5	86,5	76,5	76	88,4	99,4
Direction de la Programmation et de la Prospection	63	63	33,7	32,7	53,5	97
Direction Nationale de la Santé Publique	82	82	57,8	57,7	70,4	99,9
Direction des Infrastructures de l'Equipement et de la Maintenance	51	51	46	46	90,2	100
CABINET	1552,9	1552,9	5612,8	5598,3	361,4	99,7
Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base	0	0	0	0	0	0
Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant	33	33	25,5	24,7	77,3	96,7
Direction des Ressources Humaines	69	69	60,1	59,5	87,1	99
Direction de la Promotion des Soins Infirmiers et Obstétricaux	25	25	12,5	11,3	50	90,7

La régulation du système sanitaire en république du Bénin : enjeux et perspectives

Direction des Pharmacies, du Médicament et des Explorations Diagnostique	48	48	29,2	29,2	60,9	100
Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers	35	35	20,8	20,8	59,4	100
Direction de la Formation et de la Recherche en Santé	28	28	16,2	15,2	57,7	94,2
Personne responsable des Marchés Publics	30	30	28	26,7	93,3	95,5
Coopération Technique Missions Médicales	51	51	28,6	24,1	56	84,4
Plan d'actions	492	492	491,9	488,7	100	99,3
Cellule de contrôle des marchés publics	38	38	28,5	28,5	75	100
Electricité, eau, et frais de télécommunication	1380,6	1380,6	5478,8	5478,8	396,8	100
TOTAL a) (directions centrales et techniques)	2841,4	2841,4	6694,2	6664,9	235,6	99,6
DCT Hors Electricité, Eau et Télécoms	1460,8	1460,8	1215,4	1186,1	83,2	97,6

Source : DRFM/DPP/MS (2013)

Tableau 11 : Délégation de crédit aux départements de l'année 2013

Structures	Prév. Init.	Dota. Actu.	Engag.	Ordon.	Tx (%) Engag.	Tx (%) Ordon.
DDS ATACORA	123,0	123,0	123,0	123,0	100,0	100,0
CHD Atacora	76,0	76,0	76,0	76,0	99,9	100,0
CHD Donga	12,0	12,0	12,0	12,0	99,8	100,0
ZS Kouandé-Kérou-Péhunco	70,0	70,0	70,0	70,0	100,0	100,0
ZS Natitingou-Boucoubé-Toucountouna	79,3	79,3	79,3	77,5	100,0	97,7
ZS Tanguiéta-Matéri-Cobly	66,3	66,3	65,9	65,6	99,3	99,6
ZS Bassila	45,0	45,0	44,9	44,9	99,8	100,0
ZS Djougou-Ouaké-Copargo	95,1	95,1	95,1	95,1	100,0	100,0
TOTAL ATACORA-DONGA	566,7	566,7	566,1	564,0	99,9	99,5
DDS ATLANTIQUE	132,3	132,3	132,3	132,3	100,0	100,0
ZS Sô-Ava-Abomey-Calavi	57,8	57,8	57,8	57,8	100,0	100,0
ZS Allada-Toffo-Zè	58,7	58,7	58,6	58,6	99,8	100,0
ZS Ouidah-Kpomassè-Tori-Bossito	78,4	78,4	78,4	78,4	100,0	100,0
ZS Cotonou 1 & 4	37,8	37,8	37,8	37,8	100,0	100,0
ZS Cotonou 2 & 3	68,8	68,8	68,8	68,8	100,0	100,0
ZS Cotonou 5	38,1	38,1	38,1	38,1	99,9	100,0
ZS Cotonou 6	38,9	38,9	38,9	34,5	100,0	88,7
Maternité lagune	105,0	105,0	105,0	103,5	100,0	98,6
Centre National de Psychiatrie de Jacquot	74,3	74,3	74,3	74,3	99,6	100,0
Centre de Pneumo Phthisiologie de Cotonou	40,1	40,1	38,7	36,9	96,6	95,4
TOTAL ATLANTIQUE- LITTORAL	730,2	730,2	728,5	720,9	99,8	98,7
DDS BORGOU	130,1	130,1	130,1	130,1	100,0	100,0
CHD Borgou-Alibori	119,5	119,5	116,9	118,5	97,8	101,4
ZS Bembèrèkè-Sinendé	82,6	82,6	82,6	82,6	100,0	100,0
ZS Nikki-Kalalé-Pèrèrè	97,1	97,1	97,1	97,1	100,0	100,0
ZS N'Dall-Parakou	50,4	50,4	50,4	50,4	100,0	100,0
ZS Tchaourou	47,0	47,0	44,5	43,0	94,7	96,6
ZS Malanville-Karimama	64,4	64,4	64,4	67,9	100,0	105,4
ZS Banikoara	39,9	39,9	39,9	39,9	100,0	100,0
ZS Kandl-Gogounou-Ségbana	62,6	62,6	61,4	61,4	98,2	100,0
TOTAL BORGOU-ALIBORI	693,6	693,6	687,2	690,9	99,1	99,6
DDS MONO	124,0	124,0	124,0	122,5	100,0	98,8
CHD Mono-Couffo	106,0	106,0	106,0	105,0	100,0	99,1
ZS Grand-Popo-Comè-Bopa-Houéyogbé	73,2	73,2	73,2	73,2	100,0	100,0
ZS Lokossa-Athlémé	65,2	65,2	65,2	64,3	100,0	98,7
ZS Klouékanmey-Lalo-Toviklin	68,0	68,0	68,0	69,4	100,0	102,1

ZS Aplahoué-Dogbo-Djakotomey	68,4	68,4	68,4	68,4	100,0	100,0
TOTAL MONO-COUFFO	504,8	504,8	504,7	502,8	100,0	99,6
DDS OUEME	164,9	164,9	164,9	164,9	100,0	100,0
CHD Ouémé-Plateau	120,6	120,6	120,6	120,6	100,0	100,0
ZS Porto-Novo-Aguégoués-Sèmè-Kpodji	45,3	45,3	45,3	45,3	100,0	100,0
ZS Misséréfé-Avrankou-Adjarra	45,7	45,7	45,7	45,7	100,0	99,6
ZS Adjohoun-Dangbo-Bonou	70,9	70,9	70,7	70,7	99,6	100,0
ZS Pobè-Kétou-Adja-Ouèrè	75,1	75,1	74,8	74,8	99,5	100,0
ZS Sakété-Ifangni	64,2	64,2	64,1	62,4	99,9	97,3
Centre de Pneumo Phtisiologie d'Akron	38,1	38,1	38,1	37,7	100,0	99,1
TOTAL OUEME-PLATEAU	624,8	624,8	624,1	621,9	99,9	99,5
DDS ZOU	176,0	176,0	176,0	181,1	100,0	102,9
CHD Zou-Collines	125,7	125,7	125,7	125,7	100,0	100,0
ZS Djidja-Abomey-Agbangnlzoun	67,1	67,1	67,0	67,0	99,9	100,0
ZS Bohlcon-Zakpota-Zogbodomé	37,5	37,5	37,0	34,3	98,6	92,7
ZS Covè-Ouinhi-Zagnanado	71,9	71,9	71,9	71,9	100,0	100,0
CS de Sèdo-Goho (Ex Vikon)	35,9	35,9	35,9	35,9	100,0	100,0
ZS Dassa-Zoumè-Glazoué	62,8	62,8	62,8	62,8	100,0	100,0
ZS Ouèssè-Savè	59,2	59,2	59,2	59,2	100,0	100,0
ZS Savalou-Bantè	70,0	70,0	70,0	70,0	100,0	100,0
TOTAL ZOU-COLLINES	706,1	706,1	705,5	707,8	99,9	100,2

Source : DRFM/DPP/MS (2013)

Ces tableaux nous renseignent sur la part des ressources mises à la disposition de chaque direction, Centre Hospitalier Départemental (CHD) et Zone Sanitaire (ZS). On constate que la prévision initiale est égale à la dotation de chaque direction, CHD et ZS. En effet le taux d'engagement est toujours inférieur ou égal au taux d'ordonnancement. Alors il y a toujours manque de ressource financière au niveau des directions, CHD et ZS. Alors la quantité totale de ressource disponible (taux d'engagement) n'arrive pas à financer les directions, CHD et ZS pour l'atteinte de leurs objectifs (taux d'ordonnancement). De plus dans la répartition de ses ressources on constate que certains départements bien que peuplé reçoivent moins de crédit dans le domaine de la santé.

Tableau 12 : Prévision (en million de FCFA) des aides internationales par source de financement au secteur santé

SOURCE DE	Projection	Projection	Allocation	Projection	Projection	Projection
FINAN.						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
BN	17 241	4 470	8 146	11 475	13 200	13 400
IDA	1 727	1 891	900	0	0	0
IDA (BOOSTER)	2 400	0	0	0	0	0
AUTRES PAYS	30	30	30	20	20	20

La régulation du système sanitaire en république du Bénin : enjeux et perspectives

UNICEF	322	339	80	80	80	80
FED	0	0	0	0	0	0
OMS	456	451	148	148	148	148
FAC	100	0	130	470	870	870
IPB	0	0	0	0	0	0
JAPON	0	0	0	0	0	0
USA	400	250	200	200	200	200
FNUAP	400	200	200	200	200	200
FAD	0	0	0	0	0	0
SUISSE	149	0	0	0	0	0
AFD	0	0	0	400	500	500
BIDC	0	0	0	1 000	2 450	3 900
BID	0	4 241	0	1 915	0	0
KFW	0	0	0	0	0	0
PAYS BAS	400	900	900	400	400	400
ONG	360	275	288	288	288	288
GTZ	153	0	0	0	0	0
CHINE	919	0	0	0	0	0
PNUD	0	0	0	0	0	0
BELGE	1 662	3 043	2 756	1 169	484	484
FBB	0	0	0	0	0	0
FC	0	0	0	0	0	0
AFRF	0	0	0	0	0	0
BADEA	1 100	970	285	285	0	0
FONDS MONDIAL	2 475	4 607	4 370	1 525	6 525	6 525
FED ARIVA	0	0	0	0	0	0
PDRH	0	0	0	0	0	0
Fonds Saoudien			200	1 000	3 000	2 380
BAD	4 526	4 636	1 715	1 500	0	0
BAD (Dons)	400	0	0	0	0	0
DANIDA	257	0	0	0	0	0
BM	0	803	2 000	1 000	4 000	5 885
PMI	1 000	3 201	1 500	900	4 005	6 000
GAVI	2 000	3 673	2 998	2 200	5 300	4 300
RES. INT.	17 241	4 470	8 146	11 475	13 200	13 400
RES. EXT.	20 817	29 510	18 700	14 700	28 470	32 180
TOTAL	38 058	33 980	26 846	26 175	41 670	45 580
TOTAL	39 377	33 980	26 846	26 175	41 670	45 580
DONS	13 464	17 772	15 600	9 000	23 020	25 900
PETS	7 353	11 738	3 100	5 700	5 450	6 280
RES.EXT	22 136	29 510	18 700	14 700	28 470	32 180

Source : DRFM/DPP/MS (2013)

Ce tableau nous montre les diverses sources de financement de la santé au Bénin à partir de 2010 jusqu'à 2015. De même la participation de chaque organisation dans le total des ressources financières du secteur.

A travers les tableaux précédents on note que les diverses sources de financement de la santé majorer de leur mode de répartition réduisent les coûts de soins de santé payer le consommateur de soin et permet une croissance de la demande des soins dans des lieux de soin. Le ratio Budget Santé par rapport au Budget Général de l'Etat affecté au secteur de la santé est 6,29 % en 2011 ; 6,39 % en 2012 et 7,1 en 2013. Par ailleurs, le taux de fréquentation des services de santé par la population est de 45,4 % en 2011 ; 51,4 % en 2012 et 52,8 % en 2013. Ce taux pour les enfants de 0 à 5 ans est de 81,2 % en 2011 ; 90,9 % en 2012 et 94,3 % en 2013 (voir annexe). Ces résultats confirment une accessibilité financière aux soins de santé à la population notamment aux plus démunis. Cependant il y a une insuffisance de ressources dans le secteur sanitaire et cela génère des grèves dans le secteur. Ce qui entraîne des pertes en vies humaines et ces pertes agissent sur l'économie nationale.

V- Comportements stratégiques

Dans le but d'améliorer la performance du système de santé et d'offrir des soins de qualité aux populations, surtout les plus démunies, le Gouvernement utilise des plans stratégiques de prise en charge des démunies et indigents.

Selon le décret n° 97-321 du 17 juillet 1997 portant réglementation des secours gérés par le Ministère chargé de la protection sociale, est indigente « toute personne se trouvant dans un état d'extrême pauvreté, sans salaire, privée de ressources suffisantes pour sa survie, victime d'un désastre naturel et placée dans une situation particulièrement difficile, dépourvue de ressources vitales, en difficulté au plan social et économique et ayant besoin de l'Etat, des collectivités locales et de la société pour sa survie, en raison de son âge, de son état physique, mental ou social ».

Depuis les quatre derniers exercices budgétaires, un fonds d'au moins un milliard de francs CFA est alloué chaque année au Ministère de la santé publique et au Ministère de la Famille par l'Etat béninois pour la prise en charge sanitaire des indigents. Une telle dotation, voire redistribution des ressources publiques, vise un objectif d'équité et d'égalisation des chances

qui devient un résultat important de politique de protection sociale, un soutien aux personnes extrêmement pauvres. Le Gouvernement recherche un mécanisme approprié, le meilleur modèle pour accroître la transparence dans la gestion des fonds et les moyens d'une utilisation optimale des ressources financières. L'affectation d'un contrôleur financier délégué dans chaque ministère et la décentralisation de la gestion budgétaire au niveau des directions départementales de la santé et des zones sanitaires s'inscrivent dans ce cadre.

1- Pour tenter de résoudre le problème de la mauvaise qualité des soins, le Gouvernement a mis en œuvre des stratégies d'amélioration de la gestion des ressources humaines et matérielles. En effet, des efforts sont déployés à tous les niveaux du système de santé pour promouvoir une gestion opérationnelle des ressources humaines à travers le renforcement des capacités et la décentralisation de la gestion; toutefois, beaucoup d'insuffisances persistent dans la répartition géographique du personnel formé au détriment des zones rurales et du nord du pays. Une politique de maintenance des infrastructures et des équipements, mettant l'accent sur les procédures de gestion et le renforcement de la responsabilité des utilisateurs, a été élaborée et mise en œuvre depuis 2002.

2- Dans le cadre de la lutte contre la maladie, le VIH/SIDA, le Paludisme et la Tuberculose ont été érigés en maladies prioritaires dans la politique sanitaire du Bénin, conformément à la déclaration d'Abuja des Chefs d'états et de Gouvernements de l'Union Africaine. Un Comité National de Lutte contre le Sida, et ses structures décentralisées, ont été mis en place pour coordonner les activités de promotion de la multisectorialité, de communication, de prise de conscience et de changement de comportement de la population en général et des groupes cibles en particulier, de prévention de la transmission mère-enfant et par voie sanguine, de traitement syndromique des Infections Sexuellement Transmissibles, de prise en charge des personnes vivant avec le VIH et des orphelins de parents victimes du SIDA, de développement de la surveillance de l'épidémie et de la recherche. La Banque vient d'approuver, en juillet 2004, un projet d'appui à la lutte contre le VIH/SIDA pour contribuer aux efforts du pays et de ses partenaires dans cette lutte qui nécessite beaucoup d'investissements.

3- En ce qui concerne le paludisme, l'accent est mis sur la réduction de la morbidité et la mortalité à travers l'amélioration de l'accès aux soins des personnes souffrant de paludisme, l'utilisation de moustiquaires imprégnées pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, l'amélioration de la prévention du paludisme chez les femmes enceintes. Le volet

«traitement et prophylaxie » s'est compliqué singulièrement ces dernières années avec l'apparition de souches plasmodiales résistantes à la Chloroquine, molécule de base pour la prise en charge du paludisme simple. Le Bénin a donc révisé son programme de lutte contre le paludisme en remplaçant la Chloroquine d'une part, par le COARTEM, combinaison de deux molécules, l'Artemether et la Lumefantrine pour le traitement, et d'autre part par la Sulfadoxine-Pyriméthamine pour le traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes. Cette situation impose la réalisation d'une série de nouvelles interventions dont la formation du personnel sur la prise en charge, l'approvisionnement du pays en COARTEM et en tests de diagnostic rapides. Pour assurer la qualité de la prise en charge des cas de paludisme, le programme a prévu une formation en mai-juin 2005 pour tester les nouveaux modules qui ont été élaborés à cet effet ; cette formation a regroupé 25 agents de santé à l'Institut Régional de Santé Publique. De plus on assiste à des programmes de distribution des moustiquaires dont deux personnes ont droit à une moustiquaire imprégnée.

4- La politique nationale de santé familiale, à travers quatre volets couvrant la santé de la femme, la santé de l'enfant, la santé des jeunes et la santé de l'homme, vise à réduire les taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile, à renforcer le comportement sexuel responsable chez les adolescents et les jeunes et à obtenir l'adhésion des hommes à la santé de la reproduction. Des normes et standards ont été définis pour chacun des quatre volets et la Direction de la Santé de la Famille, direction responsable de la conception et de la coordination de ce volet, rencontre des difficultés dans la mise en œuvre sur le terrain, en particulier en ce qui concerne les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.

5- Les Béninois, outre le recours aux services officiels de santé, utilisent massivement la médecine et la pharmacopée traditionnelle pour traiter leurs maladies. Une place importante est, par conséquent, accordée à cette médecine dans la politique nationale de santé par : i) la création d'une cellule à cet effet au sein du Ministère de la santé publique ; ii) le recensement des tradipraticiens par département ; iii) la formation d'un certain nombre d'entre eux dans les domaines du paludisme et des IST/VIH/SIDA et iv) la création de jardins de plantes médicinales. Toutefois, il reste encore beaucoup à faire dans ce domaine pour que la médecine traditionnelle joue pleinement son rôle dans l'amélioration de l'état de santé de la population.

6- En effet le Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du Secteur Santé (PSDRHSS) élaboré vise le développement d'un système de santé répondant aux besoins et aux aspirations de la population par la mise à disposition de ressources humaines en santé en qualité et en quantité suffisantes.

7- Les acteurs de régulation du système adoptent entre autre une approche de Financement Basé sur les Résultats (FBR) Le passage d'un financement de santé traditionnellement basé sur la planification d'intrants (financement fondé sur des budgets estimés sur la base des besoins) à des approches alternatives comme le FBR (financement basé sur les résultats) est reconnu pour son potentiel à améliorer la performance des services de santé. Le principe de base est que « l'argent suit le patient » : si les établissements de santé attirent davantage de patients et fournissent des services de qualité, ils recevront davantage de subventions sur base de résultats rapportés et vérifiés, qui est définis dans un contrat (mensuel, trimestriel ou biannuel). Comme il s'agit de paiements « ex post », quand les résultats ont été atteints, les prestataires chercheront toujours comment les améliorer en termes de productivité et de qualité de soins. Cela donne aussi la possibilité d'allouer les fonds aux priorités des politiques nationales. En effet, les paiements étant liés à l'augmentation de l'utilisation des services, les prestataires se retrouvent quelque part obligés de mieux répondre aux besoins et attentes des utilisateurs effectifs et potentiels de leurs services.

En somme le FBR est une approche de renforcement de la performance du système de santé à travers essentiellement :

- (i) la mise en œuvre de l'approche contractuelle,
- (ii) la mise en place du processus d'amélioration de la qualité des soins et services de santé et
- (iii) l'instauration d'incitations financières proportionnelles à la production de soins et services de qualité aux populations.

L'ensemble des Zones Sanitaires (ZS) du Bénin sera couvert par le Financement Basé sur les Résultats (FBR) : Répartition géographique des ZS entre les financements BM, FM, GAVI et CTB. A date, le document de cadrage s'applique aux ZS qui sont appuyées par la Banque Mondiale, le Fonds Mondial et GAVI.

Le FBR repose sur un contrat liant les financements aux résultats: les centres de santé signent un contrat avec le Ministère de la Santé et reçoivent trimestriellement des financements proportionnels aux résultats atteints. Les résultats concernent à la fois l'augmentation de la

production des services de santé, mais aussi la qualité des prestations. Les indicateurs du FBR sont en grande partie liés à la santé maternelle et infantile. Certains visent spécifiquement les populations les plus pauvres. Afin de garantir au FBR la transparence et prévenir les fraudes, l'ensemble des indicateurs est vérifié par une partie indépendante et les communautés bénéficiaires sont impliquées. Les financements FBR sont utilisés par les formations sanitaires pour des dépenses de fonctionnement et des primes à l'ensemble du personnel, à titre de motivation.

Spécificité de l'appui du PRPSS pour le FBR

La composante « Financement Basé sur les Résultats » du Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé vise à améliorer la couverture et la qualité des services de santé maternelle, néonatale et infantile pour la population de 8 Zones Sanitaires (sur les 34 dans le pays). L'appui du PRPSS revêt deux spécificités:

Il s'agit d'une expérimentation qui doit permettre de déterminer si le FBR améliore effectivement la performance du système de santé. La moitié des formations sanitaires sont des formations sanitaires « traitement » et l'autre moitié « contrôle ». De plus, la moitié des formations sanitaires bénéficiera d'une relative autonomie de gestion, c'est-à-dire la possibilité de décider de l'affectation des crédits FBR reçus;

La seconde spécificité de l'appui du PRPSS est que le projet finance également l'Initiative de Gratuité de la Prise en Charge du Paludisme (IGPECP), et ce en partie à travers le mécanisme FBR, dans les 8 ZS ciblées par le projet. Des indicateurs additionnels et relatifs à la prise en charge du paludisme sont ajoutés à la liste des indicateurs du FBR pour le PRPSS.

VI- Rôle et responsabilité des acteurs à tous les niveaux pour la mise en œuvre du FBR

La régulation du système de santé au Bénin est assurée par le Ministère de la Santé, Directions Centrales, Techniques et Agences concernées, Direction Départementale de la Santé (DDS), Equipe d'Encadrement des Zones Sanitaires (EEZS)

A- Acteurs au niveau Central

Dans le cadre de mise en œuvre du FBR, l'Unité de Coordination du PRPSS a pour mission la mise en œuvre technique et opérationnelle du FBR à tous les niveaux. Elle est l'organe exécutif de mise en œuvre du FBR et rend compte trimestriellement au Secrétariat Général du Ministère de la Santé. L'UCP est composée de cadres permanents détachés du Ministère de la Santé et des experts mis à la disposition de l'UCP par les partenaires appuyant la mise en œuvre du FBR. Elle peut également être appuyée ponctuellement par des experts internationaux pour des missions spécifiques. Les fonctionnaires membres de l'UCP reçoivent leur salaire de l'Etat et une prime à la performance trimestrielle basée sur des indicateurs de performance relatifs à leur mission. Dans le cadre de sa mission de mise en œuvre du FBR, l'UCP a les tâches suivantes:

Elaborer un plan d'action annuel et des plans trimestriels d'activités en rapport avec la mise en œuvre du FBR;

Analyser et Valider les rapports des évaluations communautaires;

Analyser et valider les rapports des évaluations de la performance des organes de régulation;

Elaborer les rapports trimestriels et annuels de mise en œuvre du FBR;

Elaborer un bulletin trimestriel des activités de mise en œuvre du FBR;

Assurer la gestion du portail FBR;

Participer au renforcement des capacités des acteurs à tous les niveaux en matière de FBR;

Proposer une budgétisation annuelle de mise en œuvre du FBR (tarifs par indicateur, budgets par zone sanitaire, budget des organes de régulation, coûts opérationnels);

Evaluer semestriellement, en collaboration avec la DDS, la performance des Equipes d'Encadrement des Zones (EEZ);

Evaluer semestriellement, en collaboration avec les services du niveau central, la performance des Directions Départementales de Santé (DDS);

Evaluer semestriellement, en collaboration avec le Secrétariat Général, la performance des services du niveau central du Ministère de la Santé;

Analyser et valider les données quantité FBR vérifiées par les contrôleurs de zones;

Analyser et valider les rapports des évaluations de la qualité au niveau des Centres de Santé et des Hôpitaux;

Procéder au paiement par virement direct des fonds sur les comptes bancaires des formations sanitaires et des organes de régulation;

Elaborer chaque trimestre un procès verbal (PV) de validation des données quantitatives, des évaluations qualité et des évaluations des organes de régulation;

Archiver et sécuriser tous les rapports et procès-verbaux de Vérification transmis par les Contrôleurs de zone ainsi que tous les rapports d'évaluation de la qualité et d'évaluation des performances des organes de régulation ;

Participer au règlement d'éventuels conflits de mise en œuvre du FBR en collaboration avec les DDS et les EEZS.

Organiser des rencontres semestrielles d'échanges sur les bonnes pratiques du FBR;

Négocier les contrats de performance avec les formations sanitaires;

Mener des missions de suivi de la mise en œuvre du FBR une fois par trimestre au niveau des zones sanitaires;

Analyser le niveau de consommation des différents budgets par trimestre;

Signer des contrats annuels de vérification communautaire des prestations des formations sanitaires avec les Organisations à Base Communautaire (OBC);

Archiver les contrats des formations sanitaire, des Organisations à Base Communautaire et des organes de régulation;

Elaborer /Réviser les outils de mise en œuvre du FBR;

Appuyer le secrétariat du Comité de Pilotage RSS.

a°) Comité de Pilotage RSS

Assurer la coordination de la mise en œuvre du FBR à tous les niveaux;

Donner des orientations stratégiques pour la mise en œuvre du FBR;

Valider les propositions de révision ou les adaptations relatives à la mise en œuvre du FBR;

Mobiliser des ressources auprès du Gouvernement et des Partenaires Techniques et Financiers en faveur du FBR;

Organiser une réunion trimestrielle du Comité de Pilotage.

b°) Le Secrétariat Général du Ministère de la Santé

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, le Ministère de la santé, à travers le Secrétariat Général, a pour mission principale d'assurer la régulation dans la mise en œuvre du FBR à tous les niveaux. De manière spécifique, le Secrétariat Général a pour tâches de :

Signer un contrat annuel de performance avec les DDS et les EEZS;

Participer, en collaboration avec l'UCP, à l'évaluation de la performance des services du niveau central du Ministère de la Santé;

Participer aux rencontres semestrielles d'échanges sur les bonnes pratiques du FBR;

Assurer le Secrétariat du Comité de Pilotage RSS.

c°) Les Services du niveau central du Ministère de la Santé

Les services du niveau central seront progressivement contractualisés en fonction de leur performance. Ces services ont pour tâches de :

Elaborer un plan d'action annuel et un plan d'action trimestriel;

Elaborer et diffuser des documents de normes et stratégies en matière de santé;

Réaliser les missions spécifiques dévolues à chaque service du niveau central;

Encadrer chaque semestre les DDS et les EEZS en fonction des missions spécifiques de chaque Service du niveau central;

Participer aux rencontres semestrielles d'échanges sur les bonnes pratiques du FBR.

B- Au niveau Départemental : Direction Départementale de la Santé (DDS)

La DDS joue le rôle de régulation du système de santé au niveau Départemental. Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, la DDS a pour tâches de :

Participer, en collaboration avec l'UCP, à l'évaluation de la performance des EEZS;

Signer un contrat annuel de performance avec le Secrétariat Général du Ministère de la Santé;

Participer aux rencontres semestrielles d'échanges sur les bonnes pratiques du FBR;

Participer au règlement d'éventuels conflits de mise en œuvre du FBR au niveau du Département.

C- Au niveau des zones sanitaires

a°) Equipe de l'agence internationale de contrôle externe FBR et/ou autres entités

L'équipe de vérificateurs est constituée de contrôleurs indépendants recrutés par les partenaires intervenant dans les différentes zones. Elle est constituée d'au moins 2 contrôleurs par zone sanitaire. Les contrôleurs de zone ont pour tâches de :

Planifier les activités de vérification dans les formations sanitaires;

Vérifier chaque trimestre les données quantité FBR déclarées par les formations sanitaires au niveau des registres des formations sanitaires;

Elaborer un rapport trimestriel de vérification des prestations quantitative FBR effectuée au niveau des formations sanitaires;

Procéder au tirage des échantillons au niveau des registres des formations sanitaires nécessaires pour la réalisation des enquêtes communautaires;

Participer à la formation des enquêteurs des Organisations à Base Communautaire;

Participer chaque trimestre, en collaboration avec les EEZS, à l'évaluation de la qualité des prestations des Centres de Santé;

Participer chaque trimestre, en collaboration avec les Hôpitaux, à l'évaluation de la qualité des prestations des Hôpitaux par les pairs;

Saisir les données vérifiées (données quantitatives et qualitatives) au niveau du portail FBR;

Transmettre à l'UCP le rapport de vérification des prestations quantité FBR des formations sanitaires;

Appuyer les formations sanitaires dans l'élaboration de leur plan de développement (analyse des goulots d'étranglement, prévisions de dépenses avec les crédits FBR,..)

Participer aux rencontres semestrielles d'échanges sur les bonnes pratiques du FBR.

b°) Equipes d'encadrement des zones sanitaires (EEZS)

Les EEZS du Ministère de la Santé font la régulation au niveau des zones sanitaires. Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, les EEZS ont pour tâches de :

Elaborer un plan d'action annuel et des plans d'action trimestriels;

Réaliser chaque trimestre, en collaboration avec les contrôleurs de zone, une évaluation de la qualité des prestations des formations sanitaires;

Signer un contrat annuel de performance avec Secrétariat Général du Ministère de la Santé;

Appuyer l'élaboration des plans d'action annuel des CS et des Hôpitaux de Zone;

Valider les plans d'action annuel des Centres de Santé et des Hôpitaux de Zone;

Assurer une supervision formative mensuelle des CS et des hôpitaux de zone;

Assurer la disponibilité permanente des médicaments essentiels, consommables et dispositifs médicaux au niveau du dépôt répartiteur de la zone sanitaire;

Transmettre à la DDS les rapports mensuels du système d'information sanitaire des CS et Hôpitaux de zone dans les délais requis;

Participer aux rencontres semestrielles d'échanges sur les résultats du FBR;

Participer au règlement d'éventuels conflits de mise en œuvre du FBR au niveau des Centres de Santé et Hôpitaux de zone.

c°) Centres de Santé (CS)

Les Centres de Santé ont pour mission d'offrir à la population un Paquet Minimum d'Activités de qualité. Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, les Centres de Santé ont pour tâches de :

Fournir à la population des soins de santé de qualité;

Signer un contrat de performance avec l'UCP;

Elaborer un plan d'action annuel du Centre de Santé, en collaboration avec le comité de santé (COGECS) et sous l'encadrement de l'EEZS;

Transmettre à l'EEZS le rapport mensuel du système d'information sanitaire;

Elaborer au début de chaque trimestre une fiche de données quantité FBR déclarées par la Formation Sanitaire;

Encadrer les acteurs Communautaires dans la mise en œuvre du FBR.

Participer aux rencontres semestrielles d'échanges sur les bonnes pratiques du FBR.

D- Au niveau des Hôpitaux de zone (HZ) ou Centre Hospitalier départemental (CHD)

Les Hôpitaux de zone ont pour mission d'offrir à la population un Paquet Complémentaire d'Activités de qualité. Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, les Hôpitaux de zone ont pour tâches de :

Fournir à la population des soins de santé de qualité;

Signer un contrat annuel de performance avec l'UCP;

Elaborer un plan d'action annuel sous l'encadrement de l'EEZS;

Transmettre à l'EEZS le rapport mensuel du système d'information sanitaire;

Participer aux rencontres semestrielles d'échanges sur les bonnes pratiques du FBR.

Lorsqu'il n'existe d'hôpital de zone, c'est le CHD qui reçoit les attentions que les hôpitaux de zones ne sont pas disponibles.

VII- Mécanisme mise en œuvre pour le bon fonctionnement du système sanitaire

Le système de santé du Bénin est financé essentiellement par les paiements directs des ménages (52%). Les mécanismes de prépaiement et de mutualisation du risque maladie ne sont pas obligatoires et ne couvrent que 6% de la population. Ce qui suppose un pourcentage élevé de la population faisant face aux dépenses catastrophiques de soins. Tels sont les problèmes que rencontre la population.

En outre, les familles font face à des barrières financières pour accéder à des services de santé cruciaux tels que le traitement antipaludique, les soins obstétricaux... Ce qui ne permet pas au pays de lutter efficacement contre les surmortalités de la mère et de l'enfant.

Suite aux recommandations des Etats Généraux de la Santé tenus en 2007, le gouvernement du Bénin s'est engagé dans un processus de mise en œuvre d'un Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU).

Aussi, le Conseil des Ministres a décidé en mai 2008, de créer un Comité Technique Interministériel (CTI) présidé par le Ministre en Charge de la Santé. Composé des principales parties prenantes du projet, le CTI a pour principale mission d'alimenter le Gouvernement en propositions concrètes dans le domaine. Le Secrétariat du CTI est assuré par une Unité relevant directement du Secrétaire Général du Ministère de la Santé (MS).

En juillet 2009, un atelier technique sur le RAMU a été organisé par le Gouvernement. L'atelier a vu la participation de plusieurs institutions comme les centrales syndicales, les représentants des prestataires de soins publics et privés, des Départements publics, des Mutuelles de santé... L'objectif principal de l'atelier était de valider les orientations stratégiques du RAMU et le schéma de sa mise en œuvre. Depuis, des commissions ont été

créées et des travaux et études sont menés (état des lieux, orientations stratégiques, quelques paramètres techniques et financiers...).

Le 19 décembre 2011, le Chef de l'Etat, Thomas Boni YAYI, a présidé la cérémonie de lancement officiel du RAMU. Durant cette cérémonie, le Ministre de la Santé, Dorothée Akoko KINDE GAZARD, a expliqué le pourquoi du RAMU. Elle a présenté les objectifs de ce régime ainsi que son architecture, son financement... et les prochaines étapes. Le Ministre de la Santé a insisté sur le chronogramme de la mise en œuvre du RAMU qui s'étend de cette date de lancement jusqu'en avril 2012 avec notamment, la mise en place des outils de gestion du RAMU, la formation du personnel et la finalisation des textes législatifs (Janvier à Mars 2012) et puis l'ouverture du droit aux prestations du RAMU qui se fera, selon le Ministre, en avril 2012.

Quelques mois auparavant, le Chef de l'Etat (mai 2011), a pris la décision de rendre gratuite la prise en charge des cas de paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.

➤ Contenu du RAMU

Selon le MS, « le RAMU est une initiative du Gouvernement du Bénin, visant à améliorer l'accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité. C'est un dispositif assurantiel, un système de couverture sociale maladie destiné à protéger l'ensemble des populations béninoises contre les conséquences financières du risque maladie ». C'est un dispositif destiné à assurer une meilleure coordination et un fonctionnement harmonieux et efficient des mécanismes déjà disponibles, à créer un mécanisme d'insertion des travailleurs des secteurs informel et agricole ainsi que des couches sociales démunies dans le dispositif de prise en charge, tout en veillant au respect des principes de base que sont la couverture universelle, l'approche contributive, la solidarité nationale, la responsabilité générale de l'Etat, l'équité, la gestion participative et l'efficience.

Le but du RAMU est « d'alléger la souffrance des populations par une réduction progressive et durable du phénomène de « paiement direct des soins », en vue de faire progresser la qualité, la solidarité, l'équité et l'efficience dans le financement du système de santé au Bénin. ». L'objectif général est de contribuer à l'amélioration de l'accessibilité financière des populations béninoises aux soins de santé de qualité.

Selon le MS, les principes de base du RAMU sont au nombre de sept à savoir :

- Couverture universelle: Une couverture efficace pour toutes les couches de la population béninoise, sans aucune distinction. L'universalité est ici appréciée en termes de prise en compte de l'ensemble de la population béninoise pour un paquet de base le plus large possible au moindre coût.
- Approche contributive : Bâtir le RAMU principalement sur la contribution des bénéficiaires. Il s'agit de concevoir des fourchettes de primes en rapport avec les capacités contributives des diverses couches sociales et d'asseoir un dispositif pour subventionner les primes des couches sociales les plus démunies (gage de pérennisation du système).
- Solidarité nationale : Mise en commun des risques, large partage des coûts : Solidarité entre « riches » et « pauvres », vieux et jeunes, travailleurs et sans emploi, citadins et ruraux, bien portants et moins bien portants.
- Responsabilité générale de l'Etat: La santé est un bien public, un droit humain consacré par la constitution et garanti par l'Etat, d'où le rôle régulateur du dispositif RAMU par les pouvoirs publics.
- Equité: Dans le cadre de la mise en place du RAMU, l'équité est appréciée sous deux aspects : l'équité d'accès qui consiste à faciliter l'accès de tous à un paquet de prestations de base, selon les besoins de chacun et l'équité contributive qui vise à faire participer chaque couche sociale en fonction de sa capacité contributive.
- Gestion participative : Elle recouvre deux dimensions dans le cadre du RAMU, à savoir : la participation des bénéficiaires à la gouvernance du système et le contrôle social.
- Efficience : Il s'agit de maximiser les résultats tout en minimisant les coûts. Ainsi, les dispositions seront prises pour : éliminer les lourdeurs et lenteurs administratives, sécuriser au maximum le système en vue d'une minimisation des fraudes et abus, veiller à obtenir de meilleurs résultats au moindre coût.

➤ La Politique Nationale de Santé

Le but de la Politique Nationale de Santé est de contribuer au bien-être des populations. Ce but est défini à partir de notre vision d'un système national de santé qui doit être un système intégré, garantissant la santé pour tous avec solidarité, équité, éthique et offrant des soins et services de santé de qualité, accessibles géographiquement et financièrement, avec la participation effective et de tous les acteurs.

VIII-Forces et faiblesse du système de santé Béninois

Le système de santé Béninois est analysé suivant les six piliers (06) de l’OMS.

Les six piliers sont en colonne et les colonnes suivantes montrent respectivement les forces et faiblesses du système au niveau de chaque pilier. Voir tableau ci-après.

Tableau 13 : Forces et Faiblesses du système sanitaire Béninois

Piliers d’analyse	Forces du système	Faiblesses du système
<i>Gouvernance et leadership</i>	Existence des organes de gestion. Fonctionnement des organes. Disponibilité des textes. Existence des dépôts répartiteurs pour la distribution des MEG.	Faible capacité d’action des comités de santé. Faible niveau de connaissance des textes par les acteurs. Insuffisance de coordination des acteurs. Faible partenariat public privé (structures de soins, mutuelle de santé, officines, acteurs communautaires...)
<i>Ressources humaines</i>	Existence d’au moins un médecin de santé publique. Existence de médecin chef au niveau des communes. Existence de logiciel pour la gestion du personnel (LogiGRH)	Instabilité des agents au poste. Insuffisance de personnel surtout qualifié. Insuffisance de compétences (sociologue, statisticien, communicateur, économiste de santé)
<i>Fournitures des services (laboratoires, consultations, etc.)</i>	Définition des PMA et PCA Pour les structures de soins. Continuité des services. Bonne couverture en infrastructures sanitaires.	Dysfonctionnement du Système de Référence et de Contre Référence. Faible niveau de la qualité des soins. Faible taux de fréquentation des Formations Sanitaires.

		Faible niveau d'intégration des programmes verticaux.
<i>Financement de la santé</i>	Subside de l'état. Existence du financement communautaire (paiement direct). Appui des PTF pour certaines zones. Appui des collectivités Locales.	Abattement imprévisible / fermeture intempestif du SIGFIP sur les subsides de l'état. Disparité dans l'appui des PTF. Insuffisance de financement pour les problèmes de santé.
<i>Médicament, gestion des achats, infrastructures équipements, etc.</i>	Existence des dépôts répartiteurs pour la distribution des MEG. Disponibilité de logiciel de gestion des MEG (Médistock). Maîtrise du niveau de gestion des vaccins	Vétusté des équipements et infrastructures. Mauvaise planification d'acquisition, de construction et de maintenance des infrastructures et des équipements. Faible niveau de gestion du stock des MEG.
<i>Information sanitaire</i>	Existence du SNIGS. Existence de services statistique au niveau de chaque zone.	Système non informatisé au niveau des communes. Faible promptitude. Pas de statisticien qualifié. Faible documentation au niveau des ZS. Faible niveau de capitalisation des bonnes pratiques.

Source : PNS, 2013

SECTION 2 : Mesures et suggestions en vue d'améliorer les performances du système sanitaire béninois.

- Situation des équipements

Rechercher des solutions aux problèmes de sous-équipement qui constituent un frein à la qualité du diagnostic et du traitement, voire un danger pour les patients, par exemple lors d'interventions chirurgicales dans un environnement sous-équipé (respirateur non fonctionnel, absence de stérilisateur, etc.). Notons qu'à l'instar des bâtiments, l'Etat a fait beaucoup

d'efforts dans le domaine des équipements pour rendre plus fonctionnelles les formations sanitaires publiques.

Mais, il reste beaucoup à faire en ce qui concerne les moyens de transport qui sont très utiles pour le transfert des malades, les supervisions, les vaccinations ; les moyens de communication sont insuffisants pour établir des liaisons régulières entre les différents centres de santé. Les difficultés de maintenance sont coûteuses du fait de l'immobilisation parfois définitive d'équipements non amortis et souvent chèrement acquis. La pérennisation des infrastructures et des équipements souvent acquis à des coûts très onéreux n'est pas assurée, puisqu'ils se retrouvent très vite hors d'usage ; alors que les moyens manquent pour les renouveler. D'abord il faut acquérir des équipements durables et élargir les options de financement de la santé. Il faut que l'Etat augmente considérablement le budget du secteur sanitaire comme celui de l'éducation, ce qui n'a pas toujours été le cas. Ensuite, aider les pauvres à faire face aux dépenses catastrophiques de santé à travers le développement des systèmes de partage du risque sur le territoire. De même taxer les riches pour qu'ils couvrent une partie des coûts de soin de santé aux pauvres et indigents. Par ailleurs, il faut regrouper en un lieu spécifique les points qui offrent les mêmes prestations de services. Enfin créer des centres de santé adaptés à la situation des couches analphabètes car tous ceux qui vivent dans les villes ne sont pas tous des lettrés.

- Situation des personnels

Les catégories types de personnel qu'utilise le système de santé du Bénin sont les médecins, les infirmiers, sages-femmes, techniciens de santé, gestionnaires et personnel de soutien. Il s'agit en majorité de personnel paramédical encadré par un nombre limité de spécialistes médicaux. Ce personnel est très inégalement réparti entre les différentes régions du pays, avec une forte concentration dans les centres urbains au détriment des milieux ruraux. Adopter des politiques qui doivent augmenter et stimuler les offreurs de services de santé a beaucoup aimé travailler dans n'importe quel département du Bénin.

Ensuite résoudre les problèmes d'entretien et de maintenance dans les formations sanitaires qui laissent supposer une capacité très limitée du secteur dont une insuffisance de qualification et/ou de spécialistes. Les problèmes de maintenance ont une répercussion directe sur le fonctionnement de l'ensemble du système de soins : évacuations, supervisions, approvisionnement en médicaments et vaccins, ...etc. Alors il faut utiliser des stratégies

visant à accroître le nombre et la production des personnels soignants, de même le développement continu des compétences au niveau de ces personnels. Ainsi les personnels doivent éviter la lenteur administrative.

CONCLUSION

Au terme de cette analyse, nous nourrissons le sentiment que le présent travail ouvre la voie à une autre réflexion plus profonde, celle de la concrétisation de toutes les idées émises dans le présent document. Pour l'instant, cette première analyse nous a permis de constater qu'à l'instar de biens d'autres pays en développement, le système de santé béninois souffre d'un certain nombre d'insuffisances qui affectent son efficacité au regard des objectifs de solidarité et d'efficience. Etant entendu qu'une répartition équitable des ressources financières et humaines, des infrastructures sanitaires serait dénuée de tout fondement sans une offre quantitative et qualitative de soins et accessible ainsi qu'un système de santé efficient, nous avons proposé une réforme du système pour le rendre plus performant.

En garantissant des services de santé de qualité à toutes les couches sociales, le système de santé ouvrira la voie à l'institution d'un régime d'assurance maladie par exemple qui, en étant d'abord obligatoire pour les travailleurs du secteur structuré de l'économie, étendra progressivement sa couverture à tous les groupes sociaux en s'appuyant sur des régimes locaux et en s'inspirant des expériences du terrain telles que les mutuelles de santé.

En d'autres termes, une assurance maladie est envisageable, pourvu que certaines conditions soient remplies parmi lesquelles:

- un système de santé restructuré et réorganisé, garantissant des services sanitaires adéquats et financés selon des modalités incitatives ;
- une offre de soins variée et suffisante ainsi qu'une compétition régulée entre producteurs de soins ;
- une action simultanée sur la croissance économique et la croissance démographique en vue d'une amélioration progressive du pouvoir d'achat des consommateurs ;
- une réorganisation progressive du secteur informel pour en réduire la taille par rapport au secteur structuré ;
- un renforcement des capacités institutionnelles à tous les niveaux ;
- une utilisation optimale des ressources (y compris les ressources humaines) ;
- une amélioration de la participation communautaire ;

- un choix judicieux des régimes d'assurance, (les régimes gérés localement paraissant les mieux indiqués), pour ne citer que ces conditions.

L'apprentissage sur le tas devra jouer parfois un rôle déterminant. Certains facteurs comme le pluralisme démocratique et la promotion des libertés individuelles et collectives peuvent accélérer le processus en permettant aux populations d'avoir la voix au chapitre, d'exprimer leurs préférences et de se prononcer sur les choix à opérer.

Certes, le chemin sera long, difficile et parsemé d'embûches. Une volonté politique inébranlable et sans cesse accrue sera nécessaire, de même que de la patience, de la méthode, de la cohésion, de la rigueur et de la détermination. Des erreurs de parcours sont inévitables. Il faudra les admettre, les assumer, les corriger pour avancer. Surtout, il serait suicidaire de se réfugier derrière les difficultés pour ne pas agir. "L'erreur est humaine, c'est persévérer dans l'erreur qui est diabolique", dit-on. G. CARRIN n'affirmait-il pas : " l'une des manières d'aller vite est d'apprendre en faisant " C'est dans la même optique que nous partageons entièrement la sagesse de CONFICUIS selon laquelle "notre plus grande gloire n'est pas de ne tomber jamais, mais de nous relever toujours". Nous n'avons nullement la prétention d'avoir abordé tous les aspects du sujet, encore moins d'avoir trouvé des réponses "prêt-à-porter" aux interrogations soulevées dans la problématique. Nous reconnaissons que la concrétisation de toutes les idées émises dans le présent document appelle la mobilisation de capacités et de ressources relativement importantes, le recours à des données plus précises, un certain temps et une réflexion plus approfondie qui dépasserait le cadre d'un simple mémoire. Nous nourrissons tout simplement l'espoir que les fruits de nos travaux pourront constituer de sérieuses références pour toute personne physique ou morale intéressée par le recours éventuel à une régulation du système sanitaire comme mode de suivie du système de santé dans les pays en développement à faible revenu.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Rachel Sainhoude Koukpo, (mars 2005), Cotonou : Le droit de la santé au Bénin : état des lieux.

Organisation Mondiale de la Santé, (OMS mai 2014) : Stratégie de coopération WHO/CCU/14.03/Bénin.

Professeur Issifou TAKPARA : Plan National de Développement Sanitaire (2009-2018).

Professeur Issifou TAKPARA : Politique Nationale de Santé - Bénin.

Hugues B. M. TCHIBOZO et al. (novembre 2011) : Processus de mise en place d'un Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU).

I. Sanogo, S. Foryt, et H. Mrabet, (**MARS 2005**) : Projet d'appui au développement du système de sante (**PADS**).

Ministère de la santé, (janvier 2014) : Document de cadrage du financement basé sur les résultats (FBR) au Bénin version validée.

Sanoussi A. ACAKPO et al. (**Mars 2012**) : Annuaire des statistiques sanitaires années 2011.

Sanoussi A. ACAKPO et al. (**Avril 2013**) : Annuaire des statistiques sanitaires années 2012.

Sanoussi A. ACAKPO et al. (**Mars 2014**) : Annuaire des statistiques sanitaires années 2013.

OMS (1946) : La santé.

Dussault, (1995) : le système des soins.

OMS, (1981) : Les soins de santé primaires.

Contandriopoulos, (2000) : Qualité de soins.

Ackermans, (1992) : Intégration de soins.

Mougeot, (1986) : La régulation du système de santé.

LONDONO et FRENK, (1997) : Les fonctions essentielles du système de santé.

David BARDEY et Romain LESUR†, (Septembre 2004) : Régulation optimale du système de santé dans un contexte de demande induite et de risque moral ex post.

Professeur Issifou TAKPARA, (décembre 2008) : Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du Secteur Santé.

Ministère de la santé : Analyse des forces et faiblesses des zones sanitaires au Bénin.

Ministère de la Santé, (2010) : Profil des Ressources Humaines en Santé du Bénin.

TABLE DES MATIERES

Avertissement	1
Dédicaces	2
Remerciement	4
Sommaire	5
Liste des figures et tableaux	6
Liste des acronymes et déclinaisons	7
Résumé	10
Introduction	11
Chapitre 1 : Cadre théorique et méthodologique	13
Section 1 : Ciblage de la problématique et formulation des objectifs et hypothèses de recherche	14
Paragraphe 1 : Problématique de recherche	14
Paragraphe 2 : Définition des objectifs et hypothèses de recherche	15
A- Objectifs	15
B- Hypothèses de recherche	15
Section 2 : Présentation de la revue littéraire et de la méthodologie de recherche	16
Paragraphe 1: Revue de littérature	16
A- Définition de quelques concepts	16
B- Exposé sur les contributions antérieures relatives à la régulation du système sanitaire	19
Paragraphe 2 : Méthodologie de recherche	20
A- Méthodologie	20
B- Cadre opérationnel et difficultés rencontrées lors de la réalisation de l'enquête	21
Chapitre 2 : Présentation, analyse des résultats et approche de solution	23
Section 1 : Présentation et analyse des résultats	24
Paragraphe 1 : Présentation des résultats	24
I- Caractéristiques et profil du système de sanitaire béninois	24
A- Information géographique du bénin	24
B- Caractéristiques du système sanitaire béninois	24
C- Profile sanitaire du bénin	29
II- Description du système de santé à partir de la structuration et fonctions essentielles	29

III- Infrastructures sanitaires	36
IV- Ressources financières du système sanitaire béninois	41
V- Comportements stratégiques	47
VI- Rôle et responsabilité des acteurs à tous les niveaux	52
A- Acteurs au niveau central.....	52
B- Au niveau départemental : direction départementale de la santé (DDS).....	55
C- Au niveau des zones sanitaires.....	55
D- Au niveau des hôpitaux de zone (HZ) ou centre hospitalier départemental (CHD)	57
VII- Mécanisme mise en œuvre pour le bon fonctionnement du système sanitaire	58
VIII- Forces et faiblesses du système de santé béninois.....	61
Section 2 : Mesures et suggestions en vu d’améliorer les performances du système sanitaire.....	62
Conclusion	65
Références bibliographiques.....	67
Annexe.....	71

ANNEXES

Indicateurs usuels	En 2011	En 2012	En 2013
Taux de couverture en infrastructures sanitaires (%)	88,0	88,3	93,1
Nombre d'habitants par centre de santé public	12 916,0	12 387,0	16 767,0
Nombre d'habitants par médecin	8 411,0	5 849,0	6 418,0
Nombre d'habitants par infirmier	2 447,0	1 823,0	2 006,0
Nombre de femmes en âge de procréer par sage-femme	1 712,0	1 524,0	1 645,0
Nombre de médecins pour 10000 habitants	1,2	1,7	1,6
Nombre d'infirmiers pour 5000 habitants	2,0	2,7	2,5
Nombre de sages-femmes pour 5000 habitants	0,7	3,3	3,0
Ratio Budget Santé par rapport au Budget Général de l'Etat (%)	6,3	6,4	7,1
Taux de recouvrement	1,0	1,0	1,0
Marge bénéficiaire	2,1	2,0	2,1
Pourcentage des trois principales pathologies			
Paludisme	41,7	42,3	40,6
Infections Respiratoires Aigües	12,7	13,2	13,3
Affections gastro-intestinales	6,3	7,0	6,8
Taux d'incidence du Paludisme simple (%)	13,2	14,6	14,8
Taux d'incidence du Paludisme grave (%)	2,5	2,4	2,1
Taux d'incidence du Paludisme toutes formes confondues(%)	15,7	17,0	16,9
Taux de létalité du paludisme grave (pour 100 cas)	12,3	1,4	1,3
Taux de prévalence du SIDA (%)	1,9	1,9	1,9
Durée moyenne de séjour (CNHU)	7,8	7,8	6,8
Taux d'occupation des lits (CNHU)	68,6	68,6	69,0
Taux de fréquentation des services de santé (%)	45,4	51,4	51,4
Taux de couverture des consultations prénatales(%)	97,2	101,0	98,9
Taux de couverture des consultations postnatales(%)	38,9	41,1	40,0
Taux de couverture des consultations des Enfants de 0 - 11 mois(%)	70,4	77,4	75,1
Taux de couverture des accouchements assistés(%)	94,4	93,8	91,8
Taux de césarienne(%)	7,3	7,8	7,8
Décès maternels pour 100.000 naissances vivantes (dans les formations sanitaires)	220,7	205,6	152,3
Taux de prévalence contraceptive(%)	18,8	10,2	11,9
Taux de couverture en PENTA 3(%)	94,9	100,9	101,0
Taux de couverture en VAR(%)	89,1	94,7	96,1

Source : MS /DPP (2011, 2012, 2013)

Indicateur usuels		Année 2011		
		Cible	Valeur atteinte	Ecart à la cible
Taux de fréquentation des services de santé	Total	60 %	45,4 %	-14,6 %
	Privé Libéral enquête		6,5 %	

La régulation du système sanitaire en république du Bénin : enjeux et perspectives

	Privé Libéral intégré dans la Base du SNIGS		7,7 %	
	Privé Confessionnel		5,2 %	
	Public		25,8 %	
Taux de fréquentation des services de santé par les enfants de 0 à 5 ans	Total	85 %	81,2 %	-3,8 %
	Privé Libéral enquête			
	Privé Libéral intégré dans la Base du SNIGS		14,2 %	
	Privé Confessionnel		8,1 %	
	Public		58,9 %	
Nombre de zones sanitaires Fonctionnelles		28	27	-1
Taux de prévalence au VIH/SIDA parmi les femmes enceintes		inf. 2 %	1,9 %	-0,1 %
Taux de couverture vaccinale au Pentavalent des enfants de 0-II Mois		sup. 90 %	94,9 %	+4,9 %
Taux d'accouchement assisté par le personnel médical et paramédical en maternité	Total	sup. 80 %	94,4 %	+14,4 %
	Privé Libéral enquête		15,5 %	
	Privé Libéral intégré dans la Base du SNIGS		8,9 %	
	Privé Confessionnel		4,1 %	
	Public		65,9 %	
Taux de consultation prénatale	Total	sup. 90 %	97,2 %	+7,2 %
	Privé Libéral		12,2 %	
	Public (+ Privé confessionnel)		85,0 %	
Taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception		15 %	18,8 %	+3,8 %
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaires Imprégnées		60 %	64 %	+4,0 %
Pourcentage de femmes enceintes dormant sous moustiquaires imprégnées		60 %	60 %	0,0 %
Poids du budget santé dans le budget général de l'Etat		15 %	6,29 %	-8,71 %
Taux de consommation base engagement du budget santé (%)		100 %	71,5 %	-28,5 %

La régulation du système sanitaire en république du Bénin : enjeux et perspectives

Taux de couverture des ménages en ouvrages d'évacuation des excréta		46,4 %	46,5 %	+0,1 %
Taux de couverture en ouvrages d'évacuation des excréta en milieu scolaire		80 %	82,53 %	+2,53 %
Taux de succès thérapeutique des nouveaux cas TPM+		87	-	-

Source : MS /DPP (2012)

Indicateur usuels		Année 2012		
		Cible	Valeur atteinte	Ecart à la cible
Taux de fréquentation des services de santé	Total	60 %	52,8 %	7,22 %
	Privé Libéral enquête		8,4 %	
	Privé Libéral intégré dans la Base du SNIGS		8,6 %	
	Privé Confessionnel		5,5 %	
	Public		30,3 %	
Taux de fréquentation des services de santé par les enfants de 0 à 5 ans	Total	85 %	94,3 %	9,26 %
	Privé Libéral enquête			
	Privé Libéral intégré dans la Base du SNIGS		14,3 %	
	Privé Confessionnel		11,0 %	
	Public		68,9 %	
Nombre de zones sanitaires Fonctionnelles		28	27	-1
Taux de prévalence au VIH/SIDA parmi les femmes enceintes		inf. 2 %	1,90 %	-0,01 %
Taux de couverture vaccinale au Pentavalent des enfants de 0-II Mois		sup. 90 %	101,0 %	4,90 %
Taux d'accouchement assisté par le personnel médical et paramédical en maternité	Total	sup. 80 %	91,54 %	1,54 %
	Privé Libéral enquête		10,3 %	
	Privé Libéral intégré dans la Base du SNIGS		10,7 %	
	Privé Confessionnel		4,8 %	
	Public		65,7 %	
Taux de consultation prénatale	Total	sup. 90 %	98,3 %	8,30 %

La régulation du système sanitaire en république du Bénin : enjeux et perspectives

	Privé Libéral		12,7 %	
	Public (+ Privé confessionnel)		85,6 %	
Taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception		15 %	11,9 %	-3,10 %
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaires Imprégnées		65,7 %	71 %	5,30 %
Pourcentage de femmes enceintes dormant sous moustiquaires imprégnées		80 %	76 %	4 %
Poids du budget santé dans le budget général de l'Etat		15 %	7,05 %	-7,95%
Taux de consommation base engagement du budget santé (%)		100 %	87,23 %	-12,77 %
Taux de couverture des ménages en ouvrages d'évacuation des excréta		51,0 %	46,0 %	-5,0 %
Taux de couverture en ouvrages d'évacuation des excréta en milieu scolaire		85 %	83,90 %	-1,10 %
Taux de succès thérapeutique des nouveaux cas TPM+		91	-	-

Source : MS /DPP (2012)

Indicateur usuels		Année 2013		
		Cible	Valeur atteinte	Ecart à la cible
Taux de fréquentation des services de santé	Total	60 %	51,4 %	-9,6 %
	Privé Libéral enquête		8,7 %	
	Privé Libéral intégré dans la Base du SNIGS		10,3 %	
	Privé Confessionnel		4,3 %	
	Public		28,1 %	
Taux de fréquentation des services de santé par les enfants de 0 à 5 ans	Total	85 %	90,9 %	+5,9 %
	Privé Libéral enquête			
	Privé Libéral intégré dans la Base du SNIGS		17,7 %	
	Privé Confessionnel		8,1 %	
	Public		65,1 %	

La régulation du système sanitaire en république du Bénin : enjeux et perspectives

Nombre de zones sanitaires Fonctionnelles		28	27	-1
Taux de prévalence au VIH/SIDA parmi les femmes enceintes		inf. 2 %	1,90 %	-0,1 %
Taux de couverture vaccinale au Pentavalent des enfants de 0-II Mois		sup. 90 %	94,9 %	+4,9 %
Taux d'accouchement assisté par le personnel médical et paramédical en maternité	Total	sup. 80 %	93,8 %	+13,8 %
	Privé Libéral enquête		10,6 %	
	Privé Libéral intégré dans la Base du SNIGS		14,5 %	
	Privé Confessionnel		3,4 %	
	Public		65,3 %	
Taux de consultation prénatale	Total	sup. 90 %	101,0 %	+11,0 %
	Privé Libéral		17,1 %	
	Public (+ Privé confessionnel)		83,3 %	
Taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception		15 %	10,2 %	-4,8 %
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaires Imprégnées		65,7 %	80 %	+14,3 %
Pourcentage de femmes enceintes dormant sous moustiquaires imprégnées		80 %	70,6 %	+9,4 %
Poids du budget santé dans le budget général de l'Etat		15 %	6,39 %	-8,61 %
Taux de consommation base engagement du budget santé (%)		100 %	87,3 %	-12,7 %
Taux de couverture des ménages en ouvrages d'évacuation des excréta		51,0 %	46,0 %	-5,0 %
Taux de couverture en ouvrages d'évacuation des excréta en milieu scolaire		85 %	83,9 %	-1,1 %
Taux de succès thérapeutique des nouveaux cas TPM+		90	-	-

Source : MS /DPP (2013)