

REPUBLICQUE DU BENIN

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE (MESRS)



UNIVERSITE D'ABOMEY- CALAVI (UAC)



FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION (FASEG)

Mémoire présenté en vue de l'obtention des crédits associés au Diplôme de

LICENCE PROFESSIONNELLE EN ECONOMIE

OPTION : ECONOMIE

SPECIALITE : Economie et Gestion des
Structures Sanitaires (EGSS)

THEME :

**Contribution des politiques de gratuité des soins à
l'amélioration des indicateurs de santé des populations
les plus vulnérables au Bénin.**

Réalisé par :

Missimaho Bruno DOSSOU & Dansou Albert SOGBADJI

Directeur de mémoire

Dr Gbodja Hilaire HOUENINVO

Enseignant à la FASEG/UAC

Année académique : 2014-2015

AVERTISSEMENT

LA FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION DE L'UNIVERSITE D'ABOMEY- CALAVI N'ENTEND DONNE AUCUNE APPROBATION, NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS CE MEMOIRE. CES OPINION DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS.

DEDICACE

Je dédie ce mémoire

A

- ❖ Mon père DOSSOU Moïse ;
- ❖ Ma mère AZANPKO Eugénie ;
- ❖ Ma sœur DOSSOU Aubine ;

Missimaho Bruno DOSSOU

DEDICACE

Je dédie ce mémoire

A

- ❖ Mon oncle DONOU C. Faustin ;
- ❖ Mon feu père SOGBADJI Dossou ;
- ❖ Ma mère ADJIHOUEDE Tossi.

Dansou Albert SOGBADJI

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire n'aurait été possible sans le concours et le soutien de certaines personnes à qui nous tenons à témoigner toute notre gratitude. Ainsi, nos sincères remerciements vont spécialement :

- ✓ **Au Professeur Agrégé Charlemagne IGUE**, Doyen de la FASEG pour son sacrifice et sa détermination dans la formation et la recherche en Sciences Economiques et de Gestion ;
- ✓ A notre maître de mémoire, **Docteur Hilaire Gbodjia HOUENINVO**, pour avoir accepté de superviser ce travail dans toute sincérité et humilité avec rigueur. Ses suggestions, remarques et encouragements nous ont été d'une grande importance ;
- ✓ **A Madame Mireille-Marie MINTOGBE**, pour ses appuis et conseils dont nous avons bénéficiés ;
- ✓ **A tous les professeurs et enseignants de la FASEG** qui ont contribué à notre formation ;
- ✓ **Aux autorités de la DPP/MS**, qui ont accepté que ce stage se fasse dans leur institution ;
- ✓ **A tous nos frères et sœurs** pour leur soutien.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

BM : Banque Mondiale

BN : Budget National

DPP : Direction de la Programmation et de la Prospective

FASEG : Faculté des Sciences Economiques et de Gestion

FMI : Fonds Monétaire International

FSI : Fonds Sanitaire des Indigents

FO: Fistule Obstétricale

GAVI: Global Alliance For Vaccine and Immunization

IB : Initiative de Bamako

MS : Ministère de la Santé

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale pour la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PED : Pays En Développement

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

RDC : République Démocratique du Congo

SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

UEMOA : Union Economique et Monétaire Ouest Africaine

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Tableau1 : Différentes politiques d'exemption mises en œuvre au Bénin.....	21
Tableau 2 : Le niveau de quelques indicateurs de santé de 2002 à 2012 au Bénin.....	22
Tableau 3 : Indicateurs de santé selon les départements au Bénin.....	23
Tableau4 : Niveau de fréquentation des services de santé par départements au Bénin.....	23
Graphique1 : Evolution du taux de mortalité maternelle au Bénin de 2002 à 2012.....	24
Graphique2 : Evolution du taux de mortalité infantile au Bénin de 2002 à 2012.....	25
Graphique3 : Evolution du taux de mortalité infanto-juvénile de 2002 à 2012 au Bénin.....	26
Graphique4 : Evolution de l'Espérance de vie à la naissance au Bénin de 2002 à 2012.....	27
Graphique5 : Niveau des indicateurs de santé par département au Bénin.....	28
Graphique6 : Niveau du taux de fréquentation des services de santé par département au Bénin.....	29

RESUME

La santé selon l'OMS est : « l'état de bien-être physique, mental et social complet de l'individu, de la famille et de la communauté ». Aujourd'hui, elle dépasse la seule compétence des populations. Ainsi, l'Etat a mis en place des politiques de gratuité des soins de santé pour résoudre les problèmes de santé qui s'imposent au Bénin notamment aux couches les plus vulnérables.

L'objectif de notre étude est d'évaluer la contribution des politiques de gratuité des soins de santé à l'amélioration des indicateurs de santé des personnes vulnérables au Bénin. La méthode utilisée est une étude de portée qui s'est basée sur l'analyse des données documentaires, d'entretien et des données sanitaires.

Les résultats obtenus permettent, entre autre de conclure que les politiques de gratuité des soins de santé ont leur importance qui s'est démontrée par l'amélioration des indicateurs de santé. A partir des résultats issus de nos entretiens, nous avons analysé la perception des différents acteurs dans la mise en œuvre des politiques de gratuité des soins. Par ailleurs, il ressort de nos analyses que la suppression seule du paiement direct aux soins ne suffit pas pour améliorer les indicateurs de santé des couches vulnérables dans les années à venir. Certaines recommandations ont été formulées à l'endroit des acteurs du système de santé à divers niveaux.

Mots clés : gratuité des soins, couches vulnérables, Bénin.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE1 : CADRE INSTITUTIONNEL, THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	2
I.CADRE INSTITUTIONNEL	2
2. PRESENTATION DU MINISTERE DE LA SANTE ET DE SA DIRECTION DE LA PROGROMMATION ET DE LA PROSPECTIVE	3
II.CADRE THEORIQUE ET METHOLOGIE DE LA RECHERCHE	8
1. CADRE THEORIQUE	8
2. REVUE DE LITTERATIRE ET METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	10
CHAPITRE 2 : PRESENTATIONS ET ANALYSE DES RESULTATS	19
I. PRESENTATIONS DES DONNEES ET ANALYSE DES RESULTATS:	19
1. Présentation des données collectées :.....	19
II. DE LA VERIFICATION DES HYPOTHESES AUX RECOMMANDATIONS.....	33
1. Vérification des hypothèses	33
2. Etablissement du diagnostic	34
CONCLUSION	36
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	37
ANNEXES	41
TABLE DES MATIERES	43

INTRODUCTION

L'Etat en tant qu'un agent économique par le biais du Ministère de la Santé doit assurer à la fois : l'amélioration de la qualité, de l'accessibilité des services et des soins de santé y compris la santé de la reproduction, de la participation communautaire et de l'utilisation des services de santé, de la prise en charge des populations pauvres et indigents. Aussi, l'organisation des systèmes qui s'est largement mise en place au cours de ces dernières années est influencée par « le défi de viser une couverture universelle en santé »(OMS, 2004).

Dans les pays en développement en particulier au Bénin, les décideurs sont confrontés à une exclusion d'une frange importante de la population, qui perturbe beaucoup le développement du capital humain. Ils émettent des réserves donc sur le paiement direct et ont recours à des systèmes d'exemptions/subventions voire la gratuité des soins dans le secteur de la santé en vue d'améliorer l'état de santé des populations. Depuis plus d'une décennie, on assiste à une évolution assez sensible de cette politique de gratuité des soins de santé. Afin d'évaluer l'efficacité des politiques de gratuité des soins dans le secteur de la santé à travers l'expérience du Bénin, nous avons orienté notre étude sur le thème : « **Contribution des politiques de gratuité des soins à l'amélioration des indicateurs de santé des populations les plus vulnérables au Bénin** ». Pour mieux cerner les contours de cette pratique, nous structurons le travail en deux chapitres.

Dans un premier chapitre, il sera abordé le cadre institutionnel, théorique et méthodologie de la recherche. Dans le deuxième chapitre, il sera question d'analyser et de présenter les résultats des politiques de gratuité des soins.

CHAPITRE1 : CADRE INSTITUTIONNEL, THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

I.CADRE INSTITUTIONNEL

1 .Contexte et déroulement du stage

1.1. Contexte académique du stage

Dans le cadre de la formation pour l'obtention du Diplôme de licence professionnelle en Economie et Gestion des Structures Sanitaires à la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG), il est fait obligation aux étudiants de faire un stage pratique de trois (03) mois minimum dans un Ministère ou Institution après la formation théorique. Ce stage a pour objectif de permettre à l'étudiant, non seulement de confronter les connaissances théoriques acquises avec la pratique, mais aussi et surtout d'identifier un sujet de mémoire à partir des différents problèmes auxquels la structure d'accueil est confrontée. Le mémoire académique réalisé dans ce cadre est donc une contribution de l'étudiant à l'accroissement des performances de la structure d'accueil du stage. Le stage de notre étude s'est déroulé au Ministère de la santé du 19 janvier au 20 avril 2015.

1.2. Déroulement du stage

Notre stage s'est déroulé au Ministère de la Santé plus précisément à la Direction de la Programmation et de la Prospective. Lors de ce stage, la majeure partie de notre temps a été consacrée à la collecte de données, à la revue documentaire et à la rédaction de notre mémoire. Nous avons approfondi nos connaissances sur les concepts de gratuité des soins de santé d'une part et participé à la revue sectorielle de la santé.

2. PRESENTATION DU MINISTERE DE LA SANTE ET DE SA DIRECTION DE LA PROGRAMMATION ET DE LA PROSPECTIVE

2.1. Présentation du Ministère de la Santé

2.1.1. Bref rappel historique

Il faut remonter aux deux arrêtés du 21 juin 1943 pour voir l'ébauche d'une véritable organisation sanitaire au bénéfice des populations indigènes dans les territoires colonisés. Il s'agit de :

-l'arrêté 2286 SP du 21/06/1943 qui a créé le poste de directeur général de la santé publique pour les territoires relevant du gouverneur général de l'A.O.F et qui a fixé les attributions y afférentes ; et

-l'arrêté 2287 SP du 21/06/1943 définissant dans les détails, les attributions et l'organisation de la direction générale de la santé publique.

Aussi a-t-il été créé des directions locales de la santé publique dans chaque colonie ainsi que dans la circonscription de Dakar et dépendances et au Togo.

Dans notre pays, cette organisation a fonctionné sans grande modification jusqu'en 1957, année durant laquelle ce département ministériel de la santé publique a été créé dont Docteur Nicolas EOUAGNIGNON était chargé du 28 juin 1957 au 26 JUIN 1959.

A l'occasion de l'accession de notre pays à l'indépendance en 1960, le Ministère de la santé a changé de dénomination et est devenu Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales (MSPAS) avec à sa tête le Docteur René Deroux. Malgré les multiples changements de gouvernement et constitution observés sur cette période, la mission et le modèle d'organisation du département de la santé n'ont pas beaucoup évolué jusqu'en octobre 1972, date de l'arrivée du régime révolutionnaire au pouvoir. A cette période, il y a eu un changement d'option dans la politique gouvernementale du Bénin et du corps

de la santé qui avait à sa tête le capitaine Moriba DJIBRIL. Le décret 72-75 du 26 octobre 1972 portant composition du gouvernement modifié par le décret 73-121 du 30 mars 1973 a modifié toutes les structures notamment, le Ministère de la Santé. Au total, 22 ministres se sont succédé à la tête de ce ministère dont six (06) femmes médecins depuis l'avènement de la démocratie en 1990. L'actuel titulaire de ce portefeuille ministériel est le Professeur Agrégé **Dorothee A. KINDE-GAZARD**.

De Porto-Novo à Xwlacodji, le Ministère de la Santé est transféré à Donaten à Apkakpa sur le site de l'ex Office National de pharmacie du Bénin (ONPB). Sous le régime du « Changement » ou de la « Refondation » ce département a repris l'appellation de Ministère de la Santé et est régi par le décret n°2012-272 du 13 août 2012.

2.1.1. Mission et attributions

Aux termes de l'article 1^{er} du décret n°2012-272 du 13 août 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé, ce ministère sectoriel a pour mission, la conception, la mise en œuvre et le suivi-évaluation de la politique de l'Etat en matière de santé, conformément aux lois et règlements en vigueur au Bénin, aux visions et politique de développement du gouvernement.

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.

2.1.3. Organisation et fonctionnement

Aux termes de l'article 3 du décret ci-dessus cité, pour accomplir sa mission, le Ministère de la Santé dispose des structures et organes tels que :

- Ministre
- Services et personnes directement rattachés au ministère ;
- Cabinet du Ministre ;
- Inspection Générale du Ministère ;
- Secrétariat Général du Ministère ;
- Directions centrales ;
- Directions techniques ;
- Directions départementales de la Santé (au nombre de 6) ;
- Etablissements hospitaliers ;
- Organismes sous tutelle ;
- Organes consultatifs nationaux.

En outre, le Ministre s'appuie sur un organe de soutien dénommé Comité National de suivi de l'Exécution et l'Evaluation des programmes/Projets du secteur santé (CNEEP). La composition et les attributions de cet organe de soutien sont fixées par le décret n°2007-163 du 16 avril 2007.

2.2. Présentation de la Direction de la Programmation et de la Prospective du Ministère de la Santé

2.2.1. Mission et attributions

Conformément aux dispositions de l'article 52 du décret n°2012-272 du 13 août 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé, Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP), l'une des

quatre directions centrales du Ministère, assure la gestion du processus de la planification du Ministère.

A ce titre, elle est chargée de :

- collecter, traiter diffuser toutes les informations nécessaires à une réflexion prospective et stratégique dans le domaine de compétence du ministère, notamment les clients/usagers ;
- animer les processus d'analyse, planification et de suivi-évaluation du Ministère ;
- élaborer, mettre en œuvre et évaluer en liaison avec le Cabinet du Ministre et le Secrétariat Général du Ministère, le plan stratégique et le plan opérationnel du Ministère ;
- élaborer, en liaison avec les directions techniques, directions départementales, les programmes et projets du Ministère ;
- élaborer, suivre et évaluer un budget-programme à partir des plans stratégique et opérationnel du ministère et du cadre de dépenses sectorielles à moyen terme (CDSMT) ;
- mobiliser en liaison avec les services financiers, les financements pour ces programmes et projets ;
- mettre en place une base de données et un dispositif de collecte, de traitement des informations pour réussir la planification, la mise en place et la suivi-évaluation au sein du ministère ;
- veiller à la prise en compte des études d'impact environnement dans le cadre des programmes et projets du ministère ;
- assurer le secrétariat et organiser les sessions du Comité National de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes (CNEEP).

2.2.2. Organisation et fonctionnement de la DPP

Pour mener à bien les missions à sa charge, la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP), conformément aux dispositions de l'Arrêté n°4238/MS/SGM/CTJ/DPP/SA du 30 juillet 2010 portant attributions, organisation et fonctionnement de la DPP encore en vigueur, dispose des services ci-après :

- le Secrétariat ;
- le Service des études et de la prospective (SEP) ;
- le Service de la Coopération (SC) ;
- le Service de la Programmation (SP) ;
- le Service de la Gestion du Système d'Information (SGSI) et
- la Cellule de Suivi Evaluation des Projets et Programmes (CSE) ;

Il est important de mentionner que nous avons parcouru tous les services de la DPP, deux nous ont fondamentalement servi de cadre d'observation au cours de notre stage à cause de l'importance de leurs rôles dans le système en observation : il s'agit notamment du Service de la Programmation (SP) et la Cellule du Suivi et Evaluation (CSE)

Le Service de la Programmation(SP)

Selon l'article 9 de l'arrêté ci-dessus, ce service est chargé de :

- ✓ Cordonner les travaux d'élaboration du Plan Triennal de Développement Sanitaire, du Cadre de Dépenses à Moyen Terme ; des budgets-programmes et apporter les appuis

II.CADRE THEORIQUE ET METHOLOGIE DE LA RECHERCHE

1.CADRE THEORIQUE

1.1. Problématique, Objectifs et hypothèses de recherche

1.1.1. Problématique

La santé est un droit fondamental de l'être humain et sa satisfaction permanente conditionne celle des autres besoins essentiels de l'homme. Ainsi, dans la constitution de l'OMS, la santé est « l'état de bien-être physique, mental et social complet de l'individu, de la famille et de la communauté » (OMS, 1948). La santé est déterminante dans le bien-être et fondamentalement dans la capacité productive de la population. La santé est un bien collectif divisible et tutélaire puisque les ménages n'affectent préférentiellement leurs ressources à la satisfaction d'autres besoins.

Après plus d'une vingtaine d'années de l'expérience de l'initiative de Bamako dans les pays africains ; force est de constater que ce mode de financement dans le secteur de la santé, a réduit l'utilisation des services, des soins de santé pour certaine catégorie de personnes. Le paiement direct des services de santé est par conséquent peu favorable à la demande de soins (Ridde Valéry et al, 2010). Le niveau du revenu des populations étant faible, le pourcentage de la population béninoise en dessous du seuil de pauvreté absolue est de 35,2% (UEMOA, 2010). La part des ménages dans les dépenses totales de santé s'accroît d'après les comptes nationaux de santé (OMS, 2006). Face à cela, les ménages font recours à des soins précaires qui a des conséquences négatives sur leur état de santé (Uzochukwuc, 2005). Ainsi, l'échec de l'initiative de Bamako dans la plupart des pays africains a modifié la problématique sanitaire au cours de ces dernières années. La santé étant devenue une priorité sociale fondamentale. Le Bénin depuis des décennies œuvre pour le bien-être de sa population à travers un système de santé qui cherche à améliorer ses marques de performance. Ainsi, le développement des approches de gratuité des soins de santé s'impose. L'Etat a

mis en place des mesures de gratuité des soins de santé pour réduire les barrières financières aux personnes vulnérables et dans l'intérêt d'améliorer les indicateurs de santé. Le Ministère de la Santé élabore les stratégies des politiques de gratuité et suivre la mise en œuvre de ces politiques. Une intervention de santé publique facilite l'accès aux usagers effectifs et potentiels et améliore la qualité des soins.

Malgré cette vision de la chose, force est de constater des problèmes dans sa mise en œuvre, de distribution des apports de ces politiques aux couches les plus défavorisées, les conséquences bénéfiques au profit des ménages les plus solvables (Yaméogo et al, 2012). En dehors de ce que pensent les acteurs sur des politiques de gratuité des soins de santé, il nous paraît important d'aborder cette question dans le contexte béninois. Notre étude s'évertuera à apporter des réponses à nos questions de recherches qui se présentent comme suit : Les politiques de gratuité des soins de santé paraient-elles efficaces au Bénin ? Quelle est la contribution des politiques de gratuités des soins à l'amélioration des indicateurs de santé des couches vulnérables que sont les femmes enceintes, les enfants et les indigents ? Quelle analyse peut-on faire de la perception des acteurs impliquant dans la mise en œuvre des politiques de gratuité des soins ?

L'objectif de ce travail consiste à diagnostiquer la contribution des politiques de gratuité des soins de santé à travers l'expérience du Bénin.

1.1.2. Objectifs de l'étude

L'objectif général de notre étude est d'évaluer l'efficacité des politiques de gratuité des soins de santé au Bénin. Il se décline en deux objectifs spécifiques qui sont :

OS1 : Analyser l'évolution des indicateurs de santé à partir des mesures de gratuité des soins.

OS2 : Analyser la perception des acteurs impliqués dans la mise en œuvre des politiques de gratuité des soins.

1.1.3. Les hypothèses de travail

Sur la base des objectifs spécifiques ci-dessus cités et à partir des recherches documentaires, deux (02) hypothèses de recherches ont été émises qui sont les suivantes :

H1 : Les politiques de gratuité des soins de santé ont amélioré les indicateurs de santé.

H2 : Les différents acteurs des politiques de gratuité des soins approuvent l'efficacité et le bon fonctionnement des mesures mises en œuvre.

2. REVUE DE LITTERATURE ET METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

2.1. REVUE DE LITTERATURE

2.1.1. Définition des concepts

- **Gratuité** : selon le dictionnaire Larousse 2010 « c'est le caractère de ce qui est gratuit, ne coûte rien. C'est recevoir quelque chose sans payer ». Dans le cadre de notre travail, la gratuité s'entend comme l'exemption ou la suppression du paiement direct pour les usagers au point de délivrance des soins.
- **Exemption** : en 2007, Witter et ses collègues définit l'exemption comme « toute réduction officielle des paiements directs pour les soins, visant un groupe, une région ou un individu »

2.1.2. REVUE THEORIQUE

- **Les conditions d'émergence des politiques de gratuité des soins**
Des études réalisées par Kessou et al. (2010) ; Meessen B, et al. (2011) ; Médecin du Monde (2011) ; Mbaye E, al. (2011) ; Ridde V, al. (2011) et Witter S, al. (2007), montrent dans la plupart des PED, les politiques de gratuité des soins de santé sont annoncées au cours des périodes de

campagne des élections présidentielles pour combler certaines attentes des personnes vulnérables que sont :

- La réduction des effets négatifs des paiements directs sur l'utilisation des services de santé et l'état de santé des populations ;
- Les mauvais indicateurs de santé maternelle et infantile pour rendre gratuit les soins liés à la santé de la reproduction et à lutter contre le paludisme surtout au fur et à mesure que l'échéance des OMD s'approchait ;
- La lutte contre la pauvreté, l'accès inégal aux soins ;

➤ **Les grands objectifs de la gratuité des soins sont :**

- Réduire la mortalité infantile : il consiste à réduire le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ;
- Améliorer la santé maternelle : réduire le taux de mortalité maternelle ;
- Augmenter l'espérance de vie à la naissance ;
- Supprimer les barrières financières aux populations : il consiste à rendre plus accessible les soins de santé aux personnes vulnérables, aux couches défavorisées ;
- Augmenter la capacité productive des ménages ;
- Promouvoir la santé de la mère et de l'enfant ;

➤ Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des politiques de gratuité des soins:

- Le retard des remboursements ;
- Ruptures de stocks ;
- Rareté des guides de mise en œuvre ;

2.1.3. REVUE EMPIRIQUE

Le thème qui fait objet de notre mémoire a été abordé d'une manière ou d'une autre par divers auteurs. Il est à noter que nous avons réalisé cette revue en nous référant aux apports de ces différents auteurs en fonction des centres d'intérêt qu'ils ont développés.

Bernard Taverne(2005) a étudié la gratuité des soins et a relaté que les principaux arguments collectés en faveur du paiement direct dans un contexte africain dans le cadre de l'initiative du paiement direct des usagers (dont l'objectif est que trois millions de personnes aient accès aux traitements à la fin de l'année 2005)

Au Niger, une étude a été réalisé par Ousseini A. (2010) a montré que la gratuité des soins de santé de petite enfance a facilité l'utilisation des services de santé de 2006 à 2010 dans les centres de santé.

Au Ghana, une étude réalisée par Witter et al. (2007) montre qu'après l'abolition des frais, on constate une augmentation des accouchements dans les établissements et que le ratio de mortalité a connu une baisse dans région 1^{ère} vague et 2^{ème} vague.

Au Sénégal, selon Witter S. et al. (2010), une évaluation a révélé des difficultés de mise en œuvre importantes, notamment liées à l'affectation des fonds et des kits et à l'adéquation de leur contenu. En dépit de cela, une augmentation des accouchements normaux et également le taux de césarienne dans les Zones rurales.

Au Mali, selon Heinmuller R. et al. (2012) a argumenté que la fréquentation des Centres de Santé s'est améliorée les consultations par an et par enfant a augmenté lorsque l'exemption totale a été introduite. Dans le même pays, une enquête réalisée par le Ministère de la Santé (2010) a montré que les

prestataires des services, les communautés, les collectivités et les acteurs politiques locaux soutiennent et estiment qu'elles profitent aux pauvres et augmentent leur accès aux soins obstétricaux d'urgences.

Dans une enquête menée par la Banque Mondiale en 2002 à Madagascar, les usagers des Centres de Santé se sont déclarés satisfaits de la qualité des services : 79% des usagers des Centres de Santé publics urbains et 83,2% des usagers ruraux se seraient déclarés satisfaits.

Une étude réalisée en RDC dans 7 zones sanitaires du Sud Kivu par Malteser (2004) révèle que les conditions socio-économiques précaires dans lesquelles vivent les populations des dites zones de santé ne permettent pas à la population d'accéder facilement aux soins de santé de base.

Yate et al. (2006) ont constaté en Ouganda que les pauvres ont une préférence accrue pour la Formation Sanitaire publique dans le cadre de la gratuité des soins et ont réduit leur recours aux guérisseurs traditionnels. Mais quant aux riches, ils ont une préférence réduite pour les structures publiques en accroissant la fréquentation des structures privées. Toujours dans ce pays, selon Burnham et al. (2004), 12 mois après l'abolition les nouvelles consultations pour les enfants de moins de 5ans ont augmenté de 27,3% du même que les visites de suivi (plus 81%). Les services gratuits avant l'abolition comme les vaccinations, les consultations prénatales et la planification familiale ont connu aussi une augmentation.

Leye et al. (2012) argumente qu'au Sénégal, les femmes âgées en moyenne de 24 ans à la survenue de la Fistule Obstétricale, étaient en majorité de la zone rurale soit 86%, analphabète (89%). Une bonne accessibilité des services est nécessaire pour la qualité des soins obstétricaux au Sud-Est du Sénégal

Au Sénégal, selon Leye et al. (2013) a affirmé que « de 2006 à 2008 on assistait à une affluence accrue des personnes âgées au niveau des différents hôpitaux nationaux. Ceci s'expliquait par la grande campagne nationale de sensibilisation sur la gratuité des prestations du Plan Sésame »

Une étude conduite par l'OMS (2008), les politiques et les actions des pouvoirs publics ont un impact sur l'état de santé des populations pauvres. Le montant des dépenses publiques dans le secteur de la santé peut influencer le type de services mis à la disposition des plus démunis et leur qualité

Selon l'OMS(2007), le paiement direct des soins de santé punit le pauvre et pénible en particulier pour la femme. Il est incontestablement prouvé que le paiement direct des soins de santé, la forme la plus importante de financement des systèmes de santé en Afrique a entraîné un déclin général de l'utilisation des services de santé selon le rapport du groupe de l'OMS, les systèmes de financement des services de santé sont de moins avantageux pour les plus démunis. Dans les pays en développement, la faiblesse des dépenses des pouvoirs publics signifie généralement qu'une proportion substantielle des dépenses médicales jusqu'à 80% dans certains cas doit être payée par les utilisateurs. S'en remettre aux paiements par les usagers pour le financement des soins de santé est la pire option possible pour les populations les plus démunis et les plus vulnérables.

Au Ghana, Asante A. F, et al. (2007) rapporte une baisse d'incidence des dépenses catastrophiques. La part des dépenses totales pour l'accouchement, dans le revenu des ménages a baissé après la gratuité.

Au Bénin, selon Kessou L, al. (2010), les 2/3 des personnes bénéficiaires de FSI ne sont pas de vrais indigents. Une étude menée par les mêmes auteurs (2008) montre que les citoyens ayant des revenus sûrs et réguliers sont

subventionnés au contraire de la grande masse des citoyens aux revenus aléatoires et précaires.

Entre 2003 et 2006, les Médecins Sans Frontières ont déclaré au Burundi, en Sierra Leone, en RDC, au Tchad, en Haïti et au Mali que « Les frais d'utilisation ont souvent abouti à une faible utilisation des services de santé dans les établissements de santé publics, l'exclusion des soins de santé et obligeant un grand nombre de rechercher des soins alternatifs. Les obstacles financiers affectaient 30-60% des personnes ayant besoin de soins de santé ».

Dans une étude menée par Gilson al. (2004), les gouvernements perçoivent des frais d'utilisation des soins comme principale obstacle à l'accès et plus important encore, comme l'un des plus faciles à contourner.

Dans un article publié en 2006, sur les « Stratégies de réduction de la mortalité maternelle » Oona M R Campbell et al. Ont démontré que la suppression des frais aux usagers a réduit le risque de mortalité maternelle et proposé un paquet de services efficace et accessible pour réduire les décès maternels dans les PED.

Dans un article consacré à ce sujet, Jean Bosco Kahindo (2006) estime que la gratuité des soins semble améliorer l'utilisation des soins de la vaccination et de la consultation prénatale de 1995-2005 dans la ville-province de Kinshasa en RDC.

En dehors des domaines privilégiés en matière de gratuité des soins dans les PED, la santé devient une nouvelle piste d'expérimentation de la gratuité des soins surtout dans le cadre de la réalisation des OMD santé.

Philippe Marin (1965), concernant les domaines d'application, a appesanti son analyse sur le secteur de la santé, pour en faire un bilan des expériences dans les PED. Il atteste que les mesures de gratuité des soins ont

leur efficacité globalement satisfaisante, qu'ils représentent une solution pour les services de soins des PED.

Dans une étude réalisée par Hamadoun Sangho et al. (2009), ils estiment que l'introduction des interventions dans le secteur de la santé a réduit l'incidence des cas de complications des infections respiratoires au Mali. Dans le même pays, pour la gratuité des soins, Touré et Escot (2012) ont conclu que « le principe de paiement des soins est considéré comme la meilleure garantie des prestations, mais comme source d'inégalité dans l'accès aux soins ». Ils estiment que la gratuité des soins améliore davantage l'état de santé des populations.

Dans un article réalisé par Stéphane Tizio (2004), il estime que les politiques de gratuité des soins contribuent au développement durable dès lors qu'elles permettent de réduire des inégalités devant la santé et améliore le capital humain.

Selon le rapport mondial OMS 2000, dans les pays les plus pauvres du monde, la plupart des gens, et notamment les plus démunis, doivent payer les soins de santé de leur propre poche au moment où ils sont malades et en ont le plus besoin. Or ces derniers sont moins susceptibles d'être affiliés à un régime de prépaiement basé sur l'emploi et ont moins facilement accès à des services subventionnés que les personnes relativement aisées.

Au Bénin, une étude conduite par le Ministère de la Santé (2010) montre que le taux d'utilisation des soins curatifs est de 0,50 alors que l'utilisation des services préventifs gratuits comme par exemple la vaccination frôle les 0,96(pour le penta3 et le vaccin contre la rougeole) ; cette différence d'utilisation de deux services offerts par les centres de premiers niveau laisse à penser que certaines familles exclues pour des raisons financières des services curatifs les fréquentent peu à la différence de la vaccination qui est gratuite.

Selon l'OMS 2000, Les paiements directs sont la façon la plus inefficace et la plus inéquitable de financer les dépenses de soins de santé. C'est une charge très lourde pour les pauvres et ces paiements sont associés à un risque élevé d'appauvrissement des ménages du fait de coûts disproportionnés par rapport aux moyens des intéressés.

Selon Dussault G et al. (2007), les conséquences économiques de la mauvaise santé peuvent avoir un effet majeur d'aggravation de l'appauvrissement, surtout chez les populations déjà démunies ou celles vivant tout juste au-dessus du seuil de pauvreté, empêchant ainsi les premières de sortir de leur état, et entraînant les secondes dans la pauvreté. Le manque à gagner engendré par la mauvaise santé qui empêche de travailler, ou pire, le décès prématuré du pourvoyeur de ressources pour la famille, de même que les coûts directs et indirects des soins, fonctionnent des ressources déjà limitées au détriment d'autres besoins fondamentaux créant un endettement il devient difficile de sortir.

2.2. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE :

L'étude s'est déroulée sur une période de 04 mois entre Janvier et Avril de l'année 2015. Nous avons entrepris une étude de portée qui est une approche proposée par Arksey et O'Malley et utilisée par plusieurs auteurs dans les synthèses qu'ils ont faites sur les politiques d'exemption. Cette approche permet de résumer les connaissances disponibles sur une thématique ou une question, et d'identifier les lacunes dans la littérature. Elle permet d'inclure aussi bien la littérature scientifique que des documents de la littérature.

Cette étude entend la « gratuité » des soins comme l'absence de paiement direct par les usagers des soins de santé au niveau du point d'offre de soins (centres de santé, hôpitaux...). La définition de l'exemption proposée pour cette étude s'est inspirée de celle proposée par Witter et ses collègues selon laquelle cela

concerne « toute réduction officielle des paiements directs pour les soins, visant un groupe, une région ou un service ».

Trois stratégies ont été utilisées pour collecter la documentation ayant servi de matière à cette étude. Il s'agit de : la recherche documentaire, la recherche sur l'internet et l'entretien avec les responsables du programme national de lutte contre le paludisme et l'agence nationale de la gratuité de la césarienne qui développent des politiques d'exemption. Cette combinaison des stratégies de recherche a permis d'atteindre un point de saturation au-delà duquel nous ne trouvions plus de nouvelles références. Les documents à inclure sont les politiques nationales d'exemption du paiement des soins, les documents d'évaluation de ces politiques. D'autres documents généraux sur le financement de la santé ont permis d'affiner nos points de vue sur la question.

Nous faisons le choix dans ce document de présenter prioritairement l'expérience du Bénin avec les mécanismes de subvention ou d'exemption qui porte soit sur les activités intégrées des services de santé, soit sur des groupes de population (femme enceinte, enfant de moins de cinq ans,...).

Pour le cas de cette étude sur l'exemption, le contenu a été extrait et synthétisé selon une méthode descriptive-analytique, en appliquant un cadre d'analyse tiré de l'étude des politiques publiques. Toutes les conséquences des politiques sur l'état de santé des populations et le renforcement du système de santé : résultats, effets et impact des politiques d'exemption dans le pays objet de notre étude ont été analysés.

CHAPITRE2 : PRESENTATIONS ET ANALYSE DES RESULTATS

I. PRESENTATIONS DES DONNEES ET ANALYSE DES RESULTATS:

Les données utilisées dans notre étude proviennent des systèmes nationaux d'information sanitaire et des enquêtes auprès d'acteurs du système de santé.

1. Présentation des données collectées :

a) Les politiques de gratuité des soins au Bénin :

Le tableau suivant nous présente les politiques de gratuité des soins de santé au Bénin.

Tableau1 : Différentes politiques d'exemption mises en œuvre au Bénin

Date	Interventions	Type de couverture	Principales sources de financement	Sources de financements complémentaires
2011	Gratuité de la prise en charge des cas de paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans au Bénin	Les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans	PMI(USAID), Fonds Mondial, Banque Mondiale	Budget National
2009	Gratuité de la césarienne au Bénin	Les femmes enceintes	Budget National	—
2008	Exemption pour la prise en charge des fistules obstétricales	Les femmes enceintes à complication de fistules obstétricales	GFMER	UNFPA
Année 2005	Le Fonds Sanitaire des Indigents	Les indigents	Budget National	—

Source : MS, 2012

b) Le niveau des indicateurs de santé au Bénin :

Tableau 2 : Le niveau de quelques indicateurs de santé de 2002 à 2012 au Bénin.

	Avant la mise en œuvre des mesures							MEO		MEO	
Années	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Indicateurs de santé											
Taux de mortalité maternelle (pour 1000)	397	340,60	420,75	388,79	474,4	430,80	140,00	195,00	192,00	220,70	205,6
Taux de mortalité infantile (pour 1000)	90,00	89,75	90,15	70,98	67,80	62,90	61,80	60,606	59,50	58,40	57,20
Taux de mortalité infanto-juvénile (pour 1000)	146,40	145,55	135,20	125,00	105,00	97,00	94,90	92,90	91,00	88,20	86,90
Espérance de vie à la naissance (pour 1000)	41,18	40,50	40,03	40,20	59,50	60,80	61,10	61,40	61,70	62	62,50

ME : Mise en œuvre

Source : MS, 2012

c)Le niveau des indicateurs de santé par département au Bénin

Tableau 3 : Indicateurs de santé selon les départements au Bénin 2012

Départements	Taux de mortalité infantile(%)	Taux de mortalité infanto-juvénile(%)	Espérance de vie à la naissance
Alibori	84	136,2	55,27
Atacora	96	157,5	53,93
Atlantique	97	159,3	55,52
Borgou	74	117,5	58,23
Collines	93	151,9	55,74
Couffo	87	140,9	55,35
Donga	97	158,4	53,17
Littoral	75	119,4	61,72
Mono	93	151,9	52,09
Ouémé	95	155,6	55,3
Plateau	84	135,3	56,92
Zou	106	175,7	52,45

Source : Réalisé par les auteurs, 2015

Tableau4 : Niveau de fréquentation des services de santé par départements au Bénin

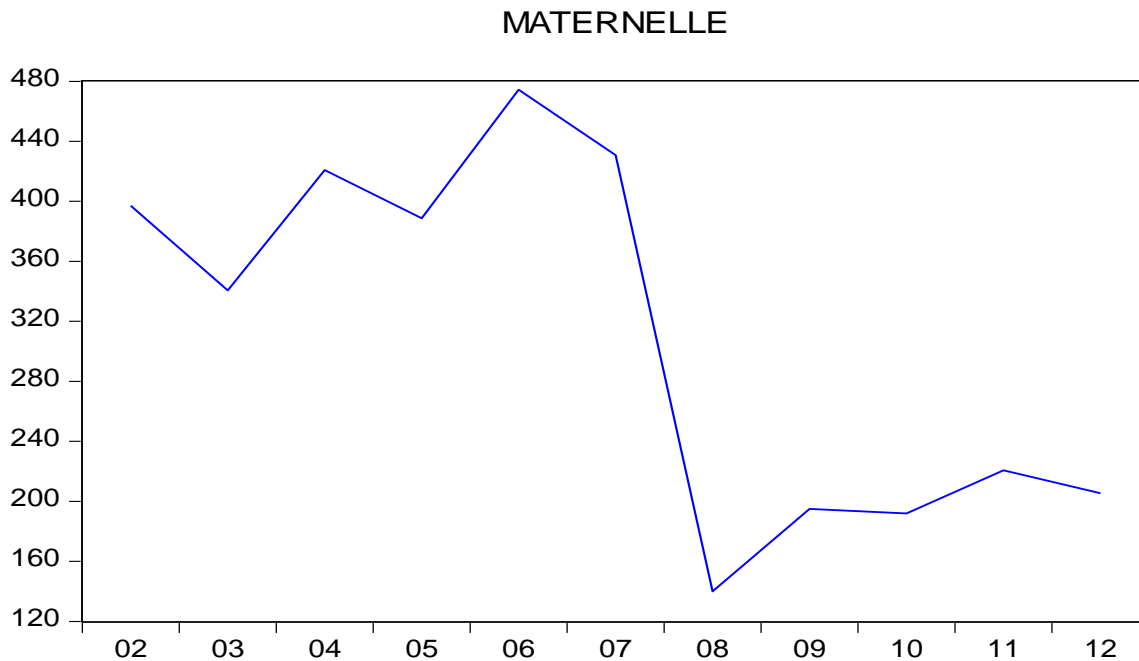
Départements	Taux de fréquentations des services de santé(%)
Alibori-Borgou	45,5
Atacora-Donga	40,4
Atlantique-Littoral	47,5
Mono-Couffo	39,5
Ouémé-Plateau	27,24
Zou-Collines	32

Source : Réalisé par les auteurs, 2015

2. Présentation et analyse des résultats

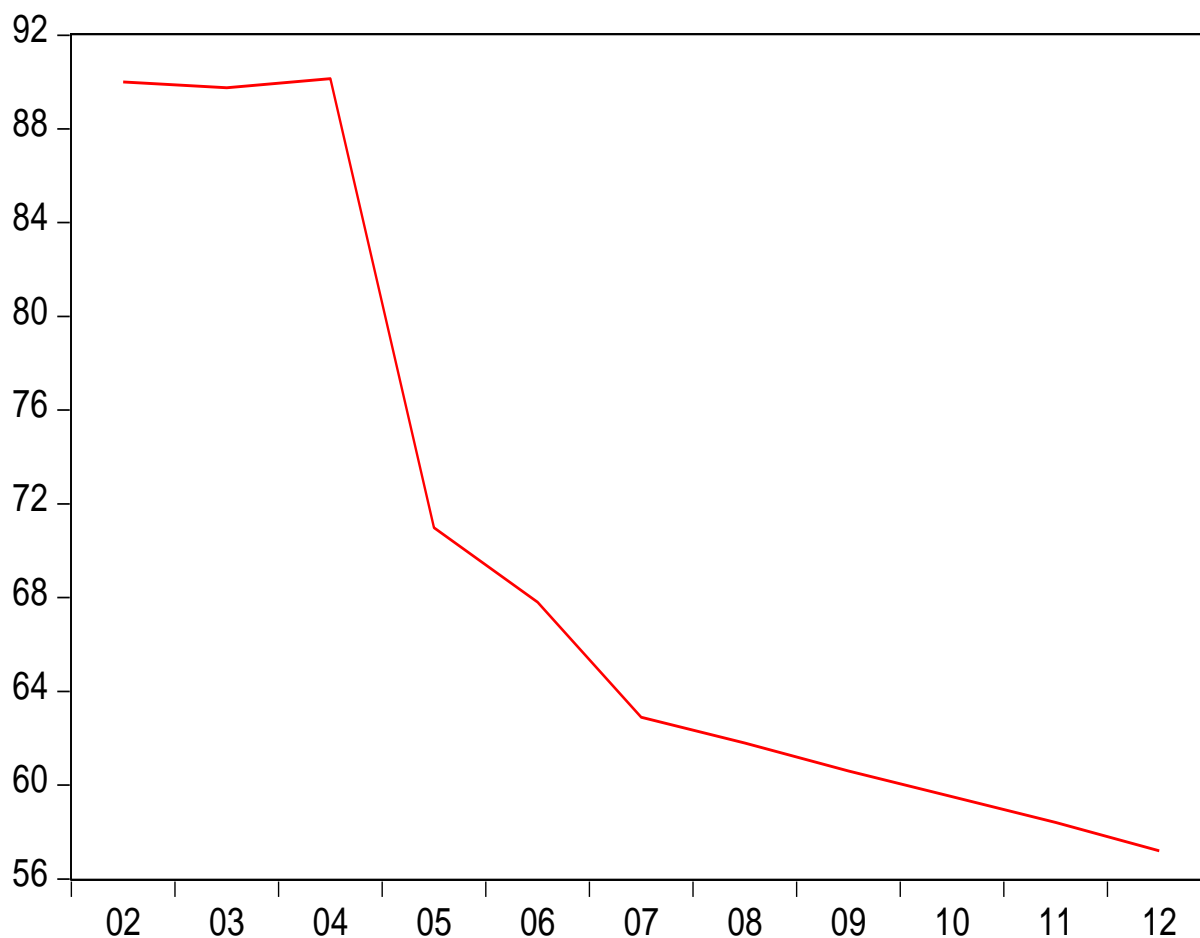
2.1. Présentation et analyse des données relatives à l'objectif spécifique 1

Graphique1 : Evolution du taux de mortalité maternelle au Bénin de 2002 à 2012



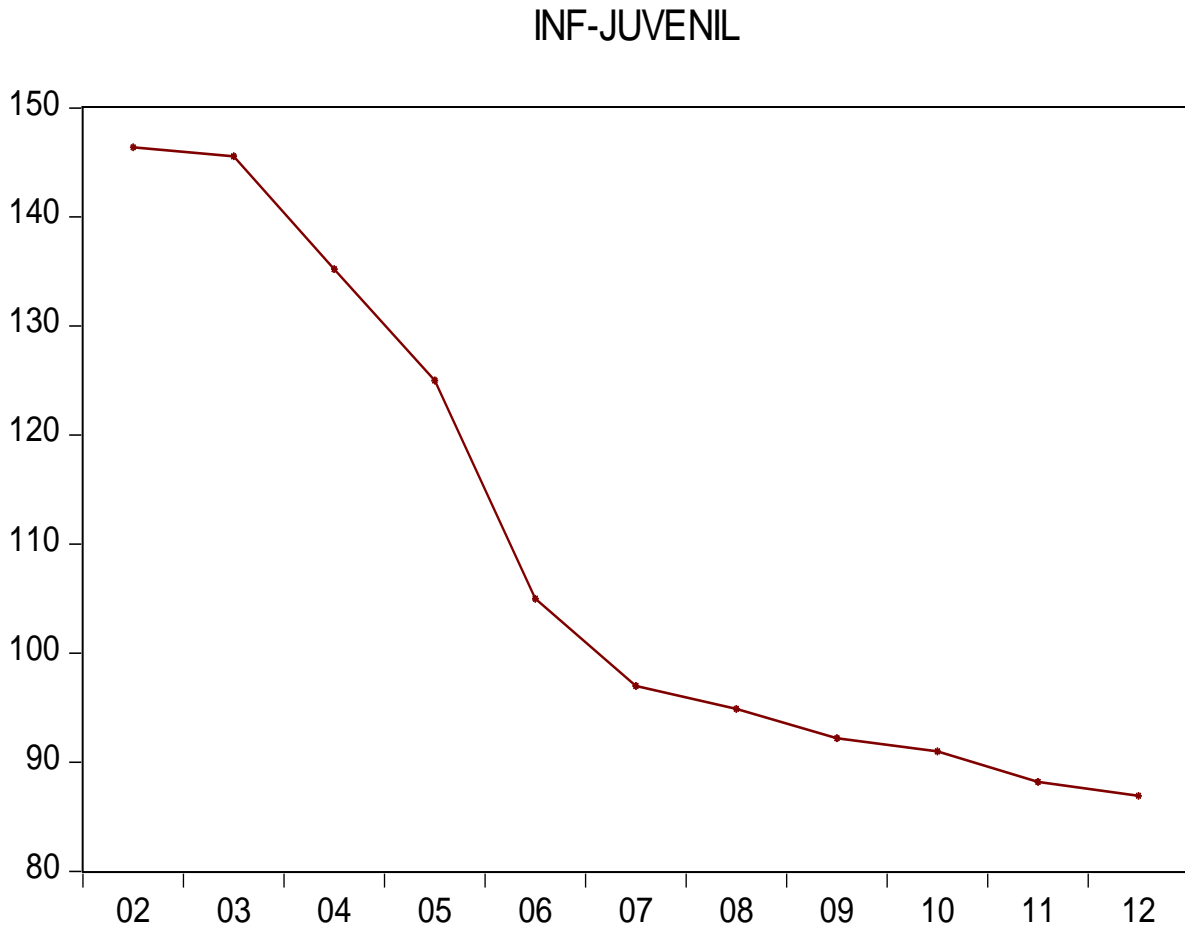
Entre 2002 et 2008, le taux de mortalité maternelle est élevé. En 2008, il est de 140 pour 100000 naissances vivantes. Après la mise en œuvre des mesures de gratuité des soins, on constate une baisse de ce taux jusqu'à 192 pour 100000 naissances vivantes en 2010. Et à partir de 2011, on note une légère hausse du taux qui est de 220,7% et 205,0% respectivement pour les années 2011 et 2012. On pourrait déduire que les deux premières années de grand thème MEO ont eu un effet relativement positif sur la réduction des décès maternels

Graphique2 : Evolution du taux de mortalité infantile au Bénin de 2002 à 2012
INFANTIL



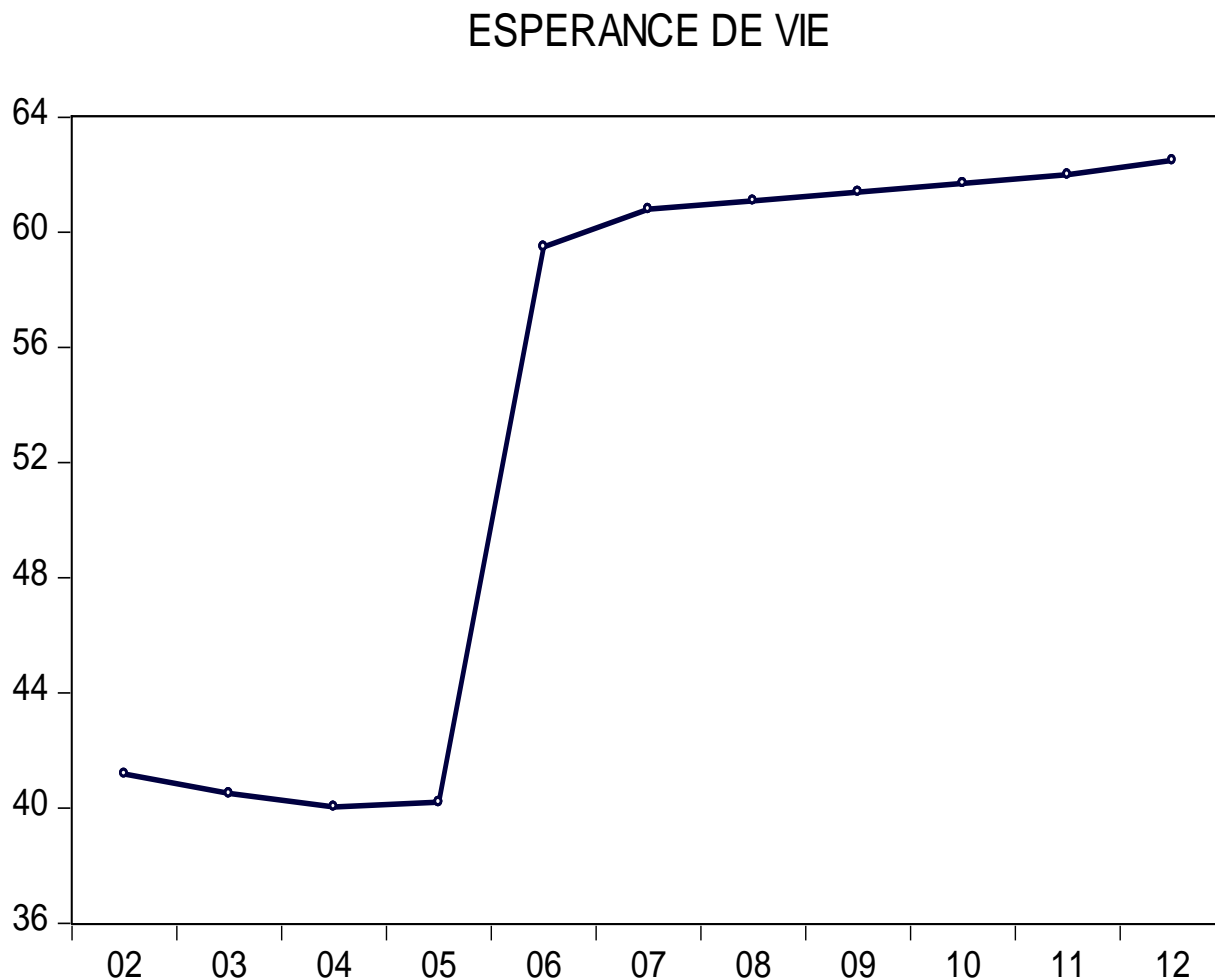
De 2002 à 2005, le taux de mortalité infantile est très important au Bénin. Mais avec la gratuité des soins de la petite enfance, nous avons constaté une diminution progressive de ce taux de mortalité infantile de 2009 à 2012. En effet, ce taux est passé de 60,60 à 57,20. Même si plusieurs facteurs entrent en ligne de compte, cette baisse peut être attribuée aux mesures mises en œuvre en faveur de cette frange.

Graphique3 : Evolution du taux de mortalité infanto-juvénile de 2002 à 2012 au Bénin.



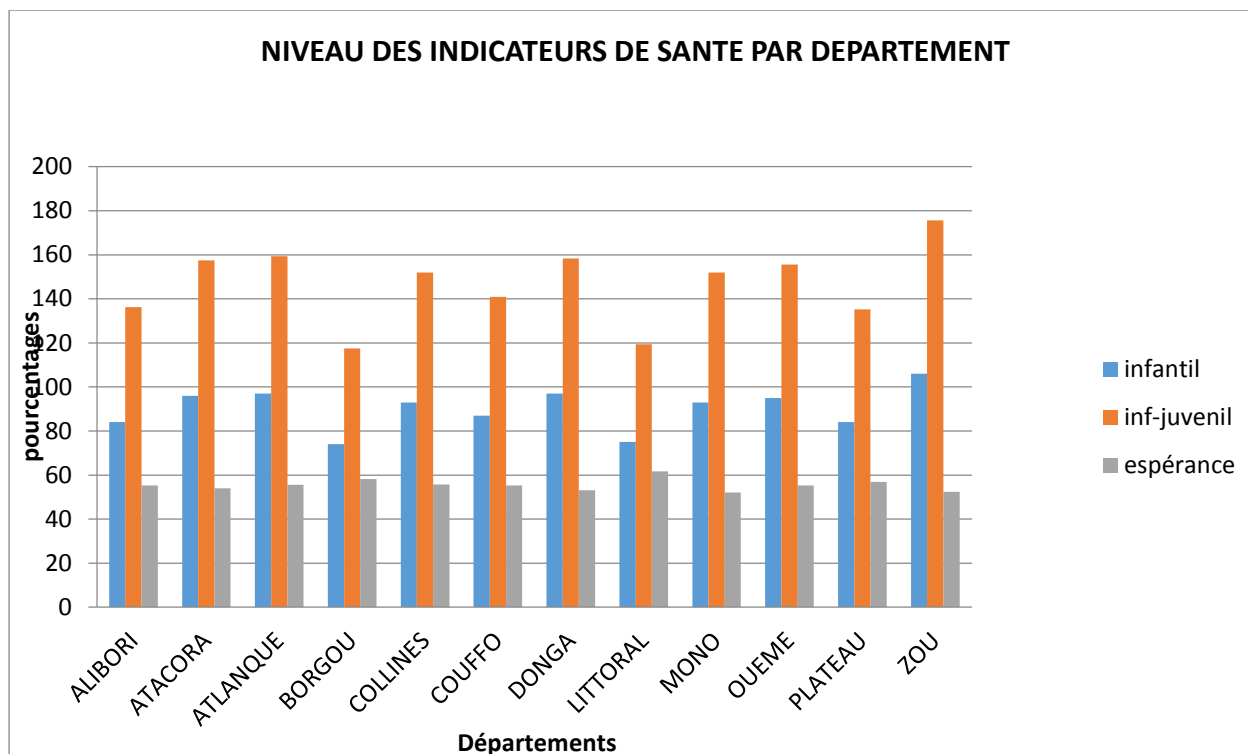
Avant la mise en œuvre des politiques de gratuité des soins, le taux de mortalité infanto-juvénile au Bénin est à la hausse. Après une certaine d'années de pratique des mesures, ce taux a été amélioré progressivement entre 2007 et 2012 au niveau des cibles visées. Ainsi, suite à la MEO, on remarque une baisse du taux allant de 92,90 en 2009 à 86,9 en 2012.

Graphique4 : Evolution de l'Espérance de vie à la naissance au Bénin de 2002 à 2012.



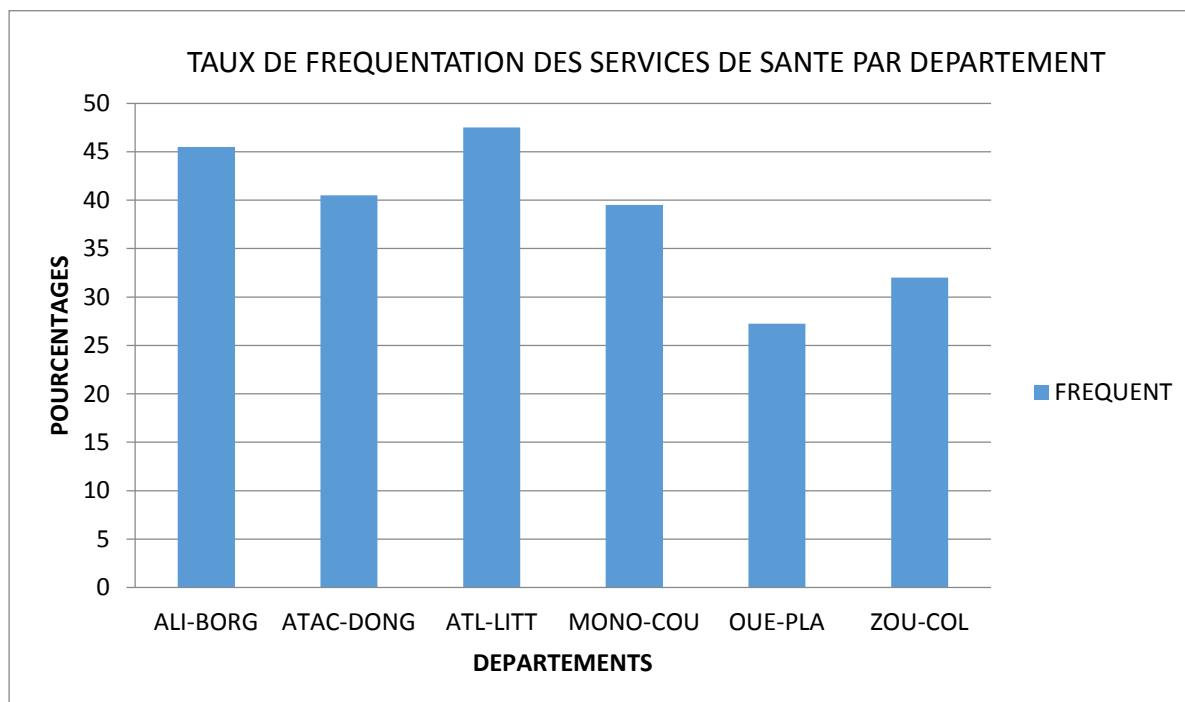
Avant 2005, l'Espérance de vie à la naissance étant à la baisse et qui a commencé à augmenter au début de l'année 2005. De 2006 à 2010, cette Espérance de vie à la naissance semble mieux améliorer mais toujours inférieur à la moyenne mondiale qui est de 66 ans. Donc les mesures de gratuité des soins n'ont pas toujours comblé cette attente de la manière voulue.

Graphique5 : Niveau des indicateurs de santé par département au Bénin



A travers les douze départements du Bénin, les indicateurs de santé ne sont pas améliorés au même titre. Cela varie d'un département à un autre et même à l'intérieur d'un même département. Le taux de mortalité infantile reste et demeure peu élevé dans certains départements comme le Zou, l'Atlantique et Donga. Malgré les politiques de gratuité des soins, le taux de mortalité infanto-juvénile est à la hausse presque dans tous les douze départements au Bénin. Quant à l'Espérance de vie à la naissance, elle est peu faible a travers les départements du Bénin. Mais la situation est meilleure dans certain département : Littoral (61,72), Borgou (558,23). Donc il existe des disparités selon le département et à l'intérieur d'un même département en ce qui concerne l'amélioration des indicateurs de santé.

Graphique6 : Niveau du taux de fréquentation des services de santé par département au Bénin



Le taux de fréquentation des services de santé dans les hôpitaux des départements a connu une augmentation. Dans les départements de l'Alibori, Borgou et de l'Atlantique, Littoral enregistrent les taux de fréquentation les plus élevés qui sont respectivement de 45,5% et 47,5%. Ces taux sont relativement faibles dans certains départements comme Ouémé Plateau.

2.2. Présentation et analyse des données relatives au problème spécifique 2

Pour les entretiens, les hommes sont plus nombreux. En effet, les membres du COGES comportent plus d'hommes que de femmes.

2.2.1. Perceptions des acteurs sur les politiques de gratuité des soins

1.1. Perception générale

Les réponses des enquêtés sont souvent narratives chez les bénéficiaires qui semblent ne pas avoir assez d'éléments de réponses. Par contre les autres acteurs

notamment le personnel administratif de santé développent assez largement leurs réponses.

La plupart des bénéficiaires n'avaient pas de perception de l'existence des politiques de gratuité avant l'utilisation des services de santé. Une personne en charge d'enfant fait la différence entre la gratuité de la césarienne et celle des soins du paludisme :

« Nous avons appris avant que celle qui vont dans les grands hôpitaux pour la césarienne, c'est gratuit. Mais ils ne nous ont rien dit sur la gratuité des soins du paludisme avant que nous amenons nos enfants. C'est après les soins que les agents ont expliqué ce qui est gratuit et pour les autres soins, on m'a dit de payer ». (Mère d'enfant, 25 ans)

Même après l'utilisation des services de santé, certains interviewers ne sont pas informés de l'existence de la prise en charges des indigents. C'est le cas de ce père dont l'enfant a été hospitalisé et qui est supposé par la structure avoir bénéficié de la gratuité :

« Bon, moi je n'en sais rien de ça. Parce que je n'ai pas vécu le cas ». (Père d'enfant, 27 ans)

Les autres catégories d'acteurs ont des perceptions variées sur la question. Pour le personnel de santé (prestataires des soins et personnel administratif de santé), il s'agit d'une initiative présidentielle. Cette appellation dénote du fort engagement politique au plus haut niveau de l'Etat pour lutter contre certaines maladies et pour réduire les barrières financières aux couches vulnérables. Les déclarations suivantes illustrent bien cet engagement politique :

« Je sais que depuis environ 6 ans que cette initiative dite initiative présidentielle a été décrétée, il est en train de faire son chemin lentement et progressivement ». (Médecin, administratif, 51 ans, sexe M)

« Le président même a procédé au lancement officiel à la mise en œuvre de cette initiative il y a environ 5 ans ». (Médecin, administratif, 52 ans, sexe M)

Au niveau des cibles visées par les politiques de gratuité des soins, la plupart des personnes enquêtées en dehors des bénéficiaires ont reconnu les indigents, les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.

1.2. Les raisons d'être des politiques de gratuité des soins

Pour justifier les raisons des politiques de gratuité des soins, le personnel administratif de santé interviewés que la santé de la reproduction et le paludisme sont des problèmes de santé publique et c'est le premier motif de consultation et de décès surtout chez les enfants. Certains ont évoqué l'inaccessibilité financière qui entraîne des recours tardifs aux soins. Les politiques de gratuité des soins permettront de réduire la morbidité et la mortalité dues à certaines maladies afin d'atteindre les OMD. Deux enquêtés parmi le personnel administratif de santé précisent :

« Cette initiative présidentielle a pour objectif de faciliter l'accès aux soins pour les cibles ». (Médecin, Administratif, 43 ans, sexe F)

« C'est pour atteindre les objectifs des OMD que le gouvernement a décrété des mesures de gratuité des soins pour mieux prendre en charge les cibles ». (Infirmière, Administrative, 39 ans Sexe F)

La plupart des autres acteurs ont plus insisté sur le caractère de l'aide aux populations.

« Je pense que c'est l'Etat qui nous aide, les temps sont durs et rien ne marche » (Père d'enfant, 26 ans)

1.3. Les sources d'information

Les canaux d'informations varient suivant les catégories d'acteurs. Les principales sources d'informations des acteurs sur les politiques de gratuité des soins que nous avons pu identifier sont le circuit administratif (Séances d'élaboration des politiques, notes de services, formations, restitutions) ; les séances d'information d'éducation communication dans les hôpitaux ; les médias. Les différents acteurs n'ont pas bénéficié de la même manière de l'information.

Les médias et l'IEC sont destinés aux bénéficiaires. Mais les deux bénéficiaires ayant de perception sur les politiques de gratuité des soins ont été informé lors des séances d'IEC dans les hôpitaux c'est ce que nous confirme ce bénéficiaire : « C'est le personnel de santé, à la maternité lorsque je suis venue regarder ma grossesse qui m'a parlé de ça » (Femme enceinte, 24 ans)

Les prestataires ont été informés par les médias, mais en plus par le circuit administratif à travers des notes de services et de séance de formation. Mais tous les agents ne sont pas formés. C'est le cas des agents de recouvrement qui ont bénéficié d'une restitution par des responsables des hôpitaux. Un agent de recouvrement précise :

« L'information passe à la radio, à la télévision et nos responsables sont allés à une formation et ils nous ont fait la restitution » (Gestionnaire, 39 ans, Sexe F)

Le personnel administratif de santé a eu plus d'opportunités d'être informé du contenu des politiques de gratuité des soins. La plupart ont été impliqués dans la phase de formulation et d'autres sont au-devant de la mise en œuvre. Mais d'autres agents du personnel administratif ont eu l'information au même titre que les prestataires. Les trois propos qui suivent illustrent ces résultats :

« Le Ministère nous a informé, nous avons participé à des réunions et à des formations avant même que la presse n'en parle, nous avons eu des formations sur l'initiative, sur la conduite à tenir » (Médecins, administratif, 52 ans, sexe M)

Ce médecin a même participé à l'élaboration des actes :

« Par rapport à la gratuité, on nous a envoyé des documents. Moi particulièrement, j'avais participé à l'élaboration des actes » (Médecin, administratif, 39 ans, sexe M).

L'interviewer ci-après a eu moins d'occasions que les deux premiers :

« C'est d'abord le coordonnateur qui a été à la formation et qui est venu nous faire la restitution. Mais moi j'ai été associé aux points focaux pour traiter les dossiers » (Infirmière, administratif, 39 ans sexe F)

1.4. La qualité des soins

Nous avons la perception des bénéficiaires et des prestataires de services.

La plupart des bénéficiaires ont reconnu la qualité des services malgré la gratuité des soins. Ces utilisateurs ont évoqué le bon accueil et la guérison obtenue après traitement étayer leurs points de vue. Nous avons les témoignages d'une femme enceinte et d'un père d'enfant :

« Mon appréciation est qu'ils ne négligent pas personne, ils accueillent bien. Quand moi, je suis venue, ils m'ont bien accueilli, il faisait nuit avant que je n'arrive et ils n'ont pas demandé pourquoi, j'avais attendu la nuit pour venir » (Femme enceinte A, 20 ans)

« Oui, le service qu'ils m'ont fait c'est un service de qualité puisque là, près des mois, l'enfant n'a plus fait de fièvre » (Père d'enfant, 27 ans)

Le point de vue d'un médecin nous paraît plus interrogatif.

« Je me rappelle avoir participé à un débat par rapport à cette question où un médecin demande "qu'est-ce que nous on y gagne ? " Alors dès l'instant où cette question se pose, est-ce que ces agents font toujours les soins avec la qualité qu'il faut ou tentent d'une manière ou d'une autre de contourner ce qu'ils doivent faire ? » (Médecin, administratif, 51 ans, sexe M)

II. DE LA VERIFICATION DES HYPOTHESES AUX RECOMMANDATIONS

1. Vérification des hypothèses

La vérification consiste à confronter ou à apprécier la validation des hypothèses à partir des données recueillies pour établir le diagnostic qui est fonction de la méthodologie développée, des analyses effectuées et de la littérature faite.

1.1. Vérification de l'hypothèse spécifique1

Les politiques de gratuité des soins ont amélioré les indicateurs de santé. Les données qui ont servi de base à notre analyse, nous révèlent une appréciation sur les indicateurs ciblés.

De tout ce qui précède, on se rend compte que l'hypothèse1 selon laquelle Les politiques de gratuité des soins ont amélioré les indicateurs de santé est vérifiée.

1.2. Vérification de l'hypothèse spécifique2

En nous appuyant sur les données qui ont servi de base à notre analyse, les différents acteurs approuvent l'efficacité et le bon fonctionnement des mesures mises en œuvre.

Par conséquent, l'hypothèse 2 qui stipule que les différents acteurs approuvent l'efficacité et le bon fonctionnement des mesures mises en œuvre est vérifiée.

2. Etablissement du diagnostic

2.1. Elément de synthèse du diagnostic lié au PS1

La vérification de l'hypothèse 1 nous permet de retenir définitivement que les politiques de gratuité des soins de santé au Bénin sont efficaces car elles ont permis une amélioration des indicateurs de santé.

2.2. Elément de synthèse du diagnostic au PS2

Les données issues de l'analyse ayant révélé que l'hypothèse 2 est vérifiée, alors nous pouvons conclure que les différents acteurs des politiques de gratuité des soins approuvent l'efficacité et le bon fonctionnement des mesures mises en œuvre.

3. LES RECOMMANDATIONS

La suppression du paiement direct ne suffit pas à elle seule pour supprimer les barrières d'accès aux soins de santé. Pour cela, nous formulons des recommandations suivantes

2.1. A l'endroit du Ministère de la Santé

Etant qu'acteur, le ministère doit :

- assurer une mise en œuvre des interventions visant une amélioration des connaissances de la population sur les maladies dont les soins sont gratuits ;
- envisager des options notamment des transferts monétaires conditionnés afin de réduire les barrières financières liées aux transports et de l'hébergement des usagers ;
- mettre en place des plateaux techniques plus performants dans les hôpitaux en zone rurale ;

- initier l'implication des professionnels de santé et les chefs des Centres de Promotion Sociale à la prise de décision en matière de santé et aussi pour la prise en charge des indigents ;
- développer une assurance-maladie communautaire dans le secteur sanitaire béninois ;
- élaborer des textes de lois pour la continuité des mesures de gratuités en matière de santé ;
- mener une politique incitative pour les professionnels de santé en zone rurale.
- envisager une assurance-maladie à la vieillesse pour les personnes âgées surtout les fonctionnaires de l'Etat ;
- Evaluer la mise en œuvre dans le but d'identifier les forces et faiblesses des politiques de gratuité des soins ;

2.2. A l' endroit des prestataires des soins de santé

- Respecter le contenu des politiques de gratuité des soins notamment les droits couverts ;
- Produire les pièces probantes et à temps pour les demandes de remboursement des dépenses de prise en charge ;
- Bien gérer les intrants liés aux mesures de gratuité des soins.

4. Difficultés rencontrées

Nous avons rencontré deux principales difficultés : d'une part, la faible disponibilité des responsables et des professionnels de santé en charge de ces politiques de gratuité des soins au cours des entretiens ; d'autre la mauvaise documentation de certaines politiques des soins de santé.

5. Limites des données collectées

Les données pour ces dernières années ont fait défaut en l'absence d'archives pour ces périodes. Aussi, les données des structures de référence étant lacunaires et difficilement exploitables.

CONCLUSION

Au terme de notre étude qui porte sur la problématique de l'efficacité des politiques de gratuité des soins de santé dans le secteur sanitaire du Bénin. Il ressort que les politiques de gratuité des soins de santé dans le secteur sanitaire sont efficaces à l'amélioration des indicateurs de santé des personnes vulnérables au Bénin. Cette étude a permis également d'analyser la perception des différents acteurs de la mise en œuvre de ces politiques dans le pays. L'efficacité des politiques de gratuité des soins au Bénin s'explique par l'amélioration des indicateurs de santé des personnes vulnérables.

Nous avons estimé que pour améliorer davantage l'état de santé des populations par les politiques de gratuité des soins au Bénin dans les années à venir, il serait utile de prendre des mesures applicables et capables de susciter une dynamique de tous les acteurs du système sanitaire. La mise en œuvre de ces recommandations favorisera certainement l'efficacité des politiques de gratuité des soins et par conséquent la satisfaction d'un besoin fondamental qui est la santé.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OUVRAGES :

- Agence Française de Développement, (2010), Note sur les questions de la gratuité des soins de santé.
- Dussault G, Fournier P, Letourmy A, L'assurance maladie en Afrique francophone, Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté Série : santé, nutrition et population.
- Médecin du Monde, (2011), Gratuité des soins au Niger : une option payante à consolider, 32p.
- Ministère de la Santé du Bénin(2007), Fonds des Nations Unies Pour la Population. Stratégie nationale de lutte contre les fistules au Bénin.
- Ministère de la Santé du Bénin(2012) Annuaire des statistiques sanitaires 2011.
- Ministère de la Santé du Bénin, (2011) Memento de l'agent de la santé, prise en charge gratuite des cas de paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.
- Organisation mondiale de la santé,(2004) le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé, EIP/FER/DP.F.04.01, DISCUSSION PAPER NUMBER 1.
- Organisation Internationale du travail. (2007), La protection sociale de la santé, Stratégies de l'OIT pour un accès universel aux soins de santé, Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous, Document de réflexion.
- Organisation Internationale du travail. (2007), La protection sociale de la santé, Stratégies de l'OIT pour un accès universel aux soins de santé, Campagne

mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous, Document de réflexion.

2. INTERNET

- L'accès aux soins de santé primaire : une stratégie payante Appel au G8.
- Cholet E, Morel M, Roger H and Stadnichuk E. (2008), L'accès aux soins dans les pays les plus pauvres: Analyse politique comparée de la mise en place de la gratuité en Haïti, Ouganda, Zambie, au Niger et à Madagascar, Atelier International Sciences-Po/Médecins du monde.
- El-Khoury M, Gandaho T, Aneesa Arur A, (2011) Améliorer l'accès aux services de santé maternelle qui sauve la vie : effets de l'exemption des frais liés à la césarienne au Mali, Bethesda, MD : Health Systems 20/20, Abt Associates Inc.
- Heinmuller R, Dembélé Y A, Joupet G, Haddad S, al. (2012), Free healthcare provision with an AGO or by the Malian government impact on health center attendance by children under five Field Actions Science Reports Special Issue 8.
- Mbaye E, Kâ Cheikh O. Bâ T. (2011), Le plan Sésame: une initiative d'exemption des paiements pour les personnes âgées affectées par sa mise en œuvre au Sénégal.
- Mathonat j. (2008), financement de la santé.
- Médecin du Monde, (2011), Gratuité des soins au Niger : une option payante à consolider, 32p.
- Ridde V, Robert E, Meessen B. (2010), Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé, WHO HSP discussion paper.

- Ridde V. (2010), Les critères et les processus d'identification des pauvres en tant que bénéficiaires de programmes de protection sociale, Table ronde nationale sur la protection sociale au Burkina-Faso.
- Richard F, Witter S, De Brouwere V. (2008), Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faibles ressources, *Studies in Health Services Organisation & Policy*.
- Traoré I, S. (2008), Impact de la gratuité de césarienne au centre de santé de référence du cercle de baroueli, thèse de doctorat.

3- JOURNAUX

- Hardeman W, Van Damme W, Van Pelt M, et al. (2004), Access to health care for all User fees plus a Health Equity Fund in Sotnikum, Cambodia, *Health Policy and Planning*19(1).
- Meessen B, Zhenzhong Z, Van Damme W. (2003), Iatrogenic poverty, *Tropical Medicine and International Health*, Volume 8 No 7 pp581-584.
- Pannarunothai S, Mills A. (1997), the poor pay more: Health-related inequality in Thailand, *Social Science Med.*Vol.44.No.12, pp.1781-1790.
- Sante A. F, Chikwama C, Daniels A, et al. (2007), evaluating the economic outcomes of the policy of fee exemption for maternal delivery care in Ghana, *GHANA MEDICAL JOURNAL*, Volume41, Number3.
- Shengelia B. Tandon A. Orvil B. et al (2005), Access, utilization, quality, and effective coverage: An integrated conceptual framework and measurement strategy, *Social Science & Medicine* 61, 97-109.

4- RAPPORTS

- ONG Essor. (2012), Rapport annuel sur la prise en charge des fistules obstétricales.
- Organisation mondiale de la santé, (2000). Rapport sur la santé dans le monde 2000, Pour un système de santé plus performant, Genève.
- Organisation mondiale de la santé (2011), Rapport de la commission de la santé de la femme dans la région Africaine.
- ONG Essor. (2012), Rapport annuel sur la prise en charge des fistules obstétricales.

ANNEXES

Guide d'entretien

Bonjour Madame, Mademoiselle, Monsieur

Dans le cadre du travail de recherche pour l'obtention du diplôme de licence professionnelle en Economie et Gestion des Structures Sanitaires à la FASEG/UAC sur le thème : « Contribution des politiques de gratuité des soins à l'amélioration des indicateurs de santé des couches vulnérables au Bénin : enfants, femmes et indigents », nous vous soumettons cet entretien. Nous vous prions de bien vouloir nous fournir des renseignements utiles pour ce travail tout en vous assurant du caractère anonyme de leur utilisation. Merci d'avance pour votre participation.

- 1- Que pensez-vous des politiques de gratuité des soins de santé ?
- 2- Pourquoi les politiques de gratuité des soins de santé ?
- 3- Quelles sont les différents partenaires techniques et financiers de ces politiques au Bénin ?
- 4- Quand a été démarré les politiques de gratuité des soins de santé ?
- 5- Quelle est la responsabilité du MS dans ces politiques ?
- 6- Quels sont les soins gratuits au Bénin ?
- 7- Quelles sont les populations bénéficiaires de ces politiques ?
- 8- Les politiques de gratuité ont démarré pendant plus d'une décennie. Quels est le nombre de personnes bénéficiaires de ces politiques au cours de chaque année ?
- 9- Comment l'Etat incite-t-il les professionnels de santé pour l'atteinte des objectifs visés par ces politiques ?
- 10- Quelle appréciation avez-vous du résultat de ces politiques ?
- 11- Quels sont les acteurs impliqués dans la mise en œuvre de ces politiques au Bénin ?

TABLE DES MATIERES

AVERTISSEMENT	i
DEDICACE.....	iii
Je dédie ce mémoire	iii
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	v
LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES.....	vi
RESUME.....	vii
SOMMAIRE	viii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE1 : CADRE INSTITUTIONNEL, THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	2
I.CADRE INSTITUTIONNEL	2
1 .Contexte et déroulement du stage	2
1.1. Contexte académique du stage	2
1.2. Déroulement du stage.....	2
2. PRESENTATION DU MINISTERE DE LA SANTE ET DE SA DIRECTION DE LA PROGRAMMATION ET DE LA PROSPECTIVE	3
2.1. Présentation du Ministère de la Santé	3
2.1.1. Bref rappel historique.....	3
2.1.1. Mission et attributions	4
2.1.3. Organisation et fonctionnement	5
2.2. Présentation de la Direction de la Programmation et de la Prospective du Ministère de la Santé	5
2.2.1. Mission et attributions	5
2.2.2. Organisation et fonctionnement de la DPP	7
II.CADRE THEORIQUE ET METHOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	8

1. CADRE THEORIQUE.....	8
1.1. Problématique, Objectifs et hypothèses de recherche.....	8
1.1.1. Problématique.....	8
1.1.2. Objectifs de l'étude.....	9
1.1.3. Les hypothèses de travail.....	10
2. REVUE DE LITTERATURE ET METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	10
2.1. REVUE DE LITTERATURE.....	10
2.1.1. Définition des concepts.....	10
2.1.2. REVUE THEORIQUE.....	10
2.1.3. REVUEEMPIRIQUE.....	12
2.2. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE :.....	17
CHAPITRE 2 : PRESENTATIONS ET ANALYSE DES RESULTATS.....	19
I. PRESENTATIONS DES DONNEES ET ANALYSE DES RESULTATS:.....	19
1. Présentation des données collectées :.....	19
2.2. Présentation et analyse des données relatives au problème spécifique 2.....	28
II. DE LA VERIFICATION DES HYPOTHESES AUX RECOMMANDATIONS.....	33
1. Vérification des hypothèses.....	33
1.1. Vérification de l'hypothèse spécifique1.....	33
1.2. Vérification de l'hypothèse spécifique2.....	33
2. Etablissement du diagnostic.....	34
2.2. A l'endroit des prestataires des soins de santé.....	35
4. Difficultés rencontrées.....	35
5. Limites des données collectées.....	36
CONCLUSION.....	36
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	37
ANNEXES.....	41
TABLE DES MATIERES.....	43