

REPUBLICQUE DU BENIN

Ministère d'Etat chargé de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique



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 SCIENCES ECONOMIQUES

Option : Economie

Spécialité : Economie et Gestion des Structures Sanitaires

SUJET :

ANALYSE DES COMPTES NATIONAUX DE LA
SANTÉ ET REFORMES DU SECTEUR SANITAIRE

Présenté par :

François-Xavier FASSINO

Tonton Gérard AGBIDINOUKOUN

Sous la Direction de :

Dr Hilaire HOUENINVO
Enseignant à la FASEG

Année Académique : 2014- 2015

AVERTISSEMENT

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

DEDICACES 1

Je dédie ce mémoire :

- ↳ A mon Père Rigobert FASSINOU
 - A ma Mère Théophile KINSOU

François-xavier FASSINOU

DEDICACES 2

Je dédie ce mémoire :

- ↳ A mon père Désiré AGBIDINOUKOUN
 - A ma mère Damienne AHOUISSOU

Tonton Gerard AGBIDINOUKOUN

REMERCIEMENTS

Une pensée africaine dit que le trajet est aussi important que la destination. En réponse aux diverses actions engagées pour la rédaction de ce mémoire, nous exprimons nos sincères remerciements à l'endroit de :

- Monsieur Hilaire HOUENINVO d'avoir accepté de diriger ce mémoire avec une attention particulière ;
- Tous les membres du jury chargés d'examiner et d'apprécier ce mémoire, leurs suggestions seront utiles pour son amélioration ;
- Monsieur le Doyen de la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion, ainsi qu'à tout le corps enseignant;
- Tous les Enseignants de la FASEG qui ont contribué à notre formation ;
- Le Directeur de la Programmation et la Prospective du MS et son adjoint M. Raymond AMOUSSOU, pour nous avoir accordé ce stage académique à la Direction de la Programmation et de la Prospective du Ministère de la Santé (DPP/MS)
- Monsieur Juste-Charles GUEDOU, Chef Service des Etudes et de la Prospective pour sa disponibilité et son concours sensible à la rédaction de ce mémoire ;
- Tous les travailleurs de la DPP/MS notamment Mesdames Solange GABA, Rassidatou ABDOULAZIZOU, Messieurs Léandre HOUNHOUI, Edmond DANHOEGBE, Victor PADONOU et Bachirou ADEKPEDJOU pour leurs conseil et encadrement au cours de nos recherches ;
- Tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ANAM : Agence Nationale d'Assurance Maladie ;

CDMS : Centre de Documentation du Ministère de la Santé ;

CHD : Centre Hospitalier de Départemental ;

CNHU : Centre National Hospitalier Universitaire ;

CNS : Comptes Nationaux de la Santé ;

CSA : Centres de Santé d'Arrondissement ;

CSC : Centres de Santé Communaux ;

CSE : Cellule de Suivi Evaluation des Projets et Programmes ;

DCS : Dépenses Courantes de Santé ;

DDS : Direction Départementale de la Santé ;

DHK : Dépenses en Capital ;

DRFM : Direction des Ressources Financières et du Matériel ;

DSME : Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant ;

DTS : Dépenses Totales de Santé ;

DPP : Direction de la Programmation et de la Prospective ;

FCFA : Franc des Communautés Financières d'Afrique ;

FNRB : Fonds National des Retraités du Bénin ;

FSI : Fonds Sanitaire des Indigents ;

HZ : Hôpitaux de Zone ;

INSAE : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique ;

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques ;

MIILD : Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée ;

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement ;

OMS : Organisation Mondiale de la Santé ;

ONG : Organisation Non Gouvernementale ;

PEC : Prise En Charge ;

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire ;

PNLP : Programme National de Lutte Contre le Paludisme ;

PTF : Partenaires Techniques et Financiers ;

RAMU : Régime d'Assurance Maladie Universelle ;

SC : Service de la Coopération ;

SEP : Service des Études et de la Prospective ;

SGSI : Service de la Gestion du Système d'Information ;

SP : Service de la Programmation ;

TEE : Tableaux Economiques d'Ensembles

TES : Tableaux Entrées-Sorties ;

UEMOA : Union Économique et Monétaire Ouest Africaine ;

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance ;

USAID : Agence des États-Unis pour le Développement International ;

UAC : Université d'Abomey-Calavi ;

UVS : Unité Villageoises de Santé ;

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine ;

ZS : Zone Sanitaire.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Evolution des Dépenses Courantes de Santé (DCS) par source de revenu en milliards de FCFA

Tableau 2 : dépenses d'investissements en santé en 2012

Tableau 3 : Répartition des dépenses courantes de santé par Recettes des régimes de financement de la santé

Tableau 4 : Evolution du budget alloué au Ministère de la Santé de 2005 à 2012

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Evolution des Dépenses Totales de Santé (DTS) de 2003 à 2012

Graphique 2 : Evolution de la contribution des sources de financement du secteur sanitaire au Bénin de 2003 à 2012

RESUME

Ce mémoire a pour objectif d'analyser Les Comptes Nationaux de la Santé et les réformes du secteur sanitaire au Bénin. De façon spécifique, il poursuit deux objectifs : d'abord évaluer l'augmentation des dépenses totales de santé au Bénin de 2003 à 2012 et ensuite analyser le financement du secteur de la santé au Bénin. La méthodologie utilisée pour conduire l'étude est basée sur les tableaux et graphiques. A cet effet, Les données utilisées (les Comptes Nationaux de la Santé) ont été collectées au Ministère de la Santé et couvrent une période allant de 2003 à 2012. Il ressort des résultats de l'étude que L'accroissement des ressources allouées au secteur de la santé explique l'augmentation des dépenses totales de santé et que Les ménages constituent la principale source de financement du secteur sanitaire au Bénin.

Mots clés : Comptes Nationaux de la Santé ; dépenses totales de santé ; financement.

INTRODUCTION

L'accès aux soins de santé pour tous est un objectif fondamental sur le plan du bien-être social et constitue à ce titre une composante importante du niveau de développement d'un pays tel qu'il est d'usage dans le calcul de l'indicateur de développement humain (IDH) des Nations Unies. Dans ce contexte, la santé joue un rôle primordial dans le processus de développement des pays car la bonne santé contribue à la production, à l'investissement et offre des avantages de consommation.

La santé est la force motrice de tout développement car aucun développement ne saurait se réaliser en dehors de l'élément santé. Il est donc nécessaire de mettre un accent particulier sur la manière dont elle est financée. Le financement de la santé revêt un caractère primordial de l'accès aux soins de santé puisque la barrière financière constitue une importante contrainte pour les populations qui sont dans le besoin et à la recherche des soins de santé de qualité. Le financement de la santé englobe divers paramètres dont la satisfaction concourt à une couverture universelle en santé. Néanmoins, au Bénin la situation socio-économique et sanitaire est caractérisée par les indicateurs socio-sanitaires inquiétants doublés d'un seuil de pauvreté situé dans la moyenne des pays en développement et pour donc remédier à cette situation, le gouvernement Béninois a entrepris de nombreuses actions visant à améliorer l'accessibilité et la qualité des prestations des soins et services, la participation communautaire et l'utilisation des services de santé, et la prise en charge des populations pauvres et indigentes. Au nombre des actions qui s'inscrivent dans la logique de l'accessibilité aux soins des pauvres et indigentes, nous pouvons parler de la gratuité des prestations du Programme Elargi de Vaccination ; la gratuité de certaines interventions de la lutte contre le paludisme dont la distribution de moustiquaires imprégnées ; le traitement préventif intermittent, etc. ; La gratuité de la césarienne ; la gratuité des traitements Anti Rétro Viraux. La gratuité des traitements de la Tuberculose, de la Lèpre et de l'ulcère; la prise en charge gratuite des épidémies; la prise en charge gratuite du paludisme aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans etc.

Pour ce fait, plusieurs réformes ont été initiées et mises en œuvre mais n'ont pas encore apporté la solution escomptée. Face aux insuffisances de de ces réformes, une analyse rétrospective de la situation s'avère fondamentale afin d'identifier les faiblesses et les menaces du système sanitaire en vue d'apporter des solutions durables D'où l'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé au Bénin.

En effet, les Comptes Nationaux de la Santé constituent une source d'information économique et financière systémique et cohérente sur le système de santé. Ils permettent en plus d'autres indicateurs comme le taux de mortalité, le taux de morbidité, l'espérance de vie à la naissance etc..., aux décideurs de disposer des informations fiables pour une appréhension du système de santé et pour une planification stratégique éclairée. Ils permettent de participer à l'amélioration du niveau de financement des dépenses globales de santé en fonction des besoins prioritaires en soins de santé et une allocation des ressources mobilisées. C'est ainsi qu'il nous est paru nécessaire de mener une recherche sur le sujet «Analyse des comptes nationaux de la santé et réforme du secteur sanitaire au Bénin afin d'analyser particulièrement le financement de la santé au Bénin

Le présent travail se propose donc d'apporter sur un plan pratique une lumière quant à l'importance des comptes nationaux de la santé. Nous avons développé le sujet autour de trois chapitres. Le premier chapitre présente le cadre institutionnel. Le deuxième est consacré au cadre théorique et méthodologique de l'étude. Le troisième chapitre est destiné à la présentation et l'analyse des résultats de l'étude.

CHAPITRE I : PRESENTATION DU CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE.

Ce chapitre est structuré en deux sections. La première section présente le Ministère de la Santé (MS) et la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP). La seconde section décrit les différentes phases de déroulement du stage.

Section I : Présentation du Ministère de la santé et de la Direction de la Programmation et de la Prospective.

Nous présentons dans cette section, le Ministère de la Santé et ensuite l'une de ses directions centrales : la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP) qui est la structure qui nous a accueilli en stage.

Paragraphe I : Présentation du Ministère de la Santé.

Ce paragraphe est essentiellement consacré à la présentation du Ministère de la Santé à travers sa description ; ses attributions et sa structure organisationnelle.

A. Description

Avant l'avènement du renouveau démocratique en 1990, les Ministères et institutions de l'Etat constituaient les émanations du Conseil National Révolutionnaire qui définissait leurs modes de fonctionnement. Avec l'adoption de la constitution du 11 Décembre 1990 notamment du décret N° 96-402 du 18 Septembre 1996 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé, de profondes réformes sont survenues au niveau des missions des organes de l'Etat. En dix-neuf (19) ans d'existences, treize (13) ministres ont dirigés le Ministère de la Santé avec la particularité qu'il s'agit toutes de personnalités appartenant au corps médical.

De sa création à nos jours, le Ministère de la Santé a connu plusieurs décrets. Le dernier en date est le décret N° 2012-272 du 13 Août 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé. Conformément à ce décret, le Ministère de la Santé est l'organe central qui administre le système de santé du Bénin. Il a pour mission la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la politique de l'Etat en matière de santé, selon les lois et réglementations en vigueur au Bénin et aux visions et politiques de développement du gouvernement. Sa mission s'étend également à la promotion sanitaire au Bénin et la prise en compte de la lutte contre la pauvreté à travers l'amélioration des conditions socio-sanitaires des familles sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes.

B. Attributions

Le Ministère de la Santé est l'organe chargé de concevoir, d'appliquer et de contrôler la politique sanitaire nationale et internationale de l'Etat. Il définit et suggère également au Gouvernement, de concert avec d'autres départements ministériels, les stratégies et programmes d'actions conformes à la politique sanitaire. Le Ministère de la Santé s'occupe aussi du développement et de l'exécution, en collaboration avec les autres départements ministériels, des politiques de formation et de mise à niveau du personnel de santé.

C. Structure Organisationnelle

Pour bien accomplir sa mission, le Ministère de la Santé est composé de plusieurs structures que sont : le Cabinet du Ministre; la Direction de l'Inspection et de la Vérification Interne; le Secrétariat Général du Ministère; le Secrétariat Particulier ; la Cellule de Communication; les Directions Centrales et Techniques ; les organismes sous tutelles ; les organes consultatifs nationaux et les établissements hospitaliers de référence. L'organigramme du Ministère de la Santé est représenté en annexe.

Au nombre des Directions centrales du Ministère de la santé figure la Direction de la Programmation et de la prospective (DPP) qui nous a accueillis et dont nous faisons ci-dessous la description, et développons les attributions et la structure organisationnelle.

Paragraphe II : Présentation de la DPP

A. Mission et attributions de la DPP

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, la 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 ; d'animer les processus d'analyse, planification et de suivi-évaluation du Ministère ; d'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 ; d'élaborer, en liaison avec les directions techniques, directions départementales, les programmes et projets du Ministère ; d'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) ; de mobiliser en liaison avec les services financiers, les financements

pour ces programmes et projets ; de 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 ; de veiller à la prise en compte des études d'impact environnement dans le cadre des programmes et projets du ministère ; d'assurer le secrétariat et organiser les sessions du Comité National de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes (CNEEP) ; d'assurer le suivi et la coordination des interventions des partenaires techniques et financiers du secteur santé.

B. 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) ;

Nous présenterons ainsi les différents services énumérés ci-dessus.

1. Le Secrétariat

Le Secrétariat est chargé de l'organisation, de l'exécution des tâches administratives et de la gestion de la logistique de la direction.

A ce titre, il est chargé d'assurer l'accueil et l'orientation des usagers ; de réceptionner et enregistrer le courrier « arrivée » ; de ventiler le courrier « arrivée » selon les instructions du Directeur ; de saisir les documents et les correspondances ; d'enregistrer et assurer l'acheminement du courrier « départ » ; d'assurer le pré-archivage des dossiers de la direction ; d'organiser les audiences et les rendez-vous du Directeur ; d'organiser les réunions et conférences ; d'assister le Directeur dans l'organisation des tâches administratives ; de tenir le fichier du personnel de la direction ; et de coordonner les travaux du secrétariat et assurer la liaison entre les différents services.

Il comprend deux divisions qui sont :

- une Division de l'Enregistrement des et du Pré archivage (DEPA)
- une Division de la Saisie et de la Reprographie (DSR).

2. Le Service des Etudes et de la Prospective (SEP)

Ce service est chargé de coordonner les travaux d'élaboration et d'actualisation des documents de politique, plans et stratégies de développement ; d'initier les études visant à une meilleur gestion des ressources du secteur en vue de répondre aux attentes et besoins des clients et y participer ; de piloter la production des comptes nationaux de la santé ; de piloter l'analyse macro-économique du secteur ; de mettre en place et actualiser les bases de données sur les politiques et stratégie du secteur ; de promouvoir le développement et l'intégration du genre dans les politiques et stratégies du secteur ; d'initier des études d'impact environnemental dans le cadre des projets et programmes du secteur.

Le Service des Etudes et de la Prospective comprend les divisions suivantes :

- la Division des Etudes (DE)
- la Division de la Prospective (DP)
- la Division de l'Intégration du Genre (DIG)

3. Le Service de la Coopération (SC)

Ce service est chargé d'établir et suivre en collaboration avec les Ministères compétents les accords et programmes de coopération avec les gouvernements Etrangers, les organismes de coopération et les organisations non gouvernementales internationales ; de coordonner les actions de mobilisation des ressources extérieures ; d'assurer la recherche du partenariat d'appui à la mise en œuvre des actions du secteur ; de procéder à l'évaluation annuelle de la coopération bilatérale, multilatérale et internationale au niveau du Ministère de la santé ; d'apporter l'appui nécessaire aux structures départementales et aux zones dans la coordination des interventions des Partenaires Techniques et Financiers du secteur de la santé ; d'assurer le suivi et la coordination des interventions des Partenaires Techniques et Financiers du secteur de la santé ; de procéder à la synthèse des requêtes du secteur pour la recherche de financement ; de faire l'analyse des sources de financement du secteur (budget de l'Etat, financement communautaires, ressources extérieures) en vue d'une meilleure répartition des crédits et de mettre en place et gérer la banque de données des requêtes du secteur.

Il comprend trois divisions qui sont :

- la Division Afrique, Asie et Moyen Orient (DAAMO) ;
- la Division Océanie et Europe (DOE) et
- la Division Amérique et Organisations Internationales (DAOI)

4. Le Service de la Gestion du Système d'Information

Le service de la Gestion du Système d'Information est chargé d'élaborer et mettre en œuvre le plan de collecte des données sanitaires ; d'animer le Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS) et actualiser ses outils ; d'élaborer des produits de l'information ; de promouvoir l'utilisation des données comme outil d'aide à la décision ; de produire un tableau de bord et les indicateurs de performance du secteur ; de coordonner les activités démographiques du secteur ; d'animer le centre de documentation et les antennes documentaires ; et d'initier des enquêtes de satisfaction des clients/usagers.

Ce service comprend :

- la Division des Statistiques (DS);
- la Division de la Gestion des Bases de Données (DGBD) et
- la Division de la Documentation (DD) ;

5. Le Service de la Programmation (SP)

Le Service de la Programmation est chargé de coordonner les travaux d'élaboration du plan triennal de développement sanitaire, du cadre de dépenses à moyen terme, des budgets-programmes et apporter les appuis nécessaires en matière de planification aux directions, aux projets et programmes du Ministère ; d'apporter aux structures centrales et déconcentrées l'appui nécessaire à la conception générale des projets/programmes du Ministère en adéquation avec les stratégies sectorielles ; d'élaborer des outils d'aide à la planification des projets et programmes du secteur ; de veiller à la prise en compte des études d'impact environnemental dans la mise en œuvre des projets et programmes du ministère ; d'élaborer des outils d'aide à la planification des projets et programmes du secteur ; d'assurer l'élaboration des divers documents de présentation du budget à l'Assemblée Nationale ; d'assurer l'élaboration du plan de travail annuel ; de constituer une base de données sur les projets du secteur de la santé ; et de développer des applications pour une meilleure gestion des données sur le budget du secteur.

Ce service comprend :

- la Division de la Préparation et de l'Elaboration du Plan Triennal de Développement Sanitaire et Cadre des Dépenses à Moyen Terme (DPE) ;
- la Division de la préparation et de l'élaboration du budget (DPEB) et
- la Division de l'opérationnalisation du budget (DOB) ;

6. La Cellule De Suivi-Evaluation (SCE)

La Cellule de Suivi-Evaluation à rang de service, est chargée de suivre la mise en œuvre des actions des structures, projets et programmes du Ministère sur la base d'un système d'indicateurs fixés annuellement ; d'établir les bilans périodiques (trimestriels, semestriels et annuel) d'exécution du budget programme ; de réaliser l'analyse de la performance des actions menées dans le secteur ; d'élaborer un document d'ordonnancement des termes de références des activités des Directions Techniques Centrales et des Projets/Programmes ; d'organiser le suivi de la mise en œuvre des politiques et programmes du secteur de la santé (suivi physique de l'impact environnemental et de la création d'emploi) ; de piloter les missions d'évaluation des politiques et programmes du secteur ; d'élaborer trimestriellement le rapport d'activité du ministère ; d'assurer le suivi de la mise en œuvre des différentes réformes sectorielles et nationales ; d'assurer le secrétariat des sessions des organes de suivi de la mise en œuvre des politiques et programmes ; de piloter l'élaboration du rapport sur l'état de la santé au Bénin.

La Cellule du Suivi et Evaluation comprend :

- le Secrétariat des Organes de Suivi et Evaluation du secteur de la santé (SOSEV) ;
- la Division du Suivi des Programmes du secteur (DSP) et
- la Division d'Analyse de la Performance du secteur (DAP).

Aussi, la Cellule travaille en étroite collaboration avec les points focaux de la Direction de la Programmation et de la Prospective nommés au sein des structures du Ministère de la santé et Le point focal à son tour, est chargé de coordonner les activités de programmation et de suivi évaluation dans les domaines de compétence de sa structure de tutelle en collaboration avec les superviseurs des axes stratégiques du secteur de la santé.

Section II : Déroulement du stage

Cette section est organisée autour deux paragraphes. Le premier paragraphe expose les travaux effectués au cours de notre stage. Ensuite le deuxième paragraphe présente les difficultés rencontrées et les suggestions faites pour améliorer la situation.

Paragraphe I : Travaux effectués

Dès notre arrivée à la Direction de Programmation et de la Prospective (DPP), Nous avons dans la première semaine de stage visité les différents services de la direction. Avant cette visite, nous avons été installés dans le Service des Etudes et de la Prospective (SEP) ou nous nous sommes mis à la disposition du chef service et de ses collaborateurs. Dans ce service, nous avons contribué à diverses tâches administratives.

La particularité de notre sujet de recherche nous a conduit sur recommandation du chef service à élargir nos investigations vers le Centre de Documentation du Ministère de la Santé (CDMS). Ainsi au CDMS nous avons eu à explorer les archives contenant les informations relatives au financement du secteur de la santé et aux dépenses de santé. IL est important à rappeler que 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 ainsi approfondi nos connaissances sur les concepts des Comptes Nationaux de la Santé (CNS). Aussi, nous avons participé activement à la Revue Annuelle Conjointe du secteur de la santé (RAC) qui nous a surtout permis de nous rendre compte des différents problèmes auquel le secteur sanitaire Béninois est confronté et de mieux comprendre les réalités de ce secteur.

Paragraphe II : Difficultés rencontrées et suggestions

Ce paragraphe présente les difficultés rencontrées au cours de notre stage et quelques suggestions.

A-Difficultés rencontrées

Nous avons rencontré au cours de notre stage certaines difficultés. Au nombre de celles-ci, nous pouvons énumérer la non disponibilité parfois du personnel pour répondre à nos préoccupations ; l'hétérogénité de l'information entre les agents du Ministère de la Santé sur un même sujet ; l'inexistence des Comptes Nationaux de la Santé pour certaines années (ce qui nous a conduit à réduire la période de l'étude).

A. Suggestions

Compte tenu des difficultés rencontrées, nous suggérons aux acteurs à divers niveaux qui ont en charge la gestion du Ministère de la Santé de renforcer les procédures d'échanges de l'information existantes entre les responsables et le personnel du ministère ; Mettre en place officiellement l'équipe d'élaboration des Comptes de Santé à travers un arrêté ministériel.

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE

Ce chapitre est subdivisé en deux sections. La première section présente le cadre théorique et la deuxième section présente le cadre méthodologique de l'étude.

Section I : Cadre théorique

Cette section comporte deux paragraphes. Le premier paragraphe expose la problématique, les objectifs et les hypothèses de l'étude et le deuxième paragraphe présente la revue de littérature.

Paragraphe I : Problématique, objectifs et hypothèses de l'étude

Ce paragraphe est subdivisé en deux parties. La première partie présente la problématique de l'étude et la deuxième partie aborde les objectifs et hypothèses formulés.

A. Problématique de l'étude

Le secteur de la santé mobilise de plus en plus une part importante de l'action publique et par là, il demeure un secteur de concentration des dépenses publiques. Bien que les investissements consentis dans le secteur soient en forte hausse, les questions à régler restent préoccupantes et nécessitent une prise en charge particulière.

En effet, Il existe une réelle volonté des pouvoirs publics béninois de trouver des solutions aux questions liées à la prise en charge de la santé des populations afin de réduire le poids financier de la maladie auquel elles font face.

Dans cette logique, le gouvernement a fourni d'importants efforts pour permettre aux pauvres et aux catégories de populations vulnérables d'accéder aux soins de santé. Les mesures prises dans ce sens telles que la gratuité de la césarienne, la prise en charge des indigents, l'appui aux mutuelles de santé du secteur informel ainsi que les réflexions en cours témoignent sa volonté à améliorer l'équité du financement de la santé.

Cependant, on note un manque de stratégie globale et cohérente du financement de la santé bien que le pays dispose d'un Plan National de Développement du Secteur de la Santé (PNDS) décliné en cinq (05) domaines prioritaires qui concourent à la réalisation de la vision suivante : « le Bénin dispose en 2025 d'un système de santé performant basé sur des Initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, pour l'Offre et la Disponibilité permanentes de Soins de Qualité, équitables et accessibles aux Populations de toutes catégories, fondées sur les Valeurs de

Solidarité et de Partage de risques pour répondre à l'ensemble des besoins de santé du peuple béninois ».

Ainsi, le système de financement de la santé au Bénin est caractérisé par une forte fragmentation due au fait qu'il existe une dizaine de mécanismes de financement et de dispositif de couverture du risque maladie qui ne sont pas liés d'une manière ou d'une autre dont nous pouvons citer : Les paiements directs par les ménages à travers les tickets modérateurs dans le secteur public et privé ; Le financement des formations sanitaires et des activités des soins préventifs par les impôts ; La prise en charge des Agents de la Fonction Publique ("4/5"), géré par le Ministère des Finances et de l'Economie ; Des mutuelles de santé communautaires appuyées par les partenaires et le Ministère de la Santé ; Des mutuelles de sécurité sociale soutenues par le Ministère du Travail (dans presque chaque département) ; Un Fonds National des Retraités du Bénin (FNRB), géré par le Ministère des Finances ; Un Fonds Sanitaire des Indigents (FSI), géré par le Ministère de la Santé ; Une ligne budgétaire pour les évacuations sanitaires, mais difficilement accessible pour toute la population (avant, elle ne concernait que les agents de l'Etat). Une Agence autonome de la gratuité des césariennes sous la tutelle du Ministère de la Santé ; Les assurances maladie privées.

Alors, Le système sanitaire béninois est complexe. il est confronté à d'énormes problèmes au nombre desquels nous pouvons citer :

La faible qualité de l'offre des services de soins médicaux, l'inadéquation entre l'offre et la demande de soins, l'insuffisance du financement public au regard des engagements par rapport aux (OMD) dans le domaine de la santé et au mauvais état des indicateurs sanitaires, la faible couverture en assurance maladie, la déficience dans la protection sanitaire, le développement incontrôlé du secteur privé de soins, les lacunes et le non-respect des dispositions réglementaires dans le secteur, les grèves récurrentes, etc....

Les dépenses de santé englobent toutes les dépenses portant sur des activités dont l'objectif primaire est l'amélioration, le maintien et la prévention de l'état de santé des personnes. Elles couvrent des besoins essentiels qui ne sont pas complètement incorporés dans le calcul des différents seuils de pauvreté. Au Bénin, les dépenses de santé se situent dans un contexte caractérisé par la cherté des soins et des biens médicaux par rapport à un pouvoir d'achat limité ; la faiblesse de l'assurance-maladie de la population; l'importance du paiement direct des ménages dans le financement du système. Cette situation ne s'adapte pas au financement d'un secteur dont les dépenses individuelles sont en général imprévisibles, aléatoires et

catastrophiques. Néanmoins, L'accès de la population aux soins de santé est l'une des priorités des autorités sanitaires. Selon l'annuaire des statistiques sanitaires(2012), dans l'ensemble, 66% des ménages ont accès à une formation sanitaire dans leur localité dans un rayon de 5 km. S'agissant de l'accessibilité aux formations sanitaires de première référence, environ 50% de la population a accès à un hôpital de référence en cas de nécessité ; 13% vivent encore à plus de 30 km d'un hôpital de référence. La majorité des communautés rurales ne disposent pas d'un hôpital à moins de 5 km. Dans ce contexte, l'effort consenti par le gouvernement pour le secteur de la santé est encore mal connu et souvent sous-estimé et malgré l'implication de l'Etat et des services publics dans le financement des services de santé, la part du revenu consacré par les citoyens aux soins de santé demeure élevée.

Ainsi le problème de financement du système sanitaire béninois demeure une préoccupation majeure. Au regard de ces considérations, notre recherche consistera à trouver une réponse adéquate aux questions ci-après :

Combien dépense –t-on pour la santé au Bénin ?

Qui finance la santé au Bénin ?

A cet effet, nous allons donc essayer de faire une Analyse des COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE ET LES REFORMES DU SECTEUR DE LA SANTE AU BENIN

A. Objectifs et Hypothèses de l'étude

Au regard des questions de recherche, nous formulons des objectifs et des hypothèses. Ce qui fait l'objet de cette partie.

1. Objectifs

L'objectif général de notre étude est d'analyser les comptes nationaux de la santé et les différentes réformes entreprises dans le secteur de la santé au Bénin. De façon spécifique, notre recherche vise à :

- Evaluer l'augmentation des dépenses totales de santé au Bénin de 2003 à 2012
- Identifier la principale source de financement du secteur de la santé au Bénin.

2. Hypothèses

De nos différents objectifs, découlent un ensemble de constats que nous pouvons formuler sous formes d'hypothèses :

- L'accroissement des ressources allouées au secteur de la santé explique l'augmentation des dépenses totales de santé
- Les ménages constituent la principale source de financement du secteur sanitaire au Bénin

Paragraphe II : Revue de Littérature

A. Concepts et définitions de la santé

La santé est un état résultant de l'évolution normale de la personne tout au long de sa vie, de la naissance à la mort. C'est un état dynamique qui demande la participation de la personne au moyen d'une prise de conscience de son état et d'une volonté à agir pour l'améliorer. Dans l'histoire, le terme santé apparaît vers l'an 1000 avant Jésus-Christ. Il dérive du vieil anglais "Hoelth" signifiant "être en sécurité". Avec l'ère scientifique moderne, la santé fut associée à l'absence de maladie et la société développa de stratégie d'assistance aux personnes malades. Le curatifs prends le pas sur le préventif. Par la suite, la santé est perçue comme un continuum s'échelonnant de la maladie vers la santé.

En 1974, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) proposa une définition de la santé qui met l'accent sur la globalité et les qualités positives de la santé. C'est encore actuellement la définition officiellement acceptée : la santé est un état complet de bien-être physique, psychologique et social et non uniquement l'absence de maladie ou d'infirmité. Cette définition nous introduit à une vision multidimensionnelle de la santé, tel que celle décrite par Jerrold Greenberg (1985) la santé comporte alors les dimensions physique, psychologique, émotionnelle, sociale et spirituelle. Ces dimensions sont intrinsèques à la personne. D'autre dimensions externes peuvent être également tel que l'environnement et l'économie. On parlera alors de la santé environnementale et économique.

B. Les comptes nationaux

1. Définition

Les comptes nationaux annuels donnent une fois par an une description globale et détaillée de l'économie nationale. Cette description porte sur les ressources et emplois de biens et de services, l'activité des branches, les comptes des secteurs institutionnels, les patrimoines financier et non financier, les tableaux entrées-sorties (TES) et les tableaux économiques d'ensemble (TEE). Les comptes de la Nation donnent une représentation chiffrée détaillée de l'économie selon de nombreux angles : croissance, revenu, pouvoir d'achat, consommation,

finances publiques, investissement, commerce extérieur, etc. Ils servent aussi bien à l'analyse conjoncturelle qu'à l'analyse macro-économique. Selon (INSEE Français)

En France, ils sont publiés selon une double périodicité : comptes nationaux trimestriels et comptes nationaux annuels. Les comptes nationaux trimestriels décrivent de façon synthétique le passé récent. Ils sont calés sur les comptes nationaux annuels qui donnent une fois par an une description globale et détaillée de l'économie nationale.

2. Utilité des Comptes Nationaux de la Santé

Les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) constituent un outil accepté à l'échelle internationale pour résumer, décrire et analyser le financement du système de santé. Ils indiquent d'où vient l'argent, qui le gère et à quelle fin il est utilisé. Ils permettent donc de disposer d'une vision détaillée et fiable des moyens investis par toutes les composantes du système de santé. Les CS permettent de comprendre toutes les informations qui se rattachent aux flux financiers et font ressortir les principales fonctions du financement des soins de santé selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Mieux, les Comptes Nationaux de la Santé constituent un outil de suivi évaluation cohérent et exhaustif des flux des ressources du système de santé d'un pays. Ils permettent de déterminer le montant total des soins et des biens médicaux consommés dans un pays. Ceci facilite le suivi-évaluation de l'ensemble des ressources financières mobilisées pour atteindre les objectifs nationaux et internationaux relatifs à la santé des populations en général et en particulier à la tuberculose, au paludisme, au VIH/SIDA et à la santé de la reproduction et de l'enfant qui sont des priorités d'une politique de santé.

Ils sont donc d'une importance capitale pour la planification et l'allocation optimale des ressources en matière de politique de santé car ils indiquent le niveau des dépenses de santé, analysent les tendances des différentes composantes de ces dépenses et font également ressortir la contribution des différentes catégories d'acteurs et les mécanismes de financement qui interviennent aussi bien dans le processus de mobilisation et de gestion des fonds que dans l'offre et l'utilisation des services de santé.

C. Dépenses en santé

1. Définition

Pour Van Doorslaer et al (2006) Les dépenses en santé constituent un facteur de disparité d'état de santé entre les différents groupes socio-économiques. En outre, les dépenses en santé couvrent des besoins essentiels qui ne sont pas complètement incorporés dans le calcul des

différents seuils de pauvreté, et le Panel de l'Académie Nationale des Sciences des Etats Unies d'Amérique a recommandé que la pauvreté soit évaluée après déduction des dépenses en santé des ménages. Des dépenses en santé élevées pourraient augmenter la dépense totale de consommation des ménages au-dessus de la ligne de la pauvreté les classant ainsi dans le groupe de ménages non pauvres quand bien même leurs dépenses en alimentation et en habillement, par exemple, les classent en dessous de la ligne de pauvreté. De même pour les ménages qui ayant vendu des actifs ou s'ayant endetté pour payer les soins de santé ne seront pas compter parmi les pauvres si leurs dépenses en santé élevées augmentent leurs dépenses totales au-dessus de la ligne de la pauvreté conventionnelle (Peters et al, 2008).

Mieux, les dépenses en santé constituent une charge substantielle pour les ménages notamment pauvres et sans assurance maladie (Narayan, 2000). En conséquence, elles reflètent les barrières financières à l'accès aux services de santé par les ménages et donc ont des effets négatifs sur la demande des services de santé et le niveau de vie des ménages (Garg et Karan, 2009)

2. Dépenses de Santé et Production de soins de santé

Une importante littérature (Filmer & Pritchett, 1997, 1999; H. Gupta & A. Baghel, 1999; Mazumder, 2008; Musgrove, 1996) a essayé, ces dernières années, de déterminer les relations qui peuvent exister entre les dépenses de santé et les productions obtenues (la mortalité infantile et la mortalité infanto-juvénile). Certaines études ont montré que les dépenses de santé n'ont aucun impact sur la production de soins de santé. Pour d'autres, l'impact est limité et enfin une troisième catégorie d'étude a montré qu'il existe un impact mais seulement sur des interventions spécifiques.

- Absence d'effet des dépenses de santé sur la mortalité infantile et infanto-juvénile

Musgrove (1996) a résumé les résultats issus des premières études sur la question. Il aboutit aux résultats selon lesquels les dépenses de santé n'ont aucun impact sur la mortalité infantile. De même, Filmer and Pritchett (1997), à partir d'une investigation empirique, a apporté une preuve sur le fait que les dépenses publiques de santé ne sont pas un facteur déterminant dans la réduction de la mortalité infantile. Ces auteurs estiment que ce sont des variables telles que le revenu, l'inégalité des revenus, l'éducation des femmes, le degré de fragmentation ethnolinguistique qui expliquent la quasi-totalité de la variation de la mortalité infantile dans les pays. Sur la base de ces résultats, ces auteurs ont soutenu que ce sont des politiques qui encouragent la croissance économique, la réduction de la pauvreté, la réduction de l'inégalité des revenus et l'accroissement du niveau d'éducation des femmes qui devraient être soutenues dans l'optique de la réduction de la mortalité infantile plutôt qu'une

augmentation des dépenses publiques de santé.. En utilisant un modèle similaire à celui de (Filmer & Pritchett, 1997, 1999), Wagstaff, Bustreo, Bryce, and Claeson (2004) ont montré que l'élaboration de bonne politique et les institutions de qualité sont des déterminants importants de l'impact des dépenses publiques de santé sur les productions du secteur de la santé. Plus spécifiquement, selon ces auteurs, lorsque la gouvernance et la qualité des institutions s'améliorent, l'impact des dépenses publiques sur la mortalité maternelle, la mortalité infanto juvénile, le poids des enfants en dessous de la normale, la mortalité liée à la tuberculose s'accroît et est statistiquement positive.

- *Une relation à la fois positive et négative entre les dépenses de santé et la mortalité infantile, infanto-juvénile et maternelle*

Certaines études ont montré, cette dernière décennie, qu'il existe une relation positive entre les dépenses de santé et la production de soins de santé (Baldacci, Guin-Siu, & Mello, 2003; Berger & Messer, 2002). D'autres, par contre, ont prouvé le contraire (Filmer & Pritchett, 1999; Thornton, 2002). D'autres encore tels que Baldacci et al. (2003) ont remarqué que leurs résultats dépendaient des types de données et des méthodes d'estimation utilisées. Enfin, une dernière catégorie a montré que la contribution des dépenses de santé sur l'état de santé de la population mesurée par la mortalité infantile ou la mortalité maternelle est moindre voire statistiquement non significative. Toutefois, toutes ces études s'accordaient sur la relation positive qui existe entre le revenu réel par habitant et la production de soin de santé. Utilisant des données de 50 pays en développement et des pays en transition observés en 1994, H. Gupta and A. Baghel (1999) ont constaté que les dépenses de santé réduisent les taux de mortalité infantile. En se servant des modèles spécifiques d'offre de soins de santé et en utilisant des données de 20 pays de l'OCDE sur la période 1960 - 1992, Berger and Messer (2002) ont examiné les effets du financement public des dépenses de santé, de l'assurance maladie et d'autres facteurs sur la production de soins de santé. Ils ont découvert que le taux de mortalité dépend simultanément des dépenses de santé et du choix du système d'assurance maladie. Plus particulièrement, une augmentation de la part du financement public consacré aux dépenses de santé a entraîné une hausse du taux de mortalité. Ces auteurs concluent donc que les pays qui souhaiteraient augmenter leurs dépenses de santé devraient éviter d'augmenter la part du financement public. Khaleghian and Gupta (2005), à partir d'une étude élaborée sur 70 pays, ont montré que les dépenses publiques de santé jouent un rôle très important pour les plus pauvres dans les pays à faibles revenus que dans les pays à revenus élevés tout en précisant que les rendements des dépenses de santé étaient plus élevés dans les pays à revenu élevé. De leur côté, Harttgen and Misselhorn (2006) ont montré que l'accès aux

infrastructures de santé réduit de façon importante la mortalité infantile et que les facteurs socio-économiques représentent les principaux déterminants des productions obtenues dans le secteur de la santé (Nolte & McKee, 2004; ST LEGER, 2001).

Par ailleurs, une amélioration du statut socio-économique, plus particulièrement l'amélioration du niveau d'éducation des femmes améliore la survie infantile au Nigéria (Caldwell, 1979), en Costa Rica (Haines & Avery, 1982) et au Nicaragua (Sandiford, Cassel, Montenegro, & Sanchez, 1995) etc. Les études menées en Afrique Subsaharienne ont montré également des résultats mitigés à la fois au niveau des pays pris isolément qu'au niveau des panels de pays. Ssewanyana and Younger (2008) ont constaté qu'en Ouganda, l'augmentation des dépenses de santé, en particulier dans la vaccination, aura un impact positif sur la mortalité infantile en 2015. Selon ces auteurs, l'augmentation du taux de vaccination de 100% aurait un impact beaucoup plus élevé et probablement plus rentable dans la réduction de la mortalité infantile. Baldacci et al. (2003), Gupta, Verhoeven, and Tiongson (2002) ont constaté à partir des investigations empiriques que les dépenses sociales jouent un rôle considérable sur les productions des secteurs sanitaire et éducatif. Ces études ont montré que les dépenses d'éducation ont plus d'effet sur les indicateurs de développement humain que les dépenses de santé. Cette relation positive entre les dépenses sociales et les indicateurs de développement humain a été également vérifiée par les études de Anand and Ravallion (1993), Hojman (1996), Bidani and Ravallion (1997). Ces auteurs ont montré en effet que les dépenses publiques de santé ont un impact positif sur l'état de santé des populations pauvres.

Bokhari, Gai, and Gottret (2007) ont fourni également d'importants résultats à partir d'une investigation empirique sur la relation pouvant exister entre le revenu par habitant et la mortalité infanto-juvénile et maternelle. Ces auteurs ont montré que bien que dans les pays en développement, la croissance économique représente l'un des principaux déterminants de la production de soins de santé, les dépenses de santé sont également un important facteur.

Enfin, en utilisant les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), (Wang et al., 2002) examine les déterminants de la santé dans les pays à faible revenu, tant au niveau national, qu'aux niveaux des zones rurales et urbaines. Il constate que les dépenses de santé publiques au niveau national réduisent de façon significative la mortalité infantile. De ce qui précède, il serait pertinent de chercher à vérifier si les dépenses de santé exercent une influence significative sur la production de soins de santé.

3. La valeur obtenue en contrepartie des dépenses de santé

Dans le futur, une part toujours plus importante de notre richesse serait ainsi consacrée aux soins médicaux. L'avenir est-il sombre pour autant ? Une erreur courante consiste à penser que des privations devraient en découler. Cette crainte est infondée. Certes, une part plus importante du PIB sera dévolue à la santé. Mais la taille du « gâteau » augmente continuellement. Rien ne permet de penser qu'il faudra se restreindre pour financer les soins. Cutler produit à cet égard le chiffre le plus convaincant : pour les pays de l'OCDE, entre 2000 et 2050, la consommation des ménages *en excluant les dépenses de santé* devrait augmenter de 150 % dans l'hypothèse où le progrès technique médical suivrait un rythme comparable à celui observé jusqu'à présent. Si le rythme du progrès technique doublait, la consommation des ménages *en excluant les dépenses de santé* augmenterait encore de 100 % d'ici à 2050. Le surcroît de dépenses prévu est donc soutenable, cela ne fait guère de doute. Que ces dépenses puissent être financées ne signifie pas qu'une telle évolution soit souhaitable. Pour la santé, la difficulté vient du fait que la dépense est socialisée dans une large proportion. Personne n'aurait de légitimité à s'offusquer de la croissance actuelle de la part prise dans le budget des ménages par les médias et les loisirs numériques, par exemple. Les services correspondants sont offerts sur un marché où la demande émanant des ménages exprime leur consentement à payer pour les acquérir.

À l'inverse, le financement par prélèvements obligatoires de l'assurance maladie ne permet pas aux préférences individuelles de s'exprimer, ce qui rend nécessaire une vigilance accrue concernant les services rendus par les soins ainsi financés. C'est là tout l'enjeu d'une mesure de la valeur créée par les services médicaux : pouvoir évaluer en unités monétaires la valeur obtenue en contrepartie des dépenses de santé, afin de comparer le service rendu avec ce qui aurait pu être obtenu en allouant les mêmes dépenses à d'autres postes, comme l'éducation par exemple. Dépensons-nous trop pour la santé ? Ou pas assez ? Cette approche essaie de répondre à ces questions, essaie d'établir si les arbitrages effectifs sont conformes aux préférences collectives.

4. L'Efficacité des Dépenses de santé

Pour s'exprimer dans les termes de l'économie publique, augmenter les dépenses de santé pour améliorer l'efficacité allocative n'implique pas de négliger l'efficacité productive. Pour le dire dans un langage plus courant, ce n'est pas parce qu'il serait plus conforme aux préférences collectives d'augmenter la part de notre revenu consacrée à la santé qu'il faut accepter le gâchis des ressources. Au contraire, il ne sera acceptable socialement de faire plus

d'effort en faveur de la santé que si nos institutions garantissent que chaque euro dépensé sera utilisé pour améliorer les résultats en matière de santé, et non pour alimenter les rentes des intervenants dans le système de soins. Il y a dans les débats sur les réformes en cours un amalgame continuuel entre recherche d'efficacité et rationnement des soins. Il faut dire que cette confusion est entretenue par les autorités lorsqu'elles introduisent des réformes dont le but affiché, les gains d'efficacité, est détourné en pratique vers la poursuite de l'équilibre budgétaire.

Traiter de façon détaillée des questions d'efficacité en santé est hors du champ de cet opuscule. Rappelons brièvement que l'architecture de l'assurance maladie et les systèmes de paiements qui prévalent dans une société donnée ont une influence sur l'efficacité de l'utilisation des soins. Le paiement à l'acte encourage une surconsommation car le revenu du professionnel de santé dépend positivement du nombre d'actes qu'il délivre. À l'hôpital il peut entraîner des actes plus nombreux et plus invasifs, donc plus coûteux, sans que le bien-être du patient en soit amélioré. Beaucoup d'études montrent une forte variabilité des taux d'accouchement par césarienne, par exemple, qui sont plus en rapport avec le système de paiement qui prévaut dans les établissements qu'avec les besoins des mères, et qui ne conduisent pas à de meilleurs résultats en termes de mortalité néonatale. Même dans le cas d'un paiement prospectif par séjour, comme la tarification à l'activité récemment introduite en France, les groupes homogènes de séjours peuvent être définis par la mise en œuvre d'un acte. Dans le cas des États-Unis, il a été démontré que la définition des groupes de séjours a étroitement lié une grande proportion d'entre eux à un acte, ce qui a contribué à un usage excessif des procédures invasives, comme dans le cas du paiement à l'acte. Par exemple, cette tarification a encouragé le recours fréquent à l'angioplastie, au détriment d'une surveillance médicale à l'hôpital, plus simple et aussi efficace pour nombre de malades cardiaques.

Une étude rétrospective réalisée sur le traitement de l'infarctus du myocarde aux États-Unis a montré que le coût d'une année de vie gagnée est de 55 100 \$ pour une angioplastie, mais de 15 900 \$ seulement pour la surveillance médicale. Ce résultat montre que l'angioplastie est utilisée de façon excessive et qu'il y a de la place pour des gains d'efficacité. Comme la surconsommation, la sous-consommation de soins constitue un défaut d'efficacité. Pour l'hôpital, le financement par budget global, pratiqué en France jusqu'à 2004, consiste à allouer une enveloppe de ressources en début d'année quel que soit le nombre de séjours finalement réalisés. Ce système peut induire des rationnements de soins. La couverture par l'assurance maladie peut aussi conduire à une surconsommation. Comme le patient ne supporte pas lui-même le coût des soins, il peut consommer des services médicaux

qui lui apportent des bénéfices inférieurs à leur coût pour l'assurance, ce qui correspond à un gâchis de ressources au niveau sociétal. La couverture par l'assurance garantit une solvabilité de la demande de soins et répond à un objectif essentiel d'équité. Mais elle soulève aussi des questions d'efficacité. La célèbre expérience de la Rand sur la couverture assurancielle aux États-Unis a montré que les dépenses de santé pouvaient diminuer de 30 % sans que des différences d'incidence sur la santé des personnes soient observées.

Le progrès technique n'est pas neutre lui-même. Dans un article éclairant, Weisbrod montre comment l'expansion de l'assurance a rendu possible la diffusion des nouvelles technologies médicales, lesquelles ont en retour encouragé la demande d'assurance. En outre, l'extension de la couverture assurancielle accroît les incitations en direction du secteur de la recherche pour produire et développer des innovations. Selon les systèmes de paiements mis en place, une approche curative ou préventive sera encouragée et certains types d'innovations seront plus ou moins favorisés. Quel que soit le niveau des dépenses de santé, il faut se préoccuper de leur efficacité. Affirmer cela ne signifie pas promouvoir le rationnement des soins. Cela signifie éviter de faire des « chèques en blanc ». Ceci implique une maîtrise des mécanismes à l'œuvre dans le système de santé plus rigoureuse que celle en place dans la France actuelle. Il y a un consensus sur la nécessité de développer une réflexion sur les types de paiements et Ces questions sont traitées en détail par Geoffard, sur la conception de l'assurance. En même temps, la recherche en évaluation économique doit être plus fortement encouragée. Le lecteur a dû être frappé par la quasi-exclusivité des études américaines dans les exemples qui ont été ici développés.

D. Le Financement

1. Définition

Le financement est l'affectation de ressources à une entreprise, à un service public ; c'est un ensemble des méthodes et moyens de règlement mis en œuvre pour la réalisation d'un projet(le Petit Robert). Quant-au financement du secteur de la santé selon l'OMS, c'est la façon dont les ressources financières sont générées, affectées et utilisées dans les systèmes de santé. Ils comportent trois éléments importants : les sources de financement(les ménages, les employeurs et l'Etat), les mécanismes de financement (par exemple l'assurance volontaire ou obligatoire) et les agents de financement(organisations gérant les dispositifs de financement)

2. L'économie politique de l'aide

Comment expliquer cette situation catastrophique de la santé dans le monde? Pour mieux comprendre le problème, il est instructif de s'interroger sur les motivations et les contraintes des donateurs et des bénéficiaires de l'aide.

Au niveau des pays, les autorités veulent garantir un système de santé efficace. Pour ce faire, elles doivent s'assurer des recettes suffisantes, et ce de façon durable, équitable et efficace. Il faut qu'elles mutualisent les risques sanitaires et achètent des services de santé afin d'offrir à leurs citoyens un socle de services essentiels et aussi de les protéger financièrement en cas de maladie catastrophique. D'un point de vue rationnel, cela signifie que les gouvernements devraient financer ou subventionner les services de santé qui constituent des biens publics de base et des biens tutélaires. Ils devraient aussi, par souci de justice élémentaire, financer les services destinés aux pauvres et, dans l'idéal, assurer une protection financière à l'ensemble de la population. L'important est que le principe d'efficacité préside à l'achat des services de santé, car les gains d'efficacité dégagent de nouveaux revenus. L'aide accordée par les pays donateurs, qui constitue l'une des nombreuses sources de revenu pouvant aider à financer un système de santé de base, est une source de financement importante dans de nombreux pays à faible revenu.

Au niveau des donateurs, ce sont d'autres considérations qui priment. Ils accordent leurs concours de diverses manières : sous forme d'aide ciblée fournie directement à certains pays, par l'intermédiaire de fonds mondiaux pour la santé (qui sont des entités indépendantes créées par les donateurs pour concentrer le surcroît d'aide sur certains secteurs) et par le biais des organisations internationales. Les pays qui octroient de l'aide le font pour des raisons très variées, notamment pour financer des biens publics mondiaux, promouvoir la sécurité sanitaire mondiale en protégeant contre les pandémies, faire jouer la solidarité internationale et soutenir les politiques nationales. En général, le plus difficile pour les pays donateurs est de convaincre leur électorat que l'aide étrangère constitue une bonne utilisation de l'argent des contribuables. C'est ainsi que, de plus en plus, ils veillent à ce que l'aide accordée puisse être liée à des produits et résultats tangibles et mesurables. De ce fait, en matière de santé, l'aide est souvent ciblée sur des maladies ou des interventions spécifiques pour lesquelles un lien direct peut être établi entre la dépense l'achat de services et, parfois, les résultats. Il est beaucoup plus difficile de faire accepter l'aide destinée à financer les systèmes ou les dépenses de santé et le budget général. Ces caractéristiques de l'aide étrangère et les carences de la gouvernance mondiale en matière de santé créent un décalage entre les contributions des donateurs et les besoins des pays. Non seulement cela peut empêcher l'aide de parvenir aux

pays qui en ont le plus besoin, mais aussi, souvent, amène à ne pas tenir compte des méthodes de financement préférées des pays. On comprend aisément que, dans ces conditions, les besoins soient souvent insatisfaits et que le niveau et l'efficacité des dépenses de santé restent nettement inférieurs à ce qui serait nécessaire pour atteindre les OMD. Les pays à faible revenu consacrent quelque 5 % de leur PIB à la santé, alors que la proportion est d'environ 6 % dans les pays à revenu intermédiaire et de 10 % dans les pays à revenu élevé. En valeur corrigée en fonction du taux de change du dollar, le total des dépenses de santé par habitant était en 2003 de 22 dollars dans les pays à faible revenu et de plus de 3.000 dollars dans des pays à revenu élevé. De plus, bien que l'aide publique au développement (APD) soit remontée à 0,33 % du revenu national brut (RNB) en 2005 après dix ans de baisse, elle reste largement inférieure au 0,7 % du RNB promis par les pays développés et au 0,54 % du RNB que le Projet Objectifs du Millénaire juge nécessaire pour atteindre les OMD. Du côté positif, l'aide au développement dans le secteur de la santé est passée de 4,6 % de l'APD en 1990 à 15 % en 2004. Pour l'essentiel, cette augmentation est due aux bailleurs de fonds bilatéraux et aux fondations privées, la plus grande partie de l'aide étant acheminée par des fonds mondiaux pour la santé indépendants de création récente. En revanche, la contribution des banques multilatérales de développement et des agences spécialisées de l'ONU est restée relativement inchangée

3. Les Problèmes du financement au niveau des pays

Il y a trois autres raisons pour lesquelles les pays à faible revenu, en particulier en Afrique, ne réussiront peut-être pas à financer les services de santé de base et la protection financière nécessaires pour atteindre les OMD concernant la santé.

Premièrement, plus de 60 % des dépenses de santé sont à la charge des patients dans les pays à faible revenu, contre 20 % dans les pays à revenu élevé. En Afrique, la proportion avoisine 50 % en moyenne et atteint au moins 30 % dans 31 pays africains. Les dépenses à la charge des patients sont l'une des sources les plus régressives et les plus inefficaces de financement des dépenses de santé pour les pauvres, car elles les privent des bienfaits de la redistribution du revenu, de la mutualisation des risques et de la protection financière.

Deuxièmement, la sécurité sociale couvre une part de plus en plus grande des dépenses de santé à mesure que les pays s'enrichissent, mais dans les pays à faible revenu, elle n'en couvre que 2 %. On peut donc se demander si la sécurité sociale constitue vraiment un

mécanisme viable de mutualisation des risques dans les pays à faible revenu, compte tenu en particulier de la prépondérance de l'emploi informel dans la plupart de ces pays.

Troisièmement, l'aide extérieure représente environ 7 % des dépenses de santé dans les pays à faible revenu et n'est pas une source majeure de financement de ces dépenses dans les autres catégories de pays. Cela dit, cette donnée brute masque d'importantes différences entre pays et régions. Par exemple, l'aide extérieure occupe en Afrique une place bien plus grande qu'ailleurs dans le financement des dépenses de santé (15 % environ). Dans les autres régions, la proportion est inférieure à 3 %. Sur les 23 pays pour lesquels l'aide extérieure couvre plus de 20 % de ces dépenses, 15 sont situés en Afrique. En outre, il ne faut pas oublier que l'aide extérieure représente 55 % des entrées de capitaux en Afrique. Dans les cinq autres régions en développement, ce sont les envois de fonds des travailleurs émigrés et les investissements directs étrangers qui constituent l'essentiel des entrées de capitaux, l'aide extérieure n'atteignant que 9 %. Naturellement, ce recours massif à l'aide extérieure pour financer les dépenses de santé et les autres services n'est pas sans poser des problèmes de viabilité aux pays concernés, qui, dès lors, ne peuvent guère planifier pour le long terme. Comme on pouvait s'y attendre, la capacité des différents pays de mobiliser des recettes intérieures reflète la structure de leurs dépenses. Ainsi, les ressources intérieures ne représentent que 18 % du PIB dans les pays à faible revenu. Cette proportion augmente avec le revenu des pays. Le même schéma s'applique aux recettes de la sécurité sociale : dans les pays à faible revenu, moins de 1 point de pourcentage des recettes proviennent des cotisations de sécurité sociale. Dans nombre de pays pauvres, les dépenses et les recettes disponibles sont nettement inférieures à ce qui serait nécessaire pour atteindre les OMD ou l'objectif de 34 dollars de dépenses par habitant recommandé par la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS. Actuellement, quelque 50 pays à faible revenus ont en deçà de cet objectif. Même s'ils pouvaient accroître leurs ressources intérieures de 1 à 2 %, comme le suggère la commission, il leur faudrait encore une aide extérieure massive pour améliorer et développer leurs systèmes de santé. Cependant, il ne s'agit pas seulement, hélas, de trouver des ressources financières. Il faut aussi modifier la structure mondiale de l'aide; de leur côté, les pays doivent à la fois accroître leur capacité d'absorption de l'aide et rehausser l'efficacité de leurs dépenses, quel qu'en soit le financement. Autrement dit, à l'accroissement de l'aide doit répondre à une amélioration de la qualité et de l'efficacité de cette aide.

4. Les éléments d'un système modèle de financement de la santé

Un pays est sur la bonne voie si son gouvernement:

- montre sa volonté politique de développer le système de financement de la santé et de maintenir la couverture universelle ou de s'en approcher, et fait participer toutes les parties intéressées, y compris la population, à ce processus;
- alloue suffisamment de fonds à la santé (ceci varie selon la situation). En Afrique, cette allocation est en moyenne à peine supérieure à 10%. En Europe, la proportion moyenne des dépenses publiques consacrées à la santé est de près de 13%.
- recherche de nouvelles sources de revenu - par exemple, différentes formes de taxation indirecte comme les taxes sur les ventes de tabac et d'alcool et les taxes sur les transactions en devises;
- crée (ou a créé) un système afin que les gens paient les soins de santé avant de tomber malades et puisent dans le fonds ainsi constitué (par le biais d'une assurance-maladie et/ou d'un impôt) lorsqu'ils sont malades;
- s'efforce de rentabiliser les dépenses de santé;
- veille à ce que les groupes vulnérables bénéficient des soins dont ils ont besoin.

Section II : Méthodologique de l'étude

Cette section est structurée en deux paragraphes. Le premier paragraphe présente le cadre de l'étude et le deuxième paragraphe aborde les données et méthodes d'analyse.

Paragraphe I : Cadre de l'étude

Ce paragraphe aborde dans un premier temps, le cadre géographique de l'étude, et dans un second temps le cadre temporel et la population de l'étude.

A. Cadre géographique de l'étude

La présente étude se déroule au Bénin. Selon l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (2003), la République du Bénin, anciennement connue sous l'appellation Dahomey est située en Afrique de l'Ouest sur le golfe de Guinée et couvre une superficie de 114.763 km² avec une population estimée à 9.364.619 habitants en 2012. Elle est limitée au Nord par le fleuve Niger, au Nord-Ouest par le Burkina-Faso, à l'Ouest par le Togo, à l'Est par la République Fédérale du Nigeria et au Sud par l'océan Atlantique. Le Ministère de la Santé (2010), indique que le système de santé est organisé sous la forme d'une

pyramide sanitaire à trois niveaux à savoir : le niveau national ou central, le niveau intermédiaire ou départemental et le niveau périphérique. Il est calqué sur le découpage technique et administratif du pays. Selon le découpage technique, on retrouve au niveau national, la principale institution hospitalière qui est le Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM). Les autres infrastructures sanitaires au niveau national sont le Centre National de Psychiatrie et l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant. Il est important de souligner que toutes ses infrastructures sanitaires sont à Cotonou, la principale ville du Bénin. Dans les départements se trouvent les hôpitaux intermédiaires de références appelés Centre Hospitalier Départemental (CHD) qui sont actuellement au nombre de cinq localisés dans les chefs-lieux des anciens départements. La périphérie est constituée des Unité Villageoises de Santé (UVS), les Centres de Santé d'Arrondissement (CSA) et Centres de Santé Communaux (CSC) appuyé par un hôpital de référence appelé Hôpital de Zone (HZ). On distingue également en plus des services publics de soins, le secteur privé, de plus en plus varié, de plus en plus vaste, difficile à limiter et à encadrer, qui baigne et érode la pyramide sanitaire.

Le découpage administratif quant à lui présente au niveau national, le Ministère de la Santé qui est l'organe chargé de concevoir, d'appliquer et de contrôler la politique sanitaire nationale et internationale de l'Etat. Ensuite le niveau intermédiaire regroupe les Directions Départementales de la Santé qui assurent le relais de la politique sanitaire nationale et dont les actions s'inscrivent dans le sens de la stratégie arrêtée au niveau national. A la périphérie de la pyramide administrative du système de soins se situe les Bureaux de Zones situés aux seins de chaque HZ.

B. Cadre temporel de l'étude

Il s'agit, d'une part, d'évaluer l'augmentation des dépenses totales de santé au Bénin de 2003 à 2012 et, d'autre part, d'analyser le financement du secteur de la santé au Bénin. L'évaluation de l'augmentation des dépenses totales de santé est faite en trois parties. La première partie est consacrée à l'évaluation des dépenses courantes de santé, la seconde partie consacrée à l'évaluation des dépenses d'investissement de santé et la troisième partie est consacrée à celles totales. La deuxième partie quant-à-elle analyse le financement du secteur sanitaire au Bénin. L'étude prend en compte les Comptes Nationaux de la Santé élaborés par le Ministère de la Santé et couvre la période de 2003 à 2012.

Paragraphe II : Données et méthodes d'analyse

Ce paragraphe comporte deux sous-paragraphe. Le premier sous-paragraphe présente les données de l'étude et le deuxième les méthodes d'analyse.

A. Données de l'étude

Les données utilisées dans la présente étude sont des données secondaires issues principalement des recherches documentaires, et des comptes nationaux de la santé de 2003, 2008 et 2012. En effet ces comptes ont été élaborés à partir des données qui proviennent de différentes sources à savoir les données de sources primaires collectées par une équipe multidisciplinaire sur la base des questionnaires envoyés aux différentes institutions actives dans le domaine de la santé. Il s'agit des Partenaires Techniques et Financiers (PTF), des ONG), de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), des grandes entreprises privées, des collectivités territoriales, des mutuelles de santé et des compagnies d'assurances ; les données de sources secondaires ont été obtenues à partir des rapports d'auto-évaluation, et des documents comptables et financiers des structures décentralisées et des projets et programmes du secteur ; Les données des ménages ont été obtenues à partir des résultats actualisés des Enquêtes Modulaires Intégrées des Conditions de Vie des ménages (EMICoV) réalisées par l'INSAE. En ce qui concerne les données secondaires, nous avons utilisé une base de données assez détaillée. Cette base de données nous a permis d'analyser les CNS. Afin de constituer une telle base de données, nous avons consulté toutes les sources d'informations disponibles dans ce domaine à savoir : le Ministère de la Santé et surtout la Direction des Ressources Humaines (DRH) et la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP), le Centre de Documentation du Ministère de la Santé (CDMS), l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE).

B. Modèle d'analyse

Nous avons eu recours à des entretiens individuels structurés avec les cadres administratifs du Ministère de la Santé, à une analyse des documents du Ministère et à une observation non participante. On a fait recours également aux informations téléchargées sur le net. La collecte des informations a nécessité l'utilisation de certaines méthodes de collectes de données notamment la recherche documentaire et l'entretien direct. Nous avons, au cours de nos recherches, consulté un certain nombre de documents qui nous a permis de mieux nous informer sur notre thème.

Pour cela, la recherche documentaire est l'un des outils les plus utilisés dans notre travail de recherche. Elle se porte sur une étude poussée des données analytiques du cadre de stage et de ses rapports d'activités annuels. Elle est également orientée vers un nombre important d'ouvrages ayant rapport avec notre sujet de recherche.

Aussi avons-nous consulté des livres, des cours reçus surtout sur la gestion des structures sanitaires, des anciens mémoires, et également effectuer des recherches sur internet. La recherche de cette documentation nous a amené à parcourir les bibliothèques et les centres de documentation. Il s'agit notamment de la Médiathèque de la FASEG et du Centre de Documentation du Ministère de la Santé (CDMS).

Ainsi, les informations et les données recueillies à divers niveaux seront mises sous une forme exploitable. Ainsi donc, les outils d'analyse à utiliser seront :

- Les tableaux : ils seront confectionnés pour mettre en relief les résultats obtenus en vue de faire des analyses conséquentes ;
- Les graphiques : ils compléteront les tableaux pour approfondir les analyses des données collectées. Ils permettront d'avoir une idée claire de l'évolution des phénomènes étudiés à travers le temps.

CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Ce chapitre est consacré, dans un premier temps, à la présentation des résultats de l'étude et, dans un second temps, à la discussion et aux recommandations.

Section I : Présentation des résultats

Cette section se développe autour de deux paragraphes. Un premier paragraphe est consacré aux résultats issus de nos recherches et un deuxième paragraphe est destiné aux traitements desdits résultats.

Paragraphe 1 : Résultats

Les résultats issus de nos investigations sont présentés suivant trois sous-paragraphes. En effet, dans le premier sous-paragraphe, nous évaluerons l'augmentation des dépenses totales de santé au Bénin de 2003 à 2012. Le deuxième sous-paragraphe consacré à une analyse du financement du secteur de la santé au Bénin. Enfin, le dernier sous-paragraphe présente la situation actuelle du Régime d'Assurance Maladie Universelle.

A. Les dépenses totales de santé

Les dépenses totales de santé englobent toutes les dépenses portant sur des activités dont l'objectif primaire est l'amélioration, le maintien et la prévention de la détérioration de l'état de santé des personnes. On distingue les dépenses totales de santé qui englobent les dépenses courantes de santé et les dépenses en Capital ou d'investissement en santé. Ainsi nous évaluerons l'évolution des dépenses totales de santé de 2003 à 2012 tout en présentant d'abord en un premier lieu les dépenses Courantes de santé et en second lieu celles d'investissement en santé.

1. Les dépenses courantes de santé

Les dépenses courantes de santé (DCS) sont des dépenses de consommation finale en biens et services de santé par les unités résidentes, quel que soit le lieu où la consommation a lieu (c'est-à-dire, sur le territoire économique ou dans le reste du monde), ou la personne qui paye.

a. Evaluation des dépenses courantes de santé entre 2008 et 2012

La Dépenses Courantes en Santé (DCS) sont évaluées à 172,05 milliards de FCFA en 2012 contre 115,76 milliards de FCFA en 2008 soit une augmentation en valeur absolue de 56,29 milliards. L'accroissement des dépenses courantes de santé entre 2008 et 2012 est estimé à 48,6%. Le tableau ci-dessous présente une description de la contribution des parties prenantes au financement des dépenses courantes entre 2008 et 2012.

Tableau1: Evolution des Dépenses Courantes de Santé (DCS) par source de revenu en milliards de FCFA

Rubrique	2008		2012		Ecart	Proportion (%)
	Montant	(%)	Montant	(%)		
Gouvernement	32,413	28	40,66	24	8,2472	14,65
Ménages	50,934	44	72,653	42	21,7186	38,58
Entreprises	4 ,630	4	0,117	0	-4,5134	-8,02
PTF	27 ,782	24	50,048	29	22,2656	39,56
Assurances et Mutuelles	–	–	8,596	5	8,596	15,27
TOTAUX	115,76		172,05		56,29	100,00

Source : Réalisé par les auteurs à partir des données du ministère

Il ressort de ce tableau que les Dépenses Courantes en Santé (DCS) sont évaluées à 172,05 milliards de FCFA en 2012 contre 115,76 milliards de FCFA en 2008 soit une augmentation en valeur absolue de 56,29 milliards. L'accroissement des dépenses courantes de santé entre 2008 et 2012 est estimé à 48,6%. %.

2. Dépenses d'investissements en santé

La formation brute du capital (HK) est l'ensemble des valeurs des actifs (infrastructures, équipements médicotechniques, microscopes,...) que les prestataires ont acquis pendant l'exercice fiscal (moins la valeur des ventes d'actifs de même nature) et qui sont utilisés fréquemment ou pendant plus d'une année dans la fourniture des services de santé.

Voici les dépenses d'investissements en santé en 2012 dans le tableau ci-dessous :

Tableau 2 : dépenses d'investissements en santé en 2012

Formation brute de capital	Montant (en million de FCFA)	%
Formation brute de capital fixe	19 583, 66	94,14
Recherche et développement en santé	2, 00	0,01
Education et formation du personnel de santé	57 ,51	0,28
Autre formation brute de capital (n.c.a.)	1 158, 64	5,57
TOTAL	20 801, 81	100

Source : Réalisé par les auteurs à partir des données du ministère (2012)

A la lumière De ce tableau, la formation brute du capital fixe représente 94,14% du volume des investissements et englobe principalement les infrastructures construites, les matériels roulants, les équipements et les machines acquis pour la production des services de santé. Les dépenses de la recherche et développement en santé et la formation du personnel de la santé sont très faibles. Ainsi, la Dépense en Capital (ou d'investissement en santé) s'élève à 20,802 milliards de FCFA en 2012 contre 19,62 milliards en 2008.

3. Niveau de dépense totale de santé en 2003

En 2003, la dépense globale de santé a atteint près de 96 milliards de FCFA. Ce qui représente près de 13.742 FCFA par habitant et par an pour un PIB per capita de 296087Fcfa (26\$ US au taux de change courant en 2003 ou 43\$ en termes de parité de pouvoir d'achat). Elle représente 4,6% environ du Produit Intérieur Brut. Comparé aux autres pays voisins, le Bénin semble avoir le taux le plus élevé.

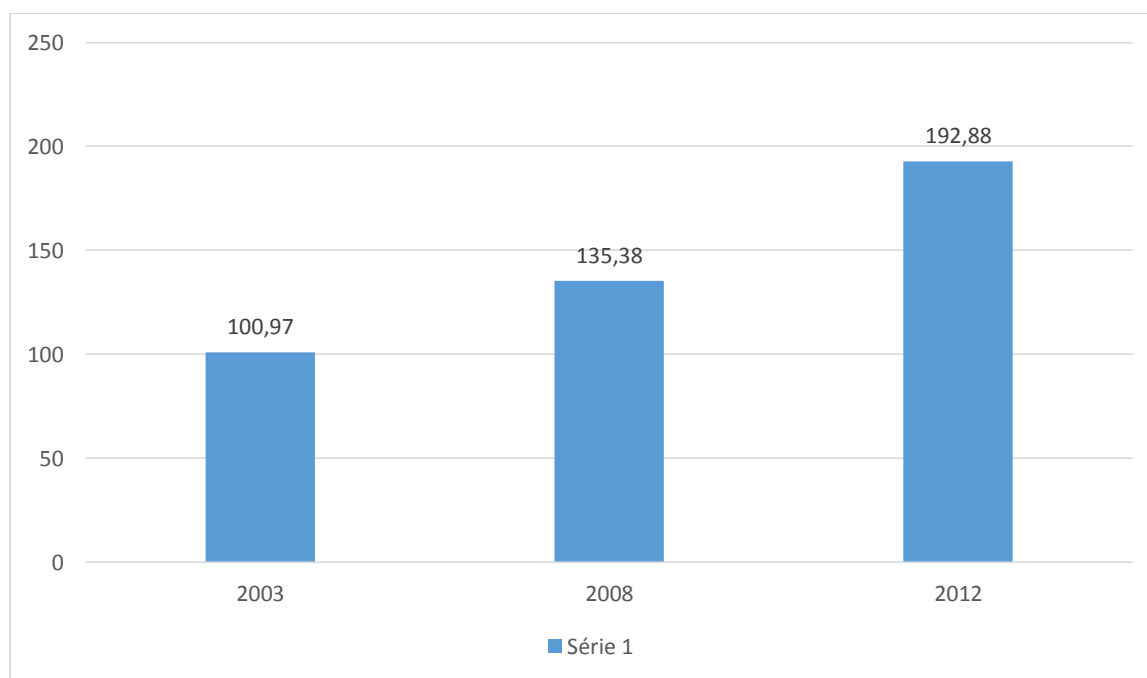
La consommation médicale pour la même année s'élève à près de 68 milliards FCFA soit 9675 FCFA par habitant. Le niveau de consommation est faible et cette faiblesse s'explique

par le renchérissement des coûts de production des soins qui influence les prix à la hausse. En outre, il en ressort des informations tirées des annuaires statistiques 2000 et 2003 que la recette moyenne par cas est de 1262 FCFA en 2000 à 2085 Fcfa. Or la dépense étant la somme des prix et des quantités, une hausse des prix entraîne une baisse des quantités c'est-à-dire une baisse du recours aux soins.

4. Niveau de dépense totale de santé en 2012

Au Bénin, la dépense de santé par tête d'habitant est de 20 596 FCFA soit 41,19 USD en 2012. Cet indicateur reste toujours en deçà de la norme préconisée par l'OMS qui est de 56 USD (WHO, 2011). Le béninois moyen ne disposant pas suffisamment de ressources pour couvrir ses besoins en santé, il est nécessaire pour l'Etat, soutenu par la communauté internationale de poursuivre dans le secteur santé les initiatives de gratuité et de subventions diverses pour y remédier. Au vue de la limitation des ressources, une utilisation rationnelle de celles-ci devra être faite par les prestataires afin de mettre en œuvre les interventions à haut impact porteuses de résultats à moindre coûts.

Le graphique ci-dessous présente l'Evolution des Dépenses Totales de Santé (DTS) de 2003 à 2012



A partir de ce graphique, nous constatons que la Dépense Totale de Santé (DTS) est passée de 100,97 milliards de FCFA 2003 à 192,88 milliards de FCFA en 2012. Sur cette période, le taux d'accroissement est de 91% soit un taux d'accroissement de 34% entre 2003

et 2008 et de 42% entre 2008 et 2012. En effet, il ressort de cette analyse qu'en moyenne 11% de la Dépense Totale de Santé (DTS) est exécutée en investissement

B. Financement du secteur sanitaire au Bénin

1. Les sources de financement

Le financement des services de santé couvre la stratégie de mobilisation des ressources et d'exécution des dépenses en vue d'atteindre les objectifs de santé. Au Bénin, ce financement est peu favorable à la demande des soins, car le niveau de revenu des populations est faible et la main-d'œuvre travaille principalement dans le secteur informel. Le taux d'analphabétisme chez les adultes est élevé et environ 20 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. Les quatre principales sources qui contribuent au financement de la santé au Bénin sont : le financement par les ménages ; le financement par l'Etat ; le financement par les collectivités locales ; le financement par les Partenaires Techniques et Financiers.

a. Le financement par les ménages

Les ménages effectuent des paiements directs auprès des établissements de soins aussi bien publics que privés les paiements directs des ménages sont versés directement par le patient au prestataire de santé. Ces fonds ne sont donc pas centralisés par un intermédiaire financier (organisme d'assurance maladie par exemple). La participation financière des usagers dans les structures de santé publiques et privées est une forme de paiement direct des ménages. Les co-payements qui sont versés par les membres d'un régime d'assurance maladie lorsque ceux-ci ne remboursent que partiellement les services de santé payés par les membres sont une autre forme de paiement direct. Les Comptes Nationaux de Santé au Bénin montrent une faiblesse des publiques de santé par rapport aux dépenses privées de santé et une forte proportion des paiements directs en pourcentage des dépenses de santé. En effet, les deux prestataires de services de santé sont les pharmacies et les centres de santé publique puis viennent par ordre d'importance les hôpitaux publics, et les hôpitaux et cabinets de soins privés. Etant donné que le principal prestataire de service de santé constitue les pharmacies cela signifie que la majorité des dépenses de santé des ménages ne sont pas destinés au secteur public mais aux pharmacies par les achats directs de médicaments. Les pharmacies étant concentrés dans les zones urbaines, une grande partie des ressources du pays dédiées à la santé est dépensé en milieu urbain. Ainsi la part élevée des paiements directs peut être interprété comme signe d'une grande priorité accordée à la santé. Toutes fois, ce mode de financement de la santé au Bénin pose trois problèmes sérieux. Le premier est que les

dépenses échappent largement à l'influence des autorités publiques et par conséquent, ne servent pas à l'achat des biens et services à impact significatif sur la santé des populations. Deuxièmement les populations indigentes dont les ressources financières sont limitées, sont susceptibles de sous utilisées les services de santé dans la mesure où elles n'ont pas les moyens de payer au moment où elles en ont besoin. Troisièmement, une proportion élevée des paiements directs signifie que les chances de partage de risque sont très réduites. La répartition des dépenses courantes de santé par Recettes des régimes de financement de la santé en 2012, nous fournit les résultats répartis dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3 : Répartition des dépenses courantes de santé par Recettes des régimes de financement de la santé

Recettes des régimes de financement des soins de santé	Dépenses	(%)
Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	40 659,72	23,63
Transferts internes et allocations	40 659,72	23,63
Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	42 362,75	24,62
Prépaiement obligatoire (autres que FS.3)	8 517,62	4,95
Prépaiement obligatoire venant des individus/des ménages	2 183,27	1,27
Prépaiement obligatoire venant des employeurs	6 334,35	3,68
Prépaiement volontaire	196,51	0,11
Prépaiement volontaire venant des individus/des ménages	78,75	0,05
Prépaiement volontaire venant des employeurs	117,76	0,07
Autres revenus nationaux n.c.a	72 653,27	42,22
Autres revenus venant des ménages n.c.a	72 653,27	42,22
Transferts directs étrangers	7 685,64	4,47
Transferts financiers directs étrangers	7 553,48	4,39
Transferts financiers directs bilatéraux	1 677,01	0,97
Transferts financiers directs multilatéraux	405,10	0,24
Autres transferts financiers directs étrangers	5 471,37	3,18
Autres transferts directs étrangers (n.c.a.)	132,16	0,08
TOTAL	172 075,50	100,00

Source : Réalisé par les auteurs à partir des données du ministère

Les recettes des régimes de financement sont principalement les cotisations, les taxes, les impôts, les appuis budgétaires, autres transferts, etc., visant à accumuler les fonds pour appuyer des actions en faveur de la santé. Au vu de ce tableau, la contribution des ménages aux CS 2012 est la première source de revenu (42,22%) de financement du secteur de la santé.

Le fait majeur ici est que les ménages restent la première source de revenu malgré les efforts du gouvernement et de ses partenaires techniques et financiers pour le financement de la santé.

Ce constat n'est pas spécifique au Bénin. En effet, selon les comptes de santé de plusieurs pays de la sous-région, les ménages sont toujours les premiers contributeurs du financement de la santé. A titre d'illustration, le paiement direct des ménages au Niger est de 57,74% en 2011 et 42,06% en 2009 ; au Burkina Faso il est de 34,2% en 2012 et 37% en 2011.

b. Le financement par L'Etat

Le financement des dépenses publiques de santé tire également sa source des impôts (impôts directs et indirects). Les impôts directs sont prélevés sur les revenus des entreprises et des particuliers. Les impôts indirectes constituent les TVA et les droits de douanes. Les fonds publics peuvent également provenir du financement du déficit budgétaire par les prêts internes et externes. Le financement par la taxe est alimenté par les prélèvements à la source sur les fiches de paie des salariés et d'autres sources comme les taxes sur les ventes. Ces taxes sont collectées par le gouvernement et sont utilisées pour financer diverses activités dont la santé.

Dans le régime de financement par la taxe, les agents à revenu élevé payent plus que ceux à revenu faible. Les services sont offerts à tout le monde sans cout. Ce régime n'admet pas de paiement des frais d'usagers au moment de l'utilisation des services de santé. L'inconvénient de ce système de financement est la mauvaise qualité des soins offerts et les pauvres préfèrent utiliser les services privés. Il crée un biais en faveur des centres urbains et des hôpitaux au détriment du milieu rural. Ainsi, pour pouvoir trouver des solutions aux questions liées à la prise en charge de la santé des populations afin de réduire le poids financier de la maladie auquel elles font face, On note l'engagement de l'Etat à mettre en place un système plus englobant et au sein duquel tous les segments de populations devraient se retrouver notamment ceux exclus par les dispositifs de couverture existants. Ceci se perçoit notamment dans le dynamisme des acteurs impliqués dans le projet de création du Régime d'Assurance

Maladie Universelle (RAMU) après la décision le 21 mai 2008 de la mise en place du RAMU et la création d'un Comité Technique Interministériel présidé par le Ministre de la Santé et en charge de ce dossier.

c. Financement par les Collectivités Locales

Historiquement, les missions sanitaires des Collectivités Locales (CL) ont trait essentiellement à la prévention sanitaire collective en termes d'hygiène et de salubrité publique.

Aujourd'hui, avec la décentralisation et l'autonomie donnée aux communes, elles interviennent tout comme le MS au niveau de toutes les fonctions, même si cette intervention demeure encore très marginale; en raison du faible niveau de transfert de compétences et des ressources.

Avec l'instauration du Fonds d'Appui au Développement des Communes (FADEC) et son extension au Programme d'Investissements Publics (PIP), la part de la dépense des collectivités va donc s'améliorer.

d. Financement par les Partenaires Techniques et Financiers (PTF)

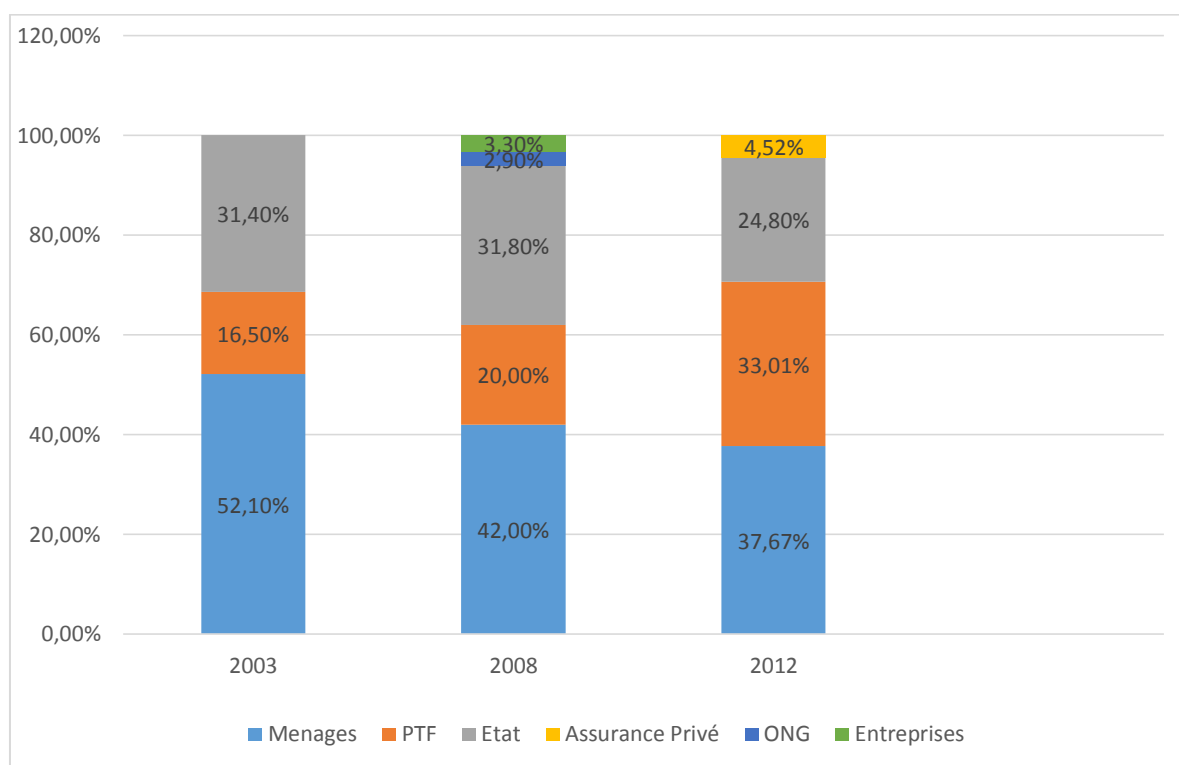
Le financement de la santé par les partenaires au développement qu'il provienne des bailleurs bilatéraux ou d'organisation internationales multilatérales peut prendre la forme soit de prêts qui devront être remboursé avec des intérêts, soit de dons non remboursables. L'ensemble des ressources reçues de ces partenaires au développement constituent les fonds publics qui servent à financer les dépenses publiques de santé en particulier

Ainsi, ces fonds reçus des bailleurs et distribués par l'administration publique, contribuent à environ 25% du financement de la santé au Bénin. Cette contribution paraît raisonnable du fait du nombre important de bailleurs et des interventions mises en œuvre par ces derniers. Ces interventions concernent principalement les maladies prioritaires (paludisme, tuberculose et VIH/SIDA) et la santé de la mère et de l'enfant. Les PTF qui appuient le secteur de la santé au Bénin peuvent être classés en quatre grands groupes, à savoir : i) le partenariat multilatéral, ii) le partenariat bilatéral, iii) le partenariat avec les institutions de financement, puis iv) le partenariat avec les organisations associatives, religieuses et ONG. Certains de ces Partenaires Techniques et Financiers (PTFs) sont disposés à accompagner le processus du RAMU. Il s'agit, par exemple, du BIT et de la Coopération Française qui ont apporté une assistance dans la réflexion sur le schéma du

RAMU, de la Banque Mondiale qui a convenu d'apporter un appui institutionnel (Accord de don déjà signé), ainsi que la Coopération Suisse qui s'investit dans le domaine de la sensibilisation des acteurs et du renforcement des capacités des membres du Secrétariat Permanent sur le RAMU.

Le graphique ci-dessous montre l'évolution de la contribution des sources de financement du secteur sanitaire au Bénin de 2003 à 2012.

Evolution de la contribution des sources de financement du secteur sanitaire au Bénin de 2003 à 2012



A partir de ce graphique, nous comprenons que la contribution des ménages pour le financement du secteur sanitaire est restée en première position de 2003 à 2012 bien qu'elle a connu une baisse. Leur contribution est passée de 52,10% en 2003 à 37,67% en 2012. Celle de l'Etat était en deuxième position entre 2003 et 2008 et a connu une baisse entre 2008 et 2012 ; de 2003 à 2012, la contribution de l'Etat est passée de 31,40% à 24,80%. Ensuite la troisième source de financement du secteur était les PTFs ; ils participaient au financement à hauteur de 16,50% en 2003 mais de 2008 à 2012, leur contribution a progressé et est passée

de 20,00% en 2008 à un taux très élevé de 33,01% en 2012. En effet la contribution des assurances privées est peu visible et non négligeable en 2012

2. Evolution du budget alloué au Ministère de la Santé

Tableau 4 : Evolution du budget alloué au Ministère de la Santé de 2005 à 2012

Années	Budget Général de l'Etat (millions FCFA)	Budget alloué au MS (millions)	Poids du budget du MS dans le Budget Général de l'Etat (%)	Engagements du budget du MS (millions)	Taux d'engagement (%)
2005	556 923	41617,49	8,41	34530,15	82,97
2006	611 216	50 506,39	8,00	39 433,74	78,08
2007	812 559	72 826,16	6,81	64 235,09	88,20
2008	1 023 000	79 701,69	7,22	47 523,97	59,63
2009	1 238 644	103 279,50	9,00	49 921,75	48,34
2010	1 346 439	82 462,60	6,12	25 446,50	30,86
2011	1 099 375	69 153,05	6,29	48 370,37	69,95
2012	1 016 549	66 734,90	6,56	58 019,53	87,03

Source : Réalisé par les auteurs à partir des données du ministère

L'évolution du poids du budget du Ministère de la Santé dans le Budget Général de l'Etat montre qu'en 2009 le poids a atteint 9,00%, mais qu'après cette année il a chuté et est resté presque stationnaire autour de 6% jusqu'en 2012. L'analyse des données du Bénin sur l'évolution de la mise en œuvre de la déclaration d'Abuja indique une régression de la contribution du budget de l'Etat au secteur de la santé. Même si le Budget du Ministère de la Santé augment en volume, il l'est moins proportionnellement à l'accroissement du budget général de l'Etat.

C. Situation actuelle du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU)

1. Mise en œuvre du RAMU

La mise en œuvre du RAMU a commencé. Un panier de soins a été défini, ainsi que des règles et montants de cotisations. Pour l'heure, seuls les prestataires de soins publics font l'objet de conventions avec l'ANAM, qui a la responsabilité de l'ensemble du dispositif de mise en œuvre. L'ANAM assure la gestion technique et financière du RAMU, le Comité National de Pilotage assure la régulation, le contrôle technique et financier externe est assuré par le Ministère de la Santé. Dans ce contexte, Le financement du RAMU est envisagé au-delà du budget existant, sur des taxes financières définies par la loi. La couverture universelle n'est pas entendue simplement comme un objectif « santé » mais bien comme une vision de société ; aussi la couverture maladie universelle, outil privilégié pour y accéder dans la stratégie du Bénin, ne peut se contenter d'allocations budgétaires dans les limites actuelles des arbitrages possibles en faveur de la santé. Le RAMU bénéficiera donc de financements collectifs à la hauteur de l'ambition qu'on lui donne. En ce sens, l'engagement d'Abuja n'est ni un horizon ni une limite, mais plutôt un point de départ.

a- Sur le plan de la mutualisation des ressources

A l'opposé de la situation existante, il sera constitué un pooling national dans le cadre du RAMU, y compris dans les conditions de gestion déléguée aux mutuelles de la fonction de collecte. Il n'y aura à terme qu'un fonds unique pour ce qui concerne les mécanismes de prise en charge, le RAMU intégrant l'ensemble des mécanismes de « gratuité ».

b- Sur le plan de l'achat de services

La rationalisation de l'achat fait l'objet d'orientations stratégiques prenant en compte les conditions a priori (disponibilité, prescription, tarification, et accréditation) et a posteriori (modalités de contrôle et de paiement). Dans le cadre du financement communautaire, les modalités d'allocation des ressources par le Ministère sont révisées dans le sens de l'équité et de l'efficacité. Le FBR passé à l'échelle se retrouve fondu dans la logique globale de l'allocation de ressources, où l'évaluation de la performance participe d'une gestion rationnelle des moyens.

c- Sur le plan de la direction générale donnée au financement de la santé

La stratégie a retenu l'intérêt de l'amélioration du dialogue sectoriel, goulot d'étranglement actuel du système de santé en général. L'orchestration du système de financement sera facilitée par le mécanisme de pilotage du RAMU et de l'ensemble de la

politique de couverture universelle. Ainsi, dans les 34 zones sanitaires **32.354** acteurs des secteurs informel agricole ont adhéré pour une cotisation de 72 409 000 FCFA; **11293** indigents enregistrés. -**3892** cartes ont été distribuées et **29639** cartes restent à éditer.

Au nombre des contrats, 51 contrats ont été signés avec les prestataires de soins publics (CS+HZ) dont **31** contrats avec les bureaux de zones (au nom des CS de premier contact), **20** contrats avec les hôpitaux de zones et la signature de convention avec les prestataires privés confessionnels (Hôpital Saint-Jean, Padre Pio) sans oublier la Poursuite de concertations avec les autres structures assimilées.

Ensuite, plus de 516 adhérents ont été PEC sur toute l'étendue du territoire national) pour un montant d'environ 12 970 434 FCFA (les factures continuent de parvenir à l'ANAM et feront cas de la PEC des indigents.

Enfin, des actions sont en cours pour engager le processus de remboursement. Factures de soins en instance pour un montant de **12 970434** (Elaboration d'un projet d'arrêté sur le circuit et des modalités de remboursement des prestations sanitaires, mise en place d'un comité ad hoc pour le paiement des factures en instance à cette date).

Paragraphe II: Traitement des résultats

Les résultats de la présente étude témoignent dans un premier temps de l'évolution des dépenses de santé de 2003 à 2012 et dans un second temps de la contribution des ménages dans le financement du secteur sanitaire. En effet, les Comptes Nationaux de la Santé font l'objet de notre étude ; Ils sont d'une importance capitale pour la planification et l'allocation optimale des ressources en matière de politique de santé car ils indiquent le niveau des dépenses de santé , analysent les tendances des différentes composantes de ces dépenses et font également ressortir la contribution des différentes catégories d'acteurs et les mécanismes de financement qui interviennent aussi bien dans le processus de mobilisation et de gestion des fonds que dans l'offre et l'utilisation des services de santé.

De 2003 à 2012, les dépenses totales de santé ont connu une augmentation considérable. Ces dépenses sont passées de 100,97 milliards de FCFA à prix constant en 2003 à 192,88 milliards en 2012. Les principales sources de financement ces dépenses sont l'Etat, les ménages, les collectivités locales et les PTFs. Mais depuis l'élaboration des premiers comptes de la santé au Bénin, en 2003, malgré l'effort fourni par l'Etat et les PTFs afin d'alléger la charge aux ménages, ce sont les ménages qui constituent la principale source de

financement du secteur sanitaire. Leur contribution est passée de 52,1% en 2003 à 37,67% en 2012. Il ressort donc que la contribution des ménages connaît une tendance à la baisse même si elle est relativement faible et que les volumes financiers dédiés à la santé sont trop peu élevés, en particulier en ce qui concerne l'effort de l'Etat. Un autre constat est que les agencements du système de financement sont pluriels et sans véritable cohérence systémique. Globalement, la performance est peu optimale à la fois en termes d'efficacité, d'équité ou de solution apportée à la santé de la population et à sa protection contre le risque financier. Les priorités générales retenues sont la réduction du niveau de paiement direct des ménages et l'amélioration de la qualité de l'offre. Il n'existe donc pas un mécanisme clair d'arbitrage et de coordination des divers financements afin d'éviter les éventuels doublons et la mauvaise répartition des ressources (Humaines, Matérielles et Financières).

Ceci souligne que le secteur de la santé ne bénéficie pas encore de l'Etat toute l'attention requise. Il est souhaitable de reprendre le plaidoyer auprès des décideurs pour une augmentation substantielles des ressources à allouer au secteur de la santé et Il urge donc de penser au renforcement de la mise en œuvre du RAMU

Section II : Analyse des résultats

Dans cette section, nous avons discuté des résultats de l'étude dans le premier paragraphe aux fins de valider ou non les hypothèses de recherche. Ensuite, nous avons formulé, dans le deuxième paragraphe, des suggestions dont la mise en œuvre est susceptible d'améliorer le problème en résolution.

Paragraphe 1 : Discussions

La première hypothèse de recherche est : L'accroissement des ressources allouées au secteur de la santé explique l'augmentation des dépenses totales de santé. Les résultats de l'étude révèlent que les dépenses totales de santé (DTS) sont égales aux dépenses courantes de santé à laquelle on ajoute la formation brute de capital (HK). En effet, de 2003 à 2012, les dépenses totales de santé sont passées de 100,97 milliards de FCFA en 2003 à 135,38 milliards de FCFA en 2008 puis à 192,88 milliards en 2012. Ces dépenses ont connu une augmentation considérable grâce à l'accroissement significatif des ressources allouées au secteur de la part des différents acteurs intervenant dans le financement de ces dépenses. Ainsi, il ressort des résultats de la présente étude que l'allocation des ressources additionnelles au secteur de la santé explique l'augmentation significative des dépenses

globale de santé. Ces résultats obtenus à partir des données de l'étude sont conformes aux résultats attendus. On conclut alors que la première hypothèse de recherche est validée.

La deuxième hypothèse de recherche est que les ménages constituent la principale source de financement du secteur sanitaire au Bénin. Il ressort des résultats de nos investigations que les principales sources de financement des dépenses de santé sont l'Etat, les ménages, les PTFs et les collectivités locales. Mais depuis l'élaboration des premiers comptes de la santé au Bénin, en 2003, malgré l'effort fourni par l'Etat et les PTFs afin d'alléger la charge aux ménages, ce sont les ménages qui constituent la principale source de financement du secteur sanitaire. Leur contribution est passée de 52,1% en 2003 à 37,67% en 2012. Il ressort donc que la contribution des ménages connaît une tendance à la baisse même si elle est relativement faible et que les volumes financiers dédiés à la santé sont trop peu élevés, en particulier en ce qui concerne l'effort de l'Etat. La mise en œuvre de RAMU n'est pas encore renforcée et la contribution de l'Etat dans le financement de la santé est passée de 31,40% en 2003 à 24,80% en 2012; quant aux Partenaires Techniques et Financiers, ils participent à hauteur de 16,50 % en 2003 et 33,01 % en 2012. Ainsi, l'analyse des sources de financement met en exergue l'iniquité du financement de la santé au Bénin en raison de la forte part des paiements directs des ménages qui s'élève à 42,22 % de la dépense courante de santé et 37,67% de la dépense globale de santé. Ces résultats obtenus correspondent aux résultats attendus. On conclut que la deuxième hypothèse de recherche est validée.

Paragraphe II : Recommandations

Au terme de cette étude et au regard des résultats, nous formulons des recommandations à l'endroit des différents acteurs en charge du financement de santé au Bénin à divers niveaux de la pyramide sanitaire. Nous recommandons de:

- Promouvoir la formation de qualité des acteurs intervenant dans la gestion des structures sanitaires, en économie de la santé.
- Développer et renforcer le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) afin de mutualiser les coûts pour une réduction significative des dépenses en santé des ménages.
- S'assurer que les mécanismes de gratuité mis en place par le gouvernement pour la santé sont respectés par les prestataires de soins.
- Faire un plaidoyer auprès des Partenaires Techniques et Financiers pour plus d'investissement dans la santé de la reproduction afin que la charge des ménages soit allégée.

CONCLUSION

Le présent travail a pour objectif d'analyser les Comptes Nationaux de la Santé au Bénin. Au terme de la présente analyse nous pouvons conclure qu'au Bénin, les dépenses totales de santé ont connu une augmentation de 2003 à 2012 grâce à la mobilisation des ressources additionnelles au niveau des PTFs principalement. Le financement de cette dépense est fragmenté et sa répartition est inéquitable. En effet, le paiement direct des ménages constitue la principale source de financement du système. Cette situation n'est point adaptée à un secteur dont les dépenses des individus ont en générales, imprévisibles, et parfois catastrophiques. Ainsi, des milliers de familles se ruinent afin de pouvoir offrir des soins nécessaires à un ou plusieurs membres souffrant de maladie(s) chronique(s) bien évidemment. Cette situation s'aggrave chez la population la plus pauvre. Il est à penser qu'une partie de la population béninoise est exposée aux risques de "dépenses catastrophiques en santé" et que le poids financier de la maladie risque ainsi de favoriser l'appauvrissement des ménages. Au regard de cette situation, l'on comprend aisément qu'une des problématiques majeures du système de santé du Bénin est constituée par l'inaccessibilité financière aux soins de santé avec pour conséquence une faible utilisation des services de santé.

En revanche, le financement de la santé s'est amélioré de 2003 à 2012. Mais de nombreuses insuffisances persistent encore. Ainsi pour atteindre les objectifs nationaux et ceux du millénaire pour le développement (OMD) en matière de santé, il urge de prendre des mesures appropriées et de s'inspirer des mesures correctives menées dans certains pays développés ayant eu les mêmes tendances afin de garantir à la population à un état de santé optimal

Ce travail permet d'avoir une idée sur la situation du personnel médical dans le système de santé du Bénin à travers les différentes analyses. Il présente également l'état des lieux du financement de la santé au Bénin. Cependant certains aspects n'ont pas été pris en compte dans l'analyse à savoir : Analyse des Comptes par maladies prioritaires (le paludisme, le VIH/ Sida et la Tuberculose), Analyse de la dimension fonction des soins de santé, Analyse de la dimension prestataire de soins de santé et le financement par le mécanisme d'assurance maladie. De plus elle est restée descriptive. Ces aspects peuvent être utilisés pour élargir le champ d'analyse et faire l'objet d'autres études.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Albouy V., Bretin E., Carnot N., Deprez M., (2009) « Les dépenses de santé en France : déterminants et impact du vieillissement à l'horizon 2050 », Documents de travail de la DGTPE, n° 11

Antunes A, Saksena P, Elovaino R, Mathauer I, Kirigia J, Musango L, et al. (2009): Health financing system review of Rwanda. Options for universal coverage. Geneva: World Health Organization,

ATAKE Esso – Hanam. (2012) Financement Public des dépenses de santé et survie infantile au Togo

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

Del Sol M., (2008) « La complémentaire santé individuelle et collective : bouleversements et interrogations », *RDSS*, n° 5.

Dormont B., (2009) « Les dépenses de santé. Une augmentation salubre ? », Collection du Cepremap, n° 15,

Elbaum M., (2010) « Un nouveau modèle de financement pour la santé ? »

.Emilie Sauvignet. (2004) .Le financement du système de santé en France: Rôle et organisation de l'assurance maladie obligatoire

Fenina A., Le Garrec M.A., Duée M., (2007) « Les Comptes nationaux de la santé en 2008 », *Études et résultats*, n° 701.

FLORI A. (2000). *Financement des politiques de santé*. In revue adsp, mars 2000 n°30.

G.Hilaire HOUENINVO, Barthelemy M. SENOU, Fanougbo AVOCE VIAGANOU. (2011) Financement des soins de santé au Bénin : rôle de l'assurance maladie

Inke MATHAUER., Alice NTAMWISHIMIRO SOUMARE., Barthélémy SEMEGAN. (2010) Analyse du financement de la santé Et réflexions sur le régime d'assurance maladie universelle au Bénin

Joseph Kutzin, Politique de financement de la santé : un guide à l'intention des décideurs

Leon Kessou ; Etude sur les mécanismes d'exemptions et de subvention des soins au Bénin

Mouquet M.-C., Oberlin P., (2008) « L'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030 », *Études et résultats*, n° 654.

-2018),

Ministère de la Santé du Bénin. (2006) Comptes Nationaux de la Santé, exercice 2003.

Ministère de la Santé du Bénin. (2014).Comptes de Santé 2012

Ministère de la Sante du Bénin. (2011).Etude sur les Comptes Nationaux de la Santé-Bénin 2008.

Ministère de la santé du Bénin (2009), Plan National de Développement Sanitaire (2009-2018), Benin

Ministère de la santé du Bénin (2010), Plan triennal de développement sanitaire 2010-2012

Ministère de la santé du Bénin (2013) Rapport de performance 2012, Bénin, 2013

Organisation Mondiale de la Santé, 2006, Rapport sur la santé dans le monde 2006 (Genève).

Organisation Mondiale de la Santé, Commission macroéconomie et santé, 2001, Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique.

P. -Y. GEOFFARD, (2006) *La Lancinante réforme de l'assurance maladie*, Paris, Rue d'Ulm, « Cepremap n° 1 »,

Pas d'auteur (2009): Rapport final. Atelier technique sur le Régime d'Assurance Maladie Universelle

Ramond M. (1971), Tarifs hospitaliers et vérité des prix. In: Statistiques et études financières. Numéro 4, 1971. pp. 3-16.

Table des matières

REPUBLIQUE DU BENIN	0
*****	0
AVERTISSEMENT	1
DEDICACES 2	2
REMERCIEMENTS	3
Liste des sigles et acronymes	4
Liste des tableaux	6
Liste des graphiques	6
RESUME	7
INTRODUCTION	8
CHAPITRE I : PRESENTATION DU CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE	9
Section I : Présentation du Ministère de la santé et de la Direction de la Programmation et de la Prospective	10
Paragraphe I : Présentation du Ministère de la Santé	10
A. Description	10
B. Attributions	11
C. Structure Organisationnelle	11
Paragraphe II : Présentation de la DPP	11
A. Mission et attributions de la DPP	11
B. Organisation et fonctionnement de la DPP	12
1. Le Secrétariat	12
2. Le Service des Etudes et de la Prospective (SEP)	13
3. Le Service de la Coopération (SC)	13
4. Le Service de la Gestion du Système d'Information	14
5. Le Service de la Programmation (SP)	14
6. La Cellule De Suivi-Evaluation (SCE)	15
Section II : Déroulement du stage	15
Paragraphe I : Travaux effectués	16
Paragraphe II : Difficultés rencontrées et suggestions	16
A-Difficultés rencontrées	16
A. Suggestions	16
Section I : Cadre théorique	17

Paragraphe I : Problématique, objectifs et hypothèses de l'étude	17
A. Problématique de l'étude	17
A. Objectifs et Hypothèses de l'étude	19
1. Objectifs	19
2. Hypothèses	19
Paragraphe II : Revue de Littérature	20
A. Concepts et définitions de la santé	20
B. Les comptes nationaux	20
1. Définition.....	20
2. Utilité des Comptes Nationaux de la Santé	21
C. Dépenses en santé	21
1. Définition.....	21
2. Dépenses de Santé et Production de soins de santé	22
3. La valeur obtenue en contrepartie des dépenses de santé.....	25
4. L'Efficacité des Dépenses de santé	25
D. Le Financement	27
1. Définition.....	27
3. Les Problèmes du financement au niveau des pays.....	29
4. Les éléments d'un système modèle de financement de la santé.....	31
Section II : Méthodologique de l'étude	31
Paragraphe I : Cadre de l'étude	31
A. Cadre géographique de l'étude	31
B. Cadre temporel de l'étude	32
Paragraphe II : Données et méthodes d'analyse	33
A. Données de l'étude	33
B. Modèle d'analyse	33
CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	35
Section I : Présentation des résultats	35
Paragraphe 1 : Résultats	35
A. Les dépenses totales de santé	35
1. Les dépenses courantes de santé.....	35
a. Evaluation des dépenses courantes de santé entre 2008 et 2012.....	36
2. Dépenses d'investissements en santé	37
3. Niveau de dépense totale de santé en 2003.....	37

4. Niveau de dépense totale de santé en 2012.....	38
B. Financement du secteur sanitaire au Bénin.....	39
1. Les sources de financement.....	39
a. Le financement par les ménages.....	39
b. Le financement par L'Etat.....	41
c. Financement par les Collectivités Locales.....	42
d. Financement par les Partenaires Techniques et Financiers (PTF)	42
2. Evolution du budget alloué au Ministère de la Santé.....	44
C. Situation actuelle du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU)	45
1. Mise en œuvre du RAMU.....	45
a- Sur le plan de la mutualisation des ressources	45
b- Sur le plan de l'achat de services	45
c- Sur le plan de la direction générale donnée au financement de la santé.....	45
Paragraphe II: Traitement des résultats	46
Section II : Analyse des résultats.....	47
Paragraphe 1 : Discussions	47
Paragraphe II : Recommandations	48
CONCLUSION	49
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	50