



DIRECTION DE LA PROGRAMMATION ET DE LA PROSPECTIVE

COMPTES DE SANTÉ 2012

Comptes généraux et dépenses de santé du paludisme, du VIH/SIDA et de la tuberculose

Octobre 2014



USAID | BÉNIN
DU PEUPLE AMERICAIN



Organisation
mondiale de la Santé



Investissons dans notre avenir
Le Fonds mondial
De lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme



Health Finance
& Governance
Expanding Access. Improving Health.

PREFACE

Les Comptes de Santé (CS) sont d'une importance capitale pour la planification et l'allocation optimale des ressources en matière de politique de santé. C'est la raison pour laquelle l'élaboration des CS est devenue une impérative pour le Bénin. En effet, le Bénin est à son troisième exercice de réalisation des CS. Le présent rapport a pour but de disséminer les résultats des Comptes de Santé de 2012 afin de contribuer à améliorer la prise de décision sur des bases factuelles.

Ce rapport que le Ministère de la Santé met à votre disposition, indique le niveau des dépenses de santé et analyse les tendances des différentes composantes de ces dépenses. Il fait 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. Par ailleurs, il analyse spécifiquement les dépenses dans les domaines de la lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA.

Rappelons aussi que les CS 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 de notre politique de santé.

Le processus d'élaboration des CS s'est encore renforcé avec l'utilisation de la nouvelle méthodologie internationale des Comptes de la Santé publiée en 2011 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et autres partenaires et par l'utilisation du nouveau logiciel de traitement des données mis à la disposition des pays par l'OMS. Ces deux outils contribuent à améliorer la qualité de nos Comptes de Santé en systématisant la démarche de collecte et de traitement des données à travers une méthodologie plus claire et plus appropriée aux systèmes de financement de la santé. Ils constituent également des instruments précieux pour accroître la célérité du traitement des données, améliorer la qualité des Comptes produits et faciliter l'harmonisation entre les pays.

Les résultats du présent rapport montrent que l'ensemble des fonds dépensés dans le système de santé a progressé de 100.97 milliards de FCFA en 2003 à 192.88 milliards de FCFA en 2012, soit un taux d'accroissement de 91% entre 2003 et 2012. Cet accroissement est le résultat de la contribution plus élevée de l'Etat, des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et du secteur privé. Les résultats de ces CS illustrent la faiblesse de certains mécanismes de financement tels que les mutuelles et les assurances maladie. En effet, les dépenses directes des ménages font peser un lourd fardeau financier sur les populations lors des épisodes de maladie. Dans ce contexte, le Régime d'assurance Maladie Universelle initiée par le gouvernement avec l'appui de ses PTF constituerait un soulagement pour les populations.

En adoptant ce rapport, le Gouvernement marque ainsi sa volonté de réaliser des progrès substantiels vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) malgré un environnement économique peu favorable.

Je saisis cette opportunité, pour présenter toutes mes félicitations et ma reconnaissance à toute l'équipe qui a contribué à l'élaboration du présent rapport notamment les acteurs de diverses structures de l'Etat, du secteur privé, des Organismes Non Gouvernementales (ONG) et surtout les Partenaires Techniques et Financiers (PTF).

J'invite tous les acteurs à l'exploitation judicieuse du présent rapport, pour plus d'efficacité et d'efficience dans la prise de décisions et les exhorte à s'impliquer activement pour la qualité et la régularité de la production des CS. Mes reconnaissances vont particulièrement à l'Organisation Mondiale de la Santé pour ces efforts constants pour nous accompagner dans cet exercice.

Le Ministre de la santé

Prof. Dorothée A. KINDE-GAZARD

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX	III
LISTE DES FIGURES.....	III
LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS.....	IV
RESUME	VI
INTRODUCTION	1
1. GÉNÉRALITÉS.....	2
1.1. PRESENTATION GENERALE DU BENIN	2
1.2. PRESENTATION DU SYSTEME DE SANTE : ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE	2
1.2.1. Niveau central.....	2
1.2.2. Niveau intermédiaire.....	2
1.2.3. Niveau périphérique.....	2
1.3. PERFORMANCE DU SYSTEME DE SANTE EN 2012	2
1.3.1. Profil épidémiologique de 2008 à 2012	2
1.3.2. Mortalités maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile.....	3
2. METHODOLOGIE ET SOURCES DE DONNEES.....	4
2.1. DEFINITION ET UTILITE DES COMPTES DE LA SANTE.....	4
2.2. DEFINITIONS OPERATIONNELLES DES CONCEPTS	4
2.3. PROCESSUS D'ELABORATION DES CS	5
2.3.1. Collecte des données.....	5
2.3.2. Synthèse et saisie des données collectées.....	6
2.4. DIFFICULTES RENCONTREES	7
3. RESULTATS DES COMPTES GENERAUX DE LA SANTE DE 2012.....	8
3.1. VOLUME DE FINANCEMENT DE LA SANTE ET PRINCIPAUX INDICATEURS	8
3.2. ANALYSE DES RESULTATS DES DEPENSES COURANTES DES COMPTES DE LA SANTE DE 2012.....	10
3.2.1. Recettes des régimes de financement de la santé (FS).....	10
3.2.2. Régimes de Financement (HF)	11
3.2.3. Agents de Financement (FA).....	12
3.2.4. Analyse de la dimension prestataire de soins de santé (HP).....	13
3.2.5. Analyse de la dimension fonction des soins de santé (HC).....	14
3.2.6. Répartition des dépenses de santé par tête d'habitant	16
3.3. DEPENSES D'INVESTISSEMENTS EN SANTE.....	16
4. RESULTAT ET ANALYSE DES COMPTES PAR MALADIES PRIORITAIRES.....	18
4.1. DEPENSES DE SANTE DU PALUDISME EN 2012.....	18
4.1.1. Aperçu sur la situation du paludisme au Bénin	18
4.1.2. Volume des dépenses de lutte contre le paludisme par tranche d'âge en 2012	19
4.1.3. Recettes des régimes de financement des dépenses du paludisme.....	20
4.1.4. Régimes de financement des dépenses du paludisme	20
4.1.5. Agents de financement des dépenses du paludisme	21
4.1.6. Répartition des dépenses par prestataires de services.....	21
4.1.7. Répartition des dépenses par fonctions de soins de santé.....	21
4.2. DEPENSES DE SANTE DE LA TUBERCULOSE EN 2012	22
4.2.1. Situation épidémiologique de la tuberculose au Bénin	22
4.2.2. Volumes des dépenses de lutte contre la tuberculose.....	23
4.2.3. Les recettes des régimes de financement des dépenses de la tuberculose	24
4.2.4. Régimes de financement.....	24
4.2.5. Agents de financement	24
4.2.6. Prestataires de soins de santé	25
4.2.7. Fonction de soins de santé	25

4.3.	RESULTATS DES DEPENSES DE SANTE DU VIH/SIDA EN 2012	26
4.3.1.	<i>Aperçu sur la situation du VIH / SIDA</i>	26
4.3.2.	<i>Volume des dépenses de lutte contre le VIH/SIDA</i>	26
4.3.3.	<i>Recettes de régimes de financement de la lutte contre le VIH/SIDA</i>	26
4.3.4.	<i>Régimes de financement des dépenses du VIH/SIDA</i>	27
4.3.5.	<i>Agents de financement</i>	27
4.3.6.	<i>Prestataires de soins de santé</i>	28
4.3.7.	<i>Classification par fonction des dépenses du VIH/ SIDA en 2012 :</i>	29
5.	BUDGET DU MINISTERE DE LA SANTE	30
5.1.	EVOLUTION DU BUDGET ALLOUE AU MINISTERE DE LA SANTE	30
6.	RECOMMANDATIONS	32
	CONCLUSIONS	33
	ANNEXE : BIBLIOGRAPHIE	36

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : EVOLUTION DU PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE 2008 À 2012 (EN %)	3
TABLEAU 2 : DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ PAR SOURCE DE REVENU EN MILLIARDS DE FCFA	9
TABLEAU 3 : LES PRINCIPAUX INDICATEURS DES COMPTES DE SANTÉ 2012	9
TABLEAU 4 : RÉPARTITION DES DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ PAR RECETTES DES RÉGIMES DE FINANCEMENT EN 2012	10
TABLEAU 5 : RÉPARTITION DES DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ PAR RÉGIME DE FINANCEMENT (HF) EN 2012	11
TABLEAU 6 : RÉPARTITION DES DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ PAR AGENT DE FINANCEMENT (FA) DE 2012	12
TABLEAU 7 : RÉPARTITION DES DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ PAR PRESTATAIRE EN 2012	13
TABLEAU 8 : RÉPARTITION DES DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ PAR FONCTION DE SOINS EN 2012	15
TABLEAU 9 : DÉPENSES D'INVESTISSEMENT EN 2012	16
TABLEAU 10 : DÉPENSES D'INVESTISSEMENT PAR AGENT DE FINANCEMENT EN 2012	17
TABLEAU 11 : RÉPARTITION DES DÉPENSES LIÉES AUX VIH/SIDA, PALUDISME ET TUBERCULOSE	18
TABLEAU 12 : ÉVOLUTION DE LA LÉTALITÉ DU PALUDISME DE 2010 À 2012 SELON LES TRANCHES D'ÂGE	19
TABLEAU 13 : DISTRIBUTION DES DÉPENSES DE PALUDISME PAR TRANCHE D'ÂGE	19
TABLEAU 14 : RÉPARTITION DES DÉPENSES LIÉES AU PALUDISME PAR RECETTES DES RÉGIMES DE FINANCEMENT EN 2012	20
TABLEAU 15 : RÉPARTITION DES DÉPENSES LIÉES AU PALUDISME PAR RÉGIMES DE FINANCEMENT EN 2012	20
TABLEAU 16 : RÉPARTITION DES DÉPENSES LIÉES AU PALUDISME PAR AGENTS DE FINANCEMENT EN 2012	21
TABLEAU 17 : RÉPARTITION DES DÉPENSES LIÉES AU PALUDISME PAR PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ EN 2012	21
TABLEAU 18 : RÉPARTITION DES DÉPENSES LIÉES AU PALUDISME PAR FONCTIONS DE SOINS DE SANTÉ EN 2012	21
TABLEAU 19 : RÉPARTITION DES DÉPENSES LIÉES À LA TUBERCULOSE PAR RECETTES DES RÉGIMES DE FINANCEMENT EN 2012	24
TABLEAU 20 : RÉPARTITION DES DÉPENSES LIÉES À LA TUBERCULOSE PAR RÉGIMES DE FINANCEMENT EN 2012	24
TABLEAU 21 : RÉPARTITION DES DÉPENSES LIÉES À LA TUBERCULOSE PAR AGENTS DE FINANCEMENT EN 2012	24
TABLEAU 22 : RÉPARTITION DES DÉPENSES LIÉES À LA TUBERCULOSE PAR PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ EN 2012	25
TABLEAU 23 : RÉPARTITION DES DÉPENSES LIÉES À LA TUBERCULOSE PAR FONCTION DE SOINS DE SANTÉ EN 2012	25
TABLEAU 24 : RÉPARTITION DES DÉPENSES LIÉES AU VIH/SIDA PAR RECETTES DE RÉGIMES DE FINANCEMENT EN 2012	27
TABLEAU 25 : RÉPARTITION DES DÉPENSES LIÉES AU VIH/SIDA PAR RÉGIME DE FINANCEMENT EN 2012	27
TABLEAU 26 : RÉPARTITION DES DÉPENSES LIÉES AU VIH/SIDA PAR AGENT DE FINANCEMENT EN 2012	28
TABLEAU 27 : RÉPARTITION DES DÉPENSES LIÉES AU VIH/SIDA PAR PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ EN 2012	28
TABLEAU 28 : RÉPARTITION DES DÉPENSES LIÉES AU VIH/SIDA PAR FONCTION DE SOINS DE SANTÉ EN 2012	29
TABLEAU 29 : ÉVOLUTION DU BUDGET DE MINISTÈRE DE LA SANTÉ DANS LE BUDGET GÉNÉRAL DE L'ÉTAT (2005 À 2012)	30
TABLEAU 30 : ÉVOLUTION DE RÉPARTITION DU BUDGET GLOBAL DU SECTEUR SANTÉ DE 2010 À 2012 (EN MILLIONS DE FCFA)	31

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : ÉVOLUTION DES MORTALITÉS NÉONATALE, INFANTILE ET INFANTO-JUVÉNILE DE 1996 À 2012 ET CIBLE OMD	3
FIGURE 2 : ÉVOLUTION DES DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ DE 2003, 2008 ET 2012 (EN MILLIARDS DE FCFA)	8
FIGURE 3 : ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CAS DE TUBERCULOSE TOUTES FORMES ET DES NOUVEAUX CAS	22
FIGURE 4 : ÉVOLUTION DU TAUX DE NOTIFICATION DES NOUVEAUX CAS DE TUBERCULOSE TOUTES FORMES ET RECHUTES ET DES NOUVEAUX CAS TPM+, 2008-2012, AU BÉNIN	23
FIGURE 5 : ÉVOLUTION DU NIVEAU DE MISE EN ŒUVRE DE LA DÉCLARATION D'ABUJA AU BÉNIN	30

LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

CHD	Centre Hospitalier de Département
CNHU	Centre National Hospitalier Universitaire
CS	Comptes de Santé
FCFA	Franc des Communautés Financières d'Afrique
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
DOT	Observation Direct de Traitement
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FA	Financing agents (Agents de Financement)
FS	Financing Sources (Sources de financement ou Recettes de régime de financement)
EMICoV	Enquêtes Modulaires Intégrées des Conditions de Vie des Ménages
HFG	Health Financing and Governance Project
HAPT	Health Account Production Tool
HC	Health care functions (Fonction de soins de santé)
HF	Health care financing schemes (Régime de financement)
HP	Health providers (Prestataires de soins)
HTA	Hypertension Artérielle
HZ	Hôpitaux de Zone
IHPC	Indice Harmonisé des Prix à la Consommation
INSAE	Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
ISBLSM	Institutions Sans But Lucratif au Service des Ménages
MII	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide
MIILD	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSD	Orientations Stratégiques de Développement

PEC	Prise en Charge
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	Programme National de Lutte Contre le Paludisme
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RAMU	Régime d'Assurance Maladie Universelle
RBM	Roll Back Malaria
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SEP	Service des Études et de la Prospective
UEMOA	Union Économique et Monétaire Ouest Africaine
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

RESUME

Les Comptes de Santé constituent un tableau de bord pour les décideurs du secteur de la santé. Ils retracent toutes les dépenses afférentes au système de santé d'un pays, de la source de financement aux services fournis.

Le Ministère de la Santé, dans le souci d'améliorer l'allocation des ressources du secteur et de favoriser une meilleure prise de décision, a élaboré les CS 2003 et 2008 à partir du System of Health Account (SHA1). Ceux de 2012 ont été élaborés avec la nouvelle nomenclature SHA 2011 qui s'appuie sur un nouvel outil : Health Account Production Tool (HAPT).

La réalisation du présent document est l'aboutissement d'un long processus depuis la collecte des données jusqu'au traitement et à la production des premiers résultats. Ce document a été réalisé par une équipe multidisciplinaire sous la houlette du Service des Etudes de la Prospective de la Direction de la Programmation et de la Prospective du Ministère de la Santé, avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers.

Conformément à la nouvelle méthodologie du SHA 2011, trois principaux agrégats sont présentés dans le rapport :

- la Dépense Courante en Santé (DCS) qui est évaluée 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 de FCFA ;
- la Dépense en Capital ou Dépense d'investissement en santé (DHC) qui s'élève à 20,802 milliards de FCFA en 2012 contre 19,62 milliards en 2008, a essentiellement servi à 94,14% au financement de la formation brute de capital ;
- la Dépense Totale de Santé (DTS) est évaluée à 192,88 milliards de FCFA en 2012 contre 135,38 milliards de FCFA en 2008.

L'évolution de la dépense totale en santé a une tendance croissante de 2003 à 2012. Elle est passée de 100,97 milliards de CFA à prix constant en 2003 à 192,88 milliards en 2012 en passant par 135,38 milliards en 2008.

Les grandes tendances qui se dégagent de l'utilisation des flux financiers injectés dans le système de santé en 2012 et leur utilisation se présentent comme suit :

- **Recette des régimes de financement**

La contribution des ménages aux CS 2012 est la première source de revenu (42,22%) de financement du secteur de la santé. Les transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique viennent en deuxième position avec 24,6% en termes de volume de financement. Les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (budget national) est la troisième source de revenu (23,63%) pour l'année 2012.

- **Régimes de financement**

Les régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé sont les premiers dispositifs de financement par lesquels les populations obtiennent les services de santé à hauteur de 45,60%. Dans cette proportion l'administration centrale constitue le principal régime de financement 40,44%.

Les paiements directs des ménages viennent en deuxième position avec 42,22%.

- **Agents de financement**

Les ménages sont les principaux agents qui ont géré les fonds issus des régimes de financement de la santé (42,22%). Les administrations publiques viennent en deuxième position avec un taux de 39,31%.

Les dépenses des ménages ont servi majoritairement à payer les soins curatifs (56,92%) suivis des biens médicaux (40,49%) dont 39,71% pour les médicaments délivrés sur ordonnance (Cf. Tableau annexe HC x FA).

Les fonds mobilisés par l'administration publique ont servi à payer principalement les soins curatifs (32,89%), gouvernance, administration du système de santé et des financements (32,61%) et les prestataires de soins préventifs à hauteur de 30,57%.

A titre de comparaison, les dépenses directes des ménages au Bénin estimée à 42,22% suit la même tendance que celle de certains pays de la sous-région Ouest africaine à savoir le Niger, 57,74% en 2011 et 42,06% en 2009 ; le Burkina Faso 34,2% en 2012 et de 37% en 2011.

- **Prestataires de soins de santé**

Les hôpitaux et les prestataires de soins préventifs sont les principaux prestataires de soins de santé au Bénin en 2012 avec respectivement 29,22% et 22,53% des dépenses courante de santé. Ensuite viennent les détaillants et autres prestataires de biens médicaux (19,54%) puis les prestataires de soins ambulatoires (11,42%).

Les hôpitaux ont consacré une part importante de leurs ressources aux soins curatifs (99,46%) alors que les détaillants et autres prestataires de biens médicaux quant à eux ont consacré 93,85% de leurs ressources aux biens médicaux.

- **Fonctions de soins de santé**

Les fonds reçus par les prestataires ont été principalement utilisés pour assurer des soins curatifs, acheter des biens médicaux et les soins préventifs avec respectivement 43,94%, 19,60% et 19,52%.

Au total les soins curatifs s'élèvent à 43,94% des dépenses et la prévention 19,52%. S'agissant des soins curatifs 23,26% des financements ont été orientés vers les soins curatifs en milieu hospitalier et 20,65% vers les soins curatifs ambulatoires.

S'agissant des soins curatifs 70,6% des dépenses ont été orientées vers les soins fournis par hôpitaux publics et 29,4% vers ceux fournis par les hôpitaux privés.

INTRODUCTION

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. Ce financement est confronté à des défis découlant d'une part, des mutations démographiques et épidémiologiques et d'autre part, de l'émergence de problèmes de santé publique, des progrès technologiques et de l'environnement socio-politique. Le mode de financement des services de santé est par conséquent peu favorable à la demande des soins, le niveau de revenu des populations étant faible ; le pourcentage de la population béninoise en dessous du seuil de pauvreté absolue est de 35.2% (UEMOA, 2010).

Dans ce contexte, il est retenu en termes d'engagement dans les Orientations Stratégiques de Développement (OSD) et repris dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), de développer une offre sanitaire de référence. Cette offre devra se faire à travers l'élaboration et la mise en application d'un cadre législatif et réglementaire adéquat, le renforcement des capacités et des compétences des acteurs du secteur et la mise en place de dotations budgétaires spéciales. Le financement de la santé qui se fait à travers un ensemble complexe d'allocation des ressources par les parties prenantes (Ministère de la Santé, PTF, ménages, ONG, assurances, etc.), constitue une situation qui voile beaucoup d'informations par rapport à la contribution effective de chaque entité.

C'est pourquoi, à l'instar de tous les pays en développement, le Bénin à travers le Ministère de la Santé, s'est lancé dans le processus de production des CS depuis 2003. L'élaboration de ce document permet de fournir une description des flux des ressources dans le secteur de la santé ; ce qui montre d'où proviennent les ressources, comment et par qui elles sont utilisées. Il s'agit là d'un outil de planification et d'aide à la prise de décision comportant des informations factuelles. Le présent rapport portant sur l'année 2012 permet d'analyser les dépenses nationales de santé et la production des dépenses par maladies prioritaires. Une analyse complémentaire est faite sur les dépenses de Santé de la Reproduction et de Santé de l'Enfant (Rapport SR 2012).

Le rapport s'articule autour des points suivants : i) généralités du système de santé, ii) méthodologie utilisée, iii) résultats et analyse des comptes généraux de santé, iv) résultats et analyse des comptes des maladies prioritaires et enfin v) recommandations.

1. GÉNÉRALITÉS

1.1. Présentation générale du Bénin

Située sur le golfe de Guinée, la République du Bénin est un Etat de la sous-région Ouest Africaine. Il est limité au nord par le fleuve Niger, au nord-ouest par le Burkina Faso, à l'ouest par le Togo, à l'est par le Nigéria et au sud par l'océan Atlantique. Le Bénin couvre une superficie de 114 763 km² et s'étend sur une longueur de 700 km. Sa largeur varie de 125 km (le long de la côte) à 325 km (latitude de Tanguiéta). Son découpage territorial est composé de 12 départements, de 77 communes et de 546 arrondissements. Sa population en 2012 est estimée à 9 364 619 habitants (projection recensement général de la population et de l'habitat 2002).

1.2. Présentation du système de santé : organisation du système de santé

1.2.1. Niveau central

Le Ministère de la Santé, conformément au Décret N°2012-272 du 13 août 2012, a pour mission la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la politique de l'Etat en matière de santé, conformément aux lois et réglementations en vigueur au Bénin et aux visions et politiques de développement du Gouvernement. Le Ministre de la Santé est responsable de la promotion sanitaire au Bénin. A ce titre, il est chargé entre autres de : concevoir, appliquer et contrôler la politique sanitaire nationale et internationale de l'Etat ; définir et suggérer au Gouvernement, au besoin, de concert avec d'autres départements ministériels, les stratégies et programmes d'actions conformes à la politique sanitaire.

1.2.2. Niveau intermédiaire

Il existe six (06) Directions Départementales de la Santé (DDS) qui ont pour rôle la coordination de toutes les actions de santé au niveau des départements. Les DDS supervisent les structures de santé des niveaux intermédiaire et périphérique.

1.2.3. Niveau périphérique

Il existe trente-quatre (34) zones sanitaires (ZS) réparties sur toute l'étendue du territoire national. La ZS représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. Elle est organisée sous forme d'un réseau de services publics de premier contact (maternités et dispensaires seuls, centres de santé) et des formations sanitaires privées, le tout appuyé par un hôpital de première référence public ou privé (hôpital de zone) et destiné à desservir une aire qui abrite entre 100 000 et 200 000 habitants.

1.3. Performance du système de santé en 2012

Au cours de l'année 2012, les actions au niveau du secteur de la santé ont été principalement marquées par la poursuite des réformes entreprises les années antérieures. Ces actions ont entraîné une amélioration de certains indicateurs de performance. La situation épidémiologique est la suivante

1.3.1. Profil épidémiologique de 2008 à 2012

Le profil épidémiologique ces cinq dernières années est toujours caractérisé par une prédominance des maladies transmissibles qui sévissent sous forme endémo-épidémique, avec en tête en 2012, le paludisme (41,1%), les infections respiratoires aiguës (IRA) (12,4%), les autres affections gastro-intestinales (6,5%), les diarrhées (2,8%). On observe cependant, une transition épidémiologique avec l'émergence des maladies non-transmissibles liées à l'urbanisation et à la sédentarité. Il s'agit des maladies cardiovasculaires. En 2008, une enquête STEPS a montré que 27,5% des béninois étaient hypertendus, 4,6% diabétiques et que la prévalence du tabagisme est de 2,6% et l'obésité chez les femmes est de 30%. A cela s'ajoutent les accidents de la voie publique. Le tableau ci-dessous présente l'évolution des principales affections courantes du système de santé.

Tableau 1 : Evolution du profil épidémiologique de 2008 à 2012 (en %)

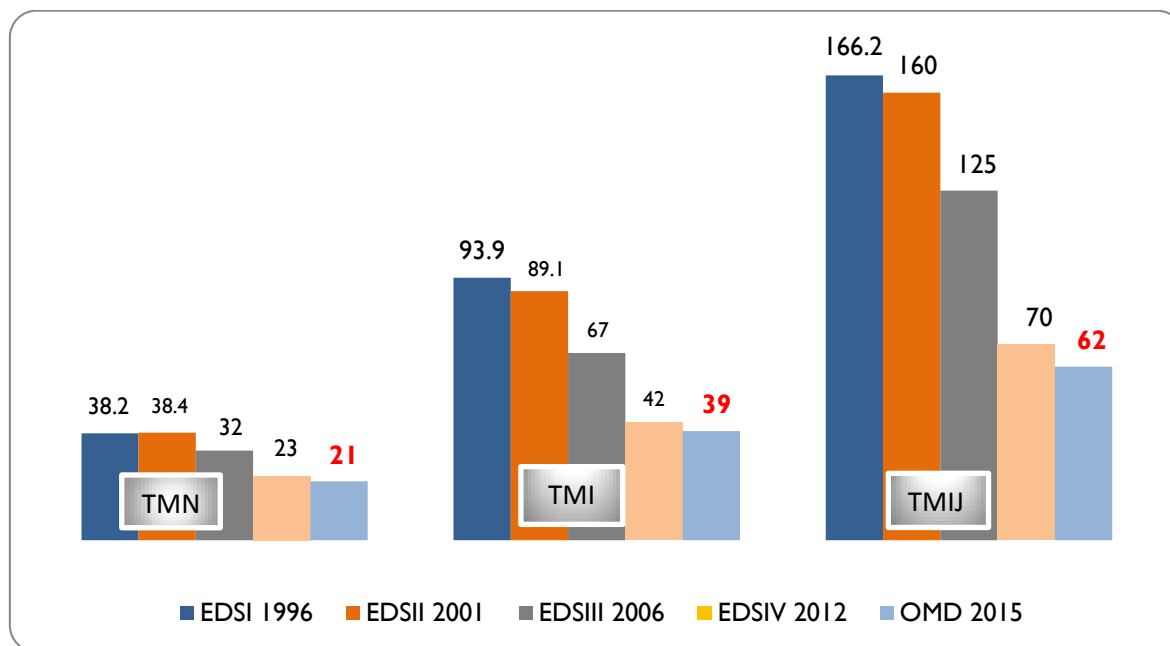
Affections	2008	2009	2010	2011	2012
Paludisme	39,6	43,1	44,5	47,7	41,1
IRA	14,9	13,9	13,2	12,7	12,4
Autres Affections gastro-intestinales	6,8	9,3	7,0	6,3	6,5
Traumatismes	5,8	7,2	5,1	5,4	5,3
Diarrhées	3,5	4,0	3,1	4,8	2,8
Anémies	2,2	5,4	4,3	3,0	5,0
Autres Affections dermatologiques	1,7	3,2	2,1	2,0	2,1
Hypertension Artérielle	1,5	2,1	1,1	1,5	1,5

Réalisé par: Annuaire des Statistiques Sanitaires DPP/MS, 2012

1.3.2. Mortalités maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile

La mortalité maternelle amorce depuis une quinzaine d'années une tendance à la baisse au Bénin. En effet, le ratio de mortalité maternelle est passé de 498 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1996 à 397 en 2006 (Enquête Démographique et de Santé 1996 et 2006). Les projections faites par les institutions internationales situent ce ratio à 350 en 2012. On note donc une réduction de 20% en 10 ans, soit 2% par an. A ce rythme, l'Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD) 5 de 125 ne pourrait pas être atteint en 2015 (UNICEF, 2012).

Les mortalités néonatales, infantiles et infanto-juvéniles ont connu des tendances à la baisse ces dernières années. Le graphique ci-dessous illustre l'évolution de ces mortalités de 2008 à 2012.



Source : Rapport de performance 2012
 TMN = Taux de Mortalité Maternelle et Néonatale
 TMI = Taux de Mortalité Infantile
 TMIJ = Taux de Mortalité Infanto-Juvénile

Figure 1 : Evolution des mortalités néonatale, infantile et infanto-juvénile de 1996 à 2012 et cible OMD

2. METHODOLOGIE ET SOURCES DE DONNEES

2.1. Définition et utilité des comptes de la santé

Les Comptes de Santé (CS) 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.

Au Bénin, le financement de la santé se fait à travers un ensemble complexe d'allocation des ressources par les parties prenantes.

2.2. Définitions opérationnelles des concepts

- **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 la détérioration de l'état de santé des personnes.
- **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.
- **La formation brute du capital (HK)** est l'ensemble des valeurs des actifs (infrastructures, équipements medicotechniques, 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.
- **Les dépenses totales de santé (DTS)** sont égales aux dépenses courantes de santé à laquelle on ajoute la formation brute de capital (HK).
- **Les recettes de régimes de financement** (FS = Financing Source) sont les organisations ou les entités qui fournissent les fonds utilisés par les agents de financement dans le système de santé.
- **Les régimes de financement** (HF = Health Financing) sont les principaux dispositifs de financement par lesquels les populations obtiennent des services de santé (public, privé, extérieur).
- **Les agents de financement** (FA = Financing Agents) sont les unités institutionnelles qui gèrent un ou plusieurs régimes de financement.
- **Les prestataires de soins** (HP = Health Providers) sont les entités qui reçoivent de l'argent en échange de la réalisation d'un ensemble d'activités comprises dans le champ délimité des comptes de la santé.
- **Les fonctions** (HC = Health Fonction) sont les types de biens et services fournis par les prestataires de soins ainsi que les activités réalisées dans le champ délimité des comptes de la santé.
- **Les données de sources primaires** sont des données issues d'une collecte avec administration de questionnaires bien structurés.
- **Les données de sources secondaires** sont des données de sources administratives issues de l'exploitation des rapports financiers et/ou d'activités d'une structure.

2.3. Processus d'élaboration des CS

L'élaboration des Comptes de la Santé 2012 du Bénin s'est déroulée en quatre étapes : la collecte des données, le traitement des données, la rédaction et la validation du rapport.

Outre les structures internes du Ministère de la Santé, notamment la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP), la Direction des Ressources Financières et du Matériel (DRFM) et la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME), les CS ont été élaborés avec la participation du Ministère en charge du développement à travers l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE), du Ministère de l'Economie et des Finances et avec les appuis techniques et financiers de l'OMS, de l'OOAS, du Fonds Mondial et de l'USAID à travers son projet Financement et Gouvernance de la Santé (HFG).

Cette démarche participative adoptée par l'équipe de production des comptes de santé du Bénin a également impliqué tous les acteurs du système de santé, les autres départements ministériels, le secteur privé, ainsi que la société civile.

Plusieurs travaux préparatoires ont été organisés au cours du processus en vue de renforcer les compétences des cadres, d'élaborer le plan et les stratégies de collecte des données, d'adapter les classifications au contexte du Bénin, et de conduire le processus à terme. Ainsi, plusieurs rencontres de concertation, de formation et de travaux ont eu lieu et peuvent se résumer comme suit :

- l'atelier de formation sur le système des CS 2011, SHA 2011 à Hammamet en Tunisie du 03 au 09 décembre 2013 ;
- la réunion des experts sectoriels sur l'adoption du projet de Décision instituant la production des CS dans les Etats membres de l'UEMOA du 08 au 10 octobre 2013 à Ouagadougou ;
- l'atelier de classification des données recueillies suivant le SHA 2011 dans l'outil HAPT du 24 février au 1er mars 2014 à Lokossa ;
- l'atelier de réalisation de la codification des données recueillies suivant le SHA 2011 du 17 au 22 février 2014 à Lokossa ;
- l'atelier d'adaptation des classifications relatives à la santé de la reproduction et de l'enfant et de l'élaboration des clés de répartition y afférant à Ouidah en septembre 2013 ;
- l'atelier de présentation des premiers résultats provisoires des CS aux cadres du MS le vendredi 20 décembre 2013 à Cotonou ;
- la présentation des résultats des CS à la revue conjointe de la performance du secteur de la santé qui a connu la participation de plusieurs acteurs impliqués dans le mécanisme de prise de décision au sein du système de santé, la société civile et les PTF du 29 au 30 avril 2014 pour une seconde validation à Cotonou.

2.3.1. Collecte des données

Les données collectées proviennent de trois principales sources :

- les données de sources primaires ont été 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 ;
- Les dépenses de santé des ménages 2012 sont une actualisation faite par l'INSAE sur la base des données d'enquête de 2006. La méthodologie d'estimation a consisté à appliquer la formule suivante :

$$D_{n+1} = \alpha * D_n$$
$$\alpha = (IHPC_{n+1}/IHPC_n) * (IV_{n+1}/IV_n)$$

où D_{n+1} est la dépense estimée pour l'année n+1, la dépense de l'année n et D_n un coefficient déterminé à partir de l'Indice Harmonisé des Prix à la Consommation (IHPC) et de l'Indice de Volume (IV).

En considérant que la quantité consommée est proportionnelle à la population susceptible de consommer les produits/services de la santé, on obtient :

$$\alpha = (IHPC_{n+1}/IHPC_n) * (P_{n+1}/P_n)$$

où P est la population susceptible de consommer¹ l'ensemble de produits ou services de la santé.

Pour chacune des années considérées, les dépenses ont été désagrégées par département, par nature de formations sanitaires privées et par instance de gestion des formations sanitaires publiques. L'indice des prix utilisé est celui calculé pour la ville de Cotonou et ses environs selon une méthodologie. La source de données utilisées pour la population est la projection de la population à partir du troisième recensement général de la population et de l'habitat (RGPH 2002), les résultats du RGPH4 n'étant pas encore disponibles.

Par ailleurs, d'autres sources d'informations ont été utilisées, soit pour compléter les informations manquantes, soit pour s'assurer de la validité de celles qui nous ont été remises par les structures visitées. Il s'agit des documents officiels (rapports d'activités, rapport de recensement des formations sanitaires privées, bilans d'exécution du budget, fichiers sur le personnel de l'administration centrale, divers rapports centraux...) ainsi que diverses études et recherches sur le financement de la santé au Bénin.

D'une manière générale, la collecte des données auprès des ONG, des entreprises privées et des partenaires techniques et financiers n'a pas été toujours satisfaisante avec les questionnaires prédéfinis dans l'outil de production des CS.

2.3.2. Synthèse et saisie des données collectées

Les données collectées ont été synthétisées et saisies en format Excel suivant les dimensions des CS pour constituer des bases de données. Certaines triangulations ont été faites avec d'autres sources de données secondaires.

¹ En annexe se trouve la liste des produits/services couverts et la population que nous estimons susceptible de consommer ces produits

S'agissant du traitement des données, l'outil de production des CS, Health Account Production Tool (HAPT) a été utilisé.

Toutes les données ont été importées dans l'outil et cartographiées suivant la nouvelle classification du système des Comptes de Santé 2011.

Pour répartir certaines dépenses de santé, des clefs de répartition ont été construites à partir des données d'utilisation des services de l'annuaire statistique, de la base des données du Système National d'Information et de Gestion Sanitaire, des résultats des études spécifiques dans le domaine de la santé et des rapports de suivi-évaluation, etc.

Des tableaux croisés sur les dépenses globales et sur les dépenses par maladie et par bénéficiaire ont été produits. Ces tableaux ont servi de base pour la rédaction du rapport des CS 2012 du Bénin.

Les principales dimensions utilisées sont :

- recettes des Régimes de Financement (FS) ;
- régimes de Financement (HF) ;
- agents de Financement (FA) ;
- prestataires de Soins de Santé (HP) ;
- fonctions de Soins de Santé (HC) ;
- départements (DEP) ;
- maladies (DIS) ;
- âges (AGE).

2.4. Difficultés rencontrées

L'élaboration de la 3ème édition des CS du Bénin a été confrontée à un certain nombre de difficultés qui se résument comme suit :

Difficultés liées au processus :

- la complexité des questionnaires issus de l'outil HAPT a posé un problème de compréhension auprès des utilisateurs ;
- la réticence ou le refus de certains acteurs tels que les ONG, les assurances, les entreprises privées et certains PTF de répondre aux questionnaires ;
- l'élaboration de certaines clés de répartition a connu des insuffisances liées au manque d'information au niveau du traitement des données ;
- le cadre du SHA 2011 étant nouveau, sa compréhension par tous les membres de l'équipe technique de production des comptes n'a pas toujours été facile.

Difficulté liée à l'outil de production :

- l'instabilité de l'outil de production des comptes est relative au fait que son élaboration n'était pas encore achevée.

3. RESULTATS DES COMPTES GENERAUX DE LA SANTE DE 2012

3.1. Volume de financement de la santé et principaux indicateurs

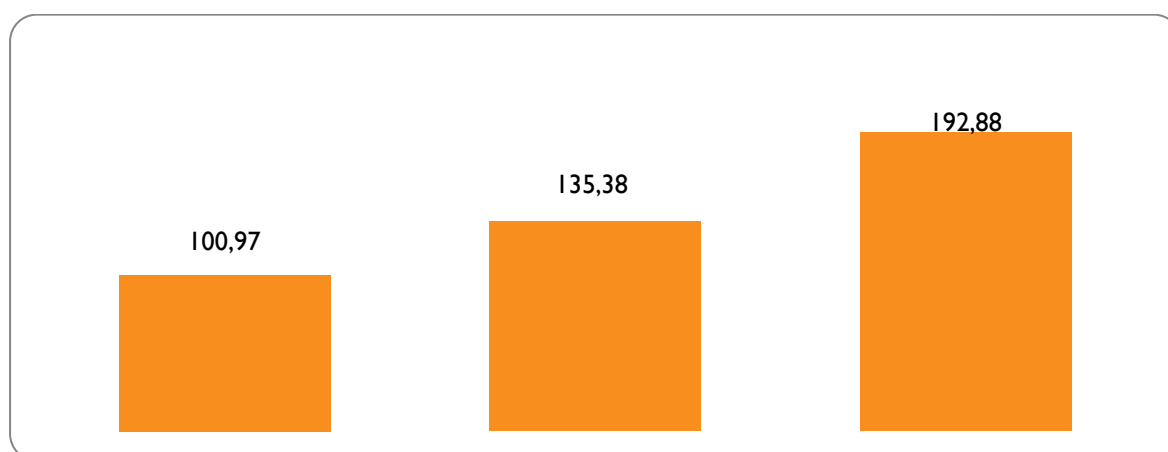
Conformément à la nouvelle méthodologie du SHA 2011, trois principaux agrégats sont présentés dans le rapport. Il s'agit, des Dépenses Courantes de la Santé (DCS), des dépenses en capital (DHC) et des Dépenses Totales de la Santé (DTS).

Outre ces trois agrégats, des indicateurs liés au financement de la santé ont été calculés.

Des analyses comparatives des CS 2012 sont faites avec les résultats des CS des années antérieures. Les CS de 2003 et 2008 ont été faits sur la base du SHA 1. Toutefois, il convient de noter que, compte tenu de la différence de méthodologie utilisée entre l'édition de 2012 et les autres éditions où il y a eu une séparation entre les dépenses courantes et les dépenses en capital, des déductions ont été faites pour permettre les comparaisons.

- **La Dépense Courante en Santé (DCS)** est évaluée 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.
- **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. Elle a essentiellement servi à 94,14% au financement de la formation brute de capital, c'est-à-dire les constructions d'infrastructures sanitaires, l'acquisition des équipements médico-techniques, matériels roulants etc.
- **La Dépense Totale de Santé (DTS)** est évaluée à 192,88 milliards de FCFA en 2012 contre 135,38 milliards de FCFA en 2008.

De 2003 à 2012, la dépense totale de santé est passée de 100,97 milliards de FCFA à prix constant en 2003 à 135,38 milliards de FCFA en 2008 puis passe à 192,88 milliards en 2012 (les chiffres sont présentés à prix constant pour des besoins de comparaison). Le graphique ci-dessous présente l'évolution de la dépense totale en santé de 2003 à 2012 à prix constant en volume.



Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2012

Figure 2 : Evolution des dépenses totales de santé de 2003, 2008 et 2012 (en milliards de FCFA)

Le tableau ci-dessous présente l'évolution des sources de revenu des dépenses courantes du système de santé 2008-2012.

Tableau 2 : Dépenses courantes de santé 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

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2012

Au vu du tableau 2, l'augmentation des Dépenses Courantes entre 2008 et 2012 est essentiellement due à trois sources : les PTF (39,6%), les ménages (38,6) et les financements de l'Etat (14,7%). Les raisons qui pourraient expliquer l'accroissement significatif des dépenses courantes sont l'élaboration et la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) avec des objectifs pour lesquels l'Etat et les PTF se sont engagés à travers la signature d'un COMPACT relatif à la mise en œuvre du Plan Triennal de Développement du secteur de la santé (PTD 2010-2012). La signature du COMPACT a permis de mobiliser des ressources additionnelles au niveau des PTF principalement. Ce fut le cas par exemple de la gratuité de la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

Tableau 3 : Les principaux indicateurs des comptes de santé 2012

Indicateurs 2012	Valeurs en FCFA
Indicateurs de Base	
1. Population	9 364 619
2. Dépenses totales en santé (milliard FCFA)	192,878
3. Dépenses totales courante en santé (milliard FCFA)	172,075
4. Dépenses en capitale de santé (milliard FCFA)	20,802
5. PIB 2012 (millions FCFA)	3 761,6
6. Dépenses des ménages (milliard FCFA)	72,653
7. Dépenses publiques courantes de santé (milliard FCFA)	40,660
8. Dépenses publiques courantes de santé en % des dépenses totales de santé	21,08
9. Dépenses de santé par habitant (FCFA)	20 596
10. Dépenses de santé par habitant (USD)*	41,19
11. Dépenses de santé en pourcentage (%) du PIB	5,10
12. Dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé	37,70
13. Dépenses de soins préventifs en % des dépenses totales de Santé	17,41
14. Dépenses de soins curatifs en % des dépenses totales de santé	39,2
15. Dépenses de médicaments en % des dépenses totales de santé	17,48
Indicateurs optionnels	
16. Dépenses de santé du reste du monde en % des dépenses totales de santé	33
17. Dépenses de santé des collectivités territoriales sur fonds propres en % des dépenses totales de santé	0,23
18. Ratio assurance maladie sur dépense totale de santé (en %)	4,40
19. Ratio assurance maladie sur dépense de santé des ménages (en %)	11,70

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2012

* 1 USD = 500 FCFA

3.2. Analyse des résultats des dépenses courantes des comptes de la santé de 2012

3.2.1. Recettes des régimes de financement de la santé (FS)

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.

La contribution des ménages aux CS 2012 est la première source de revenu (42,22%) de financement du secteur de la santé. Les transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique viennent en deuxième position avec 24,6% en termes de volume de financement. Les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (budget national) est la troisième source de revenu (23,63%) pour l'année 2012.

Tableau 4 : Répartition des dépenses courantes de santé par recettes des régimes de financement en 2012

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

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2012

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. Cette tendance des ménages comme première source de revenu est restée la même au Bénin depuis l'élaboration des premiers CS en 2003 (52,1% en 2003 ; 44% en 2008 et 42,22% en 2012). En pourcentage par rapport au volume global, les dépenses de santé des ménages connaissent une tendance à la baisse même si elle est relativement faible. Face à cette situation, il est important de se poser des questions sur l'impact de la mise en œuvre des différentes actions introduites par le gouvernement pour atténuer les dépenses de santé des ménages.

Il s'agit entre autres, de la gratuité de la Prise en Charge (PEC) du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes et la gratuité de la césarienne. 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.

Si le Bénin veut accélérer la tendance à la baisse des dépenses de santé des ménages, les réformes de santé entreprises par le Gouvernement doivent être renforcées et d'autres mesures plus innovantes devraient être envisagées. Le RAMU pourrait être une des mesures pour y arriver.

Des dépenses de santé élevées pour les ménages ont pour conséquence de devenir des dépenses catastrophiques pour ceux-ci surtout lorsqu'elles sont faites par paiement direct. Les dépenses de santé sont dites catastrophiques quand, pour payer les soins, les malades ou leur ménage doivent s'acquitter d'une participation financière très élevée par rapport à leur revenu. Beaucoup renoncent à utiliser les services tout simplement parce que les coûts direct (consultations, médicaments, analyses de laboratoire) et/ou indirect (transports, alimentation spéciale) sont trop élevés pour eux. Les ménages pauvres risquent alors de s'enfoncer un peu plus dans la misère en raison de la perte de revenu qu'entraîne la maladie et de ses répercussions sur leur qualité de vie en général.

S'agissant des fonds reçus des bailleurs et distribués par l'administration publique, leur contribution (environ 25% du financement de la santé au Bénin) paraît raisonnable du fait du nombre important de bailleurs et des interventions mises en œuvre par ces derniers au cours de l'année 2012. Ces interventions concernent principalement les maladies prioritaires (paludisme, tuberculose et VIH/SIDA) et la santé de la mère et de l'enfant.

3.2.2. Régimes de Financement (HF)

On entend par Régimes de Financement, les entités qui mobilisent les ressources issues des revenus des régimes de financement et les utilisent pour acheter des activités (activités délimitées dans le champ des comptes de santé) ou pour financer les agents de financements.

Dans le contexte du Bénin, il s'agit des structures ou entités qui ont accumulé les fonds issus des recettes des Régimes de Financement au titre de l'année 2012, pour acheter directement des biens ou services de santé ou pour les acheminer vers les prestataires de soins de santé.

Les régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé sont les premiers dispositifs de financement par lesquels les populations obtiennent les services de santé à hauteur de 45,60%. Dans cette proportion, l'administration centrale constitue le principal régime (40,44%). Les paiements directs des ménages viennent en deuxième position avec 42,22%.

Tableau 5 : Répartition des dépenses courantes de santé par régime de financement (HF) en 2012

Régimes de financement des soins de santé	Dépenses (en million de FCFA)	(%)
Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	78 459,47	45,60
Régimes publics	69 809,69	40,57
Régimes de l'administration centrale	69 584,40	40,44
Régimes de l'administration locale/régionale/des états fédérés	61,63	0,04
Autres régimes publics (n.c.a.)	163,66	0,10
Régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	8 649,78	5,03
Régimes d'assurance maladie sociale	132,16	0,08
Régimes d'assurances maladie privée obligatoire	8 517,62	4,95
Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	502,77	0,29
Régimes d'assurance maladie facultative	78,75	0,05
Régimes d'assurance maladie primaire /substitutifs	78,75	0,05
Systèmes de financement des ISBLSM (y compris les agences de développement)	306,26	0,18

Régimes de financement des soins de santé	Dépenses (en million de FCFA)	(%)
Régimes de financement des ISBLSM (à l'exception du HF.2.2.2)	306,26	0,18
Régimes de financement des entreprises	117,76	0,07
Autres régimes de financement des entreprises (n.c.a.)	117,76	0,07
Paieement direct des ménages	72 653,27	42,22
Paieement direct sans partage de coûts	72 653,27	42,22
Régimes de financement du reste du monde (non-résidents)	20 459,99	11,89
Régimes facultatifs (non-résidents)	20 459,99	11,89
Autres régimes (non-résidents)	20 459,99	11,89
TOTAL	172 075,50	100,00

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2012

L'analyse du tableau se fera suivant le mode de participation des Régimes de Financement au financement de la santé, le droit aux prestations, les méthodes de base pour la mobilisation des financements et la mutualisation des financements. Le cadre d'analyse des régimes de financement proposé par le SHA 2011 permet de comprendre le tableau précédent.

Les ménages constituent le premier Régime de Financement de la santé (42,22%) en 2012. Le mode de participation au financement de la santé dans ce cas est volontaire et basé sur le désir du ménage à payer les services de santé. Les ménages n'ont droit aux services de soins que s'ils contribuent par paiement direct en puisant dans leurs économies ou en empruntant auprès d'une tierce personne. Ce taux élevé traduit une absence de mutualisation pour le partage de risque ou une insuffisance de mécanisme d'assurance maladie. Selon les résultats de la présente étude, le mode de financement par l'assurance est de 5,08%, ce qui représente une petite proportion comparée aux autres régimes de financement. Les conséquences directes sont une barrière financière à l'accès aux soins, avec un éventuel appauvrissement de la population.

Le deuxième Régime de Financement constitue les régimes publics de financement, avec un taux de canalisation estimé à 40,57%. Ces financements sont canalisés par le moyen de loi règlementaire pour le compte des acteurs du système de santé. Le droit aux prestations pour cette proportion du financement canalisé par les régimes publics est non contributif pour les populations. Ces financements sont généralement utilisés pour l'achat de vaccins, de médicaments, pour payer le personnel de santé dans le cadre de l'administration des soins ou des services à la population.

La méthode de base de mobilisation des 40,57% est la fiscalité, ce qui constitue une garantie de financement pour les services et les programmes de santé.

3.2.3. Agents de Financement (FA)

Les ménages sont les principaux agents qui ont géré les fonds issus des Régimes de Financement de la santé (42,22%). Les administrations publiques viennent en deuxième position avec un taux de 39,31%.

Tableau 6 : Répartition des dépenses courantes de santé par agent de financement (FA) de 2012

Agents de financement	Dépenses (en million de FCFA)	(%)
Administrations publiques	67 641,99	39,31
Administration centrale	67 580,36	39,27
Ministère de la santé	67 285,80	39,10
Autres ministères et unités des services publics (appartenant à l'administration centrale)	130,90	0,08
Autre administration centrale (n.a.c)	163,66	0,10

Agents de financement	Dépenses (en million de FCFA)	(%)
Administration provinciale/régionale/locale	61,63	0,04
Sociétés d'assurance	8 596,37	5,00
Sociétés d'assurances commerciales	8 517,62	4,95
Mutuelles et autres organismes d'assurance sans but lucratif	78,75	0,05
Sociétés (hors sociétés d'assurances) (part de HF.RI.1.2)	117,76	0,07
Sociétés (hors prestataires de services de santé)	117,76	0,07
Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	22 649,36	13,16
Ménages	72 653,27	42,22
Reste du monde	416,75	0,24
Organisations internationales	156,10	0,09
Gouvernements étrangers	260,65	0,15
TOTAL	172 075,50	100,00

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2012

Les dépenses des ménages ont servi majoritairement à payer les soins curatifs (56,92%) suivis des biens médicaux (40,49%) (Cf. Tableau annexe HC x FA).

Les fonds mobilisés par l'administration publique ont servi à payer principalement les soins curatifs (32,89%), dépenses d'administration (32,61%) et les prestataires de soins préventifs à hauteur de 30,57%. (Cf. Tableau annexe HC x FA).

L'analyse faite sur la structuration des dépenses directes des ménages et celles de l'administration publique en tant qu'agents de financement du secteur de la santé, révèle d'une part que la subvention de l'Etat en direction des soins curatifs demeure insuffisante et d'autre part qu'une politique devra être mise en place pour la réduction des coûts des médicaments afin de soulager les dépenses de santé des ménages.

3.2.4. Analyse de la dimension prestataire de soins de santé (HP)

D'après le tableau N°7, en termes de dépenses courantes de santé, les hôpitaux et les prestataires de soins préventifs sont les principaux prestataires de soins de santé au Bénin en 2012 dont les poids sont respectivement 29,22% et 22,53%. Ensuite viennent les détaillants et autres prestataires de biens médicaux (19,54%) puis les prestataires de soins ambulatoires (11,42%).

Tableau 7 : Répartition des dépenses courantes de santé par prestataire en 2012

Prestataires de soins de santé	Dépenses (en million de FCFA)	(%)
HOPITAUX	50 286,65	29,22
Hôpitaux généraux	49 967,71	29,04
Hôpitaux généraux publics	35 302,73	20,52
Hôpitaux généraux privés	14 664,98	8,52
Hôpitaux psychiatriques	130,97	0,08
Hôpitaux psychiatriques publics	130,97	0,08
Hôpitaux spécialisés (autres que les hôpitaux de santé mentale)	187,97	0,11
Hôpitaux spécialisés publics	187,97	0,11
Etablissements résidentiels de soins de longue durée	38,51	0,02
Autres établissements résidentiels de soins de longue durée	38,51	0,02
PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTE AMBULATOIRE	19 646,85	11,42
Cabinets médicaux	80,50	0,05

Prestataires de soins de santé	Dépenses (en million de FCFA)	(%)
Cabinets des médecins généralistes	80,50	0,05
Centres de soins ambulatoires	19 566,35	11,37
Centres de planning familial	2 061,29	1,20
Centres de dialyse	1 893,69	1,10
Centres de soins ambulatoires non-spécialisés	15 486,32	9,00
Tous autres centres ambulatoires	125,05	0,07
PRESTATAIRES DE SERVICES AUXILIAIRES	3 350,85	1,95
Prestataires de services de transport aux patients et de secours d'urgence	20,00	0,01
Laboratoires Médicaux et de diagnostique	3 330,85	1,94
DETAILLANTS ET AUTRES PRESTATAIRES DE BIENS MEDICAUX	33 620,13	19,54
Pharmacies	32 749,83	19,03
Pharmacies privées	12 517,04	7,27
Pharmacies publiques	18 379,24	10,68
Autres Pharmacies	1 853,54	1,08
Détaillants et autres fournisseurs de biens médicaux durables et d'appareils médicaux	375,63	0,22
Tous autres détaillants divers et autres fournisseurs de produits pharmaceutiques et biens médicaux	494,67	0,29
PRESTATAIRES DE SOINS PREVENTIFS	38 767,51	22,53
PRESTATAIRES DE SERVICES ADMINISTRATIFS ET DE FINANCEMENT DU SYSTEME DE SOINS DE SANTE	25 261,85	14,68
Agences étatiques de l'administration de la santé	23 761,87	13,81
Agences d'assurance maladie sociale	441,85	0,26
Agences administratifs de l'assurance maladie privée	1 057,84	0,61
Autres agences administratives	0,30	0,00
RESTE DU MONDE	1 103,15	0,64
TOTAL	172 075,50	100,00

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2012

Les hôpitaux ont consacré une part importante de leurs ressources aux soins curatifs (99,46%) alors que les détaillants et autres prestataires de biens médicaux ont consacré 93,85% de leurs ressources dans les biens médicaux. Quant aux prestataires de soins préventifs, ils ont consacré 79,94% des financements pour les soins préventifs (28,67% à la vaccination et 22,72% aux programmes d'information, d'éducation et de conseil) (Cf. tableau annexe HC x HP).

Les financements mobilisés par les ménages vont en premier lieu vers les hôpitaux 47,08% (hôpitaux publics 29,66%, hôpitaux privés 17,42%) et détaillants et autres prestataires de biens médicaux 43,34%. (Cf. tableau annexe HP x FA).

Il ressort également de ce tableau que les hôpitaux privés occupent une part dans l'administration des soins au Bénin 8,52%.

3.2.5. Analyse de la dimension fonction des soins de santé (HC)

Les fonds reçus par les prestataires ont été principalement utilisés pour assurer des soins curatifs (43,94%), acheter des biens médicaux (19,60%) et les soins préventifs (19,52%).

Tableau 8 : Répartition des dépenses courantes de santé par fonction de soins en 2012

Fonctions des soins de santé	Dépenses (en million de FCFA)	(%)
Soins curatifs	75 610,84	43,94
Soins curatifs hospitaliers	40 019,58	23,26
Soins curatifs ambulatoires	35 535,86	20,65
Autres soins curatifs (n.c.a.)	55,40	0,03
Soins (de santé) de longue durée	169,48	0,10
Soins (de santé) de longue durée hospitaliers	130,97	0,08
Autres soins de longue durée (n.c.a.)	38,51	0,02
Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	3 550,85	2,06
Services de laboratoire d'analyses médicales	3 365,20	1,96
Services d'imagerie	165,65	0,10
Transport de patient	20,00	0,01
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	33 731,46	19,60
Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables	33 082,23	19,23
Appareils thérapeutiques et autres biens médicaux	568,48	0,33
Autres biens médicaux (n.c.a.)	80,74	0,05
Soins préventifs	33 587,41	19,52
Programmes d'information, d'éducation et de conseil	11 071,03	6,43
Programmes de vaccination	11 433,85	6,64
Programmes de détection précoce de maladie	755,73	0,44
Programme de suivi de l'état de santé	443,29	0,26
Surveillance épidémiologique et programmes de lutte contre le risque et la maladie	8 303,47	4,83
Autres soins préventifs (n.c.a.)	1 580,03	0,92
Gouvernance, administration du système de santé et des financements	25 425,46	14,78
Gouvernance et administration du système de santé	22 955,58	13,34
Administration du financement de la santé	1 421,79	0,83
Autres gouvernance, administration du système de santé et des financements (n.c.a.)	1 048,09	0,61
TOTAL	172 075,50	100,00

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2012

Au vu du tableau sur les fonctions, les chiffres les plus parlants en matière de financement des soins, sont ceux relatifs aux soins curatifs 43,94% et à la prévention 19,52%. S'agissant des soins curatifs 23,26% des financements ont été orientés vers les soins curatifs en milieu hospitalier et 20,65% vers les soins curatifs ambulatoires.

Par ailleurs, 70,6% des dépenses des soins curatifs ont été orientées vers les soins des hôpitaux publics et 29,4% vers les hôpitaux privés. Il est donc constaté que les hôpitaux privés jouent un rôle non négligeable dans l'offre de soins de santé qui pourrait se traduire soit dans le volume des prestations de soins ou dans le coût élevé des prestations qu'ils offrent. Selon l'annuaire des statistiques sanitaires de 2012, le taux de fréquentation des services de santé dans le secteur privé représente 23,3% contre 28,1% dans le secteur public. De même, la fréquentation en 2012 des services privés est sensiblement égale à celle du public. Les dépenses de santé élevées au niveau du secteur privé s'expliqueraient donc par une offre de service élevé du secteur privé à la population d'où une grande nécessité pour le Ministère de la Santé à impliquer d'avantage le secteur privé dans les prises de décisions.

De manière générale, les annuaires statistiques montrent que la population béninoise est orientée vers les prestataires des soins privés formels. Les raisons le plus souvent évoquées sont : le mauvais accueil dans les formations sanitaires publiques, la qualité de l'offre de soins, l'insuffisance du plateau technique, la démotivation du personnel etc.

Le tableau croisé source de revenus et prestataires de soins ne montre pas une subvention de l'Etat ou des PTFs vers les prestataires privés. Le PNDS en son domaine 3 (le renforcement du partenariat dans le secteur, la promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale), n'accorde pas une part financière importante au secteur privé. Il urge donc de penser à rendre effectif ce partenariat public - privé et à renforcer la mise en œuvre du RAMU.

3.2.6. Répartition des dépenses de santé par tête d'habitant

Par définition, les dépenses de santé par tête d'habitant représentent la part de l'ensemble des flux financiers (Etat, ménages et PTF) consacrés pour le règlement des questions de santé par individu dans la population d'un pays.

Au Bénin, les dépenses de santé par tête d'habitant sont 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.

3.3. Dépenses d'investissements en santé

La formation brute de capital fixe constitue l'essentiel des dépenses d'investissements en santé en 2012 comme l'indique le tableau ci-dessous :

Tableau 9 : Dépenses d'investissement 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

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2012

A la lumière du tableau 9, 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 pour des raisons de manque d'information lors de la collecte de données. Cet aspect sera certainement amélioré lors des prochains exercices d'élaboration des comptes de santé. Les données relatives à la recherche et le développement en santé semblent avoir été sous estimées pour insuffisance d'information. Lors des prochains exercices des CS, un effort sera fait pour améliorer les sources d'information.

Le tableau 10 des dépenses d'investissement par agent de financement illustre la canalisation des ressources pour le financement des investissements.

Tableau 10 : Dépenses d'investissement par agent de financement en 2012

Agents de financement	Montant (en million de FCFA)	%
Administrations publiques	20 751, 81	99,76
Reste du monde	50,00	0,24
TOTAL	20 801, 81	100

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2012

4. RESULTAT ET ANALYSE DES COMPTES PAR MALADIES PRIORITAIRES

La politique nationale de la santé définit le paludisme, le VIH/ Sida et la Tuberculose comme maladies prioritaires du secteur. La distribution des dépenses courantes des maladies prioritaires au titre de l'année 2012 est présentée dans le tableau ci-après.

Tableau 11 : Répartition des dépenses liées aux VIH/SIDA, paludisme et tuberculose

Classification des maladies / affections	Dépenses totales (en million de FCFA)	%
VIH/SIDA	7850,8	4,56
Tuberculose	998,09	0,58
Paludisme	13 146,64	7,64
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	172 075,50	100, 0

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2012

En effet 7,64% des dépenses courantes sont effectuées pour le paludisme, 4,56% pour le VIH/SIDA et 0,58% pour la tuberculose.

4.1. Dépenses de santé du paludisme en 2012

4.1.1. Aperçu sur la situation du paludisme au Bénin

Le paludisme est la première cause de consultation, d'hospitalisation et de décès, dans les formations sanitaires dans de nombreux pays d'Afrique.

On estime qu'en Afrique les dépenses consacrées au paludisme peuvent atteindre 40% des dépenses du secteur de la santé et que 20 à 50% des admissions hospitalières lui sont imputables (OMS et UNICEF, 2008).

Au Bénin, l'incidence cumulée du paludisme simple et grave est de 17% en 2012 (annuaire des statistiques sanitaire 2012). La maladie représente 41,4% des causes de recours aux soins dans les formations sanitaires et se situe au premier rang des principales affections dont souffrent les communautés en 2012. Mais sa prise en charge a été révolutionnée avec le démarrage de la gratuité au profit des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes, soulageant ainsi les dépenses de santé des ménages, des populations qui vivent dans l'extrême pauvreté.

En 2010, le nombre de cas de paludisme était de 1 421 436 dont 14 % (annuaire des statistiques sanitaires 2010) de cas de paludisme grave soit une incidence globale de 16,3%. Ce nombre est passé à 1 424 335 (incidence 15,7%) en 2011 et à 1 591 981 (incidence 17%) en 2012, traduisant une évolution relativement ascendante de l'incidence ces trois dernières années.

Les cas de paludisme grave représentaient 14% de l'ensemble des cas en 2010,16% en 2011 puis 14% en 2012, soit une évolution plus ou moins stationnaire de l'incidence du paludisme grave, passant de 2,3% en 2010 à 2,5 % en 2011 puis à 2,4% en 2012.

La létalité du paludisme grave est passée de 9 décès pour 10000 cas en 2010 à 12 en 2011 et à 14 en 2012 conformément aux détails présentés dans le tableau ci-dessous (Ministère de la santé, annuaire des statistiques sanitaire 2012).

Tableau 12 : Evolution de la létalité du paludisme de 2010 à 2012 selon les tranches d'âge

Tranche d'âge	2010		2011		2012	
	décès	létalité (%)	décès	létalité (%)	décès	létalité (%)
Moins de 5 ans	1056	0,17	1433	0,23	1871	0,26
5 ans et plus	268	0,03	320	0,04	390	0,04
TOTAL	1324	0,09	1753	0,12	2261	0,14

Sources : Annuaire statistiques 2010, 2011 et 2012 ; Ministère de la Santé

L'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) et la pulvérisation intra domiciliaire sont des facteurs essentiels dans la prévention du paludisme et par conséquent un facteur de réduction de la morbidité et de la mortalité. Selon EDS 2012 au Bénin, 86 % des ménages possèdent une moustiquaire (imprégnée ou non) contre 56% en 2006. Par ailleurs, 80 % possèdent au moins une MII et 75 % au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide longue durée d'action (MIILD). La proportion de personnes dormant sous MIILD est de 59% en général, de 65,5% pour les enfants de moins de cinq ans et de 71% pour les femmes enceintes.

En dépit des efforts consentis et les progrès enregistrés, le programme relève des insuffisances dans plusieurs domaines entre autres la mobilisation des ressources matérielles, humaines et financières et la disponibilité de certains intrants.

Les présents comptes de santé font la situation des dépenses liées au paludisme pour l'année 2012.

4.1.2. Volume des dépenses de lutte contre le paludisme par tranche d'âge en 2012

Tableau 13 : Distribution des dépenses de paludisme par tranche d'âge

Tranche d'âge	Montant (million de FCFA)	%
< 5 ans	6 780,91	52
≥ 5 ans	4 437,96	34
Autres âges (n.c.a.)	1 927,77	15
TOTAL	13 146,64	100

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2012

Sur l'ensemble des dépenses de lutte contre le paludisme au cours de l'année 2012, 6 780,91 millions de FCFA sont consacrées aux enfants de moins de cinq ans soit 52%. Or selon l'annuaire des statistiques sanitaires de 2012 cette tranche d'âge ne représente que 18% de l'ensemble de la population. Ce fort taux pourrait s'expliquer par :

- le fait que les enfants de moins de cinq ans représentent les cibles les plus vulnérables ;
- la mise en œuvre de l'initiative présidentielle de la prise en charge (PEC) gratuite des cas de paludisme (première cause de consultation et d'hospitalisation au Bénin) chez ces enfants. En effet l'initiative présidentielle de la PEC gratuite incite les parents à vite amener les enfants dans les formations sanitaires pour les soins en cas de problème, ce qui permet de les prendre en charge et donc de comptabiliser leurs dépenses en soins et sauver des vies.

4.1.3. Recettes des régimes de financement des dépenses du paludisme

Tableau 14 : Répartition des dépenses liées au paludisme par recettes des régimes de financement en 2012

Recettes des régimes de financement des soins de santé	Montant (million de FCFA)	%
Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	1 718,01	13,07
Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	9 332,88	70,99
Autres revenus nationaux (ménages)	2 066,63	15,72
Transferts directs étrangers	29,13	0,22
TOTAL	13 146,64	100,00

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2012

La répartition des dépenses par recettes des régimes de financement des soins de santé indique que les fonds qui ont servi au financement de la lutte contre le paludisme sont principalement canalisés à travers les transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique. En effet, ces fonds représentent environ 71% des dépenses de lutte contre le paludisme. Ceci crée une forte dépendance vis-à-vis des PTFs. Cette situation est en contradiction avec les résolutions du sommet des chefs d'états de l'Afrique de l'Ouest tenue à Abuja en 2005 sur le Roll Back Malaria (RBM) qui voudrait que l'Etat soit la principale source de revenus pour le financement de la lutte contre le paludisme. Des mesures devraient être prises pour réduire la dépendance du Bénin vis-à-vis des PTF dans le domaine de la lutte contre le paludisme, en développant l'assurance maladie universelle, en intégrant les opérateurs économiques au financement du paludisme et en allouant plus de ressources budgétaires de l'Etat à la lutte contre le paludisme.

4.1.4. Régimes de financement des dépenses du paludisme

Tableau 15 : Répartition des dépenses liées au paludisme par régimes de financement en 2012

Régimes de financement	Montant (million de FCFA)	%
Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	10 774,71	81,96
Régimes volontaires de paiement privé des soins de santé	2,59	0,02
Paiement direct des ménages	2 066,63	15,72
Régimes de financement du reste du monde (non-résidents)	302,72	2,30
TOTAL	13 146,64	100,00

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2012

Les régimes de l'administration publique et les régimes contributifs obligatoires de financement de la santé constituent le plus important régime de financement des soins de santé liés au paludisme avec 81,96% des dépenses en 2012. Cette situation prouve qu'au Bénin, un effort substantiel est fait dans le cadre de la PEC du paludisme. En effet, le droit aux prestations de soins est non contributif pour les couches vulnérables (enfants de moins de cinq ans, femmes enceintes).

4.1.5. Agents de financement des dépenses du paludisme

Tableau 16 : Répartition des dépenses liées au paludisme par agents de financement en 2012

Agents de financement	Montant (millions de FCFA)	%
Administrations publiques	2 155,57	16,40
Institutions sans but lucratif au service des ménages	8 924,45	67,88
Ménages	2 066,63	15,72
Reste du monde		0,00
TOTAL	13 146,64	100,00

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2012

Les Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM) ont été les principaux agents de financement du paludisme en 2012 (67,88%). Les ISBLSM collectent donc quatre fois plus que l'administration publique dans le cadre de la PEC du paludisme. Cela démontre une forte implication de la société civile (ONG) dans la lutte contre le paludisme.

4.1.6. Répartition des dépenses par prestataires de services

Tableau 17 : Répartition des dépenses liées au paludisme par prestataire de soins de santé en 2012

Prestataires de soins de santé	Montant (million de FCFA)	%
Hôpitaux	795, 5085	6,051
Prestataires de soins de santé ambulatoire	979, 133	7,448
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	1 779, 729	13,538
Prestataires de soins préventifs	8 145, 008	61,954
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	1 447, 361	11,009
TOTAUX	13 146, 64	100,000

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2012

Les prestataires de soins préventifs (61,95%) sont les principaux bénéficiaires des fonds mobilisés en 2012. Cette situation se justifie par les nombreuses actions de prévention (distributions gratuites de MIILD, pulvérisations intra-domiciliaires, traitements préventifs intermittents des femmes enceintes par la Sulfadoxine-Pyriméthamine) menées par le programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) et ses partenaires. Ces actions ont d'ailleurs permis au programme de faire évoluer sensiblement les indicateurs au cours de l'année 2012.

4.1.7. Répartition des dépenses par fonctions de soins de santé

Tableau 18 : Répartition des dépenses liées au paludisme par fonctions de soins de santé en 2012

Fonctions des soins de santé	Montant (million de FCFA)	%
Soins curatifs	6 846,76	52,08
Soins préventifs	4 205,82	31,99
Gouvernance, administration du système de santé et des financements	2 094,07	15,93
TOTAL	13 146,64	100,00

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2012

Les deux principaux postes vers lesquels est orientée la majorité des dépenses de lutte contre le paludisme sont les soins curatifs et les soins préventifs. On constate que malgré les dépenses liées aux soins préventifs du paludisme, les dépenses liées aux soins curatifs restent toujours importantes. Le PNLP et des PTF ont entrepris une recherche des causes pour justifier le fait que les dépenses de soins curatifs restent dominantes malgré les actions de prévention menées dans le pays. Les raisons pourraient être le recours tardif aux soins (plus de 24 heures après l'apparition des premiers symptômes) qui entraîne des complications de l'affection impliquant des coûts plus élevés de prise en charge.

4.2. Dépenses de santé de la tuberculose en 2012

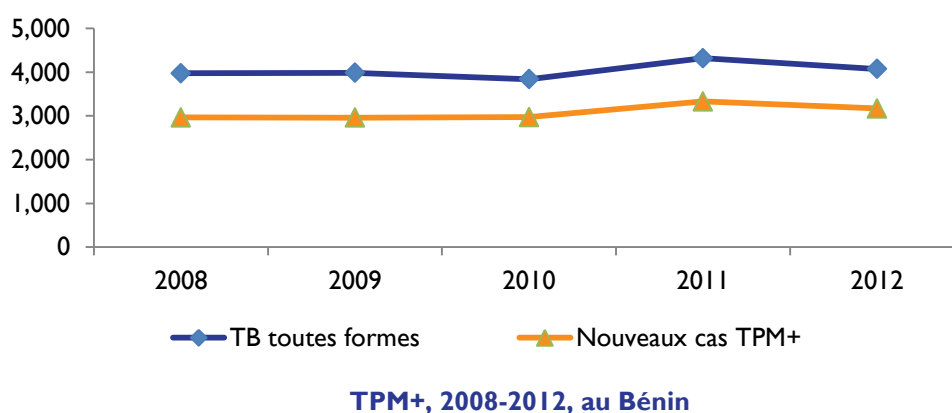
4.2.1. Situation épidémiologique de la tuberculose au Bénin

La tuberculose demeure un problème majeur de santé publique qui est étroitement lié à la pauvreté et à l'infection du VIH/SIDA. Pour lutter contre l'endémie tuberculeuse, plusieurs mesures et stratégies sont mises en œuvre :

- prise de loi pour placer la tuberculose comme une maladie prioritaire ;
- gratuité du traitement pour tous les malades dépistés ;
- appui alimentaire offert gratuitement à tous les malades sous traitement ;
- application stricte de la stratégie Observation Direct de Traitement (DOT) pour la prise en charge des malades ;
- décentralisation et intégration des services antituberculeux au système général de santé pour rapprocher les soins des populations ;
- sensibilisation des populations pour améliorer leurs connaissances sur la maladie et réduire la stigmatisation ;
- implication d'un important nombre de prestataires de soins aussi bien publics que privés dans la lutte antituberculeuse pour renforcer l'identification et l'orientation des suspects vers les centres appropriés pour le dépistage ;
- soutien psychologique aux nouveaux malades sous traitement par les membres des associations départementales d'anciens patients tuberculeux guéris en vue de favoriser leur adhésion au traitement.

Ces différentes mesures et stratégies de contrôle de la tuberculose ont eu des effets positifs sur la morbidité liée à cette maladie.

En effet, les nombres absolus de cas de tuberculose toutes formes et de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive (cas contagieux) sont quasiment stables au cours des cinq dernières années de 2008 à 2012 (Annuaire statistique 2008 à 2012).

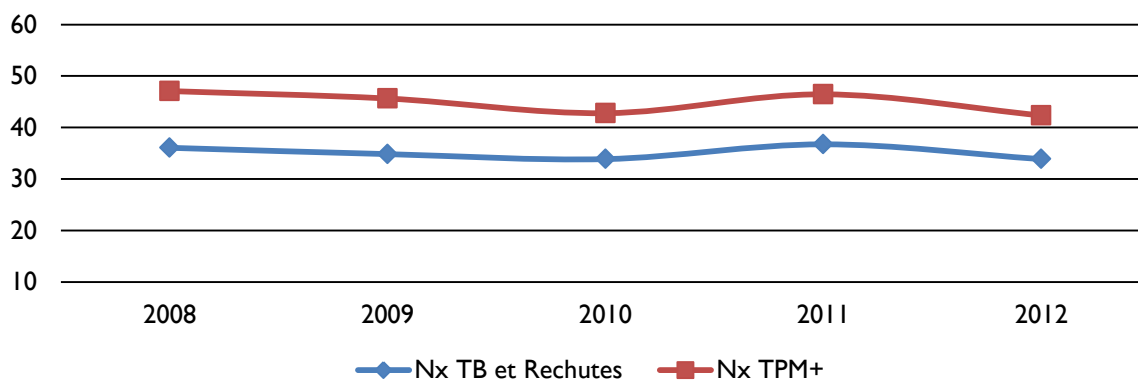


Source : Rapport annuel, PNT 2013

Figure 3 : Evolution du nombre de cas de tuberculose toutes formes et des nouveaux cas

Par contre, au cours de cette même période, les taux de notification des nouveaux cas de tuberculose toutes formes et des nouveaux cas contagieux ont globalement baissé malgré la progression démographique. Ce qui indique qu'il y a probablement une sous détection des cas de tuberculose.

En effet, le dépistage passif des cas de tuberculose dans les centres de dépistage et de traitement seul ne suffit plus et il faille nécessairement développer de nouvelles stratégies de dépistage actif des cas dans la communauté et surtout au sein des populations plus à risque (populations des bidonvilles, les personnes vivant avec le VIH, les réfugiés, les diabétiques, maisons d'arrêt, etc.).



Source : Rapport annuel, PNT 2013

Figure 4 : Evolution du taux de notification des nouveaux cas de tuberculose toutes formes et rechutes et des nouveaux cas TPM+, 2008-2012, au Bénin

La tuberculose touche essentiellement les jeunes adultes à l'âge (25-40 ans) où ils sont le plus productifs de la société. Ce qui a des répercussions sur l'économie béninoise.

Deux hommes pour une femme sont affectés par la tuberculose et cette disparité est probablement liée à l'activité économique exercée et au niveau d'exposition aux facteurs de risque de la maladie.

En moyenne, 16% des patients tuberculeux sont positifs au VIH/SIDA alors que la prévalence du VIH/SIDA en population générale est de 1,2%. Les malades tuberculeux sont donc plus à risque d'infection à VIH/SIDA.

Le taux de succès thérapeutique chez les nouveaux cas TPM+ obtenu pour la cohorte de 2012 est de 91% et le taux de décès reste relativement élevé à 5%. Depuis 2009, le taux de succès thérapeutique se situe au-dessus de 90% (Ministère de la santé, annuaire statistique 2012) à cause de la qualité des soins et de la rigueur dans le suivi des patients.

4.2.2. Volumes des dépenses de lutte contre la tuberculose

Les dépenses totales effectuées dans le cadre de la lutte contre la tuberculose en 2012 s'élèvent à environ un milliard de FCFA. Les dépenses de tuberculose représentent 0,52% des dépenses totales de santé en 2012. Rapportées aux maladies prioritaires (VIH/SIDA, Paludisme et tuberculose), les dépenses de tuberculose représentent 4,5%.

- **Dépenses courantes de la tuberculose = 998,09 millions de FCFA ;**
- **Dépenses d'investissement = 7 millions de FCFA ;**
- **Dépenses totales = 1,005 milliards de FCFA.**

4.2.3. Les recettes des régimes de financement des dépenses de la tuberculose

Tableau 19 : Répartition des dépenses liées à la tuberculose par recettes des régimes de financement en 2012

Recettes des régimes de financement des soins de santé	Montant (en million de FCFA)	%
Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	168, 658	16,9
Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	734, 483	73,6
Autres revenus venant des ménages	75, 869	7,6
Transferts directs étrangers	19, 083	1,9
TOTAL	998, 095	100,00

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2012

Les recettes de régimes de financement des soins de santé dans la lutte contre la tuberculose proviennent en grande partie (80%) des transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique. Ces ressources d'origine étrangères ont été transférées quasi-totalement par le Fonds Mondial (98%) et l'Union internationale pour la lutte contre la tuberculose et les maladies respiratoires (2%).

Ceci témoigne de la forte dépendance du programme national de lutte contre la tuberculose vis-à-vis des PTF, le Fonds Mondial en particulier. Ce qui rend le programme extrêmement vulnérable aux déficits ou aux retards de financement.

4.2.4. Régimes de financement

Tableau 20 : Répartition des dépenses liées à la tuberculose par régimes de financement en 2012

Régimes de financement	Montant (en million de FCFA)	%
Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	903, 141	90
Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	19, 083	2
Paiement direct des ménages	75, 869	8
TOTAL	998, 095	100

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2012

Les Régimes de financement des dépenses de lutte contre la tuberculose au Bénin sont constitués quasi-totalement (98%) des régimes de l'administration publique et des régimes contributifs obligatoires de financement de la santé.

4.2.5. Agents de financement

Tableau 21 : Répartition des dépenses liées à la tuberculose par agents de financement en 2012

Agents de financement	Montant (en million de FCFA)	%
Administrations publiques	168, 658	16,90
Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	753, 567	75,50
Ménages	75, 869	7,60
TOTAL	998, 095	100,00

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2012

Les institutions sans but lucratif au service des ménages regroupant les organisations non gouvernementales et communautés religieuses intervenant dans la lutte antituberculeuse gèrent la grande majorité (75%) des dépenses globales de santé.

La contribution des ménages par les paiements directs des prestations de soins dont ils bénéficient a un poids relativement faible (7,6%) dans les dépenses globales de santé en raison du caractère social de la prise en charge de cette affection.

4.2.6. Prestataires de soins de santé

Tableau 22 : Répartition des dépenses liées à la tuberculose par prestataire de soins de santé en 2012

Prestataires de soins de santé	Montant (en million de FCFA)	%
Hôpitaux	43, 608	4,37
Prestataires de soins de santé ambulatoires	669, 183	67,05
Prestataires de soins préventifs	86, 853	8,70
Laboratoires médicaux et de diagnostique	75, 869	7,60
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	122, 580	12,28
TOTAL	998, 095	100,00

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2012

Les prestataires de soins dans le cadre de la tuberculose regroupent essentiellement les centres de traitement directement observés et les centre de dépistage et de traitement. 73% des dépenses y ont été réalisées. Les hôpitaux publics ont également fait des prestations de tuberculose mais dans une moindre mesure (4,73%). Il a été constaté des dépenses au niveau des prestataires privés de soins.

4.2.7. Fonction de soins de santé

Tableau 23 : Répartition des dépenses liées à la tuberculose par fonction de soins de santé en 2012

Fonctions des soins de santé	Montant (en million FCFA)	%
Soins curatifs	703, 061	70,44
Soins préventifs	73, 283	7,34
Services de laboratoire d'analyses médicales	75, 869	7,60
Gouvernance, administration du système de santé et des financements	145, 880	14,62
TOTAL	998, 095	100,00

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2012

Les dépenses ont été essentiellement réalisées pour la prise en charge des soins curatifs ambulatoires (76,24%). La politique de lutte contre la tuberculose au Bénin est beaucoup plus orientée vers le dépistage et le traitement des cas contagieux de tuberculose.

La contribution des ménages aux dépenses de la tuberculose consiste essentiellement aux examens de laboratoire.

4.3. Résultats des dépenses de santé du VIH/SIDA en 2012

4.3.1. Aperçu sur la situation du VIH / SIDA

Le SIDA fait partie des trois maladies prioritaires du système sanitaire du Bénin. Depuis 2002, l'épidémie de VIH est stationnaire au Bénin avec une prévalence qui oscille autour de 2,0% (enquêtes de sérosurveillance réalisées chaque année par le PNLS) sans différence significative entre les années. L'épidémie du VIH/SIDA est mixte avec une prévalence faible dans la population générale (1,2% selon l'EDS 2011-2012) et des poches de concentration de forte prévalence au sein de certains groupes à risque (ESDG 2012) comme les travailleuses de sexe chez qui la prévalence en 2012 est de 20,9% (soit plus 18 fois celle de la population générale), leurs partenaires, les personnes privées de liberté (2,9%), les utilisateurs de drogues intraveineuses (6,7%) et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (12,6%).

La file active des PVVIH sous ARV est de 26 018 personnes par rapport à une cible de PV VIH éligibles aux ARV estimée à 30 245 personnes selon les résultats SPECTRUM (rapport sérosurveillance 2011) soit une couverture de 86%. En 2012, 5 719 PVVIH ont été nouvellement mises sous ARV sur l'ensemble des 82 sites de Prise en charge qui offrent ce service d'accès gratuit aux ARV à travers tout le pays. Le suivi biologique et la prise en charge des infections opportunistes sont aussi gratuits. Les intrants de prise en charge (médicament, réactifs et consommables) sont financés par la subvention du fond Mondial et le budget National.

L'année 2012 a constitué un tournant décisif avec le lancement du plan d'élimination de la transmission mère enfant du VIH/SIDA dont l'objectif est d'éliminer la Transmission de la mère à l'enfant d'ici à 2015 (TME inférieure à 5%).

En 2012, seulement 1 478 femmes enceintes séropositives sur 3 112 attendues ont bénéficié du protocole complet pour réduire la transmission Mère Enfant du VIH/SIDA soit une couverture de 47%.

4.3.2. Volume des dépenses de lutte contre le VIH/SIDA

Les dépenses consacrées à la lutte contre le VIH, le SIDA et les infections sexuellement transmissibles en 2012 s'élèvent à 7,851 milliards de FCFA ; ce qui représente 4,56% des dépenses totales en santé en 2012.

4.3.3. Recettes de régimes de financement de la lutte contre le VIH/SIDA

En 2012, plus de 91% (cf. tableau 25) des ressources dépensées dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA proviennent des partenaires extérieurs (multilatéraux et bilatéraux). Il s'agit essentiellement des financements du Fonds Mondial et de l'UNICEF. Les financements extérieurs ont baissé par rapport aux années antérieures, passant de 7,65 milliards de FCFA en 2008 à 7,33 milliards de FCFA en 2009 (REDES 2008 et 2009) et 7,15 milliards en 2012.

Les ressources internes constituées des transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé), des cotisations d'assurance sociale, des prépaiements volontaires et des autres revenus nationaux non classés ailleurs (n.c.a.) représentaient seulement 2,4% des fonds dépensés en 2012.

En moyenne, chaque patient vivant avec le VIH contribue aux soins en paiement direct à hauteur d'environ 20 000F CFA en général pour les bilans biologiques et les soins des maladies opportunistes pour lesquels la prise en charge n'est pas gratuite.

Tableau 24 : Répartition des dépenses liées au VIH/SIDA par recettes de régimes de financement en 2012

Recettes des régimes de financement des soins de santé	Dépenses (en million de FCFA)	%
Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	0,176	2,24
Transferts internes et allocations	0,176	2,24
Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	5,263	67,04
Autres revenus nationaux n.c.a.	0,52	6,63
Autres revenus venant des ménages n.c.a.	0,52	6,63
Transferts directs étrangers	1,891	24,09
Transferts financiers directs étrangers	1,891	24,09
Transferts financiers directs bilatéraux	1,049	13,36
Transferts financiers directs multilatéraux	0,326	4,15
Autres transferts financiers directs étrangers	0,516	6,58
Total	7,851	100,00

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2012

4.3.4. Régimes de financement des dépenses du VIH/SIDA

Le régime de l'administration publique et les régimes contributifs obligatoires de financement de la santé (74,2%) constituent le principal dispositif de financement par lesquels les populations ont obtenu les services de santé en 2012. Le régime du reste du monde constitue le deuxième régime de financement (20,8%).

Tableau 25 : Répartition des dépenses liées au VIH/SIDA par régime de financement en 2012

Régimes de financement	Dépenses (en million de FCFA)	%
Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	5,437	69,3
Régimes publics	5,437	69,3
Régimes de l'administration centrale	5,437	69,3
Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	0,258	3,3
Systèmes de financement des ISBLSM (y compris les agences de développement)	0,258	3,3
Régimes de financement des ISBLSM (à l'exception du HF.2.2.2)	0,258	3,3
Paiement direct des ménages	0,520	6,6
Paiement direct sans partage de coûts	0,520	6,6
Régimes de financement du reste du monde (non-résidents)	1,634	20,8
Régimes facultatifs (non-résidents)	1,634	20,8
Autres régimes (non-résidents)	1,634	20,8
Régimes Philanthropiques / ONG internationales	1,633	20,8
TOTAL	7,851	100,0

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2012

4.3.5. Agents de financement

En 2012, les ressources utilisées pour la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH/SIDA ont été mobilisées principalement par les institutions sans but lucratifs au service des ménages (52,7%) et les structures de l'administration publique (SP/CNLS Ministères, Institutions, etc.) 37,38%.

Bien que le diagnostic et la prise en charge (les ARV et le suivi biologique) soient gratuits au Bénin, certains patients paient pour leur suivi biologique quand les appareils des sites de prise en charge sont en panne ou pour assurer la prise en charge de certaines maladies opportunistes. Ainsi, 6,63% des financements ont été mobilisés et canalisés par les ménages.

Tableau 26 : Répartition des dépenses liées au VIH/SIDA par agent de financement en 2012

Agents de financement	Dépenses (en million de FCFA)	%
Administrations publiques	2,935	37,38
Administration centrale	2,935	37,38
Ministère de la Santé	2,818	35,90
Autres ministères et unités des services publics (appartenant à l'administration centrale)	0,116	1,49
Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	4,137	52,70
Ménages	0,52	6,63
Reste du monde	0,258	3,29
Organisations internationales	0,023	0,30
Gouvernements étrangers	0,234	2,98
TOTAL	7,851	100,00

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2012

4.3.6. Prestataires de soins de santé

En 2012, ce sont les hôpitaux (43,2%), les prestataires de soins de santé ambulatoires (17,8%) et les prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé (17,2%) qui ont plus bénéficiés des ressources des agents de financements.

En 2012, la part des prestataires de soins préventifs a été estimée à 58% (Cf. tableau 27) et celle des prestataires de soins ambulatoires sont estimés à 4,9% contre 24,98% pour les hôpitaux.

Tableau 27 : Répartition des dépenses liées au VIH/SIDA par prestataires de soins de santé en 2012

Prestataires de soins de santé	Dépenses (en millions de FCFA)	%
Hôpitaux	1,961	24,98
Hôpitaux généraux	1,961	24,98
Prestataires de soins de santé ambulatoires	0,386.4	4,92
Centres de soins ambulatoires	0,386.4	4,92
Centres de soins ambulatoires non-spécialisés	0,386.4	4,92
Prestataires de soins préventifs	4,567.9	58,18
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	0,935	11,91
Agences étatiques de l'administration de la santé	0,935	11,91
TOTAL	7,851	100,00

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2012

4.3.7. Classification par fonction des dépenses du VIH/ SIDA en 2012 :

En 2012, les ressources ont été essentiellement utilisées au profit des activités de prévention 48%. Les dépenses de prévention connaissent une progression significative depuis 2008. En 2009, les dépenses relatives à la prévention ont été estimées à 31,29% contre 25,7% en 2008 (REDES 2008 et 2009).

Les dépenses de soins curatifs connaissent une baisse significative par rapport à 2008. En 2008 les dépenses de soins curatifs étaient estimées à 38%, 30,1% en 2009, contre 33.8% en 2012 (Cf. tableau 29). Les soins curatifs sont essentiellement constitués par les ARV estimés à 1,441 milliards de FCFA.

Les dépenses de prévention occupent donc une part importante dans la lutte contre le VIH/SIDA. Cette information est également en corrélation avec l'information produite au niveau des agents de financement. En effet, il y est ressorti que plus de 52% des financements sont gérés par les ONG, qui sont les bénéficiaires principaux des financements de la lutte contre le VIH/SIDA.

Tableau 28 : Répartition des dépenses liées au VIH/SIDA par fonction de soins de santé en 2012

Fonctions des soins de santé	Dépenses (en million de FCFA)	%
Soins curatifs	2,653	33.80
Soins curatifs hospitaliers	1,962	24.99
Soins curatifs ambulatoires	0,691	8.81
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	0,775	9.88
Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables	0,775	9.88
Soins préventifs	3,774	48.08
Programmes d'information, d'éducation et de conseil	3,231	41.17
Programmes de détection précoce de maladie	0,520	6.63
Surveillance épidémiologique et programmes de lutte contre le risque et la maladie	0,022	0.29
Gouvernance, administration du système de santé et des financements	0,647	8.24
Gouvernance et administration du système de santé	0,647	8.24
TOTAL	7,851	100,00

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2012

5. BUDGET DU MINISTRE DE LA SANTE

5.1. Evolution du budget alloué au Ministère de la Santé

Tableau 29 : Evolution du budget de Ministère de la santé dans le budget général de l'Etat (2005 à 2012)

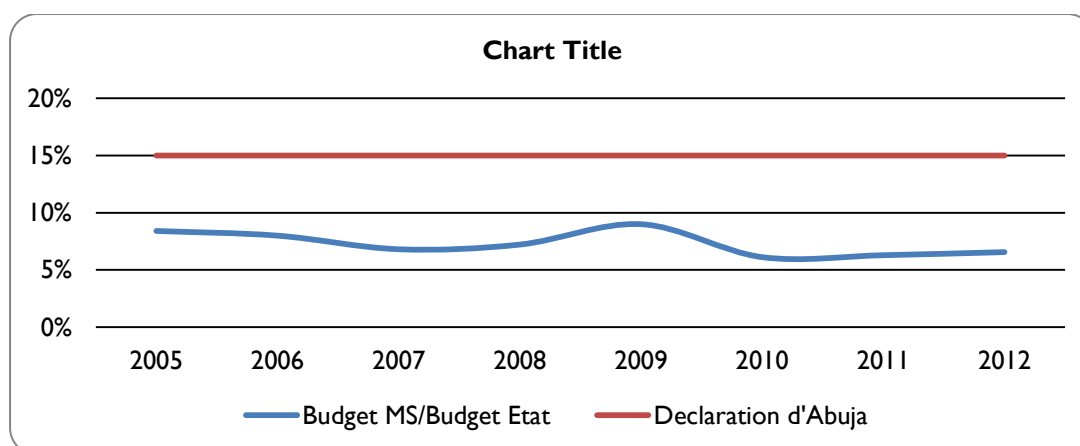
Années	Budget Général de l'Etat (millions FCFA)	Budget alloué au MS (millions)	Poids du budget du MS dans le Budget Général de l'Etat (%)	Engagements du budget du MS (millions)	Taux d'engagement (%)
2005	556 923	41 617,49	8,41	34 530,15	82,97
2006	611 216	50 506,39	8,00	39 433,74	78,08
2007	812 559	72 826,16	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 : DPP/MS 2012

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 augmente en volume, il est moins proportionnellement à l'accroissement du budget général de l'Etat.

Sous l'angle de la contribution du budget de l'Etat au secteur de la santé (ce qui correspond à la compréhension de l'objectif des 15% au Bénin), il existe un gap entre le budget de l'Etat alloué à la santé et l'engagement pris au sommet des chefs d'Etat à Abuja en avril 2001. La part du budget alloué au secteur de la santé par rapport au Budget général de l'Etat est passée de 8,4% en 2005 à 6,6% en 2012 (Cf. graphique 5).



Source : DPP/MS 2012

Figure 5 : Evolution du niveau de mise en œuvre de la déclaration d'Abuja au Bénin

Le budget du Ministère de la Santé est essentiellement financé par les ressources nationales et les ressources extérieures. Deux grandes rubriques composent le budget. Il s'agit de la composante "Fonctionnement"

uniquement financée par les ressources nationales qui correspond aux dépenses courantes dans les comptes de santé et la composante " investissement " qui correspond aux dépenses en capital, conjointement financée par les ressources intérieures et extérieures.

Les crédits alloués pour les charges de personnel sont directement gérés par le Ministère de l'Economie et des Finances. Les crédits pour les autres rubriques sont gérés par la Direction des Ressources Financières et du Matériel du Ministère de la Santé. Depuis 2004, la délégation de crédits accordés aux départements par le Budget National a été étendue aux zones sanitaires.

La participation des populations à travers le financement communautaire, composante de l'Initiative de Bamako, est un élément essentiel du bon fonctionnement du système de santé béninois. Il est géré par le comité de gestion des centres de santé.

Tableau 30 : Evolution de répartition du budget global du secteur santé de 2010 à 2012 (en millions de FCFA)

Rubriques budgétaires	2010			2011			2012		
	Dotation	Engagement	Taux d'engagement (%)	Dotation	Engagement	Taux d'engagement (%)	Dotation	Engagement	Taux d'engagement (%)
1. Personnel	18900,2			12515,9	11452,1	91,5	13196,7	13730,3	104,0
2. Achats de Biens et services	8145,3	6223,0	76,4	6480,7	4850,3	61,8	7921,5	8539,0	107,8
Fonctionnement des services	7260,3	5831,2	80,3	5814,9	4199,6	72,2	7176,6	7922,1	110,4
Charges communes	885,0	391,8	44,3	665,8	650,6	97,7	745,0	617,0	82,8
3. Transfert d'exploitation	14745,6	9759,1	66,2	13691,7	12522,7	91,5	17736,7	22973,9	129,5
Subvention d'exploitation	1680,0	1680,0	100,0	5774,0	5430,8	94,1	6900,0	6961,7	100,9
Autres transferts courants	13065,6	11059,5	84,6	7917,7	7092,0	89,6	10836,7	16012,3	147,8
4. Acquisition - Grosses réparations - Matériel et Mobiliers	1295,0	446,4	34,5	1021,8	1030,7	100,9	1033,6	1030,3	99,7
Montant dépenses ordinaires (1+2+3+4)	43086,1	19408,9	45,0	33710,1	29855,8	88,6	39888,7	46273,7	116,0
5. Dépense en capital	39376,5	6037,6	15,3	33980,2	18514,5	54,5	26846,2	11805,9	44,0
Financement intérieur	17240,4	4692,1	27,2	4469,8	4430,0	99,1	8146,2	7910,1	97,1
Financement extérieur	22136,1	1345,5	6,1	29510,4	14084,6	47,7	18700,0	3895,8	20,8
TOTAL GENERAL	82462,60	25 446,50	30,9	67690,3	48370,4	71,5	66734,9	58079,5	87,03

Source : DPP/MS 2012

6. RECOMMANDATIONS

Sur la base des résultats des Comptes de Santé de l'année 2012, des recommandations sont formulées :

Au niveau de la politique de santé

- Faire un plaidoyer en direction des PTF pour la mobilisation des ressources pour l'institutionnalisation et la production annuelle des CS ;
- développer les mécanismes de prépaiement des soins à travers le renforcement de la mise en œuvre du RAMU.

Au niveau du financement

- Développer et renforcer le régime d'assurance maladie universelle (RAMU) afin de mutualiser les coûts pour une production significative des dépenses de santé, de ménages ;
- Les dépenses de santé des ménages sont essentiellement affectées à l'achat des médicaments, cela induit que des réflexions doivent se poursuivre en vue de réduire le paiement direct des ménages. Il s'agira entre autres de :
 - promouvoir des mécanismes d'assurances santé ;
 - promouvoir l'utilisation des médicaments essentiels génériques et subventionner l'importation des molécules de spécialité.

Au niveau du processus

Ministère de la Santé

- Mettre en place officiellement l'équipe d'élaboration des Comptes de Santé à travers un arrêté ministériel ;
- Sensibiliser et expliquer les outils des comptes aux différents acteurs au niveau national en vue d'une appropriation et une amélioration de l'exhaustivité des transactions ;
- Développer une nomenclature du PNDS et une base codifiée des activités du PNDS, afin de faciliter la collecte de routine des financements de la santé (recommandation atelier d'Abidjan sur le financement de la santé tenu en mars 2014 et organisé par l'OOAS).

A l'endroit de l'INSAE

- Prendre en compte les besoins des CS dans les prochaines enquêtes des ménages (EMICoV) :
 - dépenses de santé par type de prestataire et par fonction ;
 - primes d'assurances maladies privées ;
 - cotisations payées par les ménages aux mutuelles de santé, au micro assurances, etc.
 - dépenses de la médecine traditionnelle.

CONCLUSIONS

Somme toute, les CS 2012 s'illustrent comme un véritable outil de planification et de prise de décisions relatives aux financements de la santé dans le but d'améliorer l'état de santé de la population du Bénin. Les résultats et les analyses présentés dans ce rapport ont mis en exergue plusieurs informations liées aux financements de la santé qui peuvent être utilisées dans les politiques de financement pour améliorer les performances du système de santé.

Ces informations qui se présentent sur plusieurs dimensions, peuvent se résumer en deux thèmes majeurs à savoir : i) la dépendance du financement des dépenses de santé du reste du monde et ii) les ménages comme première source de financement des dépenses de santé.

En effet,

- i) Sur les trois exercices des CS (2003, 2008, 2012), il est à remarquer un accroissement significatif du volume des dépenses de santé entre 2003 et 2012 qui est passé respectivement de 100,97 à 192,88 milliards de FCFA à prix constants. Au terme des analyses, cette évolution est due notamment à l'accroissement du volume des dépenses de santé des PTF suite à la signature du COMPACT en 2011. De 2003 à 2012, la proportion des dépenses de santé sur le financement du gouvernement par rapport aux dépenses totales a sensiblement baissé. La contribution du budget de l'Etat au secteur de la santé par rapport au budget général de l'Etat est estimée en 2012 à 6,56%. Cette proportion est en deçà des 15% recommandée par la déclaration d'Abuja en 2001. Par ailleurs, les dépenses de santé par tête d'habitant ont été estimées à 41,19 USD en 2012 contre 56 USD recommandé par l'OMS.
- ii) Les ménages constituent la première source de financement des dépenses courantes de santé en 2012. Leur contribution est de 42,22% contre 23,63% de celle de l'Etat. Leurs dépenses ont servi principalement à payer les soins curatifs (56,92%) suivis des biens médicaux (40,49%) dont 39,71% pour les médicaments délivrés sur ordonnance. Aussi, pouvons-nous faire remarquer que, dans les circonstances où le niveau de revenu des populations est faible et que la majeure partie de la population travaille principalement dans le secteur informel, les dépenses de santé supportées par les ménages demeurent élevées nonobstant les réformes entreprises par le gouvernement.

ANNEXE A: EQUIPE DE REDACTION

COMITE DE PILOTAGE		
Président	Prof. Ag. Dorothee A. KINDE GAZARD	Ministre de la Santé
1er Vice-Président	BIAOU Alexandre	DG-INSAE/MDAEP
2ème Vice-Président	MOUFALILOU Aboubakar	DAC/MS
Secrétaire	SOSSOU Justin	SGA/MS
1er Rapporteur	FINOUDE Mathias	DPP/MS
2ème Rapporteur	AMOUSSOU Raymond	DAPP/MS
EQUIPE TECHNIQUE		
Responsable	GUEDOU Charles Juste	C/SEP/DPP/MS
Point Focal	HOUNHOUI Léandre	SEP/DPP/MS
Membres	PADONOU Victor	SEP/DPP/MS
	DANHOEGBE Edmond	SEP/DPP/MS
	VODUNGBO Venance	SGSI/DPP/MS
	FAGBOHOUN Kadmiel	C/DBudget/MS
	HOUNKPODOTE Eude	INSAE/MCPD
	BEKPON François	MEF
	SESSEDE Charles	INSAE//MDAEP
APPUI TECHNIQUE		
	VAN DE MAELLE Nathalie	OMS Genève
	COULIBALY Ouarintio Seydou	OMS Inter-pays
	SEMEGAN Barthélémy	OMS pays
	DERRIENNIC Yann	HFG
	ZIDA André	HFG

ANNEXE B: RAPPORT STATISTIQUE DES COMPTES DE SANTE 2012

Le rapport statistique des comptes de santé 2012 est constitué de l'ensemble des tableaux détaillés des comptes 2012 du Bénin. Ce rapport statistique est disponible sur le site du ministère de la santé du Bénin

Site du ministère de la santé du Bénin : <http://www.beninsante.bj/>

ANNEXE C: BIBLIOGRAPHIE

1. Arrêté N° 2010-4236 du 30 juillet 2010 portant attributions de la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
2. Décret N° 2010-060 du 12 mars 2010 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé Publique
3. INSAE, Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie des ménages 2ème Edition, Bénin, 2013 ;
4. Joseph Kutzin, Politique de financement de la santé : un guide à l'intention des décideurs
5. KOHOUN Kodjo Rodrigue, la politique de gratuité de la césarienne au Bénin : processus de formulation, mise en œuvre et résultats
6. Leon Kessou ; Etude sur les mécanismes d'exemptions et de subvention des soins au Bénin
7. Marie Stopes international, 2011; Global Impact Report 2011 Delivering choice and rights for women: past, present and future
8. Mays N, Bevan G. 4. Resource allocation in the health service. London: Bedford Square Press ; 1987
9. Ministère de la santé, Paquets d'interventions à haut impacte par niveau de soins pour l'atteinte des OMD, Benin
10. Ministère de la santé publique 2014, Rapport des comptes de santé de la reproduction et santé de l'enfant 2012 du Benin
11. Ministère de la santé, 2012, rapport national de suivi de la déclaration politique sur le VIH/SIDA
12. Ministère de la santé, 2011, Surveillance de l'Infection à VIH et de la Syphilis au Bénin en 2011
13. Ministère de la santé publique, 2010, Plan triennal de développement sanitaire 2010-2012
14. Ministère de la santé, Estimation des ressources et dépenses relatives au sida (REDES) au Bénin 2008-2009
15. Ministère de la santé, Revue rapide de la stratégie nationale pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Bénin, Bénin, 2011 ;
16. Ministère de la santé, Rapport de performance 2012, Bénin, 2013
17. Ministère de la santé, Rapport d'actualisation du répertoire des formations sanitaires privées, Bénin, 2013 ;
18. Ministère de la santé, Documentation des meilleures pratiques en sante de la reproduction au Bénin, Bénin, 2010 ;
19. Ministère de la Santé, Cadre pour la redevabilité, Bénin, 2012
20. Ministère de la santé publique, Country profile : Bénin, Bénin, 2014
21. Ministère de la santé publique, Plan National de Développement Sanitaire (2009-2018), Benin
22. Ministère de la santé, Politique national de développement sanitaire, Benin
23. Ministère de la santé, Annuaire statistique sanitaire 2012, Benin, 2013
24. Ministère de la santé, Annuaire statistique sanitaire 2011, Bénin, 2012
25. Ministère de la santé, Annuaire statistique sanitaire 2010 Bénin, 2011
26. Nations Unies, 1994 ; rapport de la conférence internationale sur la population et le développement
27. Nations Unies, 1999 Protocole facultatif à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
28. Nations Unies, 1995, rapport de la quatrième conférence mondiale sur les femmes

29. Peter C Smith, Resource allocation and purchasing in the health sector: the English experience
30. SHA2011, système de comptes de la santé 2011, version abrégée, Juin 2012,
31. http://www.who.int/woman_child_accountability/countries/Bénin_Scorecard_and_Roadmap_final_web.pdf
32. <http://www.gouv.bj/actualites/marina/la-situation-de-la-pauvrete-au-Bénin-et-dans-lunion-economique-monetaire-ouest-africaine-uemoa>(date de téléchargement, 6 juin 2014)
33. UEMOA, 2010, <http://www.gouv.bj/actualites/marina/la-situation-de-la-pauvrete-au-benin-et-dans-lunion-economique-monetaire-ouest-africaine-uemoa> (date de téléchargement 14-07-2014)
34. UNICEF-Muskoka, 2012 Analyse initiale de la situation de la santé maternelle, néonatale et infantile au Bénin, Décembre 2012
35. WHO, 2011, Macro-economic commission (WHO, 2001) minimum US\$ 43 (in 2009 prices) Taskforce on Innovative Health Financing* places this number at US.