REPUBLIQUE DU BENIN
****
MINISTERE DE L'ENSEINGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
****
UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI
****
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION (FASEG)
****
MEMOIRE DE FIN D'ETUDE DU PREMIER CYCLE

Filière : Economie

Option : Economie et Gestion des Structures Sanitaires (EGSS)

Sujet de recherche

LA REGULATION DU SYSTEME SANITAIRE EN REPUBLIQUE DU BENIN : ENJEUX ET PERSPECTIVES

Réalisé et présenté par :

Corneille C. CAKPO & Alexis KENOU

Sous la direction de :

Dr Hilaire HOUENINVO

Enseignant- Chercheur à l'UAC

Composition du jury

Président : Dr Sosthène GNANSSOUNOU

1er Membre : AGBOKPANZO Tanguy

2eme Membre : FANTO Charles

Janvier 2021

AVERTISSEMENT

La Faculté des Sciences Economiques et de Gestion n'entend donner ni approbation, ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire. Ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

DEDICACES 1

A

- Ma mère ANATO Adjoua
- Mon père CAKPO A. André

Corneille CAKPO

DEDICACES 2

A

- Ma mère MEDJIKO Irène
- d'AMEILDA François

ALEXIS KENOU

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire a été facilité par la contribution appréciable de près ou de loin des personnes aussi diverses que nombreuses. Ainsi, nous adressons particulièrement nos remerciements :

- ✓ Au **Professeur ACLASSATO HOUENSOU** Denis, doyen de la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG) de l'Université d'Abomey- Calavi.
- ✓ Au Dr Théophile WOTO, Vice-Doyen de la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion,
- ✓ A tous les enseignants de la FASEG de l'UAC qui ont contribué à notre formation et à notre réussite
- ✓ Au **Docteur HOUENINVO Hilaire**, notre maître mémoire, pour la spontanéité avec laquelle, il a accepté de diriger ce mémoire et pour sa disponibilité. La rigueur, le dévouement, l'attachement profond à la recherche et la patience dont il a fait preuve ont permis la réalisation de ce travail.
- ✓ Au président du jury, **Docteur GNANSOUNOU Sosthène** pour son appréciation de notre mémoire
- ✓ Aux honorables membres du jury pour l'honneur qu'ils nous font en acceptant d'apprécier ce travail.
- ✓ A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce mémoire et dont nous n'avons pas pu citer les noms.

SIGLES ET ABREVIATIONS

AIMS	Appui Institutionnel du Ministère de la Santé
AFD	Agence française de Développement
ANAM	Agence Nationale de l'Assurance Maladie
ANG-Cés	Agence Nationale de la Gratuité de la Césarienne
ANTS	Agence Nationale de la Transfusion Sanguine
ANVSSP	Agence Nationale de Vaccination et des Soins de Santé Primaire
BAD	Banque Africaine de Développement
BADEA	Banque Arabe pour le Développement Economique de l'Afrique
BM	Banque Mondiale
BN	Budget National
CASES	Centre d'Action de la Solidarité et d'Evolution de la Santé
CDT	Centre de Détection de la Tuberculose
CDV	Centre de Dépistage Volontaire de VIH
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CIPEC	Centre d'Information, de Prospective et de Conseil
CNHU-HKM	Centre National Hospitalier et Universitaire - Hubert Koutoukou MAGA
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
COGES	Comité de Gestion
CS	Centre de Santé
CTAL	Centre de Traitement Anti-Lèpre
CTB	Coopération Technique Belge
CTI	Comité Technique Interministériel
DDS	Direction Départementale de la Santé
Disp	Dispensaire
DH	Direction des Hôpitaux
DPP	Direction de la Programmation et de la Prospective
DRFM	Direction des Ressources Financières et du Matériel
EEZS	Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire

Ext	Extérieur
FAC	Fonds d'Aide à la Coopération
FAD	Fonds Africain de Développement
FAP	Femme en Age de Procréer
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FED	Fonds Européen de Développement
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour les Activités de Population
FSP	Formations Sanitaires Publiques
GAVI	Alliance Mondiale pour la Vaccination et l'immunisation
GTZ	Coopération allemande au développement
Hab.	Habitant(s)
HIA	Hôpital d'Instruction des Armées
HZ	Hôpital de Zone
IEC/CCC	Information Education Communication/Communication pour un changement de Comportement
IGPECP	Initiative de Gratuité de la Prise en Charge du Paludisme
IST	Infection Sexuellement Transmissible
Mat.	Maternité
MCZS	Médecin Coordonnateur de Zone Sanitaire
MNT	Maladie Non Transmissible
MS	Ministère de la Santé
na	non applicable
Nb	Nombre
nd	non disponible
OCB	Organisation à base communautaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PENTA	Pentavalent
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PRHS	Profil des Ressources Humaines en Santé

PRPSS	Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé
PSDRHSS	Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du Secteur Santé
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant
RAMU	Régime d'Assurance Maladie Universelle
RES.EXT.	Ressources Extérieures
RES.INT.	Ressources Intérieures
RSS	Renforcement du Système de Santé
SAMU	Service d'Accueil Médical et d'Urgence
SF	Sage-femme
SFE	Sage-femme diplômée d'Etat
SGSI	Service de Gestion du Système d'Information
SIDA	Syndrome d'Immuno – Déficience Acquise
SNIGS	Système National d'Information et de Gestion Sanitaires
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
Tl	Taux de létalité
TL	Technicien de Laboratoire
TPM-	Tuberculose Pulmonaire à Microscopie négative
TPM+	Tuberculose Pulmonaire à Microscopie positive
TR	Technicien de Radiologie
TCV	Taux de Couverture Vaccinale
Tx	Taux
UCP	Unité de Coordination du Projet
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USA	Etats-Unis d'Amérique
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement International
UVS	Unité Villageoise de Santé
VAR	Vaccin Anti – Rougeoleux
VIH	Virus de l'Immuno Déficience Humanitaire
ZS	Zone Sanitaire

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHES

Tableau 1 : Système national de santé au Bénin en 2019 15

Tableau 2: Répartition du nombre de lits dans les hôpitaux selon l'effectif de la population par département en 2017, 2018 et 2019 19

Tableau 3 : Fonctionnalités des hôpitaux en 2017 et 2019 19

Tableau 4 : Principaux ratios du personnel soignant par corps et par département en 2019 ... 22

Tableau 5: Répartition des Médecins et Infirmiers selon l'effectif de la population par département en 2017, 2018et 2019 23

Tableau 6: Répartition des Sages-femmes selon l'effectif de la population par département en 2017, 2018 et 2019 24

Tableau 7: Répartition des techniciens de laboratoires(TL) et de radiologie(TR) selon l'effectif de la population par département en 2017, 2018 et 2019 25

Tableau 8 : Répartition des personnels paramédicaux privés par département 26

Tableau 9 : nombre de départ à la retraite de 2012 à 2018 26

Tableau 10 : Synthèse des ressources financières en FCFA par source en 2019 (en millions de francs CFA) 28

Tableau 11 : Ratio Budget secteur santé sur Budget Général de l'Etat de 2019 (en millions de francs CFA) 29

Tableau 12 : Achat de biens et services pour le fonctionnement du niveau central au titre de l'année 2019(millions de FCFA) 30

Tableau 13 : Délégation de crédits aux départements au titre de l'année 2019(en millions de FCFA) 31

Tableau 14 : Prévision (en million de FCFA) des aides internationales par source de financement au secteur santé 36

Tableau 15 : Forces et Faiblesses du Système sanitaire Béninois 50

RESUME

L'objectif principal de notre travail, est d'étudier la régulation du système sanitaire Béninois. Afin d'estimer la situation du travail et valider les hypothèses, la démarche méthodologique adoptée va de la recherche documentaire à la collecte de données de terrain ; une enquête a été effectuée auprès d'un échantillon de 100 professionnels de santé. A partir d'une statistique descriptive à travers les moyennes, les écarts types, minimum, et maximum et la réalisation des graphes, les résultats montrent que dans un premier temps, l'accessibilité géographique de la population aux soins de santé de qualité est due au mode de répartition des personnels de santé, infrastructures sanitaires, ensuite que le financement des soins de santé améliore le fonctionnement du système sanitaire. Ainsi, des mesures de politique sanitaire devront être axées sur une bonne gouvernance afin de renforcer et dynamiser les capacités dudit système permettant au Benin d'atteindre les objectifs tel que l'accessibilité géographique, financière et aux soins de santé de qualité. Dès lors nous proposerons une politique d'élargissement du nombre de personnel, des options de financement de la santé et de l'assurance maladie. Mettre en place un système de santé restructuré et réorganisé, garantissant des services sanitaires adéquats et financés selon des modalités incitatives.

Mots clés : régulation, sanitaire, personnel, les retraités et sexe

Abstract

The main objective of our work is to study the regulation of the Beninese health system. In order to estimate the work situation and validate the hypotheses, a survey was carried out among a sample of 100 health professionals. From a descriptive statistic through the means, the standard deviations, minimum, and maximum and the realization of the graphs, the results show that initially, the geographical accessibility of the population to quality health care is due the mode of distribution of health personnel, health infrastructure, then that the financing of health care improves the functioning of the health system. Thus, health policy measures should be focused on good governance in order to strengthen and boost the capacities of the said system, allowing Benin to achieve objectives such as geographic, financial and quality health care accessibility. We will therefore be proposing a policy of enlarging the number of staff, financing options for health and health insurance. Set up a restructured and reorganized health system, guaranteeing adequate health services and financed according to incentive modalities

Keywords: regulation, health, personnel, retirees and gender

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE 3

SECTION 1 : Ciblage de la problématique et formulation des objectifs et hypothèses de recherche 3

SECTION 2 : Présentation de la revue littéraire et de la méthodologie de recherche. 5

CHAPITRE II : PRESENTATION, ANALYSE DES RESULTATS ET APPROCHES DE SOLUTION 13

Section 1: Présentation et analyse des résultats 13

SECTION 2 : Mesures et suggestions en vue d'améliorer les performances du système sanitaire béninois. 53

CONCLUSION 60

INTRODUCTION

La santé n'est pas tout, mais tout est rien sans la santé, dit-on. La santé est la pierre angulaire de tout processus de développement dans la mesure où elle contribue au bien -être individuel et collectif et assure ainsi à tout système de développement la plus précieuse des ressources à savoir le capital humain. De ce fait, la santé joue un rôle économique et social indéniable. C'est pourquoi la production, la distribution, le financement et la gestion des services de santé ont toujours été une préoccupation des pouvoirs publics dans les pays du monde entier. Et pourtant, cela ne s'est pas toujours passé sans difficultés. En effet la vision du Bénin exprimée dans le document des études nationales de perspectives à long terme Alafia 2025 met un accent particulier sur le bien-être social. Dans cette logique, le Ministère de la Santé a pour objectif d'œuvrer à « ***l'amélioration des conditions socio sanitaires des familles sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes*** ». (PNDS, 2009)

Par ailleurs, la constitution du 11 décembre 1990 légitime, en son article 8, reconnait l'accès à un niveau adéquat de protection sociale pour tous comme un droit fondamental. Ce qui fait obligation à l'Etat d'assurer à ses citoyens un accès égal à la santé, à l'éducation, à l'information, à la formation professionnelle et à l'emploi.

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

A cet égard, la présente étude vise à étudier la régulation du système sanitaire en République du Bénin. En effet, les résultats qui en découleront permettront de voir si les politiques, stratégies et mécanismes adoptés peuvent être considérés ou non comme facteurs permettant d'assurer un meilleur état de santé à la population et de prendre conscience de leurs rôles dans le rapprochement de la santé auprès de toutes les couches de personne au Bénin. Cette étude est organisée en deux chapitres. Le premier procèdera d'abord à la présentation de la problématique, des objectifs et hypothèses de recherche, ensuite suivra la revue littéraire et enfin la méthodologie de recherche. Le deuxième présentera les principaux résultats obtenus qui notamment sont regroupés dans des tableaux, ainsi que leurs interprétations économiques.

Elle s'achève par des suggestions et mesures de politique économique dans l'optique de pallier aux problèmes financiers et aux soins de qualité que rencontrent les démunis et indigents.

CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE

Ce chapitre présente dans une première section le cadre théorique de l'étude à travers la problématique, les objectifs, les hypothèses et la revue de littérature puis dans une seconde section la méthodologie de l'étude.

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

Paragraphe 1 : Problématique de recherche

On ne peut pas parler du développement sans la population. Le développement de l'Afrique est, et sera largement conditionné par le développement de sa population, et aussi de l'amélioration du niveau de vie de la population du point de vue des revenus, de la santé, de l'éducation et du bien-être en général. Le problème de la population n'est pas uniquement une question de chiffres au Benin, c'est aussi une question de bien-être humain qui relève des caractéristiques et du fonctionnement du système sanitaire. La population constitue le premier élément qui permet d'accroître la richesse nationale à travers la production des biens et services dans une économie d'échange. Selon Seidl, (2009), plus de 50 % de la population des pays en développement habitera en zone urbaine. Si la tendance actuelle se poursuit, la majeure partie de cette population vivra en ville, dans des quartiers non desservis par les services de base comme l'eau potable et assainissement. Ainsi les conditions environnementales dans lesquelles vivent des centaines de millions de citadins dans le monde ont des conséquences néfastes voire catastrophiques sur leur santé (Diabagaté, 2007).

Selon l'ONU (2006), environ 2,5 milliards de personne dans le monde souffrent du manque d'accès à un assainissement de base. Entre 2000 et 2003, 769 000 enfants sont décédés chaque année de diarrhée en Afrique Subsaharienne, soit plus de 2000 décès par jour (Houanou, 2008). La Direction des Études Démographique (2006) a montré qu'au Bénin, 14 % des enfants de 6 à 23 mois ont souffert de diarrhée en 2006.

Selon le rapport de l'OMS (2015), le système de santé béninois est financé environs à (42,2%) par les payements directs des ménages, ce qui limite leur accès aux soins et aux services de santé. Ce pourcentage est peu amélioré par rapport à celui de 52% que rapporte la PNS en 2010. Ce qui suppose qu'un pourcentage élevé de la population fait face aux dépenses catastrophiques des soins de santé. Ce segment regroupe les « sans-emploi », les artisans et revendeurs à bas revenu, les paysans et autres indigents. Ces couches sociales sont localisées un peu partout : tant dans les zones rurales que périurbaines et même au cœur des grandes agglomérations. Ce

groupe social se trouve exclu de toute couverture sociale institutionnalisée car ne possédant ni emploi stable, ni les moyens de souscrire à une assurance privée. Les services de santé publics dont bénéficient les pauvres sont les services fournis par les centres de santé (CS), premier niveau de soins dans certains villages ; les complexes communaux de santé (CCS) où sont dispensés les soins de santé primaires ; les centres de santé de sous-préfecture (CSSP); les hôpitaux de zones (HZ); les centres hospitalières départementales (CHD); les CNHU. Malgré les reformes du ministre de la santé, le système de santé est confronté à un problème d'accessibilité géographique, financière et aux soins de santé de qualité par les localités déshérités et éloignés. De plus un rapport du ministère de la santé publique a confirmé un certain nombre de dysfonctionnement dont un déséquilibre géographique des effectifs du personnel de santé en défaveur des localités déshéritées et éloignées ; une absence de la mobilité interne et externe du personnel (absentéisme, mutation, détachement, sollicitations professionnelles etc. ....) ; une pénurie de certaines catégories de ressources humaines (notamment les médecins spécialistes, les techniciens supérieurs de laboratoire et de radiologie, les anesthésistes; etc.); une pléthore de personnel d'appui et de soutien. A ceci j'ajoute le comportement de la population béninoise qui n'arrange pas les choses. Il est évident aujourd'hui que tous les pays africains notamment le Bénin recherche le bien-être de sa population. Au niveau mondial, 1,2 milliards de personnes pratiquent la défécation à ciel ouvert, 221 millions de personnes en Afrique subsaharienne (Aubry, 2005). Au Bénin, à la fin de l'année 2018, 41,9 % de la population béninoise avaient accès aux ouvrages d'évacuation d'excréta mais l'écart était important entre le milieu urbain (81,7 % de couverture) et le milieu rural (15,9 %) (Suivi Emicov, 2019)**.**

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

Paragraphe 2 : Définition des objectifs et hypothèses de recherche

A- Objectifs

1- Objectif général

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

2- Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont définis comme suit :

Objectif spécifique 1 : Analyser l'impact de la répartition des personnels de santé, infrastructures sanitaires sur l'accessibilité géographique de la population aux soins de santé de qualité.

Objectif spécifique 2 : Déterminer l'importance de la politique de financement sur le fonctionnement du système sanitaire.

B- Hypothèses de recherche

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

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

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

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

Paragraphe 1 : Revue de littérature

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

A- Clarification Conceptuelle

En accord avec le principe préétabli par Durkheim Emile en 1895 qui dit que « la première démarche du sociologue doit être de définir les choses dont il traite afin que l'on sache de quoi il est question », nous avons trouvé nécessaire de chercher à définir quelques notions clés de notre travail, afin que l'on sache exactement de quoi nous parlons :

1- La santé

La santé n'est pas un concept absolu ni une idée statique. Sa perception change continuellement d'un endroit à l'autre et d'une époque à l'autre. Les efforts destinés à définir la santé se heurtent à une difficulté principale qui vient du fait qu'une compréhension juste de la santé reflète des

circonstances culturelles, sociales et économiques, aussi bien que les perceptions individuelles et médicales de ce qui est normal, habituel et accessible. La définition la plus utilisée pour définir la santé est celle de l'Organisation Mondiale de la Santé dont la constitution précise que : **la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité** (OMS, 1946).

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

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

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

2- Système de santé

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

3- Le système de soins

Le système de soins fait référence au dispositif mis en place pour la prise en charge de la maladie. D'après Dussault, (1995), le système des soins désigne l'ensemble des ressources humaines, matérielles, financières, informationnelles et symboliques, utilisées selon des modalités variables, pour produire des soins et des services visant à modifier ou maintenir l'état de santé.

Soins de santé primaire : Les soins primaires ou essentiels sont donnés à l'occasion du premier contact des individus, des familles, et de la communauté avec le système de santé ; ils apportent les soins aussi près que possible de l'endroit où les gens vivent et travaillent ; c'est le premier élément du processus assurant la continuité des soins. Ils exigent la participation du niveau local à l'élaboration et à la réalisation des activités nécessaires pour fournir des services tels que de l'eau potable, une nourriture saine, l'instruction et l'hygiène (OMS, 1981). Ils représentent, dans le cadre du travail, les soins de première ligne.

4-Qualité des soins :

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

5- Intégration des soins :

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

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

La régulation des systèmes de santé ne peut se confondre avec la régulation (ou la maîtrise) de la dépense, mais concerne l'obtention (et la définition) du meilleur résultat possible pour les ressources utilisées. L'analyse économique des modes de régulation des systèmes de santé emprunte donc ses concepts largement autant à l'économie industrielle, à l'économie du risque et de l'assurance et aux théories de la justice qu'à la théorie des finances publiques. Elle nourrit bien entendu ces concepts des apports empiriques de l'épidémiologie (clinique et sociale) et de l'observation des choix effectués par les consommateurs ou leurs représentants politiques en matière de soins.

Burton Weisbrod (1991) a décrit la régulation des systèmes de santé comme un quadri lemme: comme dans tout système public à financement obligatoire, il sera question de coûts d'opportunité de la dépense publique (donc de maîtrise budgétaire et de détermination des contributions obligatoires), mais aussi, et de manière tout aussi importante, de garantie de qualité de ce qui est produit et offert, d'équité dans la répartition, et d'encouragement à l'innovation (au sens de produits nouveaux plus que de procédés nouveaux).

L'objet de la régulation en politique de santé est donc d'obtenir un compromis entre un niveau de dépense (donc de contribution) jugé acceptable, une qualité de soins servie en moyenne jugée acceptable, une distribution de cette qualité dans la population jugée elle aussi acceptable, enfin une flexibilité suffisante pour encourager le progrès médical et des gains en longévité et en qualité de vie. Dans cette définition, la qualité s'entend donc au sens de « ce qui est procuré dans le cadre des connaissances et possibilités techniques du moment ».

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

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

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

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

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

dont ses quatre fonctions essentielles sont explicitées et exécutées, et enfin du degré d'intégration existant entre les divers groupes sociaux que composent la population

Paragraphe 2 : La méthodologie de recherche

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

A- **Méthodologie**

Cette partie est consacrée à la description de la zone d'étude, la présentation des outils méthodologiques exploités pour l'analyse des données. Elle présente également la source et la description des variables et de la base des données en plus la taille l'échantillon que nous avons utilisées dans le cadre de ce travail

1) Approches théoriques

Il s'agit ici de la revue documentaire qui tend à renchérir les informations récemment obtenues à travers d'autres sources. En effet, elle nous a permis d'approfondir nos connaissances théoriques sur le thème de notre étude et de tirer des informations sur les diverses expériences en la matière afin de nous permettre de déterminer les causes réelles se trouvant à la base des problèmes spécifiques. C'est à cette fin que nous devons la réalisation de notre revue de littérature. Pour tenter de répondre aux questions soulevées dans la problématique, nous nous sommes inspirés :

- Des rapports et annuaires des statistiques Sanitaires de 2017 à 2019 de l'INSAE, du FBR, PNPS, de l'OMS, du PNUD et de l'USAID.
- Des informations, statistiques et rapports du Ministère de la Santé Publique du Bénin ;
- De la littérature spécialisée sur la typologie, le financement et la réforme des systèmes de santé en général et sur ceux des pays en développement en particulier.

Les expériences d'autres pays nous ont été également utiles. Ainsi, nous nous sommes référés à la réflexion menée sur d'autres pays par certains auteurs. Enfin, nous avons complété ce potentiel d'informations et de données par des contacts avec certaines "personnes ressources" du Ministère de la Santé Publique du Bénin. Cette démarche nous amènera à organiser le travail en deux grandes parties. D'abord, nous commencerons par caractériser le système de santé béninois, le décrire à partir de sa structuration et de ses fonctions essentielles. Ensuite, nous nous intéresserons à la répartition des personnels ; infrastructures de santé sur le territoire national ; aux

comportements stratégiques des organismes de santé et aux mécanismes mise en place pour un bon fonctionnement du système de santé. Enfin, nous mettrons en relief les forces et faiblesses du système de même que les mesures susceptibles d'en améliorer la performance.

2) Approches pratiques

Outils de mobilisation et de présentation des données, les approches pratiques permettent la mise en œuvre des méthodes d'investigation envisagées. Les informations relatives à notre étude ont été recueillies au moyen d'une documentation constituée à cette fin, d'un questionnaire et d'un guide d'entretien.

- **Collecte des données**

  Elle présente la population d'étude, le processus d'échantillonnage et les outils d'obtention des données.

1. Population d'étude et échantillonnage

a. Population d'étude

Dans le cadre de notre étude, la population cible est composée d'un ensemble de professionnels de santé diplômés du Bénin et sont au nombre de 100.

2. Recherche documentaire et enquêtes

a. Recherche documentaire

La recherche documentaire constitue l'outil qui a été le plus utilisé. Elle nous a permis de consulter des documents qui traitent le phénomène du niveau d'éducation et emploi en général, les mémoires, les revues et les journaux. Cette recherche documentaire a été complétée par des informations recueillies sur les sites internet.

b. Enquêtes

Il a été question de faire une pré-enquête auprès de 10 professionnels de santé afin de tester notre questionnaire. Cela nous a permis de corriger certaines questions dont la compréhension paraissait difficile ou confuse.

c. Questionnaire d'enquête

Un questionnaire a été administré aux enquêtés ou non, afin de bien cerner les causes de la situation de stairan, et d'avoir leur appréciation par rapport à la politique à mettre en place.

3. Sources, techniques de dépouillement et outils d'analyse des données

- **Techniques de dépouillement et outils d'analyse**

a) Technique de dépouillement

Les données collectées sont à la fois qualitatives et quantitatives. Après la collecte, nous avons dépouillé manuellement avant de les traiter et de les analyser au moyen de l'outil informatique.

b) Outils d'analyse de données

L'analyse a été réalisée à l'aide des logiciels EXCEL et Stata 13 qui nous ont permis d'avoir l'analyse statistique.

Cette analyse statistique a été obtenue par la **Fréquence relative** donnée par la formule $\mathbf{F_i = X_i / \sum X}$

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

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

1- Cadre opérationnel et technique de vérification des hypothèses

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

Analyse et technique de vérification de l'hypothèse 1

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

Analyse et technique de vérification de l'hypothèse 2

Pour analyser le niveau de dépendance financière dans la demande des soins de santé, nous nous servirons d'abord du taux d'évolution des principales pathologies (maladies), des ressources extérieures et celles propres qui constituent la ressource financière de notre système sanitaire. Ensuite du ratio Budget Santé par rapport au Budget Général de l'Etat. Enfin le taux de fréquentation des lieux de soins, pour procéder à l'examen de son impact sur le système. Cette hypothèse serait infirmée si la demande de santé diminue et la prévalence des maladies ainsi que le taux de mortalité s'accoisent sur toute la période d'étude.

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

Plusieurs difficultés ont été rencontrées lors de la réalisation des enquêtes. Nous avons par exemple été confrontés à des réticences de la part de certaines personnes dont nous nous sommes rapprochées, la méfiance et le refus de certains agents à fournir des informations nécessaires à notre cadre d'étude. Quant aux limites des données recueillies, elles sont liées à la marge d'erreur pouvant provenir de la négligence ou de la méfiance à livrer les valeurs exactes dans les annuaires des statistiques sanitaires de 2017, 2018 et 2019. Toutefois, ces difficultés et limites ne sont pas de nature à disqualifier le caractère scientifique et technique des résultats que nous présenterons.

CHAPITRE II : PRESENTATION, ANALYSE DES RESULTATS ET APPROCHES DE SOLUTION

Le présent chapitre expose les résultats de l'étude, l'analyse de ces résultats et le diagnostic suivant la validation des différentes hypothèses des approches de solution.

Section 1: Présentation et analyse des résultats

Paragraphe 1 : Présentation des résultats

A- CARCTERISTIQUE DU SYSTEME BENINOIS

Le système de santé béninois est caractérisé en 2018 par un taux bruit de mortalité 6 ,7 pour 1000. En ce qui concerne les maladies transmissibles à potentiels épidémiques tel que la rougeole (363 cas avec 67 décès), la fièvre lassa (23 cas contre 3 décès) en 2019. Par ailleurs, l'incidence des trois maladies prioritaires : le paludisme, les IST/VIH/Sida et l'anémie demeure inquiétante. Malgré les progrès accomplis dans le domaine de la prévention et du traitement, les statistiques sanitaires nationales de 2019 révèlent que le paludisme se situe toujours au 1er rang des affections et représente 45,5% des motifs de recours aux soins dans les formations sanitaires ; ce chiffre est de 48,8 % chez les enfants de moins de 5 ans. Le paludisme constitue également la première cause d'hospitalisation tant pour la population générale que pour les enfants de moins de 5 ans, avec respectivement 21,3 % et 38,5 % des causes d'hospitalisation en 2019. Il constitue donc un problème majeur de santé publique au Bénin à cause des pertes en vies humaines, du coût élevé pour la prise en charge des cas et sa part dans la mortalité maternelle et infantile. Par rapport au VIH/SIDA, sa prévalence a augmenté de 1,55% sur le plan national en 2019. Quant à l'anémie, son taux d'incidence est 1,3% sur le plan national en 2019. Elle fait partie des maladies opportunistes du VIH/SIDA.

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

Au Benin, l'espérance de vie a progressé au cours des dernières décennies ; en 2017, elle était estimée à 64,6ans selon l'INSAE pour les deux sexes. Des améliorations ont aussi été notées pour le taux de mortalité infantile et le taux de mortalité infanto juvénile passent de 60,7 /1000 et 94,3/1000 en 2009 à 56,4/1000 et 75,5/1000 en 2017 respectivement. En revanche, la mortalité maternelle recule très lentement et serait passée de 498/100 000 naissances vivantes

en 1996 à 391/100 000 en 2017-2017-2018, malgré le nombre croissant d'accouchements en présence d'agents de santé qualifiés, soit 88 % en 2017.Par conséquent, l'OMD 4 peut encore être réalisé alors que le pays n'est pas en bonne voie pour l'OMD 5. On note des inégalités entre zones rurales et urbaines et entre les différents quintiles de pauvreté. (PNUD, 2017)

B- ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE AU BENIN

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

Tableau 1 : Système national de santé au Bénin en 2019

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

INTERMEDIAIRE ou DEPARTEMENTAL	Direction Départementale de la Santé	- Centre Hospitalier Départemental (CHD) - Centre d'Information, de Prospective, d'Ecoute et de Conseil (CIPEC) - Centre de traitement Anti Lèpre (CTAL) - Centre de l'Ulcère de Buruli d'Allada et de Pobè - Centre de Pneumo-phtisiologie d'Akron - Centre Départemental de Transfusion Sanguine	Médecine Pédiatrie Chirurgie Gynéco-obstétrique O.R.L Ophtalmologie Radiologie Laboratoire Autres spécialités Banque de Sang
PERIPHERIQUE	Zone Sanitaire (Bureau de Zone)	Hôpital de Zone (HZ) CHUZ (Centre Hospitalier Universitaire de Zone) Centre de Santé (CS) Site de prise en charge du VIH /SIDA Centre d'Action pour la Solidarité et l'Evolution de la Santé (CASES) Formation sanitaire privée/confessionnelle Centre de Détection de la Tuberculose (CDT) Centre de dépistage de la lèpre et de l'ulcère de Buruli	Médecine générale Chirurgie d'urgence Gynéco-obstétrique Soins curatifs Accouchements Radiologie Laboratoire Vaccination IEC/CCC Pharmacie ou dépôt pharmaceutique Loisirs Alphabétisation ABC Activités à base communautaire

		Centre de Dépistage Volontaire de VIH (CDV) Unité Villageoise de Santé (UVS)	

Source : SGSI/DPP/MS 2019

En plus des structures publiques, le système sanitaire béninois regorge de praticiens en clientèle privée de soins et d'acteurs de la médecine traditionnelle.

C- Fonctions des niveaux

1- NIVEAU CENTRAL

Le Ministère de la Santé, conformément au Décret 426 du 20 juillet 2016 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 règlementation en vigueur au Bénin, aux visions et politique de développement du Gouvernement. Le Ministre de la Santé est responsable de la promotion sanitaire au Bénin. A ce titre, il est chargé de:

- Concevoir, appliquer et contrôler la politique sanitaire nationale et internationale de l'Etat
- Définir et suggérer au Gouvernement, au besoin, de concert avec d'autres départements ministériels, les stratégies et programmes d'actions conformes à la politique sanitaire ;
- Développer et exécuter, en collaboration avec les autres départements ministériels, les politiques de formation et de mise à niveau du personnel de santé. Le niveau central comprend :
- Le Cabinet du Ministre ;
- L'Inspection Générale du Ministère ;
- Les services directement rattachés au Ministre ;

- Secrétariat Général du Ministère ;
- Les directions centrales et techniques ;
- Les établissements hospitaliers de référence ;
- Les organismes sous tutelle ;
- Les organes consultatifs nationaux.

2- NIVEAU INTERMEDIAIRE

Au nombre de 12, les Directions Départementales de la Santé (DDS) représentent le niveau intermédiaire du système de santé et sont les organes de programmation, d'intégration et de coordination de toutes les actions de santé au niveau du département. Elles supervisent les structures de santé des niveaux intermédiaire et périphérique.

3- NIVEAU PERIPHERIQUE

Le niveau périphérique constitue la base de la pyramide sanitaire et compte 34 zones sanitaires réparties sur toute l'étendue du territoire national. La zone sanitaire représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. Elle est organisée sous forme d'un réseau de services publics de premier contact (Centres de Santé, maternités isolées et dispensaires isolés) et de formations sanitaires privées, le tout appuyé par un hôpital de première référence public ou privé (hôpital de zone) destiné à desservir une aire qui abrite entre 100.000 et 200.000 habitants. Toujours au niveau de la zone sanitaire, on retrouve le comité de santé qui est l'organe de décisions de la mise en œuvre de toutes les interventions au niveau de la Zone. L'Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire est garante de la mise en œuvre de la politique, des directives et normes des interventions de santé au niveau périphérique. Elle a pour rôle d'apporter un appui technique au fonctionnement des cellules d'appui à la santé communautaire et des comités locaux de santé. Elle rend compte de ces actions au comité de santé.

La santé communautaire se développe au niveau de chaque commune. Le relais communautaire (RC) est une personne non salariée, de sexe masculin ou féminin, volontaire, choisie/désignée par sa communauté selon des critères définis et validés par celle-ci, pour la promotion de la santé au niveau de sa localité. Toutefois, les critères de base tels que le volontariat, la disponibilité et la résidence dans la localité sont suggérés. Le RC participe à l'amélioration des conditions socio-sanitaires des populations qui l'ont désigné. L'unité d'appui à la santé communautaire comprend : la point focale santé de la mairie, le médecin chef, le responsable du développement rural, le responsable du centre de promotion sociale, le chef de circonscription scolaire de la commune sous la tutelle du maire de la commune. L'unité est l'organe d'exécution de toutes les décisions prises par le conseil communal en matière d'interventions communautaires à qui elle est redevable. Le responsable de l'aire de santé et son équipe sont liés au Chef D'Arrondissement par un contrat de partenariat. Les responsabilités du chef poste et de son équipe sont : superviser, coacher, monitorer la performance et recycler périodiquement les RC de son aire sanitaire.

D- Ressources Sanitaires

Les ressources sanitaires regroupent les ressources en infrastructures sanitaires ; les ressources humaines et les ressources financières.

1- Infrastructures sanitaires

Les infrastructures sanitaires sont l'ensemble des équipements (lits, fauteuil roulant, etc.) et des établissements de santé (Hôpitaux, dispensaires, cabinets, pharmacies etc.). Plus, ces infrastructures sont développées, meilleurs est la santé de la population du pays. Dans cette étude nous nous intéressons à la répartition du nombre de lits dans les Hôpitaux selon l'effectif de la population par département en 2017, 2018 et 2019 et de la fonctionnalité des Hôpitaux de 2017 à 2019.

Tableau 2: Répartition du nombre de lits dans les hôpitaux selon l'effectif de la population par département en 2017, 2018 et 2019

Département	Population			Nombre de lits		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Alibori	973 541	1 001 552	1 030 003	251	254	288
Atacora	866 653	891 580	917 249	651	662	159
Atlantique	1 569 104	1 614 229	1 660 221	186	234	291
Borgou	1 362 775	1 401 993	1 441 768	770	1210	954
Colines	805 174	828 332	851 913	250	216	275
Couffo	836 193	860 195	884 983	191	135	208
Donga	609 555	627 095	644 898	209	235	246
Littoral	761 897	783 788	806 241	925	785	894
Mono	557 977	574 016	590 413	408	324	399
Ouéme	1 234 811	1 270 307	1 279 806	409	352	619
Plateau	698 360	718 429	738 988	170	158	143
Zou	955 509	982 959	1 011	632	870	643
Bénin	11 231 549	11 554 473	11 857 627	5 052	5435	5119

Source : SGSI/DPP (2017, 2018, 2019)

Le tableau ci-dessus nous permet de dire qu'il y a une amélioration en terme du nombre de lit dans les hôpitaux car le nombre a augmenté au cours des années sauf en 2019. Seulement qu'il y une diminution du nombre de lit dans certains départements au niveau des hôpitaux alors que la population ne cesse d''augmenter.

Tableau 3 : Fonctionnalités des hôpitaux en 2017 et 2019

Département	Zone sanitaire	Hôpital de zone

		Existence		Fonctionnalité		Observations	
		2017	2019	2017	2019	2017	2019
ALIBORI	Banikoara	Oui	Oui	Oui	Oui	A réhabiliter	A réhabiliter
	Malanville/Karimama	Oui	Oui	Oui	Oui	A réhabiliter	A réhabiliter
	Kandi/Gogonou/Ségbana	Oui	Oui	Oui	Oui	Bon	Bon
ATACORA	Natitingou/Boucoumbé/Toucountouna	Oui	Oui	Oui	Oui	Bon	Hôpital confessionnel (Bon)
	Kouandé/Ouassa/Péhunco/Kérou	Oui	Oui	Oui	Oui	Bon	Bon
	Tanguiéta/Matéri/Cobly	Oui	Oui	Oui	Oui	Hôpital confessionnel (Bon)	Bon
ATLNTIQUE	Abomey-Calavi/So-Ava	Oui	Oui	Oui	Oui	Bon	Bon
	Allada/Toffo/Zè	Non	Non	Non	Non	En cours de construction	BON
	Ouidah/Kpomassè/Tori/Bossito	Oui	Oui	Oui	Oui	Bon	Bon
BORGOU	Bembèrèkè /Sinendé	Oui	Oui	Oui	Oui	Hôpital confessionnel (à réhabiliter)	Hôpital confessionnel
	Nikki/Kalalé/Pèrèrè	Oui	Oui	Oui	Oui	Hôpital associatif (A réhabiliter)	Hôpital associatif (A réhabiliter)
	Parakou/N'dali	Oui	Oui	Oui	Oui	Hôpital confessionnel (A réhabiliter)	Hôpital confessionnel
	Tchaourou	Oui	Oui	Oui	Oui	Hôpital confessionnel (A réhabiliter)	Hôpital confessionnel
COLLINES	Savalou/Bantè	Oui	Oui	Oui	Oui	A réhabiliter	A réhabiliter
	Dassa-Zoumè/Glazoué	Oui	Oui	Oui	Oui	Bon	Bon
	Savè/Ouèssè	Oui	Oui	Oui	Oui	A construire	A construire
COUFFO	Aplahoué/Djakotomè/Dogbo	Oui	Oui	Oui	Oui	Bon	Bon
	Klouékanmè/Lalo/Toviklin	Oui	Oui	Oui	Oui	Bon	Bon
DONGA	Bassila	Oui	Oui	Oui	Oui	Bon	Bon

	Djougou/Copargo/Ouaké	Oui	Oui	Oui	Oui	Extension en cours	Bon
LITTORAL	Cotonou 1/Cotonou 4	Non	Non	Non	Non	A construire	A construire
	Cotonou 2/ Cotonou 3	Oui	Oui	Oui	Oui	Bon	Bon
	Cotonou 5	Oui	Oui	Oui	Oui	Bon	Bon
	Cotonou 6	Non	Oui	Non	Oui	A construire	Bon
MONO	Lokossa/Athiémè	Oui	Oui	Oui	Oui	A construire	A construire
	Comè/Grand-Popo/Bopa/Houéyogbé	Oui	Oui	Oui	Oui	Bon	Bon
OUEME	Adjohoun/Dangbo/Bonou	Oui	Oui	Oui	Oui	A construire	A construire
	Akpro/missérété/Avrankou/Adjarra	Non	Non	Non	Non	A construire	A construire
	Porto-Novo/Sèmè-Kpodji/Aguégués	Non	Non	Non	Non	A construire	A construire
PLATEAU	Pobè/Kétou/Adja-Ouèrè	Oui	Oui	Oui	Oui	Chantier en souffrance	Chantier en souffrance
	Sakété/Ifangni	Oui	Oui	Oui	Oui	Bon	Bon
ZOU	Abomey/Agbangnizoun/Djidja	OUI	OUI	OUI	Non	Bon	Bon
	Covè/Ouinhi/Zagnanado	Oui	Oui	Oui	Oui	Bon	Bon
	Bohicon/Za-Kpota/Zogbodomè	Non	Non	Non	Non	A construire	A construire

Source : SGSI/DPP (2017, 2019)

Le tableau nous montre la fonctionnalité des hôpitaux en 2017 et 2019.A travers ce tableau on notera le lancement de la construction des Hôpitaux de Zone dans les zones sanitaires dont il n'existe pas.

De plus la réhabilitation des hôpitaux de zone est l'une des objectifs de l'Etat pour réduire la distance à parcourir aux populations qui n'ont pas d'hôpital de zone et/ou ce dernier ne fonctionne pas correctement. Au fur et à mesure que l'année et la population s'accroissent, on constate la construction des : Hôpitaux de Zone, centre de santé, dans les localités dont le besoin se fait ressenti.

De plus le taux de couverture en infrastructures sanitaires est de 94,3% en 2017 ; 96% en 2018 et 96% 2019 selon SGSI/DPP (2017, 2018,2019) donc il y a une amélioration au niveau de la couverture en infrastructure.

La répartition du personnel de santé et infrastructure sanitaire facilitent une accessibilité aux soins de santé de qualité à la population et notamment aux localités éloignés. Toutes fois ils souffrent de personnel de santé et une mauvaise répartition des équipements dans les différents départements, communes et zones.

2- Ressources Humaines

La mission du Département Ressources humaines pour la santé de l'OMS est de "faire en sorte que toutes les populations puissent de manière équitable compter sur du personnel de santé motivé, qualifié et bien soutenu, afin d'atteindre un niveau de santé le plus élevé possible."

Ici on s'intéressera juste aux personnels c'est à dire les médecins, les infirmiers, les infirmières, les Sages-femmes, les techniciens de laboratoire et radiologies en se basant sur les données des 3 dernières années

Tableau 4 : Principaux ratios du personnel soignant par corps et par département en 2019

Départ	Population	FAP	Nb	Nb d'hab/Méd	Médpour 1000hab	Nb	Nb d'hab/inf	Nb d'inf pour 5000	NB	Nbd'hab/SF	Nbde SFpour 5000	Nb	Nb d'hab/TL	Nb	Nbd'hab/TR
Alibori	1 030 003	237 259	23	44 783	0	175	5 886	1	39	6 084	1	22	46 818	6	171 667
Atacora	917 249	210 372	51	17 985	1	263	3 488	1	40	5 259	1	38	24 138	13	70 558
Atlantique	1 660 221	427 866	102	16 277	1	380	4 369	1	157	2 725	2	45	36 894	13	127 709
Borgou	1 441 768	336 265	14	102 983	0	224	6 436	1	60	5 604	1	15	96 118	0	
Collines	851 913	208 677	21	40 567	0	148	5 756	1	40	5 217	1	18	47 329	5	170 383
Couffo	884 983	226 517	16	55 311	0	120	7 375	1	40	5 663	1	15	58 999	5	176 997
Donga	644 898	157 077	20	32 245	0	154	4 188	1	34	4 620	1	25	25 796	6	107 483
Littoral	806 241	231 891	97	8 312	1	202	3 991	1	129	1 798	3	47	17 154	12	67 187
Mono	590 413	146 822	17	34 730	0	114	5 179	1	34	4 318	1	14	42 172	8	73 802
Oueme	1 279 806	365 190	124	10 321	1	499	2 565	2	219	1 668	3	50	25 596	14	91 415
Plateau	738 988	186 888	27	27 370	0	115	6 426	1	42	4 450	1	18	41 055	4	184 747
Zou	1 011 144	253 078	49	20 636	0	276	3 664	1	71	3 564	1	30	33 705	6	168 524
Bénin	**11 857 627**	**2 987 900**	**561**	**21 137**	**0**	**2 670**	**4 441**	**1**	**905**	**3 302**	**2**	**337**	**35 186**	**92**	**128 887**

Source : DHIS2, 2019

Le tableau ci-dessus nous présente le Ratio du personnel soignant par corps et par département de 2019.A travers ce tableau nous constatons que presque dans tous départements

malgré l'effectif de la population le nombre de médecins et de sages est trop petit. Ces derniers n'arrivent pas à s'occuper de tous les patients vus le nombre.

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

EX : Calculons le nombre d'habitant par médecin (Nb d'hab. par Méd.) du département de de l'Atlantique en 2019

Nb d'hab. / Méd. Atlantique= Effectif de la population Atlantique / Nb. de Méd. Atlantique

Nb d'hab. / Méd. Atlantique= 1660221/102= 16 277

Interprétation : Ce ratio nous renseigne sur le nombre de personne qu'un personnel de santé doit prendre en charge. Dans le cas calculé ci-dessus, dans le département de l'Atlantique on dispose d'un médecin pour soigner 16277 Habitants.

NB : selon l'OMS il faut 25 personnels qualifiés pour 10.000 Habitants.

Tableau 5: Répartition des Médecins et Infirmiers selon l'effectif de la population par département en 2017, 2018et 2019

Dépat	Population			Nbre de Médecin			Nbre.d'hab/Médecin			Nbre d'infirmier			Nbre.d'hab/Infirmier		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Alibori	973541	1001432	1030003	35	21	23	27815	40045	44783	244	157	175	3990	6379	5886
Atacora	866653	891528	917249	45	48	51	19259	11515	17985	283	255	263	2908	3496	3488
Atlantique	1569104	1 614 168	1660221	330	58	102	4755	3721	16277	919	331	380	1707	4877	4369
Borgou	1362775	1401774	1441768	148	13	14	9208	14109	102983	691	237	224	1972	5915	6436
Collines	805174	828282	851913	35	14	21	23005	24711	40567	259	155	148	3109	5344	5756
Couffo	836193	860434	884983	24	17	16	34841	34554	55311	163	140	120	5131	6281	7375
Donga	609555	627010	644898	31	21	20	19663	25486	32245	255	191	154	2390	3283	4188
Littoral	761897	783877	806241	585	69	97	1302	1232	8312	991	232	202	769	3379	3991
Mono	557977	574036	590413	68	48	17	8206	13106	34730	258	166	114	2163	3458	5179
Ouémé	1234811	1270347	1279806	288	112	124	4288	5080	10321	717	413	499	1722	3076	2565
Plateau	698360	718489	738988	38	19	27	18378	16563	27370	148	97	115	4719	7407	6426
Zou	955509	983096	1011144	63	49	49	15167	13832	20636	373	276	276	2562	3562	3664
Bénin	11231549	11554473	11857627	1690	489	561	6646	5449	21137	5301	5138	2670	2119	4365	4441

Source : SGSI/DPP (2017, 2018, 2019)

Interprétation

Le tableau nous présente la répartition des médecins et infirmiers de 2017,2018 et 2019.A partir de ce tableau on retient qu'on dispose en moyenne d'un Médecin pour soigner 6646 Hab. en 2017 ; 5449 Hab. en 2018, 21137Hab. en 2019.

IL ya une diminution de la charge des Médecins de 1197Hab. en 2018 et une augmentation de cette charge de 15688 Hab. en 2019.

Pour celui des infirmiers on dénombre 2119 Hab. en 2017, 4365 Hab. en 2018 et 4441 Hab. en 2019 à la charge d'un infirmier, soit une augmentation de 1754 Hab. 2018 et une augmentation de cette dernière de 76 Habitants. On remarque une insuffisance de Médecin en 2019 par rapport à 2018 pour faire face à l'augmentation de la population contrairement à celui des infirmiers qui a connu une amélioration. Ce qui explique le manque de Médecin en 2019.

Cela s'observe plus au niveau des départements (par exemple en 2019 dans l'Atlantique on n'a 1 médecin pour 16 27 habitants contre 1 médecin pour 8312 habitants dans Littoral).

Les départements telques l'Atlantique, Ouémé Littoral, ont des normes supérieures à celles préconisées par l'OMS. Les normes de l'OMS il faut 25 personnels qualifiés Selon pour 10.000 Habitants. Tous les autres départements sont en dessous de cette norme. La distribution du personnel médical n'est donc pas équitable ; cette inégale répartition est encore plus accentuée d'une commune à une autre. Le ratio nombre d'infirmier a un niveau plus de deux fois meilleur dans le couffo (7375) à celui du niveau national en 2019 alors que le département de l'Ouémé (2565) a un niveau environ deux fois inférieur à ce dernier. Donc une inégalité d'accessibilité aux soins de santé de qualité sur le territoire.

Tableau 6: Répartition des Sages-femmes selon l'effectif de la population par département en 2017, 2018 et 2019

Dépat	Population			FAP			Nbre de Sage-Femme			Nbre.FAP/SF		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Alibori	973541	1001432	1030003	213971	220123	237259	41	33	39	5219	6670	6084
Atacora	866653	891528	917249	188728	194154	210372	42	43	40	4839	4515	5259
Atlantique	1569104	1 614 168	1660221	388907	400089	427866	353	137	157	1102	2920	2725
Borgou	1362775	1401774	1441768	304292	313041	336265	108	50	60	2818	6261	5604
Collines	805174	828282	851913	188954	194386	208677	40	38	40	4724	5115	5217
Couffo	836193	860434	884983	203059	208898	226517	33	37	40	6153	1194	5663
Donga	609555	627010	644898	141980	146062	157077	94	33	34	1510	4426	4620
Littoral	761897	783877	806241	213483	219621	231891	327	117	129	653	1877	1798
Mono	557977	574036	590413	132358	136164	146822	68	48	34	1946	2837	4318
Ouémé	1234811	1270347	1279806	305842	314635	365190	289	195	219	1058	1614	1668
Plateau	698360	718489	738988	169388	174258	186888	36	32	42	4705	5446	4450
Zou	955509	983096	1011144	228073	234630	253078	94	81	71	2426	2897	3564
Bénin	11231549	11554473	11857627	2679035	2756061	2987900	1525	844	905	1757	2807	3302

Source : SGSI/DPP/ (2017, 2018, 2019)

Le tableau ci-dessus nous présente la répartition des Sages-femmes selon l'effectif de la population par département en 2017, 2018 et 2019. Ainsi à partir de ce tableau nous avons en moyenne une sage-femme pour servir 1757 Femmes en Âges de Procréer (FAP) en 2017, 2807 FAP en 2018 et 3302 FAP en 2019, soit une augmentation de travail des Sages-femmes de 1050 en 2018 et une augmentation de 450 FAP en 2019. On peut conclure il ya moins de sages-femmes en 2018 comparativement à 2019 pour s'occuper des patients en cas de besoin.

Tableau 7: Répartition des techniciens de laboratoires(TL) et de radiologie(TR) selon l'effectif de la population par département en 2017, 2018 et 2019

Départ	Population			Nb de TL			Nb.d'hab/TL			Nb de TR			Nb.d'hab/TR		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Alibori	973541	1 001 432	1 030 003	21	22	22	46359	45520	46818	3	6	6	324514	166905	171667
Atacora	866 653	891 528	917 249	48	37	38	18055	24095	24138	11	11	13	78787	81048	70558
Atlantique	1 569 104	1 614 168	1 660 221	108	30	45	14529	53806	36894	7	17	13	224158	94951	127709
Borgou	1 362 775	1 401 774	1 441 768	49	19	15	27812	73778	96118	8	2	0	170347	700887	/
Collines	805 174	828 282	851 913	31	22	18	25973	37649	47329	3	7	5	268391	118326	170383
Couffo	836 193	860 434	884 983	16	14	15	52262	61460	58999	7	6	5	119456	143406	176997
Donga	609 555	627 010	644 898	25	18	25	24382	34834	25796	5	3	6	121911	209003	107483
Littoral	761 897	783 877	806 241	191	31	47	3989	25286	17154	15	12	12	50793	65323	67187
Mono	557 977	574 036	590 413	29	20	14	19241	28702	42172	15	8	8	37198	71755	73802
Ouémé	1 234 811	1 270 347	1 279 806	65	44	50	18997	28872	25596	25	18	14	49392	70755	91415
Plateau	698 360	718 489	738 988	13	15	18	53720	47899	41055	5	4	4	139672	179622	184747
Zou	955 509	983 096	1 011 144	46	35	30	20772	28088	33705	5	5	6	191102	196619	168524
Bénin	11 231 549	11 554 473	11 857 627	642	297	337	17495	37637	35186	109	99	92	103042	116712	128887

Source : DHIS2/ (2017, 2018, 2019)

Le tableau ci-dessus nous présente la répartition des techniciens de laboratoires et radiologies selon l'effectif de la population par département en 2017,2018 et 2019.Ainsi à partir de ce tableau nous pouvons affirmer qu'on n'a en moyenne un technicien de Laboratoire et un Radiologie respectivement pour 17495 Hab. et 103042 en 2017, 37637 Hab. et 116712 Hab. en 2018 , 35186 Hab. et 128887 Hab. en 2019.Il y a une augmentation du nombre de la population à la charge des techniciens de laboratoires de 20142 Hab. en 2018 et une diminution de cette dernière de 2151 Hab. en 2019 .ce qui justifie l'effectif du nombre de technicien de Laboratoire en 2019 comparativement à 2018 qui est faible.

En ce qui concerne les techniciens de radiologie on note une augmentation du nombre de population à la charge de ces derniers de 13670 Habitants en 2018 et une augmentation de 12175 Habitants en 2019.Ce secteur a connu une petite amélioration comparativement à l'année écroulée. Au niveau du tableau il faut aussi notifier qu'il une forte quantité de technicien de

laboratoire et de radiologie dans certains départements ce qui n'assure pas l'équité aux soins au niveau de chaque département.

Tableau 8 : Répartition des personnels paramédicaux privés par département

Départ	Médecins		infirmiers		Sage-femme		Techniciens de labo	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Alibori	13	13	87	87	7	7	1	1
Atacora	26 /28	26	113	81	7/13	7	18 / 0	18
Atlantique	266	266	603	603	230	230	74	74
Borgou	94	94	347	347	42	42	16	16
Collines	20	20	72	72	12	12	18	18
Couffo	11	11	42	42	3	3	7	7
Donga	11	11	101	101	48	48	2	2
Littoral	445	445	441	441	150	150	94	94
Mono	13	13	56	56	8	8	7	7
Ouémé	147	147	215	215	123	123	17	17
Plateau	29	29	41	41	6	6	2	2
Zou	19	19	120	120	20	20	12	12
Total	1122	1094	2319	2206	669	656	268	268

Source : SGSI/DPP (2017, 2018, 2019)

Le tableau ci-dessus nous présente la répartition des personnels paramédicales privés par département en 2017 et 2018.Le secteur privé aide le secteur public dans l'offre des services de santé...Mais le constat fait ici est que le nombre de médecins, infirmiers, Sages-femmes et techniciens de laboratoires a connu une légère diminution en 2018.Cela peut être lié à l'actuel régime mise en place par l'actuel gouvernement pour s'occuper des patients surtout en matière du secteur privé.

Tableau 9 : nombre de départ à la retraite de 2012 à 2018

		Nombre de départ à la retraite					
Catégories	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Mé.généraliste	15	2	4	16	2	2	2

Médecin spécialiste	1	25	25	22	16	0	0
Pharmaciens	0	1	0	2	0	0	0
Chirurgiens-dentistes	1	2	1	0	0	0	1
Technicien Assainissement	0	0	0	2	0	3	8
Technicien Labo/Radiologie	16	14	14	26	47	1	3
Technicien et animateur Action sociale	0	1	1	1	1	5	4
Infirmiers Diplômés d'Etat	33	22	14	26	47	1	3
IDE Spécialistes	18	25	21	21	30	0	-
Sages-Femmes	32	31	36	24	35	4	6
SFE Spécialistes	0	0	1	4	5	0	-
Infirmiers brevetés	22	39	14	40	31	14	16
Aides-soignants	10	26	3	31	3	35	42
Inspecteur d'action sanitaire	-	-	-	-	-	1	-
Agents Entretien Service Santé	6	0	1	8	0	28	16
Personnel Administratif	14	12	12	41	11	31	49
Total	168	200	157	264	228	125	150

Source: DAF/MS, 2018

Le tableau ci-dessus nous présente le nombre de départ à la retraite de 2012 à 2019.Ainsi sur les 7 dernières années 46 médecins généraliste sur sont parties à la retraite contrairement à 94 médecins spécialistes. Il faut noter qu'en 2017 et 2018 aucun médecin n'est parti à la retraite. En ce qui concerne les techniciens de Laboratoire/Radiologie 125 sont partis à la retraite sur les 7 dernières années. Ce qui justifie le manque de personnel dans ce domaine surtout en 2019.CeCI vient confirmer les analyses faites au niveau du tableau précédent. Pour les Sages-femmes 180 sont parties à la retraite de 2012 à 2019. Ceci explique le manque de Sages-femmes pour s'occuper des personnes qui sont dans le besoin.

3- Ressources financières du système sanitaires Béninois

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

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

Les ressources externes *:* Elles relèvent aussi bien des accords bilatéraux que multilatéraux. Elles constituent l'une des sources de financement des dépenses du secteur notamment les dépenses relatives aux infrastructures et aux équipements sanitaires. Ces ressources sont utilisées dans le cadre des activités des projets et des programmes. Dans la suite nous allons montrer comment ces ressources sont reparties sur territoire national. Voir fig 1 annexe (**Source** : PRHS/2010).

Concernant les ressources financières on prendra en compte uniquement les données de l'année 2019.

Tableau 10 : Synthèse des ressources financières en FCFA par source en 2019 (en millions de francs CFA)

Rubri.budgétaires	Prévisoin	Dotation	Engagement	Taux d'enga
Financement	7049,2	7137,2	6144,9	86,1
intérieur				
Financement extérieur	5203,2	5203,2	4090	78,6
Total	12252,5	1240,5	10234,9	82,9

Source **:** DAF/MS, 2019

BUDGET NATIONAL

Tableau 11 : Ratio Budget secteur santé sur Budget Général de l'Etat de 2019 (en millions de francs CFA)

Rub*.budgétaires*	prévisions initiales	prévison actuelle
Frais de personnel	22277,3	22277,3
Rub.budgétaires	Dotation intiales	Dotation actuelle
Achats de biens et services	7612,6	7590,6
Transferts et subventions d'exploitation	20684,4	19957
BESA	695	695
Dépense en Capital	12252,5	12340,5
Total Budget Santé (1)	63521,8	62860,4
Budget Général de l'Etat (2)		
Ratio (1) / (2) en %		

Source : DAF/MS, 2019

Le 1er tableau nous montre le total des ressources financières dont dispose le Bénin en 2019.Ainsi l'État à faire une prévision de 7049, 2 million de FCFA, 7137, 2 million de FCFA pour les dotations et s'est engagé pour le payement de 86,6% pour le financement intérieur tandis que l'état avait prévu 5203,2 millions de FCFA, pour dotations pour un taux d'engagement de 78,6% pour le financement extérieur.

Au niveau du deuxième tableau nous avons le ratio budget secteur santé sur le budget général de l'Etat. Comme frais de personnel nous avons 22277,3 millions de FCFA. Il faut 7612,6 millions de FCFA pour l'achat de biens et services et une dotation de 7590,6 million.

Le total budget santé étant de 63521,8 million, cette somme est la part de ressources soustraire au total du budget national. Tout ceci dans le but de réduire les dépenses en santé aux populations.

Tableau 12 : Achat de biens et services pour le fonctionnement du niveau central au titre de l'année 2019(millions de FCFA)

Structures	Prév.initiale	Dot.actuelle	engagement	ordonnancement	Taux d'engag	Taux d'ordon
Inspection Générale du Ministère		105	66,5	64,6	63,3	97,2
Secrétariat Général du Ministère	78	78	20,1	15	25,7	74,7
Direction l'administration et des Finances	147,6	147,6	112,8	107,6	76,4	95,4
Direction de la Programmation et de la Prospection	38	38	24,5	18,5	64,4	75,6
Direction Nationale de la Santé Publique	72	72	45,6	29	63,3	63,7
Direction des Infrastructures de l'Equipement et de la Maintenance	297	275	147,3	46,8	53,6	31,8
CABINET	1657,2	1657,2	894,9	832,6	54	93
Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base	-	-	-	-	-	-
Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant	42	42	20,7	12	49,4	58
Direction des Ressources Humaines	-	-	-	-	-	-
Direction de la Promotion des Soins Infirmiers et Obstétricaux	39	39	30	12,9	77	42,9
Direction des Pharmacies, du Médicament et des Explorations Diagnostiques	39	39	18,4	12,8	47,1	69,4
Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers	39	39	34,1	15,6	87,4	45,6

Direction de la Formation et de la Recherche en Santé	39	39	22	16,4	56,5	74,3
Personne Responsable des Marchés Publics	39	39	20,8	9	53,2	43,4
Cellule de Contrôle des Marchés Publics	39	39	15,4	9	39,5	58,4
Coopération Technique Missions Médicales	31	31	4,3	2,3	13,7	52,9
Plan d'actions	600	600	401,8	401,8	67	100
Electricité, eau, et frais de télécommunication	1375,7	1375,7	726,2	700,8	52,8	96,5
Direction de l'Informatique et du Pré-archivage	63	63	42,9	13,4	68	31,2
Total	3364,8	3342,8	1921,9	1619,1	57,5	84,2

Sources: DAF/MS, 2019

Tableau 13 : Délégation de crédits aux départements au titre de l'année 2019(en millions de FCFA)

Structures	Prév.initiale	Dota.actuelle	Engagement	Ordonancemnt	Taux d'engage	Taux d'ordona
DDS ATACORA	65	65	65	65	100	100
CHD Atacora	70	70	70	70	100	100
Zone Sanitaire Kouandé-Kérou-Péhunco	55,9	55,9	55,7	55,7	99,7	100
Zone Sanitaire Natitingou-BoucoumbéToucountouna	64,6	64,6	61,5	61,5	95,2	100
Zone Sanitaire Tanguiéta-Matéri-Cobly	52	52	52	52	100	100
DDS DONGA	65	65	65	65	100	100
CHD Donga	70	70	70	70	100	100
Zone Sanitaire Bassila	43,9	43,9	43,9	43,9	100	100
Zone Sanitaire Djougou-Ouaké-Copargo	59,9	59,9	54,2	54,2	90,5	100
DDS ATLANTIQUE	64	64	64	64	100	100

Centre de dépistage et de traitement de l'ulcère de buruli d'Allada	50	50	50	45	100	90
Zone Sanitaire Sô-Ava-Abomey-Calavi	46,6	46,6	46,6	42,7	100	91,7
Zone Sanitaire Allada-Toffo-Zè	52,4	52,4	49,7	49,5	94,9	99,5
Zone Sanitaire Ouidah-Kpomassè-ToriBossito	56	56	55,9	55,9	99,8	100
DDS LITTORAL	63	63	62,9	35,8	99,9	56,8
Zone Sanitaire Cotonou 1 & 4	38,8	38,8	38,8	38	100	97,8
Zone Sanitaire Cotonou 2 & 3	38	38	37,1	37	97,4	99,7
Zone Sanitaire Cotonou 5	35,5	35,5	34,6	34,6	97,3	100
Zone Sanitaire Cotonou 6	24,4	24,4	24,3	24,3	99,8	100
Hôpital de Ouidah	0	0	0	0	-	-
Maternité Lagune	90	90	90	90	100	100
Centre National de Psychiatrie de Jacquot	40	40	40	40	100	100
Centre de Pneumo Phtisiologie de Cotonou	30	30	28	25,5	93,2	91,2
DDS BORGOU	65	65	65	65	100	100
CHD Borgou-Alibori	90	90	90	90	100	100
Zone Sanitaire Bembèrèkè-Sinendé	51,3	51,3	51,2	51,2	100	100
Zone Sanitaire Nikki-Kalalé-Pèrèrè	64,1	64,1	63,1	63,1	98,4	100
Zone Sanitaire N'Dali-Parakou	46,1	46,1	46,1	46,1	100	100

Zone Sanitaire Tchaourou	43,4	43,4	43,3	43,3	99,8	100
DDS ALIBORI	65	65	65	65	100	100
Zone Sanitaire Malanville-Karimama	46,4	46,4	45,8	45,8	98,7	100
Zone Sanitaire Banikoara	50,8	50,8	46,8	46,8	92,2	100
Zone Sanitaire Kandi-Gogounou-	55	55	54,9	54,9	99,8	100
Ségbana						
DDS MONO	64	64	64	64	100	100
CHD Mono-Couffo	70	70	70	70	100	100
Zone Sanitaire Grand-Popo-Comè-BopaHouéyogbé	63,7	63,7	63,6	63,6	99,9	100
Zone Sanitaire Lokossa-Athiémé	45,7	45,7	45,2	45,2	99	100
DDS COUFFO	64	64	62,5	62,5	97,7	100
Zone Sanitaire Klouékanmey-Lalo-	53,5	53,5	53,5	8,8	100	16,5
Toviklin						
Zone Sanitaire Aplahoué-Dogbo-	53,5	53,5	51,1	51,1	95,6	100
Djakotomey						

DDS OUEME	63	63	63	63	100	100
CHD Ouémé-Plateau	90	90	89,9	89,9	99,9	100
Centre de Pneumo Phtisiologie d'Akron	30	30	30	30	100	100
Zone Sanitaire Porto-Novo-AguéguésSèmè-Podji	46,1	46,1	45,8	45,8	99,4	100
Zone Sanitaire Adjohoun-Dangbo-Bonou	56,6	56,6	54,9	54,9	97	100
Zone Sanitaire Missérété-Avrankou-	37	37	37	37	100	100
Adjarra						
DDS PLATEAU	64	64	18,3	18,3	28,5	100
Zone Sanitaire Pobè-Kétou-Adja-Ouèrè	60,8	60,8	60,8	60,8	99,9	100
Zone Sanitaire Sakété-Ifangni	64,2	64,2	63,2	63,2	98,6	100
DDS ZOU	64	64	63,9	63,9	99,9	100
CHD Zou-Collines	70	70	70	70	100	100
Zone Sanitaire Djidja-Abomey-	52,1	52,1	52,1	52,1	100	100
Agbangnizoun						
Zone Sanitaire Bohicon-ZakpotaZogbodomey	39,6	39,6	39	39	98,4	100

Zone Sanitaire Covè-Ouinhi-Zagnanado	48,8	48,8	48,4	48,4	99,1	100
Centre de Santé de Sèdo-Goho (Ex Vikon)	20	20	20	20	100	100
DDS COLLINES	64	64	57,5	57	89,8	99,2
Zone Sanitaire Dassa-Zoumè-Glazoué	57,9	57,9	57,9	57,9	100	100
Zone Sanitaire Ouessè-Savè	54,4	54,4	53,5	53,5	98,3	100
DDS COLLINES	64	64	57,5	57	89,8	99,2
Zone Sanitaire Dassa-Zoumè-Glazoué	57,9	57,9	57,9	57,9	100	100
Zone Sanitaire Ouessè-Savè	54,4	54,4	53,5	53,5	98,3	100
Zone Sanitaire Savalou-Bantè	54	54	53,5	50,2	99,1	93,8
TOTAL b) (Crédits délégués)	3202,8	3202,8	2647,4	2521,4	82,7	95,2

Sources DAF/MS, 2019

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

- ❖ Aides Internationales

Tableau 14 : Prévision (en million de FCFA) des aides internationales par source de financement au secteur santé

Source de financement.	ALLOCATION DE PROJECTION					
	2014	2015	2016	2017	2018	2019
AUTRES	20	20	20	20	20	20
	80	80	80	80	80	80
UNICEF	0	0	0	0	0	0
FED	148	148	148	148	148	148
OMS	0	0	0	0	0	0
FAC	0	1000	1000	1000	1684	0
IPB	0	0	0	0	0	0
JAPON	200	200	200	200	200	200
USA	0	0	0	0	0	0
FNUAP	0	0	0	0	0	0
FAD	440	400	1400	1400	1500	0
SUISSE	1865	3200	800	1900	2762	2021
AFD	0	0	579,5	579,5	3082	3706
BIDC	0	0	0	0	0	0
FONDS	0	0	0	0	0	0
KOWEITIEN	800	2000	0	0	0	0
BID	288	288	288	288	288	288
KFW	0	0	0	0	0	0
PAYS BAS	0	0	0	0	0	0
ONG	0	0	0	0	0	0
GTZ	0	800	800	800	500	580
CHINE	0	0	0	0	0	0
PNUD	0	0	0	0	0	0
BELGE	0	0	0	0	0	0
FBB	0	0	0	0	0	0
FC	1525	5825	1582	1582	2580	2125
AFRF	0	0	0	0	0	0
BADEA	0	0	0	0	0	0
FONDS	0	1000	1000	1000	1586	1554
MONDIAL	0	0	0	0	0	0
FED ARIVA	0	0	0	0	0	0
PDRH		1000	1000	1000	1586	1554
FONDS	0	0	0	0	0	0
SAHOUDIEN	0	0	0	0	0	0
BAD	0	0	0	0	0	0
BAD(DONS)	1000	1800	400	400	0	0
DANIDA						

BM						
PMI	900	900	900	900	900	900
GAVI	1800	2800	2200	2200	2000	2000,9
RES.INT	9922,5	10014,2	8549	8077	13801	6000
RES.EXT	9066	20461	12498	11498	17330	13622,9
TOTAL	18988,5	30475,2	21047	19575	31131	19622,9
DONS	7201	16261	10698	8598	12982	10047,9
PRETS	1865	4200	1800	2900	4348	3575

Sources : DPP/MS, 2019

Ce tableau nous montre les diverses sources de financement de la santé au Bénin à partir de 2014 jusqu'à 2019. De même la participation de chaque organisation dans le total des ressources financières du secteur. A travers les tableaux précédents on note que les diverses sources de financement de la santé majorer de leur mode de répartition réduisent les coûts de soins de santé payer le consommateur de soin et permet une croissance de la demande des soins dans des lieux de soin.

En outre à travers les tableaux précédent le taux de fréquentation des services de santé par la population est de 47,6% en 2017 ; 51,0% en 2018 et 59,1 % en 2019. Pour les enfants de 0 à 5 ans est de 80,9% en 2017 ; 85,3% en 2018 et 112,6% en 2019 (voir annexe). Ces résultats confirment une accessibilité financière aux soins de santé à la population notamment aux plus démunis. Cependant il y a une insuffisance de ressources dans le secteur sanitaire et cela génère des grèves dans le secteur. Ce qui entraine des pertes en vies humaines et ces pertes agissent sur l'économie nationale.

C- Rôle et responsabilité des acteurs à tous les niveaux pour la mise en œuvre du Financement Basé sur le Résultat (FBR)

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

1- Acteurs au niveau Central

Dans le cadre de mise en œuvre du FBR, l'Unité de Coordination du PRPSS a pour mission la mise en œuvre technique et opérationnelle du FBR à tous les niveaux. Elle est l'organe exécutif de mise en œuvre du FBR et rend compte trimestriellement au Secrétariat Général du Ministère de la Santé. L'UCP est composée de cadres permanents détachés du Ministère de la Santé et des experts mis à la disposition de l'UCP par les partenaires appuyant la mise en œuvre du FBR. Elle peut également être appuyée ponctuellement par des experts internationaux pour des

missions spécifiques. Les fonctionnaires membres de l'UCP reçoivent leur salaire de l'Etat et une prime à la performance trimestrielle basée sur des indicateurs de performance relatifs à leur mission. Dans le cadre de sa mission de mise en œuvre du FBR, l'UCP a les tâches suivantes :

- ✓ Elaborer un plan d'action annuel et des plans trimestriels d'activités en rapport avec la mise en œuvre du FBR ;
- ✓ Analyser et Valider les rapports des évaluations communautaires ;
- ✓ Analyser et valider les rapports des évaluations de la performance des organes de régulation ;
- ✓ Elaborer les rapports trimestriels et annuels de mise en œuvre du FBR ;
- ✓ Elaborer un bulletin trimestriel des activités de mise en œuvre du FBR ;
- ✓ Assurer la gestion du portail FBR ;
- ✓ Participer au renforcement des capacités des acteurs à tous les niveaux en matière de FBR ;

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

- ✓ Evaluer semestriellement, en collaboration avec la DDS, la performance des Equipes d'Encadrement des Zones (EEZ);
- ✓ Evaluer semestriellement, en collaboration avec les services du niveau central, la performance des Directions Départementales de Santé (DDS);
- ✓ Evaluer semestriellement, en collaboration avec le Secrétariat Général, la performance des services du niveau central du Ministère de la Santé ;
- ✓ Analyser et valider les données quantité FBR vérifiées par les contrôleurs de zones ;
- ✓ Analyser et valider les rapports des évaluations de la qualité au niveau des Centres de Santé et des Hôpitaux ;
- ✓ Procéder au paiement par virement direct des fonds sur les comptes bancaires des formations sanitaires et des organes de régulation ;
- ✓ Elaborer chaque trimestre un procès-verbal (PV) de validation des données quantitatives, des évaluations qualité et des évaluations des organes de régulation ;
- ✓ Archiver et sécuriser tous les rapports et procès-verbaux de Vérification transmis par les Contrôleurs de zone ainsi que tous les rapports d'évaluation de la qualité et d'évaluation des performances des organes de régulation ;

- ✓ Participer au règlement d'éventuels conflits de mise en œuvre du FBR en collaboration avec les DDS et les EEZS des rencontres semestrielles d'échanges sur les bonnes pratiques du FBR ;
- ✓ Négocier les contrats de performance avec les formations sanitaires ;
- ✓ Mener des missions de suivi de la mise en œuvre du FBR une fois par trimestre au niveau des zones sanitaires ;
- ✓ Analyser le niveau de consommation des différents budgets par trimestre ;
- ✓ Signer des contrats annuels de vérification communautaire des prestations des formations sanitaires avec les Organisations à Base Communautaire (OBC);
- ✓ Archiver les contrats des formations sanitaire, des Organisations à Base Communautaire et des organes de régulation ;
- ✓ Elaborer /Réviser les outils de mise en œuvre du FBR ;
- ✓ Appuyer le secrétariat du Comité de Pilotage RSS.

1-1- Comité de Pilotage RSS

- ✓ Assurer la coordination de la mise en œuvre du FBR à tous les niveaux ;
- ✓ Donner des orientations stratégiques pour la mise en œuvre du FBR ;
- ✓ Valider les propositions de révision ou les adaptations relatives à la mise en œuvre du FBR ;
- ✓ Mobiliser des ressources auprès du Gouvernement et des Partenaires Techniques et Financiers en faveur du FBR ;
- ✓ Organiser une réunion trimestrielle du Comité de Pilotage.

1-2- Le Secrétariat Général du Ministère de la Santé

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

- ✓ Signer un contrat annuel de performance avec les DDS et les EEZS ;
- ✓ Participer, en collaboration avec l'UCP, à l'évaluation de la performance des services du niveau central du Ministère de la Santé ;
- ✓ Participer aux rencontres semestrielles d'échanges sur les bonnes pratiques du FBR ;
- ✓ Assurer le Secrétariat du Comité de Pilotage RSS.

1-3- Les Services du niveau central du Ministère de la Santé

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

- ✓ Elaborer un plan d'action annuel et un plan d'action trimestriel ;
- ✓ Elaborer et diffuser des documents de normes et stratégies en matière de santé ;
- ✓ Réaliser les missions spécifiques dévolues à chaque service du niveau central ;
- ✓ Encadrer chaque semestre les DDS et les EEZS en fonction des missions spécifiques de chaque Service du niveau central ;
- ✓ Participer aux rencontres semestrielles d'échanges sur les bonnes pratiques du FBR.

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

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

- ✓ Participer, en collaboration avec l'UCP, à l'évaluation de la performance des EEZS ;
- ✓ Signer un contrat annuel de performance avec le Secrétariat Général du Ministère de la Santé ;
- ✓ Participer aux rencontres semestrielles d'échanges sur les bonnes pratiques du FBR ;
- ✓ Participer au règlement d'éventuels conflits de mise en œuvre du FBR au niveau du Département.

3- Au niveau des zones sanitaires

3-1- Equipe de l'agence internationale de contrôle externe FBR et/ou autres entités

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

- ✓ Planifier les activités de vérification dans les formations sanitaires ;
- ✓ Vérifier chaque trimestre les données quantité FBR déclarées par les formations sanitaires au niveau des registres des formations sanitaires ;
- ✓ Elaborer un rapport trimestriel de vérification des prestations quantitative FBR effectuée au niveau des formations sanitaires ;
- ✓ Procéder au tirage des échantillons au niveau des registres des formations sanitaires nécessaires pour la réalisation des enquêtes communautaires ;
- ✓ Participer à la formation des enquêteurs des Organisations à Base Communautaire ;

- ✓ Participer chaque trimestre, en collaboration avec les EEZS, à l'évaluation de la qualité des prestations des Centres de Santé ;
- ✓ Participer chaque trimestre, en collaboration avec les Hôpitaux, à l'évaluation de la qualité des prestations des Hôpitaux par les pairs ;
- ✓ Saisir les données vérifiées (données quantitatives et qualitatives) au niveau du portail FBR ;
- ✓ Transmettre à l'UCP le rapport de vérification des prestations quantité FBR des formations sanitaires ;
- ✓ Appuyer les formations sanitaires dans l'élaboration de leur plan de développement (analyse des goulots d'étranglement, prévisions de dépenses avec les crédits FBR,)
- ✓ Participer aux rencontres semestrielles d'échanges sur les bonnes pratiques du FBR.

3-2- Equipes d'encadrement des zones sanitaires (EEZS)

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

- ✓ Elaborer un plan d'action annuel et des plans d'action trimestriels ;
- ✓ Réaliser chaque trimestre, en collaboration avec les contrôleurs de zone, une évaluation de la qualité des prestations des formations sanitaires ;
- ✓ Signer un contrat annuel de performance avec Secrétariat Général du Ministère de la Santé ;
- ✓ Appuyer l'élaboration des plans d'action annuel des CS et des Hôpitaux de Zone ;
- ✓ Valider les plans d'action annuel des Centres de Santé et des Hôpitaux de Zone ;
- ✓ Assurer une supervision formative mensuelle des CS et des hôpitaux de zone ;
- ✓ Assurer la disponibilité permanente des médicaments essentiels, consommables et dispositifs médicaux au niveau du dépôt répartiteur de la zone sanitaire ;
- ✓ Transmettre à la DDS les rapports mensuels du système d'information sanitaire des CS et Hôpitaux de zone dans les délais requis ;
- ✓ Participer aux rencontres semestrielles d'échanges sur les résultats du FBR ;
- ✓ Participer au règlement d'éventuels conflits de mise en œuvre du FBR au niveau des Centres de Santé et Hôpitaux de zone.

3-3- Centres de Santé (CS)

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

- ✓ Fournir à la population des soins de santé de qualité ;
- ✓ Signer un contrat de performance avec l'UCP ;
- ✓ Elaborer un plan d'action annuel du Centre de Santé, en collaboration avec le comité de santé (COGECS) et sous l'encadrement de l'EEZS ;
- ✓ Transmettre à l'EEZS le rapport mensuel du système d'information sanitaire ;
- ✓ Elaborer au début de chaque trimestre une fiche de données quantité FBR déclarées par la Formation Sanitaire ;
- ✓ Encadrer les acteurs Communautaires dans la mise en œuvre du FBR.
- ✓ aux rencontres semestrielles d'échanges sur les bonnes pratiques du FBR.

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

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

- ✓ Fournir à la population des soins de santé de qualité ;
- ✓ Signer un contrat annuel de performance avec l'UCP ;
- ✓ Elaborer un plan d'action annuel sous l'encadrement de l'EEZS ;
- ✓ Transmettre à l'EEZS le rapport mensuel du système d'information sanitaire ;
- ✓ Participer aux rencontres semestrielles d'échanges sur les bonnes pratiques du FBR.

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

- ➢ **Comportements stratégiques**

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

Selon le décret n° 97-321 du 17 juillet 1997 portant réglementation des secours gérés par le Ministère chargé de la protection sociale, est indigente « toute personne se trouvant dans un état d'extrême pauvreté, sans salaire, privée de ressources suffisantes pour sa survie, victime d'un désastre naturel et placée dans une situation particulièrement difficile, dépourvue de ressources

vitales, en difficulté au plan social et économique et ayant besoin de l'Etat, des collectivités locales et de la société pour sa survie, en raison de son âge, de son état physique, mental ou social ».

Depuis les quatre derniers exercices budgétaires, un fonds d'au moins un milliard de francs CFA est alloué chaque année au Ministère de la santé publique et au Ministère de la Famille par l'Etat béninois pour la prise en charge sanitaire des indigents. Une telle dotation, voire redistribution des ressources publiques, vise un objectif d'équité et d'égalisation des chances qui devient un résultat important de politique de protection sociale, un soutien aux personnes extrêmement pauvres. Le Gouvernement recherche un mécanisme approprié, le meilleur modèle pour accroître la transparence dans la gestion des fonds et les moyens d'une utilisation optimale des ressources financières. L'affectation d'un contrôleur financier délégué dans chaque ministère et la décentralisation de la gestion budgétaire au niveau des directions départementales de la santé et des zones sanitaires s'inscrivent dans ce cadre.

1- Pour tenter de résoudre le problème de la mauvaise qualité des soins, le Gouvernement a mis en œuvre des stratégies d'amélioration de la gestion des ressources humaines et matérielles. En effet, des efforts sont déployés à tous les niveaux du système de santé pour promouvoir une gestion opérationnelle des ressources humaines à travers le renforcement des capacités et la décentralisation de la gestion; toutefois, beaucoup d'insuffisances persistent dans la répartition géographique du personnel formé au détriment des zones rurales et du nord du pays.

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

3- En ce qui concerne le paludisme, l'accent est mis sur la réduction de la morbidité et la mortalité à travers l'amélioration de l'accès aux soins des personnes souffrant de paludisme, l'utilisation de moustiquaires imprégnées pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, l'amélioration de la prévention du paludisme chez les femmes enceintes. Le volet « traitement et prophylaxie » s'est compliqué singulièrement ces dernières années avec l'apparition de souches plasmodiales résistantes à la Chloroquine, molécule de base pour la prise en charge du paludisme simple. Le Bénin a donc révisé son programme de lutte contre le paludisme en remplaçant la Chloroquine d'une part, par le COARTEM, combinaison de deux molécules, l'Artemether et la Lumefantrine pour le traitement, et d'autre part par la Sulfadoxine-Pyriméthamine pour le traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes. Cette situation impose la réalisation d'une série de nouvelles interventions dont la formation du personnel sur la prise en charge, l'approvisionnement du pays en COARTEM et en tests de diagnostic rapides. Pour assurer la qualité de la prise en charge des cas de paludisme, le programme a prévu une formation en mai-juin 2005 pour tester les nouveaux modules qui ont été élaborés à cet effet ; cette formation a regroupé 25 agents de santé à l'Institut Régional de Santé Publique. De plus on assiste à des programmes de distribution des moustiquaires dont deux personnes ont droit à une moustiquaire imprégnée.

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

5- Les Béninois, outre le recours aux services officiels de santé, utilisent massivement la médecine et la pharmacopée traditionnelle pour traiter leurs maladies. Une place importante est, par conséquent, accordée à cette médecine dans la politique nationale de santé par :

- ✓ la création d'une cellule à cet effet au sein du Ministère de la santé publique;
- ✓ le recensement des traidpraticiens par département ;

- ✓ la formation d'un certain nombre d'entre eux dans les domaines du paludisme et des IST/VIH/SIDA et la création de jardins de plantes médicinales.

Toutefois, il reste encore beaucoup à faire dans ce domaine pour que la médecine traditionnelle joue pleinement son rôle dans l'amélioration de l'état de santé de la population.

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

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

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

- ✓ La mise en œuvre de l'approche contractuelle,
- ✓ La mise en place du processus d'amélioration de la qualité des soins et services de santé et
- ✓ L'instauration d'incitations financières proportionnelles à la production de soins et services de qualité aux populations.

L'ensemble des Zones Sanitaires (ZS) du Bénin sera couvert par le Financement Basé sur les Résultats (FBR): Répartition géographique des ZS entre les financements BM, FM, GAVI

et CTB. A date, le document de cadrage s'applique aux ZS qui sont appuyées par la Banque Mondiale, le Fonds Mondial et GAVI.

Le FBR repose sur un contrat liant les financements aux résultats : les centres de santé signent un contrat avec le Ministère de la Santé et reçoivent trimestriellement des financements proportionnels aux résultats atteints. Les résultats concernent à la fois l'augmentation de la production des services de santé, mais aussi la qualité des prestations. Les indicateurs du FBR sont en grande partie liés à la santé maternelle et infantile. Certains visent spécifiquement les populations les plus pauvres. Afin de garantir au FBR la transparence et prévenir les fraudes, l'ensemble des indicateurs est vérifié par une partie indépendante et les communautés bénéficiaires sont impliquées. Les financements FBR sont utilisés par les formations sanitaires pour des dépenses de fonctionnement et des primes à l'ensemble du personnel, à titre de motivation. Spécificité de l'appui du PRPSS pour le FBR

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

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

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

- **La Politique Nationale de Santé**

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

- **Mise en place du projet ARCH**

Le gouvernement béninois œuvre depuis avril 2016 à une meilleure protection sociale notamment celle des plus démunis. Il en a fait une priorité au point où l'un des 45 Projets phares du PAG 2016-2021, inscrit au pilier 3, axe stratégique 6, action 1 est l'Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH).

Il faut rappeler que l'ancien régime avait institué avant son départ, un programme connu de tous, dénommé RAMU. Quel serait son avenir ? A cette question, la ministre apporte une précision. « Le RAMU s'intéresse seulement à l'assurance maladie, alors que l'ARCH comporte un package de 4 services dont l'assurance maladie ». Ainsi, le RAMU va disparaître au profit de l'ARCH avec l'exception que le patrimoine du RAMU sera versé à l'ARCH. « Il y a eu par exemple le recensement des pauvres dans 52 communes que nous prenons en compte. Il y a également, la liste et prix des produits remboursables. Il y a également, le répertoire des actes ». Pour la formalisation effective de l'ARCH, Adidjatou Mathis annonce que le gouvernement va introduire au parlement un projet de modification du RAMU afin que la loi sur l'ARCH soit votée.

- **La formation**

La formation s'inscrit dans la logique de l'amélioration de l'employabilité des citoyens. Il s'agit d'une formation opérationnelle qui concerne principalement les acteurs du secteur informel (les mécaniciens, les tailleurs, les frigoristes, les agriculteurs, les transporteurs, …). Visant à renforcer les capacités professionnelles de ces acteurs, ce volet est entièrement pris en charge par l'Etat via une subvention.

- **Les microcrédits**

Ce troisième service consiste à accompagner financièrement les personnes n'ayant pas les moyens. L'Etat leur accordera des prêts pour qu'ils aient le minimum de moyens afin de mener une activité. Conscient de l'existence préalable de certaines structures comme le FNPEJ, le FNM, le MCPP, …, le gouvernement entend étudier la possibilité de leur intégration pour servir utilement l'ARCH. Toutefois, cela peut aboutir à leur disparition ou encore, que ces structures abandonnent les projets déjà pris en compte par l'ARCH.

- **L'assurance retraite**

L'assurance retraite est une mesure exclusive. Il s'agit d'un paiement de cotisation qui ne concerne pas tout le monde. Adidjatou Mathis : « Elle vise les personnes non pauvres qui ne bénéficient pas de subvention de l'Etat ». La cotisation s'élève à 30 000 f cfa par an avec une contribution de 20% par l'Etat.

- **Les 3 composantes de l'ARCH**

L'exécution du programme ARCH comporte 3 composantes. Selon Adidjatou Mathis :

« La première, c'est le système d'information et de gestion du ARCH ». C'est l'étape de la constitution de listes pour répertorier les citoyens selon leur catégorie socio professionnelle (les pauvres extrêmes, les pauvres non extrêmes, etc.). Il prend en compte l'enrôlement biométrique des personnes bénéficiaires, la distribution des cartes biométriques et la communication et la sensibilisation. Selon la ministre, l'ARCH se veut un projet inclusif qui va rassembler tous les partenaires sociaux à savoir, les organisations de la société civile, les mutuelles de santé, les populations, …

La seconde composante est la fourniture des services. « La mobilisation qu'il faut pour payer les différentes subventions, la contribution à l'assurance retraite, la subvention à la formation, … ».

Enfin la troisième composante, c'est la coordination de gestion et de suivi évaluation qui sera assurée par l'Etat et le renforcement des capacités.

- **Qui finance l'ARCH ?**

Le coût global du financement de l'ARCH s'élève à 313 milliards de francs CFA. L'Etat béninois co ntribue à hauteur de 10% et compte mobiliser le reste auprès des partenaires. L'ARCH en tant que projet de protection sociale intégré, intéresse plusieurs partenaires techniques et financiers. Il s'agit notamment, « du Fond Mondial, du système des Nations Unies, de la coopération japonaise et de la BIT pour apporter, elle, un appui technique ».

Selon la ministre des affaires sociales, le niveau de mobilisation des ressources par le gouvernement est de 1/3. Le projet va démarrer au dernier trimestre de 2017 par une phase pilote avec 5% de personnes qui seront enrôlées. Ensuite, en 2018, l'ARCH va atteindre un taux d'enrôlement de 75% et les 25% restants jusqu'en 2021.

- **Qui gère l'ARCH ?**

La gestion de l'ARCH sera assurée par l'Agence National de la Protection sociale (ANPS), qui aura des antennes départementales et communales dans tout le Bénin. « Ensuite, l'ANPS aura l'agrément de la CIPRES, la Conférence Interprofessionnelle- de Protection Sociale », a déclaré la ministre. La CIPRES sera donc un organisme de contrôle et de supervision de l'ANPS dont la gestion sera confiée à un assureur privé.

La mise en œuvre de la phase pilote du volet Assurance Maladie du projet ARCH est une réalité depuis plusieurs mois. Démarré depuis le 29 juillet 2019 dans les communes d'Abomey-Calavi, Sô-Ava, Dassa-Zoumè, Glazoué, Djougou, Copargo, Ouaké, la phase pilote a fait l'objet d'un point d'étape ce mardi 11 février 2020. L'activité organisée par les cadres de l'Unité de Gestion du Projet ARCH a réuni entre autres, dans la salle des fêtes des tours administratives, les acteurs du secteur et les hommes des médias.

Au terme du ciblage communautaire et d'une enquête socio-économique dans les 07 communes où la phase pilote a été mise en œuvre, environ 105.000 personnes ont été identifiées et leur statut validé comme étant des pauvres extrêmes. Sur les 105.000 personnes, 89.899 ont reçu des cartes nationales biométriques depuis le 20 juillet 2019. Selon les explications du Coordonnateur de l'Unité de Gestion du Projet ARCH, Monsieur Venant QUENUM, de très bons résultats ont été enregistrés à la date du 09 février 2020 où plus de 2251 personnes ont bénéficié déjà d'une prise en charge sanitaire complète par rapport au contenu du panier de soins dans les 07 communes pilotes

Abondant dans le même sens, le Médecin Coordonnateur Abomey-Calavi, Sô-Ava, Dr Rodrigue KOHOUN a fait savoir que cette zone sanitaire a reçu depuis le 14 Août 2019, un prêt de 45 million de francs CFA de médicaments positionnés dans les formations sanitaires. À la date du 9 février 2020, 1.682 bénéficiaires ont été pris en charge pour un coût global de 3.319.602 FCFA

Dans la zone sanitaire Dassa-Zoumè - Glazoué, du 12 décembre 2019 au 09 février 2020, 172 bénéficiaires ont été pris en charge pour un coût global de 245.915 FCFA. Dans la zone sanitaire Djougou - Copargo - Ouaké, 399 pauvres extrêmes ont été pris en charge pour un coût global de 471.660 FCFA.

F- Forces et faiblesse du système de santé Béninois

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

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

Tableau 15 : Forces et Faiblesses du Système sanitaire Béninois

Piliers d'analyse	Forces du système	Faiblesses du système
Gouvernance et leadership	Existence des organes de gestion. Fonctionnement des organes. Disponibilités des textes. Existence des dépôts répartiteur pour la distribution des MEG.	Faible capacités d'action des comités tés de santé. Faible niveau de connaissance des textes par les acteurs. Faible partenariat public privé (structures de soins, mutuelle de santés, Officines, acteurs communautaires…)
Ressources humaines	Existences d'au moins un médecin de santés publique. Existences de médecin chef au niveau des communes. Existences de logiciel pour la gestion du personnel (Log GRH)	Instabilité des agents de poste. Insuffisance de personnel surtout qualifié. Insuffisance de compétence (sociologue, statisticien, communicateur, économiste de santé)
	Définition des PMA et PCA pour les structures de soins	Dysfonctionnement système de

		Références et de centre références
Fournitures des services (Laboratoires, consultation etc.)	Continuités des services. Bonne couverture en infrastructures sanitaires.	Faible niveau de la qualité des soins, faibles taux de fréquentation des formations sanitaires. Faibles niveaux d'intégration des programmes verticaux.
Financement de la santé	Subside de l'Etat Existence Financement Communautaire (paiement direct). Appuis des collectivités locales.	Abattement imprévisible /fermeture intempestif du SIGFIP sur les subsides de L'Etat. Disparité dans l'appui des PTF. Insuffisances de financement pour les problèmes de santé.
Médicament, gestion des achats, infrastructures équipements, etc.	Existence des dépôts répartiteurs pour la distribution des MEG. Disponibilité de logiciel de gestion des MEG (Médistock). Maîtrise du niveau de	Vétusté des équipements et infrastructures. Mauvaise planification d'acquisition, de construction et de maintenance des infrastructures et des équipements.

	gestion des vaccins	Faible niveau de gestion du stock des MEG.
22 **Information Sanitaire**	Existence du SNIGS. Existence de services statistique au niveau de chaque zone	Système non informatisé au niveau des communes. Faible promptitude. Pas de statisticien qualifié. Faible documentation au niveau des ZS. Faible niveau de capitalisation des bonnes pratiques.

Source: PNS, 2015

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

- **Situation des équipements**

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

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

- **Situation des personnels**

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

Ensuite résoudre les problèmes d'entretien et de maintenance dans les formations sanitaires qui laissent supposer une capacité très limitée du secteur dont une insuffisance de qualification et/ou de spécialistes. Les problèmes de maintenance ont une répercussion directe sur le fonctionnement de l'ensemble du système de soins : évacuations, supervisions, approvisionnement en médicaments et vaccins, …etc. Alors il faut utiliser des stratégies visant à accroitre le nombre et la production des personnels soignants, de même le développement continu des compétences au niveau de ces personnels. Ainsi les personnels doivent éviter la lenteur administrative.

- **Assurance maladie**

Pour que notre système de santé demeure toujours aussi protecteur, l'Assurance maladie doit mettre tout en œuvre pour garantir son efficacité. Pour assurer la pérennité du système de santé béninois tout en maintenant un niveau de protection élevée, l'Assurance Maladie doit se mobiliser aux côtés des autorités de santé. Elle doit participer à l'amélioration du système en accompagnant l'évolution des pratiques - avec pour leitmotiv « le juste soin au juste coût » - et en favorisant la coordination des soins. Elle doit intervenir auprès de l'ensemble des acteurs pour aider chacun à adopter des comportements responsables et lutter au quotidien contre les abus et les fraudes. En d'autres termes, certaines conditions doivent être remplies parmi lesquelles :

- un système de santé restructuré et réorganisé, garantissant des services sanitaires adéquats et financés selon des modalités incitatives ;

- une offre de soins variée et suffisante ainsi qu'une compétition régulée entre producteurs de soins ;

- une action simultanée sur la croissance économique et la croissance démographique en vue d'une amélioration progressive du pouvoir d'achat des consommateurs ;

- une réorganisation progressive du secteur informel pour en réduire la taille par rapport au secteur structuré ;

- un renforcement des capacités institutionnelles à tous les niveaux ;

- une utilisation optimale des ressources (y compris les ressources humaines) ;

- une amélioration de la participation communautaire ;

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

CONCLUSION

La présente étude nous a permis de mieux connaitre la régulation du système sanitaire au Bénin. Ce système de santé souffre d'un certain nombre d'insuffisances qui affectent son efficacité au regard des objectifs de solidarité et d'efficience. Etant entendu qu'une répartition équitable des ressources financières et humaines, et notons qu'il y a une amélioration des infrastructures sanitaires durant ces dernières années. En garantissant des services de santé de qualité à toutes les couches sociales, le système de santé ouvrira la voie à l'institution d'un régime d'assurance maladie par exemple qui, en étant d'abord obligatoire pour les travailleurs du secteur structuré de l'économie, étendra progressivement sa couverture à tous les groupes sociaux en s'appuyant sur des régimes locaux et en s'inspirant des expériences du terrain telles que les mutuelles de santé qui permettra au projet ARCH d'atteindre son objectif..

L'apprentissage sur le tas devra jouer parfois un rôle déterminant Certains facteurs comme le pluralisme démocratique et la promotion des libertés individuelles et collectives peuvent accélérer le processus en permettant aux populations d'avoir la voix au chapitre, d'exprimer leurs préférences et de se prononcer sur les choix à opérer. Certes, le chemin sera long, difficile et parsemé d'embûches. Une volonté politique inébranlable et sans cesse accrue sera nécessaire, de même que de la patience, de la méthode, de la cohésion, de la rigueur et de la détermination. Des erreurs de parcours sont inévitables. Il faudra les admettre, les assumer, les corriger pour avancer. Nous n'avons nullement la prétention d'avoir abordé tous les aspects du sujet, encore moins d'avoir trouvé des réponses "prêt-à-porter" aux interrogations soulevées dans la problématique. Nous reconnaissons que la concrétisation de toutes les idées émises dans le présent document appelle la mobilisation de capacités et de ressources relativement importantes, le recours à des données plus précises, un certain temps et une réflexion plus approfondie qui dépasserait le cadre d'un simple mémoire. Nous nourrissons tout simplement l'espoir que les fruits de nos travaux pourront constituer de sérieuses références pour toute personne physique ou morale intéressée par le recours éventuel à une régulation du système sanitaire comme mode de suivi du système de santé dans les pays en développement à faible revenu.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AUBRY P. (2005) : Les maladies liées à l'eau. 429p.

Ackermans, (1992): Intégration de soins.

Contandriopoulos, (2000): Qualité de soins.

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

Durkheim E. Alcan, 1895, réédition, Paris, PUF

Dussault, (1995): le système des soins.

DIABAGATÉ S. (2007) : Assainissement et gestion des ordures ménagères dans la commune d'Abobo : Cas du village d'AboboBaoulé. Mémoire de maîtrise. IGT. 98 p.

EMICOV (2010) : Suivi des indicateurs, INSAE.

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

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

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

Ministère de la santé : Analyse des forces et faiblesses des zones sanitaires au Bénin. Ministère de la Santé, (2010): Profil des Ressources Humaines en Santé du Bénin.

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

OMS (1946) : La santé.

OMS (2015) **:** Journée mondiale de l'eau, célébration de la décennie internationale d'action. L'eau source de vie. Genève, Suisse.

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

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

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

Professeur Issifou TAKPARA : Politique Nationale de Santé - Bénin.

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

Rachel Sainhounde Koupko (mars), Cotonou : Le droit de la santé au Bénin : etat des lieux.

République du Bénin, Ministre de la santé (Août 2019) : Annuaire des statistiques sanitaires années 2018.

République du Bénin, Ministre de la santé (Mars 2020) : Annuaire des statistiques sanitaires années 2019.

République du Bénin, Ministre de la santé (Septembre 2018) : Annuaire des statistiques sanitaires années 2017.

SEIDL M. (2009) : Eau et assainissement dans les pays en voie de développement, cours Master, CEREVE.

INSAE (20015) : Quatrième Recensement général de la population et de l'habitat 2014 (RGPH3), INSAE. Cotonou.

ANNEXES

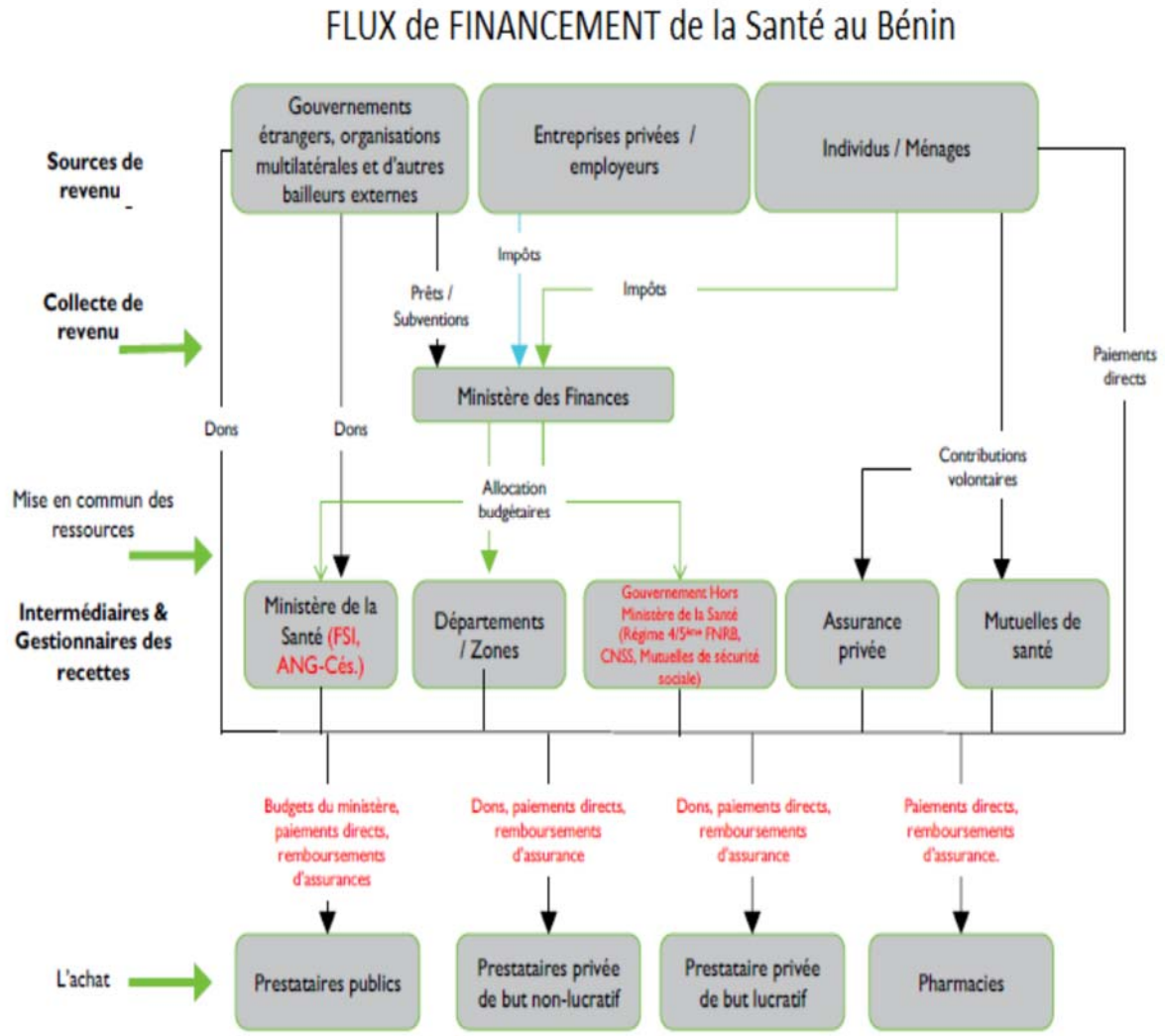


Fig 1: Flux de financement de la Santé

Indicateurs	Valeur 2018
Taux de couverture en infrastructures sanitaires (%)	96,0
Nombre d'habitants par médecin	23 629
Nombre d'habitants par infirmier	4 365
Nombre de femmes en âge de procréer par sage-femme	2 807
Nombre de médecins pour 10000 habitants	0
Nombre d'infirmiers pour 10000 habitants	2
Nombre de sages-femmes pour 5000 femmes en âges de procréer	3
Nombre de sages-femmes pour 10000 femmes habitants	2
Ratio Budget Santé par rapport au Budget Général de l'Etat (%)	3,7
Taux de recouvrement	1,0
Marge bénéficiaire	1,5

Pourcentage des trois principales pathologies :	
- Paludisme	44,7
- Infections Respiratoires Aigües	11,9
- Affections gastro-intestinales	5,4
Taux d'incidence du paludisme simple (%)	17,1
Taux d'incidence du paludisme grave (%)	1,5
Taux d'incidence du paludisme toutes formes confondues (%)	18,5
Taux de létalité du paludisme grave (pour 1000 cas)	1,1
Taux de prévalence du SIDA chez les femmes enceintes (%)	1,55[a]
Durée moyenne de séjour (CNHU)	5
Taux d'occupation des lits (CNHU) en %	58
Taux de fréquentation des services de santé (%)	51,0
Taux de couverture des consultations prénatales (%)	109,1
Taux de couverture des consultations postnatales (%)	38,6
Taux de couverture des consultations des Enfants de 0 -11 mois (%)	46,0
Taux de couverture des accouchements en institution (%)	97,7
Taux de couverture des accouchements assistés par personnel qualifié (%)	74,1
Taux de césarienne (%)	10,0
Ratio de mortalité maternelle intra-hospitalière pour 100.000 naissances vivantes	159,0
Taux de prévalence contraceptive (%)	11,3
Taux de couverture en PENTA 3 (%)	109,3
Taux de couverture en VAR (%)	100,1

Source : SNIGS/MS, 2018

Sources : SNIGS/MS, 2019

TABLE DES MATIERES

AVERTISSEMENT i

DEDICACES 1 ii

DEDICACES 2 iii

REMERCIEMENTS iv

SIGLES ET ABREVIATIONS v

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHES ..... **Erreur ! Signet non défini.**

RESUME ix

SOMMAIRE x

INTRODUCTION 1

CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE 3

SECTION 1 : Ciblage de la problématique et formulation des objectifs et hypothèses de recherche 3

Paragraphe 1 : Problématique de recherche 3

Paragraphe 2 : Définition des objectifs et hypothèses de recherche 4

A-Objectifs 4

1-Objectif général 4

2-Objectifs spécifiques 5

B-Hypothèses de recherche 5

SECTION 2 : Présentation de la revue littéraire et de la méthodologie de recherche. 5

A- Clarification Conceptuelle 5

1-La santé 5

2-Système de santé 6

3- Le système de soins 6

4-Qualité des soins : 7

5- Intégration des soins : 7

6- Revue théorique et empirique de la régulation du système sanitaire 7

A- Méthodologie 9

B- Cadre opérationnel et difficultés rencontrées lors de la réalisation de l'enquête 11
1- Cadre opérationnel et technique de vérification des hypothèses 11
2- Difficultés rencontrées lors de la réalisation de l'enquête 12
CHAPITRE II : PRESENTATION, ANALYSE DES RESULTATS ET APPROCHES DE SOLUTION 13
Section 1: Présentation et analyse des résultats 13
A- CARCTERISTIQUE DU SYSTEME BENINOIS 13
B- ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE AU BENIN 14
1- NIVEAU CENTRAL 17
2- NIVEAU INTERMEDIAIRE 18
3- NIVEAU PERIPHERIQUE 18
D- Ressources Sanitaires 19
1- Infrastructures sanitaires 19
2- Ressources Humaines 22
Source: DAF/MS, 2018 27
3- Ressources financières du système sanitaires Béninois 28
C- Rôle et responsabilité des acteurs à tous les niveaux pour la mise en œuvre du Financement Basé sur le Résultat (FBR) 37
1- Acteurs au niveau Central 37
1-1- Comité de Pilotage RSS 39
1-2- Le Secrétariat Général du Ministère de la Santé 39
1-3- Les Services du niveau central du Ministère de la Santé 40
2- Au niveau Départemental : Direction Départementale de la Santé (DDS) 40
3- Au niveau des zones sanitaires 40
3-1- Equipe de l'agence internationale de contrôle externe FBR et/ou autres entités 40
3-2- Equipes d'encadrement des zones sanitaires (EEZS) 41
3-3- Centres de Santé (CS) 42
D- Au niveau des Hôpitaux de zone (HZ) ou Centre Hospitalier départemental (CHD) 42

E- Mécanisme mise en œuvre pour le bon fonctionnement du système sanitaire..... 42

F- Forces et faiblesse du système de santé Béninois 49

SECTION 2 : Mesures et suggestions en vue d'améliorer les performances du système sanitaire béninois. 53

CONCLUSION 60

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 61

ANNEXES ..... a

TABLE DES MATIERES c