



**DIRECTION DE LA PROGRAMMATION ET DE LA
PROSPECTIVE**

COMPTES DE SANTE 2014 & 2015

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

Août 2017

PREFACE

Les systèmes de santé sont confrontés à des défis découlant d'une part, des transitions démographiques et épidémiologiques et d'autre part, de l'émergence de nouvelles maladies et des catastrophes résultant entre autres des changements climatiques. C'est dans ce cadre que les efforts ont été multipliés ces dernières années pour rendre notre système de santé plus performant en y apportant la riposte appropriée.

Dans un tel contexte, les décideurs, pour évaluer le financement de leurs systèmes ont besoin d'informations fiables sur les sources et l'utilisation des fonds destinés à la santé élaborées et fournies par les comptes de la santé (CS).

Aussi, le Ministère de la Santé a-t-il le plaisir de mettre à votre disposition le rapport des Comptes de la Santé pour les exercices 2014 et 2015. Ce rapport, à l'instar des anciennes éditions (2012 et 2013) élaborées suivant la méthodologie du SHA 2011, présente le niveau des dépenses de santé, analyse les tendances et fait ressortir la contribution des différentes catégories d'acteurs. Il fait par ailleurs un focus sur les dépenses liées à la lutte contre les maladies prioritaires, un des domaines importants de notre Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018).

Les résultats de ces comptes seront largement diffusés et utilisés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire par les différents acteurs du secteur de la santé. Ils vont également enrichir la réflexion sur la réforme du financement du système de santé de notre pays et orienter les stratégies en cours en matière de couverture en santé universelle.

Au regard donc de l'importance de ce précieux outil, son élaboration doit constituer un processus permanent et soutenu au service de la planification, de la prise de décisions et des études liées aux réformes éventuelles du système de santé. Ainsi, des rapports des comptes de la santé sont produits depuis 2003 et ont toujours servi dans le cadre du suivi des performances et l'élaboration des politiques et stratégies du secteur. L'institutionnalisation de ces comptes vise la contribution de l'outil à la formulation des politiques en fournissant des informations régulièrement mises à jour. Eu égard à tout ce qui précède, je peux affirmer sans ambages que les utilisateurs trouveront chacun dans ce rapport les informations pertinentes et nécessaires pour apprécier et orienter le financement des dépenses de santé.

Le présent rapport a été réalisé avec le concours appréciable de nos Partenaires Techniques et Financiers et en particulier l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'USAID à travers Health Finance and Governance que je remercie très sincèrement.

Mes remerciements vont également à l'équipe technique et à toutes les structures qui ont participé à l'élaboration de ce document.

Le Ministre de la Santé

Dr Alassane SEIDOU

TABLE DES MATIERES

PREFACE	I
LISTE DES TABLEAUX.....	II
LISTE DES FIGURES	II
LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS	3
RESUME	5
INTRODUCTION	6
1) GÉNÉRALITÉS	7
1.1. PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU BÉNIN	7
1.2. PRÉSENTATION DU SYSTÈME DE SANTÉ : ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	7
1.3. PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ EN 2014 ET 2015	7
2) METHODOLOGIE ET SOURCES DE DONNEES	10
2.1. DÉFINITION ET UTILITÉ DES COMPTES DE LA SANTÉ.....	10
2.2. DÉFINITIONS OPÉRATIONNELLES DES CONCEPTS.....	11
2.3. PROCESSUS D'ÉLABORATION DES COMPTES DE LA SANTÉ 2014 - 2015	13
2.4. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES	14
3) RESULTATS DES COMPTES GENERAUX DE LA SANTE DE 2014 ET 2015	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
3.1. VOLUME DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ ET PRINCIPAUX INDICATEURS.....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
3.2. ANALYSE DES RÉSULTATS DES DÉPENSES COURANTES DES COMPTES DE LA SANTÉ DE 2014 ET 2015 ..	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
3.2.1. <i>Recettes des régimes de financement de la santé (FS)</i>	Erreur ! Signet non défini.
3.2.2. <i>Régimes de Financement (HF)</i>	Erreur ! Signet non défini.
3.2.3. <i>Agents de Financement (FA)</i>	Erreur ! Signet non défini.
3.2.4. <i>Analyse de la dimension prestataire de soins de santé (HP)</i>	Erreur ! Signet non défini.
3.2.5. <i>Analyse de la dimension fonction des soins de santé (HC)</i>	Erreur ! Signet non défini.
3.2.6. <i>Répartition des dépenses de santé par tête d'habitant</i>	Erreur ! Signet non défini.
3.2.7. <i>Répartition des dépenses courantes de santé par tranche d'âge</i>	Erreur ! Signet non défini.
3.3. DEPENSES D'INVESTISSEMENTS EN SANTE	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
3.3.1 <i>Dépenses d'investissement par agent de Financement (FA)</i>	Erreur ! Signet non défini.
3.3.2 <i>Dépenses d'investissement par prestataire (HP)</i>	Erreur ! Signet non défini.
3.3.3 <i>Dépenses d'investissement par type d'affection</i>	Erreur ! Signet non défini.
4) RESULTATS ET ANALYSE DES COMPTES PAR MALADIE PRIORITAIRE EN 2014 ET 2015	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
4.1. DÉPENSES DE SANTÉ DU PALUDISME EN 2014 ET 2015	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
4.1.1. <i>Aperçu sur la situation du paludisme au Bénin</i>	Erreur ! Signet non défini.
4.1.2. <i>Volume des dépenses courantes de lutte contre le paludisme par tranche d'âge en 2014 et 2015</i>	Erreur ! Signet non défini.
4.1.3. <i>Dépenses d'investissement du Paludisme</i>	Erreur ! Signet non défini.
4.2. DÉPENSES DE SANTÉ DE LA TUBERCULOSE EN 2014 ET 2015	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
4.2.1. <i>Situation épidémiologique de la tuberculose au Bénin</i>	Erreur ! Signet non défini.
4.2.2. <i>Dépenses courantes de la tuberculose</i>	Erreur ! Signet non défini.
4.2.3. <i>Répartition des dépenses par prestataires de soins de santé</i>	Erreur ! Signet non défini.
4.2.4. <i>Distribution des dépenses d'investissement dans la lutte contre la tuberculose</i>	Erreur ! Signet non défini.
4.3. DÉPENSES DE SANTÉ DU VIH/SIDA EN 2014 ET 2015	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

4.3.1	Aperçu sur la situation du VIH /SIDA.....	Erreur ! Signet non défini.
4.3.2	Volume des dépenses de lutte contre le VIH/SIDA.....	Erreur ! Signet non défini.
4.3.3	Dépenses courantes du VIH/SIDA en 2014 et en 2015.....	Erreur ! Signet non défini.
4.3.4	Distribution des dépenses d'investissement dans la lutte contre le VIH/SIDA en 2014 et en 2015	
	Erreur ! Signet non défini.	
5.1	EVOLUTION DU BUDGET ALLOUÉ AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ	45
5.2	EVOLUTION DU BUDGET DE MINISTÈRE DE LA SANTÉ PAR RAPPORT À LA DÉCLARATION D'ABUJA ET AUX NORMES OMS AU BÉNIN DE 2005 À 2015.	46
RECOMMANDATIONS		49
CONCLUSION		50
ANNEXE A: EQUIPE DE RÉDACTION		51

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES FIGURES

LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

ARCH	Agence pour le Renforcement du Capital Humain
CHD	Centre Hospitalier de Département
CHPP	Centre Hospitalier de Pneumo Phtisiologie
CNHPP	Centre National Hospitalier de Pneumo Phtisiologie
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CNHU	Centre National Hospitalier Universitaire
CS	Comptes de la Santé
FCFA	Franc des Communautés Financières d'Afrique
DCS	Dépenses Courantes de Santé
DDS	Direction Départementale de la Santé
DRFM	Direction des Ressources Financières et du Matériel
DSME	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
DTS	Dépenses Totales de la Santé
DPP	Direction de la Programmation et de la Prospective
DOT	Direct Observation Traitement (Observation Directe de Traitement)
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FA	Financing Agents (Agents de Financement)
FS	Financing Sources (Sources de financement ou Recettes de régime de financement)
EMICoV	Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie des Ménages
HFG	Health Financing and Governance Project
HAPT	Health Account Production Tool
HC	Health care functions (Fonction de soins de santé)
HF	Health care financing schemes (Régime de financement)
HP	Health Providers (Prestataires de soins)
HTA	Hypertension Artérielle
HZ	Hôpitaux de Zone
IHPC	Indice Harmonisé des Prix à la Consommation
INSAE	Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
ISBLSM	Institutions Sans But Lucratif au Service des Ménages
MII	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide
MIILD	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée
NV	Naissances Vivantes
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSD	Orientations Stratégiques de Développement
PEC	Prise en Charge
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PCR	Polimerase Chain Reaction
PND	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	Programme National de Lutte Contre le Paludisme
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
PNT	Programme National contre la Tuberculose
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RAMU	Régime d'Assurance Maladie Universelle
RBM	Roll Back Malaria
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitation
SEP	Service des Études et de la Prospective
SNIGS	Système National d'Information et de Gestion Sanitaires
TPB+	Tuberculose Pulmonaire Bactériologiquement Confirmée
TPM	Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Positive
UEMOA	Union Économique et Monétaire Ouest Africaine
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

RESUME

Les comptes de la santé présentent une description des flux financiers liés à la consommation des biens et des services de santé. Ils décrivent les dépenses d'un système de santé pour une période donnée et apportent des informations nécessaires pour des prises de décision dans le cadre du financement de la santé.

Le présent rapport retrace les résultats de la cinquième édition des Comptes de la Santé exercices 2014 et 2015. Ce rapport a été élaboré suivant la méthodologie du SHA 2011.

Les principaux résultats de ces comptes sont :

- **La Dépense Totale de la Santé (DTS)** est évaluée à 192,7 milliards en 2015 contre 214,297 milliards en 2014. Cette dépense était de 188,47 milliards en 2013 et de 192,88 milliards de FCFA en 2012. On note un accroissement de 13,70% de la DTS de 2013 à 2014 puis un décroissement de 10,08% de 2014 à 2015. Cette baisse est due à la réduction des dépenses courantes du Gouvernement et des PTF qui sont respectivement passées de 82,068 milliards et de 44,355 milliards en 2014 à 75,703 milliards et 36,313 en 2015. La DTS se répartit en dépenses courantes et en capital.
- **La Dépense Courante en Santé (DCS)** est de 180,401 milliards en 2015 contre 174,166 milliards de FCFA en 2014. Cette dépense était de 176,74 milliards de FCFA en 2013, soit une diminution en valeur absolue de 2,57 milliards de 2013 à 2014 et une augmentation de 6,24 milliards de 2014 à 2015. Entre 2013 et 2015, on note un accroissement de 2,07% des dépenses courantes en santé.
- **La Dépense en Capital** s'élève à 12,299 milliards en 2015 contre 40,131 milliards en 2014. Cette dépense était de 11,733 milliards en 2013 et de 20,802 milliards de FCFA en 2012. En 2014, les dépenses d'investissement ont servi en majorité à construire des infrastructures sanitaires soit à hauteur de 78,72% et à l'acquisition des équipements (17,84%). Alors qu'en 2015 elles ont servi essentiellement à 66,31% à l'acquisition des équipements et 23,98% à la construction/réhabilitation des infrastructures sanitaires.

La répartition des dépenses courantes de santé par régime de financement montre que les régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé (52,81% en 2014 et 47,43% en 2015) constituent les premiers dispositifs de financement par lesquels les populations ont obtenu les services de santé. Les ménages viennent en deuxième position en tant que Régime de Financement de la santé avec 44,21% en 2014 et 43,94% en 2015. Cela traduit une insuffisance de mutualisation pour le partage de risques ou de mécanisme d'assurance maladie.

Il ressort de l'analyse des dépenses des agents de financement que les administrations publiques sont les principaux agents qui ont géré les fonds issus des Régimes de Financement de la santé (47,12% en 2014, 41,96% en 2015) suivis des ménages. La contribution des ménages ne cesse de grimper depuis 2012 (42,22% en 2012, 42,31% en 2013, 44,21% en 2014 et 43,94% en 2015).

Sur une décennie, le poids du budget du Ministère de la Santé dans le Budget Général de l'Etat a atteint le niveau le plus élevé (9%) en 2009. avec un faible taux d'engagement de 48,34%. Le poids le plus faible (5,77%) est enregistré en 2015 avec un taux d'engagement relativement élevé (84,11%). Cette proportion est en deçà de l'engagement pris par les Etats à la conférence d'Abuja (15%) et de la norme de l'OMS (10%).

La répartition des dépenses de santé par maladie prioritaire révèle que 17,2% des dépenses courantes sont injectées dans la lutte contre le paludisme en 2015. En 2014, elle était de 21,3 %. Le VIH/SIDA vient en deuxième position sur cette période d'observation avec 4,8% en 2015 contre 5,4% en 2014. Enfin, la tuberculose vient en troisième position sur cette même période d'observation représentant 0,1% des dépenses courantes aussi bien en 2015 qu'en 2014. Cela pourrait se justifier par le fait que le paludisme reste la première affection rencontrée en consultation et en hospitalisation chez les enfants de moins de cinq ans (44,9%) et la première cause de décès pour l'ensemble des patients en 2014 et en 2015.

En ce qui concerne les dépenses d'investissement, le VIH vient en première position (3,4% en 2014 et 21,3% en 2015) suivi du paludisme (1,7% en 2014 et 5% en 2015). Quant aux dépenses d'investissement concernant la tuberculose le taux est très faible (0, 1% en 2014 et 2015).

INTRODUCTION

Le Ministère de la Santé a pour mission de concevoir et de mettre en œuvre la politique du gouvernement en matière de santé. L'objectif global de cette politique contenu dans le plan stratégique du secteur est d'améliorer les conditions socio-sanitaires des familles sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes. Pour atteindre cet objectif, des domaines d'intervention ont été identifiés. Le domaine relatif au financement de la santé a prévu les stratégies et les différents mécanismes pour l'amélioration du financement du secteur de la santé.

En effet, le financement est l'un des piliers du système de santé selon l'Organisation Mondiale de la Santé. Il est déterminant dans la mise en œuvre des activités du secteur. Le financement de la santé au Bénin permet de faire face à plusieurs défis très importants tels que la mobilisation de ressources suffisantes, la mise en place de mécanismes de financements efficaces, l'utilisation rationnelle des ressources et l'amélioration de l'impact du financement. L'une des préoccupations majeures des populations et des partenaires au développement concerne les questions de redevabilité. C'est pourquoi le ministère de la santé s'est engagé à produire annuellement les comptes de la santé pour d'une part, rendre compte du financement et des dépenses de santé du secteur et d'autre part mieux orienter ses actions et fournir aux acteurs des informations fiables afin d'apprécier les performances du système de santé.

Les Comptes de la Santé constituent une source d'information économique et financière systémique. Ils représentent la modélisation du financement du système de santé qu'il soit public ou privé. Ils constituent un instrument particulier du système de comptabilité sanitaire qui retrace les flux financiers ayant circulé dans le secteur au cours d'une période donnée. Ils contribuent à répondre aux questions sur les sources de financement du système, les montants dépensés, les biens et services de soins de santé achetés et les catégories de prestataires impliqués. Ainsi, ils aident à dégager les caractéristiques essentielles du système, les principales lacunes, et donc aide à la prise de décision en matière d'allocation des ressources et de planification rationnelle.

Au Bénin, le financement de la santé se fait à travers un ensemble complexe d'allocation des ressources par les parties prenantes (Gouvernement, PTF, ménages, ONG, assurances, etc.).

La production des CS par le ministère de la santé pour les années 2014 et 2015 est à sa quatrième édition suivant la nouvelle méthodologie du SHA 2011. Il est la traduction de la mise en œuvre des recommandations de la communauté internationale (UEMOA, OMS etc..) à l'endroit des différents pays pour une production régulière des Comptes de la Santé. Il renforce ainsi l'institutionnalisation de cet exercice et permet de disposer d'une série de données sur la période de 2012 à 2015, outre ceux de 2003 et 2008 produits suivant l'ancienne méthodologie. Il permet d'analyser les différents indicateurs liés aux dépenses courantes, dépenses d'investissements et la distribution des dépenses par maladie prioritaire.

Le présent rapport s'articule autour des points suivants : i) généralités du système de santé, ii) méthodologie utilisée, iii) résultats et analyse des comptes généraux de santé, iv) résultats et analyse des comptes des maladies prioritaires, V) évolution du budget alloué au MS, et enfin vi) recommandations

1) GÉNÉRALITÉS

1.1. Présentation générale du Bénin

La République du Bénin est un État de la sous-région ouest africaine. Elle, a une superficie de 114 845,2 km² et s'étend sur une longueur de 700 km. Sa largeur varie de 125 km (le long de la côte) à 325 km (latitude de Tanguiéta). Elle est limitée au nord par le Burkina Faso et le Niger, à l'ouest par le Togo, à l'est par le Nigéria et au sud par l'Océan Atlantique. Son territoire est découpé en 12 départements couvrant 77 communes constituées de 546 arrondissements. Sa population en 2014 est estimée à 10 293 235 habitants dont 51,47 % de personnes de sexe féminin (INSAE, fév. 2016)) avec un accroissement intercensitaire de 3,5% chaque année.

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

1.2.1. Niveau central

Conformément au décret N° 2012- du 13 août 2012, le Ministère de la Santé a pour mission de : concevoir, mettre en œuvre et faire le suivi évaluation de la politique sanitaire du Bénin. A ce titre, il est chargé entre autres de ; définir et suggérer au Gouvernement, au besoin, de concert avec d'autres départements ministériels, les stratégies et programmes d'actions conformes à la politique sanitaire.

1.2.2. Niveau intermédiaire

Le niveau intermédiaire comprend six (06) Directions Départementales de la Santé (DDS) qui ont pour rôle de : i) coordonner toutes les actions de santé au niveau des départements, ii) superviser les structures de santé des niveaux intermédiaire et périphérique. Ce nombre de six DDS, est passé à douze en 2016.

1.2.3. Niveau périphérique

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

1.3. Performance du système de santé en 2014 et 2015

La situation sanitaire au Bénin a connu une amélioration, mais reste caractérisée par des taux de mortalité générale et spécifique élevés. L'évaluation de la performance du secteur à travers la revue à mi-parcours du PNDS 2009-2018 pour la période 2009-2014 et celle de la performance 2015 du secteur ont révélé une amélioration de certains indicateurs. Ainsi, la situation épidémiologique se présente comme il suit:

1.3.1. Profil épidémiologique de 2014 et 2015

La tendance des affections reste similaire en 2014 et 2015 tant en hospitalisation qu'en consultation. Ainsi, en consultation, les affections fréquemment rencontrées en 2014 et 2015 se présentent dans l'ordre décroissant ci-après : le paludisme (39,7% en 2015 contre 40,6% en 2014), les infections respiratoires aiguës (13,6% en 2015 contre 12,9% en 2014), les autres affections gastro-intestinales en

dehors des diarrhées (5,9% en 2015 contre 6,6% en 2014), les traumatismes (4,4% en 2015 contre 4,6% en 2014), l'anémie (3,3% en 2015 contre 3,9% en 2014), les diarrhées (2,6% en 2015 contre 2,8% en 2014), les autres affections dermatologiques notamment gale, zona, teigne, eczéma, infections cutanées (2% en 2015 contre 2,1% en 2014), l'hypertension artérielle (1,6% en 2015 contre 1,4% en 2014), les douleurs abdominales basses (1,6% en 2015 contre 1,4 % en 2014), et le reste des affections (25,4% en 2015 contre 23,7% en 2014).

Pour les trois maladies prioritaires (Paludisme, VIH/Sida et Tuberculose), le paludisme demeure aussi la première cause d'hospitalisation (28,9% en 2015 contre 29,9% en 2014). Elle est l'endémie majeure et la première cause de morbidité et de mortalité dans les groupes les plus vulnérables, à savoir les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Cette situation était similaire à celle de la période de 2009 à 2013, où le paludisme est prédominant avec des proportions de 34,8% en 2009 ; 32,2% en 2010 ; 26,8% en 2011 ; 28,9% en 2012 et 29,2% en 2013. Il urge alors de renforcer les mesures préventives afin d'inverser la tendance.

Quant aux Maladies non Transmissibles (MNT), le changement du mode de vie induit par l'urbanisation et la poussée démographique dans les pays en développement en général et au Bénin en particulier entraîne l'émergence et l'aggravation des facteurs de risque. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) rapporte que les MNT sont, de loin, la première cause de mortalité dans le monde. En 2012, 38 millions de décès étaient dus aux MNT. Elles sont responsables de 68 % des décès dans le monde dont 82 % dans des pays en développement. Au Bénin, selon l'enquête STEP 2015, la prévalence de l'hypertension artérielle est de 25,9% ; pour l'obésité, 7,4% ; le diabète 12,4%, le cholestérol 4,4% ; le tabac 5,0% ; l'alcool 7,6%. L'alcoolisme chronique (2,4%) et le tabagisme (3,9%) font de plus en plus de victimes dans la population.

La survenue ces dernières années des nouvelles maladies émergentes en 2014 et 2015 notamment maladies à virus Ebola et Lassa ont secoué les différents acteurs sanitaires avec 09 décès enregistrés au Bénin sur les 16 cas de Lassa.

En ce qui concerne la surveillance épidémiologique, les cas enregistrés de 2013 à 2015 sont consignés dans le tableau ci-après :

Tableau 1: Evolution des cas et décès de quelques affections à potentiels épidémiques entre 2013 et 2015

Affections	2013		2014		2015	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
Tétanos maternel et néo-natal	8	1	4	0	7	2
Choléra	528	6	832	12	0	0
Fièvre jaune	0	0	81	0	168	0
Méningite	833	82	711	88	588	75
Paralysie flasque aigüe	180	0	120	0	198	0
Rougeole	996	1	1749	3	251	1
Shiguellrose	8	0	0	0	39	0
Fièvre hémorragique Lassa	-	-	16	9	0	0

Source : DNSP, 2015

Contrairement aux autres années où la tendance à l'endémicité du choléra est observée au Bénin avec plusieurs communes touchées, l'année 2015 est une exception. Les statistiques ont montré qu'aucun cas de choléra n'est notifié en 2015.

Par ailleurs, avec l'apparition en 2014 de la fièvre hémorragique à virus Lassa dans la zone sanitaire de Tanguiéta (Atacora), il est enregistré seize (16) cas suspects et neuf (09) décès dont deux (02) cas confirmés par Polymerase Chain Reaction (PCR).

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

- *Mortalité maternelle*

Au Bénin, malgré les efforts appréciables pour la réduction de la mortalité maternelle, le taux de mortalité maternelle selon l'enquête MICS 2014 est de 351 décès pour 100.000 naissances vivantes (NV). Selon les autres enquêtes (RGPH et EDS) les résultats obtenus restent encore très élevés et sa tendance évolutive encore loin de celle préconisée par les OMD, 125 pour 100.000 naissances vivantes en 2015,

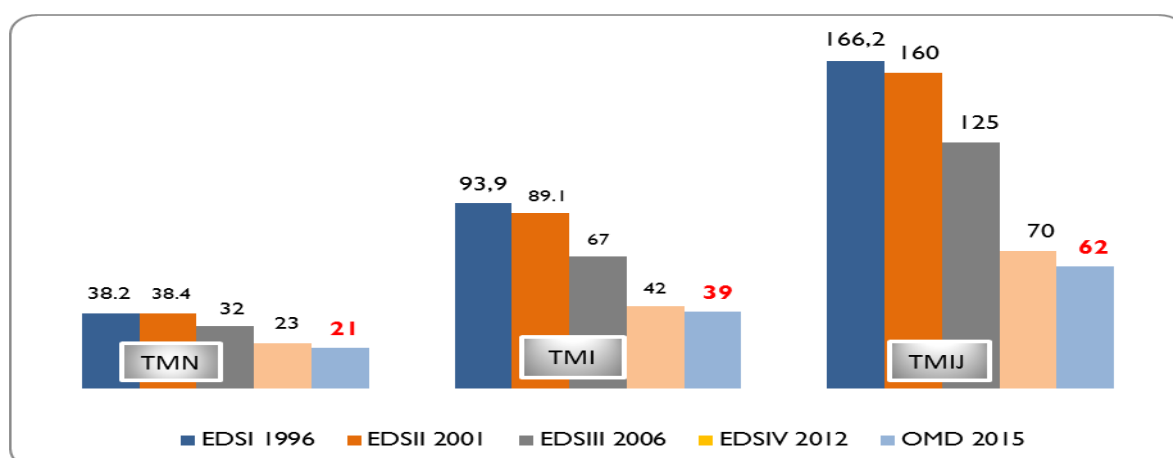
Tableau N°2 : Evolution du Ratio de Mortalité Maternelle au Bénin de 1992 à 2014

RGPH 1992	EDS 1996	EDS 2006	RGPH4, 2013	MICS, 2014	Cible OMD 5
473	498	397-	335,5	351	125
pour 100 000NV	pour 100 000NV	pour 100 000 NV	pour 100 000 NV	pour 100 000 NV	pour 100 000 NV

Source : Rapport Evaluation à mi-parcours PNDS 2009-2018 en 2015 :

- *Mortalités néonatale, infantile et infanto-juvénile*

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



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

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

Les trois indicateurs essentiels pour apprécier les progrès réalisés en matière de santé chez les enfants de moins de cinq (5) ans sont les taux de mortalité juvénile, infantile et infanto-juvénile. En tenant compte des

données des EDS, ces indicateurs se sont améliorés entre les années 1996 et 2012. Le taux de mortalité infantile a régressé de 55% et le taux de mortalité infanto-juvénile de 104,2 %. L'atteinte de l'objectif visant à la survie des enfants dépend d'efforts concentrés sur les causes principales de décès.

La plupart des décès des enfants de moins de cinq ans sont dus à des maladies évitables et qui peuvent être traitées.

Tableau N°3 : Evolution du quotient de mortalité infantile et juvénile

Opération	Mortalité infantile(‰)	Mortalité juvénile(‰)	Mortalité infanto juvénile (‰)
EFB, 1982	123,0	137,0	243,1
RGPH2, 1992	98,6	76,0	167,1
EDSB-1, 1996	93,9	80,0	166,4
EDSB-2, 2001	89,1	77,8	160,0
RGPH3, 2002	90,0	63,7	146,4
EDS3, 2006	67	62	125
EDS4, 2011	42,0	30	70
MICS, 2014	66,5	52,1	115,2

Source: Rapports de performance MS,

Selon l'annuaire des Statistiques Sanitaires 2014, sur l'ensemble des consultants enregistrés dans les formations sanitaires, les enfants de moins de 5 ans représentent 44,0%. 91% de ces cas ont été traités en ambulatoire et 9% en hospitalisation. Dans cette tranche d'âge, le paludisme représente 54,2% des cas suivi des infections respiratoires aiguës hautes et basses (20,3%). Il demeure la principale cause de morbidité et de mortalité. Chez les enfants, le paludisme et l'anémie représentent à eux seuls plus de la moitié (61,6%) des cas hospitalisés.

La couverture vaccinale (pentavalent 3) est de 96,9% en 2014 et de 113,4% en 2015.

On estime à 5,2% par rapport aux naissances vivantes en 2014, la proportion de grossesses qui aboutissent à un mort-né. Ce taux peut s'expliquer par le non-respect par les femmes du nombre de visites prénatales recommandées par l'OMS.

2) METHODOLOGIE ET SOURCES DE DONNEES

2.1. Définition et utilité des comptes de la santé

Les Comptes de la Santé (CS), compte satellite de la comptabilité nationale, font une description exhaustive des flux financiers relatifs aux dépenses de santé publiques et privées. Ils indiquent l'origine des ressources et la façon dont elles sont utilisées. Les CS permettent d'évaluer l'efficacité des politiques publiques en matière de financement de la santé. La flexibilité du cadre d'élaboration des CS permet d'analyser les données des interventions sanitaires (paludisme, le VIH/SIDA, la Tuberculose, la santé de la reproduction, etc.) et de faire la comparaison du système de financement d'un pays à un autre.

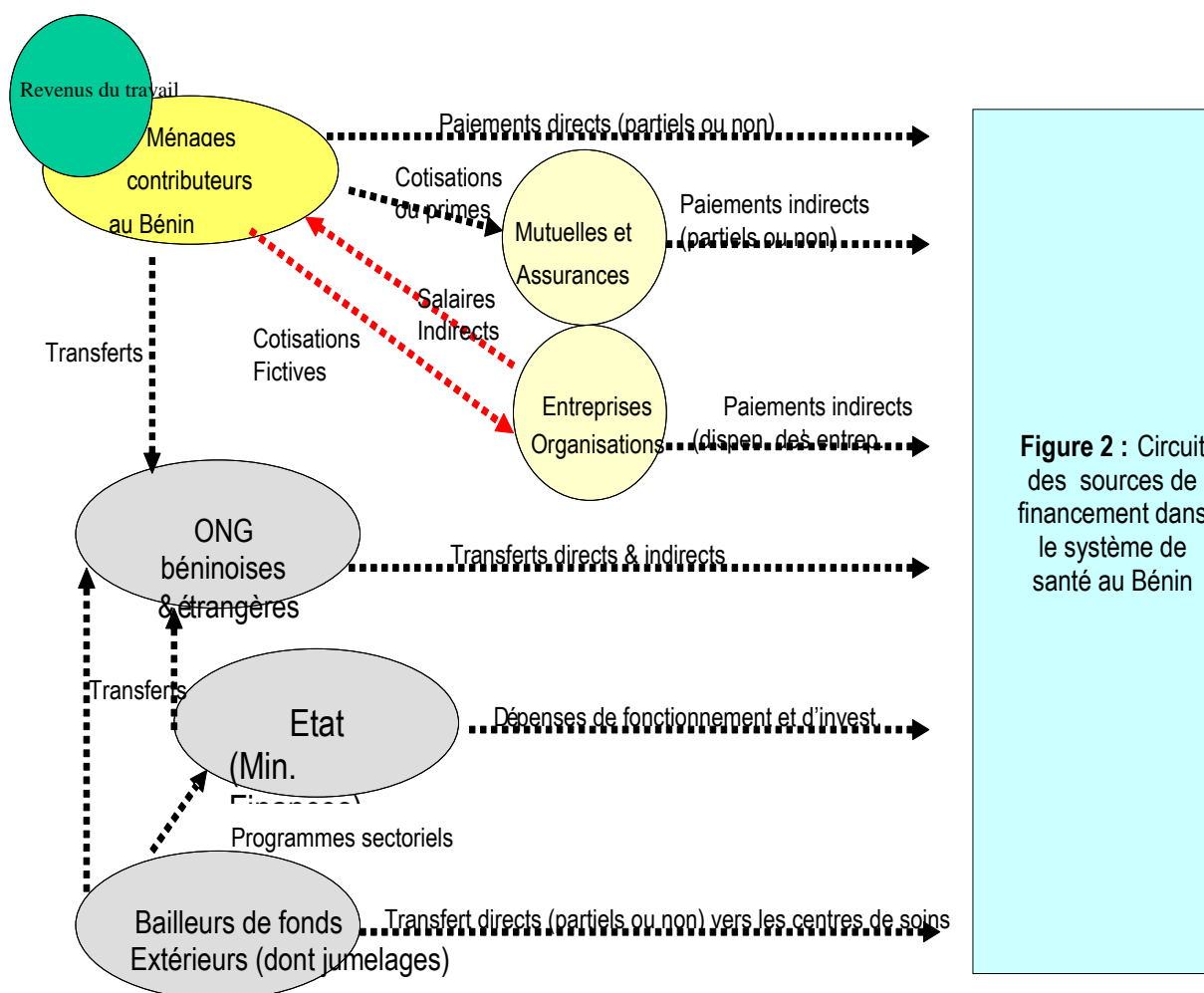


Figure 2 : Circuit des sources de financement dans le système de santé au Bénin

2.2. Définitions opérationnelles des concepts

Les dépenses de santé englobent toutes les dépenses portant sur des activités dont l'objectif principal est de restaurer, d'améliorer et d'entretenir la santé de la population et des individus pendant une période prédéterminée.

❖ Les dépenses courantes de santé (DCS)

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

❖ La formation brute du capital (HK)

Elle est l'ensemble des valeurs des actifs (infrastructures, équipements médico-techniques, microscopes,...) que les prestataires ont acquis pendant l'exercice fiscal moins la valeur des ventes d'actifs de même nature et qui sont utilisés fréquemment ou pendant plus d'une année dans la fourniture des services de santé.

❖ Les dépenses totales de santé (DTS)

Les DTS sont égales aux dépenses courantes de santé (DCS) auxquelles on ajoute la formation brute de capital (HK).

❖ Les recettes de régimes de financement (FS)

Elles constituent une accumulation de fonds d'un régime de financement de soins par des mécanismes de contribution spécifiques. Autrement dit, ce sont des organisations ou des entités qui fournissent les fonds utilisés par les agents de financement dans le système de santé.

❖ Les régimes de financement (HF)

Les régimes de financement sont les principaux dispositifs de financement par lesquels les populations obtiennent des services de santé (public, privé, extérieur).

❖ Les agents de financement (FA)

Les agents de financement sont les unités institutionnelles qui gèrent un ou plusieurs régimes de financement.

❖ Les prestataires de soins (HP)

Ce sont les entités qui reçoivent de l'argent en échange de la réalisation d'un ensemble d'activités comprises dans le champ délimité par les comptes de la santé. Ce sont des entités qui fournissent les services de santé. Les hôpitaux publics et privés, les centres de santé, les cliniques et les dispensaires en sont des exemples.

❖ Les fonctions de la santé (HC)

Ce sont les types de biens et services fournis par les prestataires de soins ainsi que les activités réalisées dans le champ délimité par les comptes de la santé.

❖ Les transferts directs étrangers

Ce sont des revenus financiers étrangers directement alloués à la santé. Ces revenus sont sous forme de subventions venant des agences internationales, des gouvernements étrangers, des transferts volontaires (des dons) en provenance des ONG étrangères ou des individus qui contribuent directement au financement des régimes nationaux de financement de soins.

❖ Les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique

Il s'agit des fonds issus des revenus nationaux de l'administration publique destinés au financement de la santé.

❖ Les données de sources primaires

Ce sont des données issues d'une collecte avec administration de questionnaires bien structurés. Il s'agit des données originales produites pour les besoins d'une étude.

❖ Les données de sources secondaires

Les données de sources secondaires encore appelées données de sources administratives sont issues de l'exploitation des rapports d'activités et/ou financiers d'une structure. Il s'agit des données recueillies par d'autres à des fins qui ne sont pas nécessairement celles du chercheur (ex. données de recensement).

2.3. Processus d'élaboration des Comptes de la Santé 2014 - 2015

L'élaboration des Comptes de la Santé 2014 et 2015 s'est déroulée selon les étapes suivantes : (i) la collecte des données, (ii) la saisie, la codification et l'importation des données, (iii) la production des résultats et (iv) la rédaction et la validation du rapport.

2.3.1. Collecte des données

Sources des données

Les données collectées proviennent de deux principales sources suivantes :

- sources primaires : PTF, ONG, CNSS, grandes entreprises privées, collectivités territoriales, mutuelles de santé et compagnies d'assurances.
- sources secondaires : Rapports d'Auto-Evaluation (RAE), documents comptables et financiers des structures décentralisées et des projets et programmes du secteur. Les données des ménages 2014-2015 ont été obtenues à travers les résultats actualisés des Enquêtes Modulaires Intégrées des Conditions de Vie des ménages (EMICoV) réalisées par l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE).

Technique d'estimation des données des ménages

La méthodologie d'estimation des données des ménages a consisté à appliquer la formule $D_{n+1} = \alpha * D_n$ où D_{n+1} est la dépense estimée pour l'année $n+1$ et D_n la dépense de l'année n . α est un coefficient déterminé à partir de l'Indice Harmonisé des Prix à la Consommation (IHPC) et de l'indice de volume (IV).

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

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

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

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

Les dépenses ont été désagrégées par département, par nature de formation sanitaire (publique, privée) et par instance de gestion des formations sanitaires. L'indice des prix utilisé est celui calculé pour la ville de Cotonou et ses environs. La source de données utilisées pour la population est le quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH4 2013).

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

2.3.2. Saisie, codification et importation des données

Les données collectées ont été saisies en format Excel suivant la nouvelle nomenclature des CS pour constituer des bases de données. On pouvait distinguer les bases de données du gouvernement, des ménages, des PTF, des ONG, des sociétés d'assurance, des entreprises et des CNSS. Des triangulations ont été ensuite faites avec d'autres sources de données en vue de mettre en relief les doublons éventuels et de les supprimer.

Après cette étape, toutes les bases de données sont apurées puis importées dans l'outil de production des CS, Health Account Production Tool (HAPT). On procède ensuite à la codification des dépenses suivant la nouvelle classification du système des comptes de la santé de 2011. La codification a consisté à attribuer à chaque dépense, les codes FS, HF, FS RI, FA, HP, HC, FP, DIS, Genre, Age, et DEP pour désigner respectivement les recettes des régimes de financement, les régimes de financement, les Unités institutionnelles fournissant des revenus aux régimes de financement, les Agents de financement, les prestataires de soins de santé, les fonctions de soins de santé, les Facteurs de production, les maladies, le Sexe, l'Âge et les départements. Elle permet de montrer la traçabilité des dépenses depuis la source de financement jusqu'à l'utilisation.

Pour répartir certaines dépenses de santé non désagrégées au moment de la collecte, des clefs ont été définies sur la base des données du Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS), des résultats des études spécifiques dans le domaine de la santé et des rapports de suivi-évaluation.

2.3.3. Production des résultats

L'équipe des comptes procède à la production des premiers résultats à travers la réalisation des tableaux croisés utiles pour le calcul des indicateurs identifiés (indicateurs de base et optionnels). Ces tableaux sont ensuite exportés de l'outil vers Excel pour être traduits en différents types de graphe selon le besoin.

2.3.4. Rédaction et validation du rapport

Les résultats obtenus ont fait l'objet d'une analyse approfondie afin d'expliquer le comportement des indicateurs retenus en vue de favoriser la prise de décision par les autorités politiques.

Un atelier de validation a réuni les principaux acteurs du système de la santé pour amélioration et adoption du rapport.

2.4. Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées dans l'élaboration du présent rapport se résument essentiellement à :

- la réticence de certains acteurs (PTF, ONG, Société d'entreprise et d'assurance, etc...) à répondre aux questionnaires de la collecte des données qui leur ont été envoyés nonobstant les multiples relances ;
- l'insuffisance de données désagrégées pouvant être directement réparties suivant la nouvelle classification du système des comptes de la santé de 2011 ;
- la modification fréquente de la version de l'outil de production des comptes ;
- l'absence d'une ligne budgétaire spécifique pour la production des CS ;

3) RESULTATS DES COMPTES GENERAUX DE LA SANTE DE 2014 et 2015

Le volume de financement de la santé et les principaux indicateurs sont présentés dans la présente partie du rapport. Une analyse de ces résultats est faite selon les dépenses courantes et les dépenses en capital ou d'investissements en santé.

3.1. Volume de financement de la santé et principaux indicateurs

Les Dépenses Courantes de Santé (DCS), les dépenses en capital (DHC) et les Dépenses Totales de Santé (DTS) sont les principaux agrégats qui sont présentés dans le présent rapport. En dehors de ces trois agrégats, des indicateurs liés au financement de la santé ont été calculés.

Les CS 2014 et 2015 constituent les 5^e et 6^e générations des comptes élaborés au Bénin. Ces deux études réalisées simultanément permettent de faire des analyses comparatives et de porter le Bénin au rang des pays produisant régulièrement les Comptes de Santé. Il est donc possible de présenter une série de données depuis les Comptes de 2012, tous réalisés sous le SHA 2011. Les CS de 2003 et 2008 ont été réalisés sur la base du SHA 1. Malgré la différence de méthodologie entre le SHA1 et le SHA 2011, caractérisée par la séparation entre les dépenses courantes et les dépenses en capital, des déductions ont été faites pour permettre les comparaisons avec les études réalisées à partir de l'ancienne méthodologie.

- **La Dépense Courante en Santé (DCS)** est évaluée à 180,401 milliards en 2015 contre 174,166 milliards de FCFA en 2014. Cette dépense était de 176,74 milliards de FCFA en 2013, soit une diminution en valeur absolue de 2,57 milliards entre 2013 et 2014 puis une augmentation de 6,24 milliards entre 2014 et 2015. L'accroissement des dépenses courantes de santé entre 2012 et 2013 est évalué à 2,7%. Cet accroissement est de 2,07% entre 2013 et 2015.
- **La Dépense en Capital** s'élève à 12,299 milliards en 2015 contre 40,131 milliards en 2014. Cette dépense était de 11,733 milliards en 2013 et de 20,802 milliards de FCFA en 2012. En 2014, les dépenses d'investissement ont servi en majorité à construire des infrastructures sanitaires soit à hauteur de 78,72% et à l'acquisition des équipements (17,84%). Contrairement à 2014, les dépenses d'investissement de 2015 ont essentiellement servi à l'acquisition des équipements (66,31%), puis à la construction/réhabilitation des infrastructures sanitaires (23,98%).
- **La Dépense Totale de Santé (DTS)** est évaluée à 192,7 milliards en 2015 contre 214,297 milliards en 2014. Cette dépense était de 188,47 milliards en 2013 et de 192,88 milliards de FCFA en 2012. On note un accroissement de 13,70% de la DTS de 2013 à 2014 puis une baisse de 10,08% de 2014 à 2015.

Le graphique ci-dessous présente l'évolution de la dépense totale en santé de 2003 à 2015 à prix constant en volume (année de base : 2003).



Source: SEP/DPP/MS Bénin, 2014 et 2015

NB : les chiffres sont présentés à prix constant pour des besoins de comparaison

Figure 3 : Evolution des dépenses totales de santé de 2003, 2008, 2012 à 2015 (en milliards de FCFA)

La dépense totale de santé a connu une croissance de 2003 à 2014 avec une légère baisse en 2013 et une chute en 2015.

Le tableau ci-dessous présente l'évolution des dépenses courantes de santé par sources de revenus de 2013 à 2015.

Tableau 4 : Dépenses courantes de santé (DCS) par source de revenu en milliards de FCFA

Rubrique	2013		2014		2015		Ecart 2014-2013	Ecart 2015-2014
	Montant	(%)	Montant	(%)	Montant	(%)		
Gouvernement	45,2	25,57%	35,384	20,32%	36,5	20,23%	-9,82	1,12
Ménages	75,53	42,74%	82,072	47,12%	94,422	52,34%	6,54	12,35
Entreprises	8,83	5,00%	2,354	1,35%	3,279	1,82%	-6,48	0,93
PTF	44,38	25,11%	44,355	25,47%	36,313	20,13%	-0,03	-8,04
Assurances et Mutuelles	2,8	1,58%	10,002	5,74%	9,887	5,48%	7,20	-0,12
TOTAUX	176,74	100,00%	174,166	100,00%	180,401	100,00%	-2,57	6,23

Source: SEP/DPP/MS Bénin, 2014 et 2015

Les DCS ont légèrement diminué de 2013 à 2014 d'environ 3 milliards de FCFA alors qu'elles ont connu une augmentation d'environ 6 milliards entre 2014 et 2015. Ceci pourrait être dû à l'effort fourni par les différents acteurs pour augmenter le financement du secteur.

Le tableau ci-après présente les principaux indicateurs des comptes de santé de 2014 et 2015.

Tableau 5 : Les principaux indicateurs des comptes de santé 2014 et 2015

Indicateurs 2014 à 2015	Valeurs
-------------------------	---------

Indicateurs de Base	2014	2015
1. Population en 2013 10 008 749	10 293 235	10 584 935
2. Dépense totale en santé (milliard FCFA)	214,297	192,7
3. Dépense totale courante en santé (milliard FCFA)	174,166	180,401
4. Dépenses en capital de santé (milliard FCFA)	40,131	12,299
5. PIB (millions FCFA)	4413,1	5002,2
6. Dépenses des ménages (milliard FCFA)	82,072	94,422
7. Dépenses publiques courantes de santé (milliard FCFA)	82,068	75,703
8. Dépenses publiques courantes de santé en % de la dépense totale de santé	38,30	39,29
9. Dépenses de santé par habitant (FCFA)	20 819	18 205
10. Dépenses de santé par habitant (USD)*	41,64	36,41
11. Dépenses de santé en pourcentage (%) du PIB	4,86	3,85
12. Dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé	38,30	49
13. Dépenses de soins préventifs en % des dépenses totales de Santé	14,97	16,99
14. Dépenses de soins curatifs en % des dépenses totales de santé	38,07	45,99
15. Dépenses de médicaments en % des dépenses totales de santé	14,76	16,89
Indicateurs optionnels		
16. Dépenses de santé du reste du monde en % des dépenses totales de santé	20,70	18,84
17. Ratio assurance maladie sur dépense totale de santé (en %)	4,67	5,13
18. Ratio assurance maladie sur dépense de santé des ménages (en %)	12,19	10,47

Source: SEP/DPP/MS Bénin, 2014 et 2015

* 1 USD = 500 FCFA

3.2. Analyse des résultats des dépenses courantes des comptes de la santé de 2014 et 2015

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

Les recettes des régimes de financement sont principalement les cotisations, les taxes, les impôts, les appuis budgétaires, autres transferts, etc., visant à accumuler les fonds pour appuyer des actions en faveur de la santé.

Tableau 6 : Répartition des DCS par recettes des régimes de financement en 2014 et 2015

Recettes des régimes de financement des soins de santé	2014		2015	
	Dépenses en million de FCFA	%	Dépenses en million de FCFA	%
Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	35 384	20,31	36 500	20,23
Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	44 330	25,45	36 313	20,13
Cotisations d'assurance sociale	2 354	1,35	3 279	1,82
Prépaiement obligatoire (autres que FS.3)	9 902	5,69	9 825	5,45
Prépaiement volontaire	100	0,06	62	0,03
Autres revenus nationaux n.c.a.	82 072	47,12	94 422	52,34

Transferts directs étrangers	25	0,01	/	/
TOTAUX	174 166	100,00	180 401	100,00

Source: SEP/DPP/MS Bénin, 2014 -2015

, La contribution des ménages représentée par « autres revenus nationaux » constitue la première source de revenus dans le financement du secteur de la santé depuis plusieurs années. La situation n'a pas varié entre 2014 et 2015. En effet, elle est respectivement de 47,1% et 52,34% en 2014 et 2015. Les transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique viennent en deuxième position en 2014 avec 25,5% . ils sont suivis des transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique avec 20,3% en terme de volume de financement. La tendance a été inversée en 2015. En effet, après les ménages, les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (20,23%) sont légèrement supérieurs aux transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique (20,13%).

Depuis plusieurs années, les ménages constituent la première source de financement de la santé au Bénin (52,1% en 2003 ; 44% en 2008, 42,22% en 2012 et 42,74% en 2013). Viennent ensuite le Gouvernement et les PTF.

Au regard de cette tendance, il est important de se poser des questions sur l'efficacité des différentes actions initiées par le gouvernement pour atténuer les dépenses de santé des ménages. Il s'agit entre autres, des stratégies de prévention des maladies (vaccination, promotion de la santé, hygiène et assainissement, ...), et des politiques de gratuité (Prise en Charge (PEC) du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, la gratuité de la césarienne,...). A cet effet, la prise des dispositions nécessaires en vue de renforcer ou de corriger les mécanismes d'allègement déjà en place et l'opérationnalisation de l'ARCH s'avèrent indispensables pour inverser la tendance.

3.2.2. Régimes de Financement (HF)

Les régimes de financement dans le contexte du présent rapport, sont des structures ou entités qui ont accumulé les fonds issus des recettes des Régimes de Financement au titre de l'année 2014 et 2015, pour acheter directement des biens ou services de santé ou pour les acheminer vers les prestataires de soins de santé.

Tableau 7 : Répartition des dépenses courantes de santé par régime de financement (HF) en 2014 et 2015

Régimes de financement des soins de santé	2014		2015	
	Dépenses (million de FCFA)	%	Dépenses (million de FCFA)	%
Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	91 970	52,81	85 556	47,43
Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	4 389	2,52	222	0,12
Paiement direct des ménages	77 007	44,21	79 272	43,94
Régimes de financement du reste du monde (non résidents)	800	0,46	15350	8,51
Total	174 166	100	180 401	100

Source: SEP/DPP/MS Bénin, 2014 et 2015

Les régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé (52,81% en 2014 et 47,43% en 2015) constituent les premiers dispositifs de financement par lesquels les populations ont obtenu les services de santé en 2014 et en 2015. Les ménages viennent en deuxième position en tant que Régime de Financement de la santé avec 44,21% en 2014 et 43,94% en 2015. Le mode de participation au financement de la santé dans ce cas est volontaire et basé sur la disposition du ménage à payer les services de santé. Les ménages n'ont droit aux services de soins que s'ils contribuent par paiement direct en puisant dans leurs économies ou en empruntant auprès d'une tierce personne. Cela traduit une insuffisance de mutualisation pour le partage de risques ou de mécanisme d'assurance maladie.

3.2.3. Agents de Financement (FA)

Tableau 8 : Répartition des dépenses courantes de santé par agent de financement (FA) de 2014 et 2015

Agents de financement	2014		2015	
	Dépenses en million de FCFA	%	Dépenses en million de FCFA	%
Administrations publiques	82 068	47,12	75 703	41,96
Sociétés d'assurance	10 002	5,74	9 887	5,48
Sociétés (hors sociétés d'assurances)	193	0,11	160	0,09
Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	4 896	2,81	15 378	8,52
Ménages	77 007	44,21	79 272	43,94
TOTAL	174 166	100,00	180 401	100

Source: SEP/DPP/MS Bénin, 2014 et 2015

Les administrations publiques sont les premiers agents qui ont géré les fonds issus des Régimes de Financement de la santé en 2014 (47,12%,) suivis des ménages (44,21%), Par contre en 2015) ce sont les ménages qui occupent la première place avec 43,94% suivis de l'administration publique (41,96%) La contribution de l'administration publique était de 39,31% en 2012 et de 45,17% en 2013. Ceci montre que depuis 2012, l'Etat fait un effort pour accroître son apport au financement du secteur. Cependant, la part des ménages ne cesse de grimper depuis 2012 (42,22% en 2012, 42,31% en 2013, 44,21% en 2014 et. en 2015. La part de l'Etat a chuté de 7 milliards par rapport à 2014, ce qui aurait engendré l'augmentation de la contribution des ménages de plus de 2 milliards.

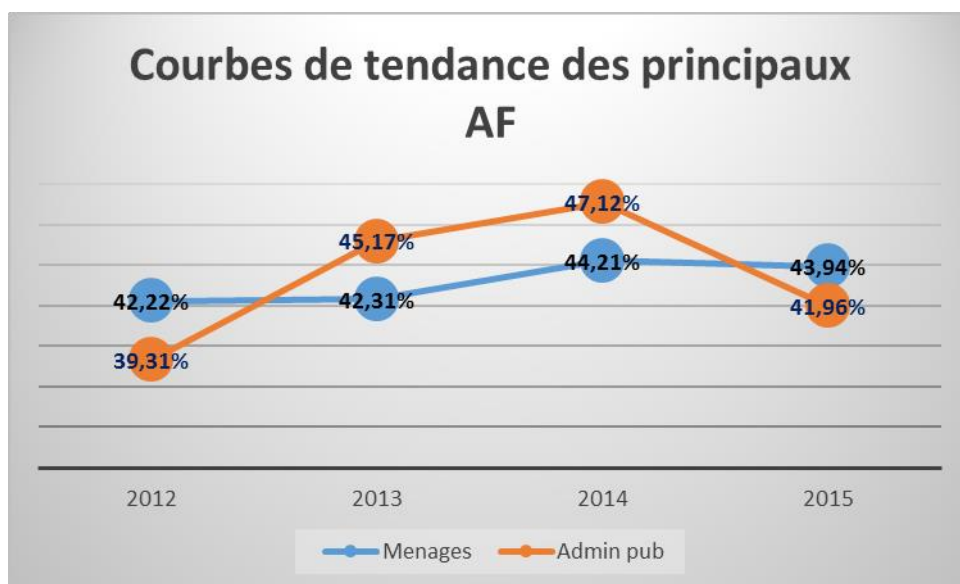


Figure 4 : Courbe de tendances des principaux AF

La structuration des dépenses directes des ménages et celles de l'administration publique en tant qu'agents de financement du secteur de la santé, révèle que la subvention de l'Etat pour le financement des dépenses de santé demeure insuffisante. Il urge de mener une réflexion profonde afin qu'une stratégie soit mise en place pour réduire réellement les dépenses de santé des ménages à travers la réduction du coût des prestations et des médicaments.

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

Tableau 9 : Répartition des dépenses courantes de santé par prestataire en 2014 et en 2015

Prestataires de soins de santé	2014		2015	
	Dépenses (en millions de FCFA)	%	Dépenses (en millions de FCFA)	%
Hôpitaux	48 244	27,70	52 423	29,06
Hôpitaux généraux	47 730	27,40	51 913	28,78
Hôpitaux psychiatriques	70	0,04	74	0,04
Hôpitaux spécialisés (autres que les hôpitaux de santé mentale)	443	0,25	436	0,24
Etablissements résidentiels de soins de longue durée	35	0,02	35	0,02
Autres établissements résidentiels de soins de longue durée	35	0,02	35	0,02
Prestataires de soins de santé ambulatoire	35 069	20,14	39 733	22,02
Centres de soins ambulatoires	34 969	20,08	39 671	21,99

Prestataires de soins de santé ambulatoire non spécifiés (n.c.a.)	100	0,06	62	0,03
Prestataires de services auxiliaires	2 271	1,30	2 358	1,31
Prestataires de services de transport aux patients et de secours d'urgence	11	0,01	21	0,01
Laboratoires Médicaux et de diagnostic	2 261	1,30	2 338	1,30
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	34 129	19,60	35 116	19,47
Pharmacies	33 383	19,17	34 357	19,04
Détaillants et autres fournisseurs de biens médicaux durables et d'appareils médicaux	222	0,13	220	0,12
Tous autres détaillants divers et autres fournisseurs de produits pharmaceutiques et biens médicaux	524	0,30	539	0,30
Prestataires de soins préventifs	26 434	15,18	22 777	12,63
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	23 967	13,76	21 403	11,86
Agences étatiques de l'administration de la santé	21 518	12,35	19 647	10,89
Agences d'assurance maladie sociale	675	0,39		
Agences administratives de l'assurance maladie privée	1 775	1,02	1 757	0,97
Reste de l'économie			2 026	1,12
Agents de santé communautaires (ou travailleurs de santé communautaires, agents de santé des villages, etc.)			2 026	1,12
Reste du monde	4 018	2,31	4 529	2,51
Total	174 166	100	180 401	100

Source :: SEP/DPP/MS Bénin, 2014 et 2015

Les principaux prestataires de soins de santé sont les hôpitaux et les prestataires de soins de santé ambulatoire au Bénin en 2014 et 2015. Ils contribuent respectivement à hauteur de 27,7% et de 20,1% en 2014 ; 29,2% et 22% en 2015. Ensuite viennent les détaillants et autres prestataires de biens médicaux (19,6% en 2014 et 19,47% en 2015).

Toutefois, la part des prestataires de soins préventifs a chuté de 26,434 milliards à 22,777 milliards de 2014 à 2015.

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

Tableau 10 : Répartition des dépenses courantes de santé par fonction de soins en 2014 et 2015

Fonctions des soins de santé	2014	2015
------------------------------	------	------

	Dépenses (en millions de FCFA)	%	Dépenses (en millions de FCFA)	%
Soins curatifs	81 577	46,84	88 620	49,12
Soins curatifs hospitaliers	32 924	18,90	39 785	22,05
Soins curatifs ambulatoires	48 652	27,93	48 835	27,07
Soins de réadaptation	0	0,00	0	0,00
Soins de réadaptation hospitaliers	0	0,00	0	0,00
Soins (de santé) de longue durée	144	0,08	157	0,09
Soins (de santé) de longue durée hospitaliers	109	0,06	121	0,07
Soins de longue durée non spécifiés (n.c.a.)	35	0,02	35	0,02
Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	2 271	1,30	2 358	1,31
Services de laboratoire d'analyses médicales	1 661	0,95	1 722	0,95
Services d'imagerie	600	0,34	616	0,34
Transport de patient	11	0,01	21	0,01
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	34 129	19,60	35 116	19,47
Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables	31 640	18,17	32 553	18,04
Appareils thérapeutiques et autres biens médicaux	2 488	1,43	2 562	1,42
Soins préventifs	32 078	18,42	32 747	18,15
Programmes d'information, d'éducation et de conseil (IEC)	7 946	4,56	8 371	4,64
Programmes de vaccination	7 917	4,55	5 364	2,97
Programme de suivi de l'état de santé	41	0,02	0	0,00
Surveillance épidémiologique et programmes de lutte contre le risque et la maladie	6 812	3,91	3 632	2,01
Soins préventifs non spécifiés (n.c.a.)	9 362	5,38	15 380	8,53
Gouvernance, administration du système de santé et des financements	23 967	13,76	21 403	11,86
Gouvernance et administration du système de santé	20 173	11,58	18 219	10,10
Gouvernance, administration du système de santé et des financements non spécifiée (n.c.a.)	3 794	2,18	3 185	1,77
TOTAL	174 166	100,00	180 401	100,00

Source :: SEP/DPP/MS Bénin, 2014 et 2015

Les soins curatifs sont les premières fonctions qui ont drainé plus de dépenses aussi bien en 2014 (46,84%) qu'en 2015 (49,12%). Ces dépenses ont été plus effectuées en ambulatoire (27,93% en 2014 et 27,07% en 2015) qu'en hospitalisation (18,9% en 2014 et 22,05% en 2015). Après les soins curatifs viennent les biens médicaux avec 19,60% en 2014 et 19,47% en 2015. Les produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables sont les premières causes de dépenses liées aux biens médicaux (18,17% en 2014 et 18,04% en 2015). Quant aux dépenses liées aux soins préventifs, elles représentent 18,42% en 2014 et 18,15% en 2015.

Il serait important qu'on investisse davantage dans la prévention afin de réduire les risques liés aux maladies et en conséquence réduire les dépenses de soins curatifs.

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

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

Ces dépenses sont passées de 20 819 FCFA en 2014 à 18 205 FCFA en 2015 soit respectivement 41,64 USD et 36,41 USD. . Cet indicateur reste toujours en deçà de la norme préconisée par l'OMS qui est de 56 USD (WHO, 2011). Dans un contexte où le béninois moyen ne dispose pas suffisamment de ressources pour couvrir ses besoins en santé, il est nécessaire pour l'Etat de poursuivre les initiatives de gratuité et de subventions diverses dans le secteur santé pour inverser la tendance. .

3.2.7. Répartition des dépenses courantes de santé par tranche d'âge

Le tableau ci-dessous présente la distribution des dépenses courantes de santé par tranche d'âge

Tableau 11 : Répartition des dépenses courantes de santé par tranche d'âge en 2014 et 2015

Tranche d'âge	2014		2015	
	Dépenses (en millions de FCFA)	%	Dépenses (en millions de FCFA)	%
< 5 ans	61 860	35,52	60 026	33,27
≥ 5 ans	112 306	64,48	120 375	66,73
TOTAL	174 166	100	180 401	100

Source :: SEP/DPP/MS Bénin, 2014 et 2015

Les dépenses de santé des enfants de moins de cinq ans représentent 35,52% en 2014 et 33,27% en 2015 soit plus du tiers des dépenses courantes de santé. Cela pourrait se justifier par la vulnérabilité de cette couche de la population. Au regard de ces données, il est suggéré que les déterminants soient identifiés à travers une étude.

3.3 Dépenses d'investissements en santé

Les dépenses d'investissements sont de 11,723 milliards de FCFA en 2013, de 40,131milliards de FCFA en 2014 et 12,299 milliards de FCFA en 2015.

Le tableau ci-après met en exergue les dépenses en capital en 2014 et 2015.

Tableau 12: Répartition des dépenses d'investissements en 2014 et 2015

Comptes de capital	2014		2015	
	Montant en million de FCFA	%	Montant en million de FCFA	%

Formation brute de capital	40 126	99,99	12299	100
Formation brute de capital fixe	38 753	96,57	11105	90,29
Infrastructures	31 593	78,72	2949	23,98
Machines et équipements	7 161	17,84	8156	66,31
Formation brute de capital non spécifiée (n.c.a.)	1 372	3,42	1194	9,71
Formation brute de capital non spécifiée (n.c.a.)	5	0,01	0	0
TOTAL	40 131	100	12299	100

Source : SEP/DPP/MS Bénin, 2014 et 2015

Les biens d'équipement constituent une composante essentielle de la demande des prestataires de services de santé et jouent un rôle crucial dans la fourniture des services et biens de santé afin de maintenir ou d'accroître leur production. La formation brute de capital fixe est passée de 84,14% en 2013 à 96,57% en 2014, puis à 90,29% en 2015. Dans cette catégorie de dépenses d'investissement, les dépenses d'achat des matériels et équipements sont plus élevées en 2015 (66,31%) qu'en 2014 (17,84%). Celles des infrastructures sont plus élevées en 2014 (78,72%) qu'en 2015 (23,98%). Il en découle que l'effort fourni par le Gouvernement dans l'amélioration de l'infrastructure sanitaire est remarquable en 2014.

3.3.1. Dépenses d'investissement par agent de Financement (FA)

Le tableau ci-dessous montre la proportion de la dépense d'investissement de santé par agent de financement de la santé au Bénin.

Tableau 13 : Dépenses d'investissement par agent de financement en 2014 et 2015

Agents de financement	2014		2015	
	Montant en million de FCFA	%	Montant en million de FCFA	%
Administrations publiques	39 861	99,33	12246	99,57
Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	270	0,67	54	0,44
TOTAL	40 131	100	12300	100

Source : SEP/DPP/MS Bénin, 2014 et 2015

Le financement du secteur est essentiellement assuré par les administrations publiques. En effet, les fonds publics représentent 99,33% en 2014 contre 99,57% en 2015 de la dépense d'investissement de santé alors qu'elles étaient de 94,54% en 2013.

Il ressort de cette analyse, que si en terme de pourcentage les dépenses sont restées presque les mêmes, il n'en est pas de même en valeur absolue. En effet, les dépenses d'investissement ont chuté de 39861 millions de FCFA en 2014 à 12246 millions de FCFA 2015.

3.3.2 Dépenses d'investissement par prestataire (HP)

Cette rubrique s'intéresse à la distribution des dépenses d'investissement au sein des différentes entités qui offrent les prestations, c'est-à-dire des structures sanitaires.

Tableau 14 : Répartition des dépenses d'investissement par prestataire de soins de santé en 2014 et 2015

Prestataires de soins de santé	2014		2015	
	Montant en million de FCFA	%	Montant en million de FCFA	%
Hôpitaux	16 640	41,46	390	3,17
Prestataires de soins de santé ambulatoire	9 623	23,98	3420	27,81
Prestataires de services auxiliaires	0	0	1	0,01
Prestataires de soins préventifs	6 369	15,87	2280	18,54
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	7 499	18,69	6209	50,48
TOTAL	40 132	100,00	12299	100

Source : SEP/DPP/MS Bénin, 2014 - 2015

De l'analyse du tableau ci-dessus, il ressort qu'en 2014 la grande partie des dépenses d'investissement est affectée à la construction/réfection des hôpitaux avec 41,46% des dépenses totales d'investissement suivies des prestataires de soins de santé ambulatoires (23,98%). La situation n'est pas pareille en 2015, car ce sont les prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé qui ont été priorisés avec plus de la moitié (50,48%) des dépenses totales d'investissement. Cette tendance pourrait s'expliquer par le fait que les constructions ont été prioritaires en 2014 contrairement en 2015.

3.3.3- Dépenses d'investissement par type d'affection

Cette section rend compte des dépenses d'investissement par type d'affections.

Tableau 15 : Répartition des dépenses d'investissement par type d'affections en 2014 et 2015.

Classification des maladies / affections	2014		2015	
	Montant en million de FCFA	%	Montant en million de FCFA	%
Maladies infectieuses et parasitaires	4 012	10	4850	39,43
Santé de la reproduction	2 287	5,70	2610	21,22
Carences nutritionnelles	180	0,45	147	1,20
Maladies non transmissibles	1 163	2,90	926	7,53
Traumatismes	8	0,02	6	0,05
Autres maladies/affections et maladies/affections non spécifiées (n.c.a.)	32 482	80,94	3760	30,57

TOTAL	40132	100	12299	100
--------------	-------	-----	-------	-----

Source : SEP/DPP/MS Bénin, 2014 et 2015

En 2014, la grande majorité des investissements réalisés est au bénéfice des autres maladies et affections (80,94%). Ces données sont en cohérence avec les constructions d'hôpitaux qui sont les principaux centres de prise en charge des affections rencontrées. En 2015, les maladies infectieuses et parasitaires ont bénéficié de 39,43% des dépenses d'investissement et 30,57% pour les autres maladies. Les dépenses au profit de la santé de la reproduction estimées à 21,22% en 2015 est la preuve que ce sous secteur n'a pas bénéficié d'autant d'attention en 2014 (5,7%).

Les dépenses d'investissement relatives aux carences nutritionnelles et aux traumatismes ont les plus faibles taux respectivement 1,20% et 0,05%

4) RESULTATS ET ANALYSE DES COMPTES PAR MALADIE PRIORITAIRE EN 2014 ET 2015

Le paludisme, le VIH/ Sida et la Tuberculose sont des maladies prioritaires du secteur de la santé. La lutte contre chacune de ces maladies se fait à travers un programme national mis en place et couvrant tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Cette partie met en exergue les dépenses effectuées dans chaque type de maladie prioritaire et analyse les tendances des différentes composantes de ces dépenses. La répartition des dépenses de santé (courantes et investissement) par maladie prioritaire au titre des années 2014 et 2015 est présentée dans le tableau ci-après.

Tableau 16 : Répartition des dépenses de santé par maladie prioritaire au titre des années 2014 et 2015

Affections	2014						2015					
	Dépenses courantes (en millions de FCFA)	%	Montant total d'investissement (en millions de FCFA)	%	Dépenses Globales (en millions de FCFA)	%	Dépenses courantes (en millions de FCFA)	%	Montant total d'investissement (en millions de FCFA)	%	Dépenses Globales (en millions de FCFA)	%
Paludisme	37 174	21,34	686	1,71	37 860	17,67	30 969	17,17	613	4,98	31 582	16,39
Tuberculose	861	0,49	36	0,09	897	0,42	840	0,47	9	0,07	849	0,44
VIH/SIDA et autres (MST)	9 389	5,39	1 359	3,39	10 748	5,02	8 684	4,81	2 615	21,26	11 299	5,86
Autres Dépenses	126 742	72,77	38 050	94,81	164 792	76,90	139 908	77,55	9 062	73,68	148 970	77,31
TOTAL	174 166	100	40 131	100	214 297	100	180 401	100	12 299	100	192 700	100

Source: SEP/DPP/MS Bénin, 2014 et 2015

La distribution des dépenses totales par maladie indique que 17,67% ; 5,02% et 0,42% sont respectivement affectées aux paludisme, tuberculose et SIDA en 2014. En 2015, elles étaient de 16,39% ; 5,86% et 0,44%. Ainsi, le paludisme est la première maladie ayant consommé plus de ressources.

Pour ce qui concerne les dépenses courantes, 17,17% sont éjectées dans la lutte contre le paludisme en 2015. En 2014 elle était de 21,34 %. Le VIH/SIDA vient en deuxième position sur cette période d'observation avec 4,81% en 2015 contre 5,39% en 2014. Enfin, la tuberculose vient en troisième position sur cette même période d'observation représentant 0,49% en 2014 des dépenses courantes et 0,47% en 2015. Cela pourrait se justifier par le fait que le paludisme reste la première affection rencontrée en consultation et en hospitalisation chez les enfants de moins de cinq ans (44,9%) et la première cause de décès pour l'ensemble des patients en 2014 et en 2015.

Quant aux dépenses d'investissement, le VIH vient en première position (21,26% en 2015 et 3,39% en 2014) suivi du paludisme (4,98% en 2015 et 1,71% en 2014).

4.1. Dépenses de santé du paludisme en 2014 et 2015

4.1.1. Aperçu sur la situation du paludisme au Bénin

Le paludisme demeure la première cause de morbidité et de mortalité dans les groupes vulnérables, à savoir les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Les incidences du paludisme simple et grave sont évaluées à 16,1 % en 2014 et 15,5% en 2015 (Annuaire Statistique 2015). La maladie représente 39,8% en 2014 et 38,9% en 2015 des affections fréquemment notifiées en consultation et en hospitalisation.

En 2012, le nombre de cas de paludisme est de 1 591 981 (incidence 17%). Ce nombre est passé à 1 635 828 (incidence 16,9%) en 2013 puis à 1 610 083 (incidence 16,1%) en 2014 et à 1 600 395 (incidence 15,5%) en 2015.

Quant à la létalité, elle a varié de 1,2‰ en 2011 à 1,1‰ en 2015 avec un pic de 1,4‰ en 2012, suivie d'une baisse progressive entre 2012 et 2015,

Tableau 17 : Evolution de la létalité du paludisme de 2012 à 2015 selon les tranches d'âge

Tranches d'âges	Létalité de 2011 (%)	Létalité de 2012 (%)	Létalité de 2013 (%)	Létalité de 2014 (%)	Létalité de 2015 (%)
< 5 ans	0,10	0,12	0,11	0,09	0,09
≥ 5 ans	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02
Tous âges	0,20	0,14	0,13	0,12	0,11

Sources : Annuaire statistiques 2012, 2013, 2014 et 2015 ; Ministère de la Santé

L'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILD) et la pulvérisation intra domiciliaire restent des actions essentielles dans la prévention du paludisme et par conséquent un facteur de réduction de la morbidité et de la mortalité.

4.1.2. Volume des dépenses de lutte contre le paludisme en 2014 et 2015

Tableau N°18: Volume des dépenses de santé du paludisme en 2014 et 2015

Dépenses de Santé	2014 (en million FCFA)	2015 (en million FCFA)
Dépenses courantes du paludisme	37174	30969
Dépenses d'investissement	686	613
Dépenses totales	37860	31582

Source: SEP/DPP/MS Bénin, 2014 et 2015

Les dépenses totales effectuées dans le cadre de la lutte contre le paludisme sont évaluées à 37 860 millions de FCFA en 2014, et 31 582 millions de FCFA en 2015. Elles se répartissent comme il suit.

4.1.3. Dépenses courantes du paludisme par tranche d'âge en 2014 et 2015

La répartition des dépenses courantes affectées au paludisme par tranche d'âge se présente comme suit :

Tableau 19: Répartition des dépenses courantes de paludisme par tranche d'âge en 2014 et 2015

Tranche d'âge	Montant en million de F CFA en 2014	%	Montant en million de FCFA 2015	%
< 5 ans	16 308	43,87	12 946	41,80
≥ 5 ans	20 866	56,13	18 023	58,2
TOTAL	37 174	100	30 969	100

Source : SEP/DPP/MS Bénin, 2014 et 2015

Les dépenses de paludisme sont relativement élevées chez les enfants de moins de 5 ans alors que cette tranche d'âge ne représente que le tiers de la population totale. En effet, les dépenses du paludisme consacrées essentiellement aux enfants de moins de cinq ans sont passées de 12 750 millions de FCFA soit 42,56% en 2013 à 16 308 millions de FCFA soit 43,87% en 2014. En 2015, elles sont évaluées à 12 946 millions de FCFA soit 41,80%. Le reste des dépenses est alloué aux personnes âgées de plus de 5 ans.

a. Les recettes des régimes de financement des dépenses du paludisme

Le tableau ci-dessous présente les dépenses du paludisme par recette des régimes de financement.

Tableau 20 : Répartition des dépenses courantes liées au paludisme par recettes des régimes de financement de 2014 à 2015.

Recettes des régimes de financement des soins de santé	Montant en million de FCFA en 2014	%	Montant en million de FCFA en 2015	%
Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	5 389	14,50	3 851	12,44
Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	16 204	43,59	10 507	33,93
Cotisations d'assurance sociale	0	0,00	0	0,00
Prépaiement obligatoire (autres que FS.3)	560	1,51	555	1,79
Prépaiement volontaire		0,00		0,00
Autres revenus nationaux (ménage)	15021	40,41	16 056	51,85
Transferts directs étrangers		0,00		0,00
TOTAL	37 174	100,00	30 969	100,00

Source: SEP/DPP/MS Bénin, 2014 et 2015

A l'analyse de ce tableau, les ménages contribuent dans une grande proportion aux financements des dépenses liées au paludisme. En effet, de plus de 40% en 2014, ils passent à près de 52% en 2015. Par ailleurs, les transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique étaient évalués à plus de 43% en 2014 et chutent à près de 34% en 2015. En résumé, les ménages et les transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique sont les deux principales recettes de régimes de financement dans la lutte contre le paludisme.

La faible contribution des ménages observée en 2014 pourrait s'expliquer entre autres par la réalisation de la campagne de masse de distribution de MILLD aux ménages ayant nécessité des transferts nationaux et étrangers plus importants. La situation de 2015 par rapport à 2014 au niveau des ménages serait due à l'augmentation de la population en 2015 où il n'a pas eu de campagne.

b. Régimes de financement

Tableau 21 : Répartition des dépenses courantes liées au paludisme par régimes de financement en 2014 et 2015

Régimes de financement	2014		2015	
	Montant en million de FCFA	%	Montant en million de FCFA	%
Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	22 153	59,59	14913	48,16
Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	1887	5,08	47	0,15
Paiement direct des ménages	13134	35,33	13524	43,67
Régimes de financement du reste du monde (non-résidents)	0	0	2485	8,02
Total	37 174	100	30969	100

Source: SEP/DPP/MS Bénin, 2014 et 2015

Les régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé sont les principaux dispositifs de financement des dépenses du paludisme 59,59% en 2014 et 48,16% en 2015. Ils sont suivis des ménages 35,33% et 43,67% respectivement en 2014 et 2015. Une analyse comparée à l'année 2013 montre une situation contraire où les ménages étaient les premiers régimes de financement du paludisme.. Au cours de l'année 2014, un montant de 357 millions FCFA a été engagé par l'Etat béninois pour le remboursement des cas de prise en charge gratuite (Source : Rapport annuel PNLIP 2014).

c. Agents de financement

Tableau 22 : Répartition des dépenses courantes liées au paludisme par agent de financement en 2014 et 2015

Agents de financement	2014		2015	
	Montant en million de FCFA	%	Montant en million de FCFA	%
Administrations publiques	21 593	58,09	14 358	46,36
Sociétés d'assurance	560	1,51	555	1,79
Sociétés (hors sociétés d'assurances) (part de HF.RI.1.2)	44	0,12	47	0,15
Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	1843	4,96	2 485	8,02
Ménages	13 134	35,33	13 524	43,67
Total	37 174	100	30 969	100

Source : SEP/DPP/MS Bénin, 2014 et 2015

L'administration publique est le principal agent de financement qui a utilisé plus de ressources (Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé) pour les actions de lutte contre le paludisme suivi des ménages. En effet, les administrations publiques sont à 58,09% en 2014 et à 46,36% en 2015. Les ménages quant à eux sont à 35,33% en 2014 et 43,67% en 2015.

d. Répartition des dépenses par prestataire de soins de santé

Tableau 23 : Répartition des dépenses courantes liées au paludisme par prestataire de soins de santé en 2014 et 2015

Prestataires de soins de santé	2014		2015	
	Montant en million de FCFA	%	Montant en million de FCFA	%
Hôpitaux	13 212	35,54	10 968	35,42
Prestataires de soins de santé ambulatoire	11 181	30,08	11 677	37,71
Prestataires de services auxiliaires	20	0,06	19	0,06
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	54	0,15	53	0,17
Prestataires de soins préventifs	8 118	21,83	5 128	16,56
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	4 435	11,93	2 972	9,6
Reste du monde	154	0,41	152	0,49
TOTAL	37 174	100	30 969	100

Source : SEP/DPP/MS Bénin, 2014 et 2015

En 2014, les principaux prestataires de soins de santé liés au paludisme sont les hôpitaux (35,54%) suivi des prestataires de soins de santé ambulatoire (30,08%). On note une diminution sensible des dépenses des Hôpitaux qui pourrait s'expliquer par la réduction des soins d'urgence et des cas graves hospitalisés. Les prestataires de soins préventifs viennent en troisième position aussi bien en 2014 (21,83%) qu'en 2015, (16,56%).

Il est constaté que les dépenses liées à la lutte contre le paludisme ne sont pas beaucoup orientées vers les actions de prévention. Pour rendre efficace le programme de lutte contre le paludisme, il est important de renforcer les actions préventives.

e. Répartition des dépenses par fonction de soins de santé

Tableau 24 : Répartition des dépenses liées au paludisme par fonction de soins de santé en 2014 et 2015.

Fonctions des soins de santé	2014		2015	
	Montant en million de FCFA	%	Montant en million de FCFA	%
Soins curatifs	24 538	66,01	22789	73,59
Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	20	0,05	19	0,06
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	54	0,15	53	0,17
Soins préventifs	8 127	21,86	5135	16,58
Gouvernance, administration du système de santé et des financements	4 435	11,93	2972	9,6
TOTAL	37 174	100	30969	100

Source: SEP/DPP/MS Bénin, 2014 et 2015

Les fonctions de soins liées au paludisme qui ont absorbé plus de ressources en 2014 et en 2015 sont les soins curatifs et les soins préventifs. En effet, en 2014 les dépenses liées aux soins curatifs pour le paludisme sont évaluées à 66% des dépenses totales effectuées dans les fonctions et 21,86% pour les soins préventifs. En 2015 la même tendance a été observée avec 79,59% pour les soins curatifs et 16,58% pour les soins préventifs.

4.1.4. Dépenses d'investissement du Paludisme en 2014 et 2015

a. Répartition des dépenses d'investissement par unité institutionnelle fournissant des revenus aux régimes de financement



Tableau 25 : Répartition des dépenses d'investissements du paludisme par unité institutionnelle fournissant des revenus aux régimes de financement en 2014 et 2015

Unités institutionnelles fournissant des revenus aux régimes de financement	2014		2015	
	Montant en million de FCFA	%	Montant en million de FCFA	%
Administration publique	483	70,41	379	61,83
Reste du monde	203	29,59	234	38,17
TOTAL	686	100	613	100

Source : SEP/DPP/MS Bénin, 2014 et 2015

L'Administration publique est la principale unité institutionnelle fournissant des revenus aux régimes de financement en matière des dépenses d'investissement dans la lutte contre le paludisme. En effet, les dépenses d'investissement de l'administration publique qui étaient estimées à 70,27% en 2013 ont connu une légère augmentation en 2014 (70,41%) et une baisse en 2015 (61,83%). La part du reste du monde représente 29,59% en 2014 et 38,17% en 2015.

b. Répartition des dépenses en capital par agent de financement

Tableau 26 : Répartition des dépenses d'investissements relatives au paludisme par agent de financement en 2014 et 2015

Agents de financement	2014		2015	
	Montant en million de FCFA	%	Montant en million de FCFA	%
Administrations publiques	676	98,54	613	100
Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	10	1,46		
TOTAL	686	100	613	100

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2015

Les dépenses d'investissement de lutte contre le paludisme sont en quasi-totalité effectuées par les administrations publiques (98,54% en 2014 et 100% en 2015). Ces résultats montrent la volonté affichée de l'Etat à prendre en charge le financement des investissements.

c. Répartition des dépenses d'investissements par prestataire de soins de santé

Tableau 27 : Répartition des dépenses d'investissements dans la lutte contre le paludisme par prestataire de soins de santé en 2014 et 2015

Prestataires de soins de santé	2014		2015	
	Montant en million de FCFA	%	Montant en million de FCFA	%
Prestataires de soins préventifs	203	29,6	194	31,65
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	482	70,4	419	68,35
Total	686	100	613	100

Source: SEP/DPP/MS Bénin, 2014 et 2015

Les dépenses d'investissement dans la lutte contre le paludisme sont beaucoup plus orientées vers les prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé 70,4% en 2014 et 68,4% en 2015.

4.2. Dépenses de santé de la tuberculose en 2014 et 2015

4.2.1. Aperçu sur la situation de la tuberculose au Bénin

La tuberculose est un problème de santé publique essentiellement lié à la pauvreté. La lutte contre cette maladie est l'une des priorités du Ministère de la Santé inscrite dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018. Les stratégies mises en œuvre sont celles recommandées par l'OMS sous le nom «Mettre un terme à l'épidémie de la tuberculose d'ici 2035». Il s'agit entre autres de :

- Développer la portée et la couverture des interventions pour les soins et la prévention de la tuberculose, en mettant fortement l'accent sur des approches intégrées, centrées sur les patients et ayant un fort impact ;
- Obtenir tous les bénéfices des politiques et systèmes de santé et de développement, en engageant un éventail bien plus grand de collaborateurs auprès des gouvernements, des partenaires, des communautés et du secteur privé ;
- Rechercher des nouvelles connaissances et innovations scientifiques pouvant changer radicalement la prévention et les soins de la tuberculose.

La mise en œuvre de ces stratégies a donné des résultats satisfaisants. En effet, les indicateurs de performance notamment le taux de succès thérapeutique a atteint depuis 2009 la cible de l'OMD fixée à 90% pour 2015 grâce aux efforts de la coordination du Programme et des acteurs engagés dans la lutte contre la tuberculose sous le leadership du Gouvernement appuyé par les Partenaires Techniques et

Financiers (PTF). Sur la période de 2006-2015, le nombre de cas de tuberculose toutes formes confondues et de nouveaux cas TPB+ évoluent parallèlement.

Tableau 28: Variation du nombre de cas de tuberculose dépistés par forme entre 2014 et 2015

Formes de tuberculose	2014	2015	Variation (%)
Nouveaux cas TPB+	3079	3171	3,0
Nouveaux cas TPB-	313	314	0,3
Nouveaux cas TEP	359	367	2,2
Rechutes	135	133	-1,5
Echecs	78	77	-1,3
Reprises de traitement	13	21	61,5
Autres		9	-
TOTAL	3977	4092	2,9

Source: PNT/MS, 2014 et 2015

Le nombre de nouveaux cas TPB+ est passé de 3079 en 2014 à 3171 en 2015 soit une variation de 3%. L'ensemble des formes de tuberculose est de 3751 en 2014 soit 37cas pour 100000 habitants et de 3852 en 2015 soit 38 cas pour 100000 habitants.

Tableau 29: Evolution du taux de réalisation du test VIH et de séroprévalence chez les tuberculeux, 2011-2015

Année	Nbre TB dépistés	Nbre TB testés	Taux de réalisation (%)	Nbre TB/VIH	Séroprévalence (%)
2011	4320	4259	99	721	17
2012	4075	4006	98	637	16
2013	3957	3730	94	587	16
2014	3977	3828	96	588	15
2015	4092	4017	98	613	15

Source: PNT/MS 2014 et 2015

Depuis 2011, le taux de séroprévalence du VIH parmi les tuberculeux tourne en moyenne autour de 16% avec des fluctuations de $\pm 1\%$ comme l'indique le tableau ci-dessus :

En moyenne, 16% des patients tuberculeux sont positifs au VIH alors que la prévalence du VIH/SIDA en population générale est de 1,2%. Les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH) sont donc plus vulnérables.

Le taux de succès thérapeutique chez les nouveaux cas TPM+ obtenu pour la cohorte de 2014 est de 89% et le taux de décès est demeuré à 5%. Depuis 2009, le taux de succès thérapeutique se situe au-dessus de 89% (Ministère de la Santé, annuaire statistique 2013) à cause de la qualité des soins et de la rigueur dans le suivi des patients.

4.2.2. Volumes des dépenses de lutte contre la tuberculose en 2014 et 2015

Tableau 30 : Volumes des dépenses de lutte contre la tuberculose en 2014 et 2015

Dépenses de Santé	2014 en million FCFA	2015 en million FCFA
Dépenses courantes de la Tuberculose	861	840
Dépenses d'investissement	36	9
Dépenses totales	897	849

Source : SEP/DPP/MS/2014-2015

Les dépenses totales de la Tuberculose sont passées de 897 millions de FCFA en 2014 à 849 millions de FCFA en 2015 soit une baisse de 5,35%. Elles se répartissent comme il suit.

4.2.3. Dépenses courantes de la tuberculose en 2014 et 2015

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

Tableau 31 : Répartition des dépenses dans la lutte contre la tuberculose par recette des régimes de financement en 2014 et 2015

Recettes des régimes de financement des soins de santé	2014		2015	
	Montant en million de FCFA	%	Montant en million de FCFA	%
Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	402	46,64	407	48,45
Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	436	50,58	429	51,07
Prépaiement obligatoire (autres que FS.3)	1	0,12	1	0,12

Autres revenus nationaux n.c.a.	23	2,67	3	0,36
Tous FS	862	100,00	840	100,00

Source: SEP/DPP/MS Bénin, 2014 et 2015

Les transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique et les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique alloués à la santé sont les principales recettes de régimes de financement des soins de santé dans la lutte contre la tuberculose. Elles sont respectivement de 50,58% et 46,64% en 2014 puis de 51,07% et 48,45% en 2015.

Par ailleurs, la prise en charge des ménages n'est pas gratuite : elle est de 2,67% en 2014 et de 0,36% en 2015.

b. Répartition des dépenses par régime de financement

Tableau 32 : Répartition des dépenses dans la lutte contre la tuberculose par régime de financement en 2014 et 2015

Régimes de financement des soins de santé	2014		2015	
	Montant en million de FCFA	%	Montant en million de FCFA	%
Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	839	97,33	837	99,64
Paie ment direct des ménages	23	2,67	3	0,36
Tous HF	862	100,00	840	100,00

Source: SEP/DPP/MS Bénin, 2014 et 2015

Les régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé sont les principaux constituants des régimes de financement des dépenses de lutte contre la tuberculose (97,33%) en 2014 et (99,64%) en 2015. Le paiement direct des ménages ne représente que 2,67% en 2014 et 0,36% en 2015. Il s'agit là d'une contribution des ménages pour le diagnostic et parfois d'un complément pour les dépenses de prise en charge.

c. Répartition des dépenses par agent de financement

Tableau 33 : Répartition des dépenses liées à la tuberculose par agent de financement en 2014 et 2015

Agents de financement	2014		2015	
	Montant en million de FCFA	%	Montant en million de FCFA	%

Administrations publiques	838	97,22	836	99,52
Sociétés d'assurance	1	0,12	1	0,12
Ménages	23	2,67	3	0,36
Tous FA	862	100,00	840	100,00

Source: SEP/DPP/MS Bénin, 2014 et 2015

L'administration publique reste le principal agent de financement ayant géré la quasi-totalité des dépenses liées à la lutte contre la tuberculose (97,22% en 2014 et 99,52% en 2015).

d. Répartition des dépenses par prestataire de soins de santé

Tableau 34: Répartition des dépenses liées à la tuberculose par prestataire de soins de santé en 2014 et 2015

Agents de financement	2014		2015	
	Montant en million de FCFA	%	Montant en million de FCFA	%
Hôpitaux	291	33,76	301	35,83
Prestataires de soins de santé ambulatoire	289	33,53	278	33,10
Prestataires de services auxiliaires	20	2,32	0	0,00
Prestataires de soins préventifs	138	16,01	130	15,48
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	124	14,39	131	15,60
Tous FA	862	100,00	840	100,00

Source: SEP/DPP/MS Bénin, 2014 et 2015

Deux principaux prestataires ont géré plus de la moitié des ressources destinées à la lutte contre la tuberculose. Il s'agit des hôpitaux (33,76% en 2014 et 35,83% en 2015) et des prestataires de soins de santé ambulatoire (33,53% en 2014 et 33,10% en 2015). Les prestataires de soins de santé ambulatoire sont les Centres de Dépistage et de Traitement de la tuberculose répartis sur toute l'étendue de territoire national. Pour les hôpitaux, il s'agit des Centres Hospitaliers de Pneumo-Phtisiologie (CHPP) et du Centre National Hospitalier de Pneumo-Phtisiologie (CNHPP). Les dépenses liées à la prévention viennent en troisième position (16,01% en 2014 et 15,48% en 2015).

e. Répartition des dépenses par fonction de soins de santé

Tableau 35: Répartition des dépenses liées à la tuberculose par fonction de soins de santé en 2014 et 2015

Fonctions des soins de santé	2014		2015	
	Montant en million de FCFA	%	Montant en million de FCFA	%
Soins curatifs	540	62,65	531	63,21
Soins (de santé) de longue durée	39	4,52	47	5,60
Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	20	2,32	0	0,00
Soins préventifs	139	16,13	130	15,48
Gouvernance, administration du système de santé et des financements	124	14,39	131	15,60
Total	862	100,00	840	100,00

Source: SEP/DPP/MS Bénin, 2014 et 2015

Les soins curatifs sont les principales fonctions de soins de santé en 2014 et 2015. En effet, les soins curatifs ont consommé plus de la moitié des ressources allouées à la lutte contre la tuberculose 62,65% en 2014 et 63,21% en 2015. Les dépenses allouées aux soins préventifs sont relativement faibles (16,13% en 2014 et 15,48% en 2015) comparées à celles des soins curatifs. Il serait souhaitable qu'une attention particulière soit accordée à la prévention afin de réduire le nombre de nouveaux cas.

4.2.4. Dépenses d'investissement de la tuberculose en 2014 et 2015

f. Répartition des dépenses d'investissement par unité institutionnelle fournissant des revenus aux régimes de financement en 2014 et 2015

Tableau 36 : Répartition des dépenses d'investissement par unité institutionnelle fournissant des revenus aux régimes de financement en 2014 et 2015

Unités institutionnelles fournissant des revenus aux régimes de financement	2014		2015	
	Montant en million de FCFA	%	Montant en million de FCFA	%
Administration publique	31	86,11	4	44,44
Reste du monde	5	13,89	5	55,56
TOTAL	36	100,00	9	100,00

Source: SEP/DPP/MS Bénin, 2014 et 2015

En 2014 la quasi-totalité des dépenses d'investissements a été supportée par l'Etat (86,11%), tandis qu'en 2015 le reste du monde (55,56%) en a supporté plus que l'administration publique (44,44%).

g. Répartition des dépenses d'investissement par agent de financement en 2014 et 2015

Tableau 37 : Répartition des dépenses d'investissement par agent de financement en 2014 et 2015

Agents de financement	2014		2015	
	Montant en million de FCFA	%	Montant en million de FCFA	%
Administrations publiques	36	100	9	100
Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	0	0	0	0
TOTAL	36	100	9	100

Source: SEP/DPP/MS Bénin, 2014 et 2015

L'état à travers le Ministère de la Santé est le seul agent de financement qui a utilisé les ressources mobilisées pour le financement des dépenses d'investissement relative à la lutte contre la tuberculose.

h. Répartition des dépenses d'investissement par prestataire de soins de santé

Tableau 38 : Répartition des dépenses d'investissement par prestataires de soins de santé en 2014 et 2015

Prestataires de soins de santé	2014		2015	
	Montant en million de FCFA	%	Montant en million de FCFA	%
Prestataires de soins préventifs	5	13,89	5	55,56
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	31	86,11	4	44,44
Tous Prestataires	36	100,00	9	100,00

Source: SEP/DPP/MS Bénin, 2014 et 2015

Les fonds mobilisés pour l'investissement ont été majoritairement utilisés par l'administration publique (86,11%) en 2014. En 2015, plus de la moitié des ressources d'investissements ont été orientées vers les soins préventifs (55,56%).

4.3 Dépenses de santé du VIH/SIDA en 2014 et 2015

4.3.1 Aperçu sur la situation du VIH /SIDA

Le VIH/SIDA constitue un véritable problème de santé publique au Bénin. Depuis 2002, malgré les efforts consentis par le gouvernement et les PTF, le taux de prévalence de VIH/SIDA est stationnaire avec une prévalence qui oscille autour de 1,2% (EDS 2011-2012). La file active des PVVIH sous ARV est passée de 24 810 personnes en 2013 à 28 850 en 2014 et à 33 602 en 2015 sur l'ensemble des sites de prise en charge fonctionnels.

En 2015, sur les 91 sites de prise en charge des PVVIH fonctionnels répartis dans tous les départements du pays, 6 310 personnes (6 000 adultes et 310 enfants) ont été nouvellement mises sous ARV contre 5 785 personnes (5 469 adultes et 316 enfants) en 2014 sur les 86 sites. La politique d'extension a permis d'avoir 925 maternités accréditées pour faire la PTME. Sur les 300 007 dépistages réalisés au cours de l'année 2014, 3 212 femmes sont testées positives au VIH (1,07%). En 2015, 362 025 femmes enceintes sont dépistées au VIH sur 398 525 gestantes admises en première consultation prénatale, soit un taux de 90,8%.

4.3.2 Volume des dépenses de lutte contre le VIH/SIDA en 2014 et 2015

Tableau 30 : Volumes des dépenses de lutte contre le VIH/SIDA en 2014 et 2015

Dépenses de Santé	Montant en million FCFA en 2014	Montant en million FCFA en 2015
Dépenses courantes du VIH/SIDA	9 389	8 684
Dépenses d'investissement	1 359	2 615
Dépenses totales	10 748	11 299

Source : SEP/DPP/MS/2014-2015

Les dépenses consacrées à la lutte contre le VIH/SIDA, les infections opportunistes et les infections sexuellement transmissibles s'élèvent à 11 299 millions de FCFA en 2015 contre 10 748 millions de FCFA en 2014. La répartition de ces dépenses se présente comme il suit.

4.3.3 Dépenses courantes du VIH/SIDA en 2014 et en 2015

a. Recettes de régimes de financement

Tableau 39 : Répartition des dépenses liées au VIH/SIDA par recette de régimes de financement

RECETTE DES REGIMES DE FINANCEMENT	2014		2015	
	Montant en million de FCFA	(%)	Montant en million de FCFA	(%)
Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	2 205	23,5	2 222	25,59
Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	6 368	67,8	6 167	71,02
Cotisations d'assurance sociale	0	0,0	0,00	0,0
Prépaiement obligatoire (autres que FS.3)	8	0,1	0	0,1
Prépaiement volontaire	0	0,0	0	0,0
Autres revenus nationaux n.c.a.	809	8,6	295	3,40

TOTAL	9 389	100,0	8 684	100,0
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

Source : HAPT/ CS/MS 2014 et 2015

Au cours des deux années près de 70% des ressources dépensées dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA proviennent des partenaires techniques et financiers. La contribution de l'Etat à travers les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique ne représente que les 23,5% en 2014 et 25,59% en 2015 des dépenses liées aux VIH/SIDA.

Les financements extérieurs qui étaient de 9 410 millions de FCFA en 2013 sont passés, à 6 368 millions de FCFA en 2014 et à 6 167 millions de FCFA en 2015 soit une baisse de 34,46% entre 2013 et 2015.

b. Régimes de financement des dépenses

Tableau 40: Répartition des dépenses liées au VIH/SIDA par régime de financement

REGIMES DE FINANCEMENT	2014		2015	
	Montant en million de FCFA	%	Montant en million de FCFA	%
Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	8 581	91,39	8 388	96,59
Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	9	0,1	9	0,1
Paiement direct des ménages	0	0	0	0
Régimes de financement du reste du monde (non-résidents)	800	8,52	286	3,29
TOTAL	9 389	100	8 684	100

Source : HAPT/ CS/MS 2014 et 2015

La contribution la plus importante pour la continuité des services de santé pour la prise en charge du VIH/SIDA est le régime de l'administration publique de financement de la santé (91,39 % en 2014 et 96,59% 2015).

c. Agents de financement

Tableau 41: Répartition des dépenses liées au VIH/SIDA par agent de financement

AGENTS DE FINANCEMENT	2014		2015	
	Montant en million de FCFA	%	Montant en million de FCFA	%
Administrations publiques	8 573	91,31	8 361	96,28
Sociétés d'assurance	8	0,09	0	0
Sociétés (hors sociétés d'assurances)	9	0,1	9	0,1
Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	800	8,52	313	3,6
Ménages	0	0	0	0

TOTAL	9 389	100	8 684	100
--------------	--------------	------------	--------------	------------

Source : HAPT/ CS/MS 2014 et 2015

L'administration publique est le principal agent de financement qui a géré la plus part des ressources allouées dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA tant en 2014 (91,31%) qu'en 2015 (96,28%). Certaines ONG et sociétés interviennent dans une faible proportion dans le financement.

d. Prestataires de soins de santé

Tableau 42: Répartition des dépenses liées au VIH/SIDA par prestataire de soins de santé

PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTE	2014		2015	
	Montant en million de FCFA	%	Montant en million de FCFA	%
Hôpitaux	403	4,29	679	7,82
Etablissements résidentiels de soins de longue durée	0	0	0	0
Prestataires de soins de santé ambulatoire	3856	41,07	1025	11,80
Prestataires de services auxiliaires	0	0,0	0	0,0
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	1	0,0	0	0,0
Prestataires de soins préventifs	3862	41,13	4612	53,11
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	1266	13,48	2368	27,27
Reste de l'économie	0	0	0	0,0
Reste du monde	2	0,0	0	0,0
TOTAL	9389	100,	8684	100

Source : HAPT/ CS/MS 2014 et 2015

Près de la moitié des ressources sont allouées aux prestataires de soins préventifs 41,13 % en 2014 et 53,11% en 2015. Toutefois, le volume financier mis à la disposition des prestataires de soins ambulatoires 41,07% en 2014 représente plus du triple de celui de 2015 (11,80%). Cela dénote de l'importance accordée aux actions de prévention dans la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre le VIH/SIDA.

Les Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé ont dépensé 13,5% en 2014 contre 27,27% en 2015.

e. Fonction des soins de santé

Tableau 43 : Répartition des dépenses liées au VIH/SIDA par fonction de soins de santé

FONCTIONS DES SOINS DE SANTE	2014		2015	
	Montant en million de FCFA	%	Montant en million de FCFA	%
Soins curatifs	3 384	36,04	1 702	19,60
Soins de réadaptation	0	0	0	0
Soins (de santé) de longue durée	0	0	0	0
Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	0	0	0	0
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	1	0,01	0	0

Soins préventifs	4 738	50,46	4 614	53,13
Gouvernance, administration du système de santé et des financements	1 266	13,48	2 368	27,27
TOTAL	9 389	100	8 684	100

Source : HAPT/ CS/MS 2014 et 2015

Les soins préventifs ont absorbé plus de la moitié des dépenses liées aux VIH/SIDA (50,46% en 2014 et 53,13% en 2015). Ils sont suivis en 2014 des soins curatifs (36,04%) et en 2015 de la Gouvernance, l'administration du système de santé à travers des appuis institutionnels (27,27%).

En effet, les soins préventifs constituent les principales interventions de Lutte contre le Sida.

4.3.4 Dépenses d'investissement du VIH/SIDA en 2014 et en 2015

La distribution des dépenses d'investissement pour la lutte contre le VIH/SIDA est faite entre les unités institutionnelles, les agents de financement et les prestataires de service de santé.

f. Unités institutionnelles fournissant des revenus aux régimes de financement

Tableau 44: Répartition des dépenses en capital par source de financement

Unités institutionnelles fournissant des revenus aux régimes de financement	2014		2015	
	Montant en million de FCFA	%	Montant en million de FCFA	%
Administration publique	322	23,69	2 614	99,96
ISBLSM	0	0	0	0
Reste du monde	1 037	76,31	1	0,38
TOTAL	1 359	100	2 615	100

Source : HAPT/ CS/MS 2014 et 2015

Le reste du monde est l'unité institutionnelle ayant fourni plus de revenus aux régimes de financement pour les dépenses d'investissement avec 76,3% en 2014 contre 0,38% en 2015. En 2015, la quasi-totalité des dépenses d'investissement ont été assurées par l'administration publique.

g. Distribution des dépenses en capital du VIH/SIDA par Agent de financement

Tableau 45 : Répartition des dépenses en capital par agent de financement

AGENTS DE FINANCEMENT	2014		2015	
	Montant en million de FCFA	%	Montant en million de FCFA	%
Administrations publiques	1 359	100	2 615	100
Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	0	0	0	0
TOTAL	1 359	100	2 615	100

Source : HAPT/ CS/MS 2014 et 2015

Les dépenses d'investissement pour la lutte contre le VIH/SIDA ont été entièrement gérées par les administrations publiques 100% en 2014 et 2015.

h. Distribution des dépenses en capital du VIH/SIDA par Prestataires de soins de santé

Tableau 46 : Répartition des dépenses Investissement par Prestataires

PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTE	2014		2015	
	Montant en million de FCFA	%	Montant en million de FCFA	%)
Hôpitaux	0	0	0	0
Prestataires de soins de santé ambulatoire		0	0	0
Prestataires de services auxiliaires			1	0,04
Prestataires de soins préventifs	282	20,8	2 034	77,78
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	1 077	79,2	580	22,18
TOTAL	1 359	100	2 615	100

Source : HAPT/ CS/MS 2014 et 2015

En 2014, les prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé ont consommé la majorité des dépenses d'investissement (79,2%) dans la gestion du programme de lutte contre le VIH/SIDA. Viennent ensuite les prestataires des soins préventifs (20,8%). Ces derniers ont consommé une part importante (77,78%) des dépenses d'investissement en 2015 suivis des prestataires des services administratifs et de financement du système de soins (22,18%). La réduction des investissements est liée à l'efficacité de la prise charge par les ARV qui a entraîné une stabilisation de l'épidémie (la prévalence de la maladie à 1,2% depuis 2006) avec réduction des hospitalisations chez les malades.

5) BUDGET DU MINISTERE DE LA SANTE

5.1 Evolution du budget alloué au Ministère de la Santé

Tableau 47 : Evolution du budget de Ministère de la santé dans le budget général de l'Etat (2005 à 2015)

Années	Budget Général de l'Etat (millions FCFA)	Budget alloué au MS (millions)	Poids du budget du MS dans le Budget Général de l'Etat (%)	Engagements du budget du MS (millions)	Taux d'engagement (%)
--------	--	--------------------------------	--	--	-----------------------

2005	556 923	46854,53	8,41	25771,46	55,00
2006	611 216	48917,00	8,00	39 433,74	78,08
2007	812 559	62175,00	7,65	64 235,09	88,20
2008	1 023 000	73921,00	7,23	47 523,97	59,63
2009	1 238 644	111415	8,99	49 921,75	48,34
2010	1 346 439	82 462,60	6,12	25 446,50	30,86
2011	1 099 375	69 153,05	6,29	48 370,37	69,95
2012	1 016 549	66 734,90	6,56	58 079,53	87,03
2013	1 044 494	73608,19	7,05	64 205,01	87,23
2014	1 127 502	76 314, 54	6,77	65 966, 50	86,44
2015	1 506 638	88 992 ,00	5,77	73 169, 29	84,11

Source : DPP et DRFM/MS 2014-2015

Sur une décennie, le poids du budget du Ministère de la Santé dans le Budget Général de l'Etat a atteint le niveau le plus élevé (9%) en 2009 avec un faible taux d'engagement de 48,34%. Le poids le plus faible (5,77%) est enregistré en 2015 avec un taux d'engagement relativement élevé (84,11%).

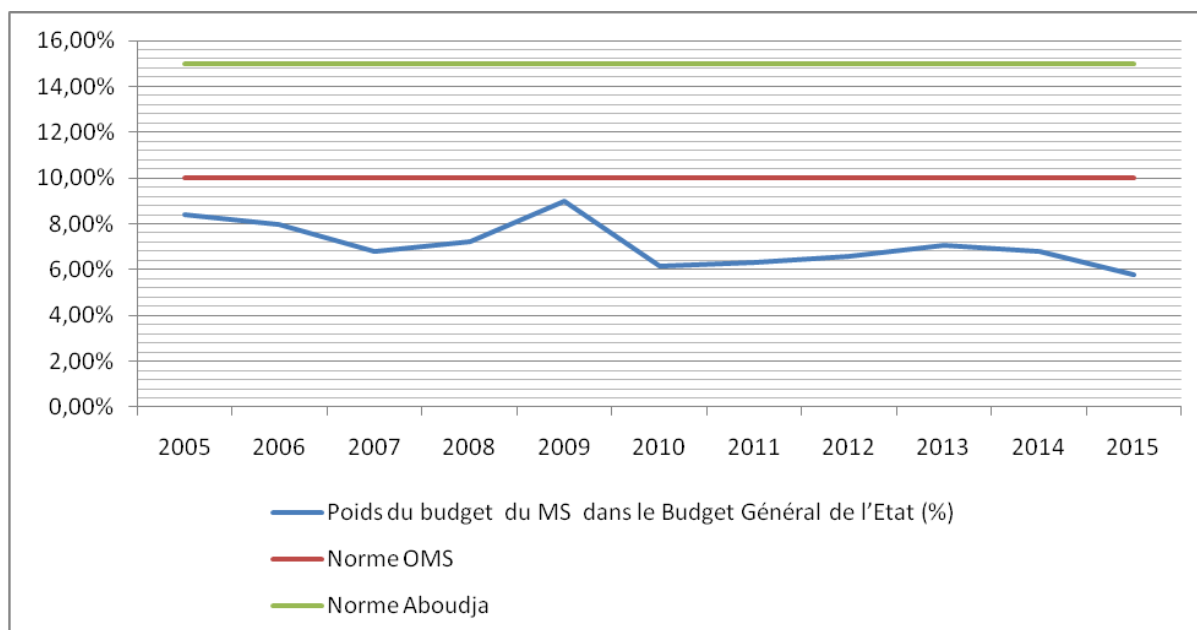
De façon générale, le taux d'engagement a oscillé entre 31% et 88% tous en deçà du seuil (90%) ; cela témoigne de la lourdeur dans la procédure d'exécution des dépenses publiques.

L'analyse des données budgétaires par rapport à la déclaration d'Abuja de 2000 (15%) indique une régression de la contribution du budget de l'Etat alloué au Ministère de la Santé.

De même, au regard de la norme de l'OMS sur la part du budget du Ministère de la Santé dans le Budget Général de l'Etat (10%), le constat est identique et les efforts sont limités.

5.2 Evolution du budget de Ministère de la santé par rapport à la déclaration d'Abuja et aux normes OMS au Bénin de 2005 à 2015.

Le graphique ci-dessous retrace l'évolution du budget de Ministère de la santé par rapport à la déclaration d'Abuja et aux normes OMS au Bénin de 2005 à 2015.



Source : SEP/DPP/MS 2014-2015

Figure 5: Evolution du budget de Ministère de la santé par rapport à la déclaration d'Abuja et aux normes OMS au Bénin de 2005 à 2015.

Les ressources nationales et les ressources extérieures constituent les sources de financement du budget du Ministère de la Santé composé de deux grandes rubriques. La rubrique *Fonctionnement* essentiellement financée par les ressources nationales correspond aux dépenses courantes dans les comptes de santé et celle de *l'Investissement* qui correspond aux dépenses en capital, conjointement financées par les ressources intérieures et les ressources extérieures.

Tableau 48 : Evolution de la répartition du budget global du secteur santé de 2011 à 2015 (en millions de FCFA)

Rubriques budgétaires	2012			2013			2014			2015		
	Dotation	Engagement	Taux d'engagement (%)	Dotation	Engagement	Taux d'engagement (%)	Dotation	Engagement	Taux d'engagement (%)	Dotation	Engagement	Taux d'engagement (%)
1. Personnel	13196,7	13730,3	104	19 095,60	19 318,90	101,17	20854,1	27836,7	133,48	21910,1	27824,3	126,99
2. Achats de Biens et services	7921,5	8539	107,8	7 229,40	10 947,00	151,42	7329,4	6696,2	91,36	7933,97	6136,5	77,34
3. Transfert d'exploitation	17736,7	22973,9	129,5	18 286,70	18 117,80	99,08	19261,7	17484,9	90,78	21120,1	24851,9	117,67
4. Acquisition - Grosses réparations - Matériel et Mobiliers	1033,6	1030,3	99,7	1 003,60	1 000,20	99,66	1031,7	1247,5	120,91	1028,4	1012,4	98,44
Montant dépenses ordinaires (1+2+3+4)	39888,7	46273,7	116	45 615,40	49 383,90	108,26	48 477,01	53 265,29	109,88	51 992,61	59 825,01	115,06
5. Dépense en capital	26846,2	11805,9	44	27 992,80	14 821,10	52,95	27837,53	12701,21	45,63	34999,24	13344,29	38,13

Financement intérieur	8146,2	7910,1	97,1	11 474,80	10 567,30	92,09	11102,53	7171,53	64,59	10764,24	7658,47	71,15
Financement extérieur	18700	3895,8	20,8	16 518,00	4 253,80	25,75	16735,00	529,86	33,04	24235,00	5685,81	23,46
TOTAL GENERAL	66 734,9	58 079,5	87,03	73 608,20	64 205,00	87,23	76 314,54	65 966,49677	86,44	86 991,85	73 169,29	84,11

Source : /DRFM/MS 2014-2015

RECOMMANDATIONS

A l'endroit de l'équipe technique

- Intégrer davantage la part du budget exécuté pour la santé par les autres Ministères et les structures étatiques (Assemblée Nationale, la Cours Suprême, la Haute Cours de Justice, la HAAC, CES...) dans les prochaines éditions ;
- Prendre en compte pour l'élaboration des CS le budget utilisé pour la santé par toutes les soixante-dix-sept communes du Bénin ;
- Evaluer les mesures de gratuité des soins mises en place ;

A l'endroit du Ministère de la Santé

- Rendre opérationnelle l'Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH) ;
- Augmenter le budget du secteur de la santé en vue de tendre vers 15% fixés par la Déclaration d'Abuja ;
- Eliminer les barrières financières qui empêchent les individus, les familles et les communautés les plus pauvres et les plus marginalisés d'accéder aux soins de santé de base pour tendre vers la couverture sanitaire universelle ;
- Investir davantage dans les soins préventifs (nutrition, hygiène, assainissement, sensibilisation, ...) afin de réduire substantiellement les dépenses en soins curatifs ;
- Créer une ligne budgétaire spécifique à la production des Comptes de la Santé.

CONCLUSION

Ce rapport permet au Gouvernement et à ses différents partenaires de se rendre compte de la situation de financement du secteur de la santé au cours des années 2014 et 2015.

Les données fournies peuvent aider à la prise des décisions politiques sur la base des faits avérés qui peuvent permettre une meilleure allocation des ressources nécessaires à l'amélioration de l'état de santé de la population.

Le rapport révèle que le financement total de la santé a connu une forte progression de 2013 à 2014 suivi d'une régression de 2014 à 2015. Il est passé de 188 470 millions de FCFA en 2013 à 214 297 millions de FCFA en 2014 et à 192 700 millions de FCFA en 2015. Cet accroissement est lié à l'augmentation des dépenses courantes en santé qui sont passées de 17 674 millions de FCFA en 2013 à 180 401 millions de FCFA en 2015. Cet agrégat est alimenté principalement par la contribution du Gouvernement, des ménages et le Reste du monde.

Malgré les efforts consentis par le gouvernement, le financement de la santé demeure extraverti et repose majoritairement sur les ménages dont le paiement direct constitue la source principale de financement des dépenses courantes de santé

Il urge d'éliminer les barrières financières qui empêchent les individus, les familles et les communautés les plus pauvres et les plus marginalisés d'accéder aux soins de santé de base pour tendre vers la couverture sanitaire universelle.

ANNEXE A: EQUIPE DE RÉDACTION

COMITE DE PILOTAGE		
Président	Dr Alassane SEIDOU	Ministre de la Santé
1er Vice-Président	Alexandre BIAOU	DG-INSAE/MDAEP
2ème Vice-Président	Dr Lucien TOKO	DC/MS
Secrétaire	Dr Didier AGOSSADOU	SG/MS
1er Rapporteur	Raymond AMOUSSOU	DPP/MS
2ème Rapporteur	Agnès VISSOH	DAPP/MS
EQUIPE TECHNIQUE		
Responsable	Suradjou RADJI	C/SEP/DPP/MS
Point Focal	Léandre HOUNHOU	C/DE/SEP/DPP/MS
Membres	Victor PADONOU	C/DP/SEP/DPP/MS
	A. Bachirou A. ADEKPEDJOU	SEP/DPP/MS
	Solange GABA	SEP/DPP/MS
	Rassiidatou ABDOULAZIZOU	SEP/DPP/MS
	Venance VODUNGBO	SGSI/DPP/MS
	Kadmiel FAGBOHOUN	C/DBudget/MS
	Julien DENAGBE	Budget/MS
	Eudes HOUNKPODOTE	INSAE/MCPD
	François BEKPON	MEF
	Charles SESSEDE	INSAE//MDAEP
APPUI TECHNIQUE		
	Nathalie VAN DE MAELLE	OMS Genève
	Ouarintio Seydou COULIBALY	OMS Inter-pays
	Barthélémy SEMEGAN	OMS pays
	Yann DERRIENNIC	HFG/USAID
	André ZIDA	HFG/USAID

ANNEXE B: RAPPORT STATISTIQUE DES COMPTES DE SANTE 2014-2015

Le rapport statistique des comptes de santé 2014-2015 est constitué de l'ensemble des tableaux détaillés des comptes 2014 et 2015 du Bénin. Ce rapport statistique est disponible sur le site du ministère de la santé du Bénin.

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

ANNEXE C: BIBLIOGRAPHIE

1. Arrêté N° 2010-4236 du 30 juillet 2010 portant attributions de la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant ;
2. Décret N° 2012-272 du 13 Août 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé Publique ;
3. INSAE, Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie des ménages 2ème Edition, Bénin, 2014 ;
4. Joseph Kutzin, Politique de financement de la santé : un guide à l'intention des décideurs ;
5. KOHOUN Kodjo Rodrigue, la politique de gratuité de la césarienne au Bénin : processus de formulation, mise en œuvre et résultats ;
6. Léon KESSOU ; Etude sur les mécanismes d'exemptions et de subvention des soins au Bénin ;
7. Marie Stopes international, 2011; Global Impact Report 2011 Delivering choice and rights for women: past, present and future;
8. Mays N, Bevan G. 4. Resource allocation in the health service. London: Bedford Square Press ; 1987 ;
9. Ministère de la santé, Paquets d'interventions à haut impacte par niveau de soins pour l'atteinte des OMD, Benin ;
10. Ministère de la Santé 2014, Rapport des comptes de santé de la reproduction et santé de l'enfant 2012 du Benin ;
11. Ministère de la santé, 2012, rapport national de suivi de la déclaration politique sur le VIH/SIDA ;
12. Ministère de la santé, 2011, Surveillance de l'Infection à VIH et de la Syphilis au Bénin en 2011 ;
13. Ministère de la santé publique, 2010, Plan triennal de développement sanitaire 2010-2012 ;
14. Ministère de la santé, Estimation des ressources et dépenses relatives au sida (REDES) au Bénin 2008-2009 ;
15. Ministère de la santé, Revue rapide de la stratégie nationale pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Bénin, Bénin, 2011 ;
16. Ministère de la santé, Rapports de performance 2012, 2013 ; 2014 et 2015, Bénin , 2013 - 2016
17. Ministère de la santé, Rapport d'actualisation du répertoire des formations sanitaires privées, Bénin, 2013 ;
18. Ministère de la santé, Documentation des meilleures pratiques en sante de la reproduction au Bénin, Bénin, 2010 ;
19. Ministère de la Santé, Cadre pour la redevabilité, Bénin, 2012 ;
20. Ministère de la santé publique, Country profile : Bénin, Bénin, 2014 ;
21. Ministère de la santé publique, Plan National de Développement Sanitaire (2009-2018), Benin;
22. Ministère de la santé, Politique nationale de développement sanitaire, Benin;
23. Rapport d'évaluation à mi-parcours du Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018, Bénin, 2015
24. Ministère de la santé, Annuaire statistique sanitaire 2015, Benin, 2016
25. Ministère de la santé, Annuaire statistique sanitaire 2014, Benin, 2015
26. Ministère de la santé, Annuaire statistique sanitaire 2013, Benin, 2014
27. Nations Unies, 1994 ; rapport de la conférence internationale sur la population et le développement ;

28. Nations Unies, 1999 Protocole facultatif à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ;
29. Nations Unies, 1995, rapport de la quatrième conférence mondiale sur les femmes ;
30. Peter C Smith, Resource allocation and purchasing in the health sector: the English experience;
31. SHA2011, système de comptes de la santé 2011, version abrégée, Juin 2012 ;
32. http://www.who.int/woman_child_accountability/countries/Bénin_Scorecard_and_Roadmap_final_web.pdf;
33. <http://www.gouv.bj/actualites/marina/la-situation-de-la-pauvrete-au-Bénin-et-dans-lunion-economique-monetaire-ouest-africaine-uemoa>(date de téléchargement, 6 juin 2014) ;
34. UEMOA, 2010, <http://www.gouv.bj/actualites/marina/la-situation-de-la-pauvrete-au-benin-et-dans-lunion-economique-monetaire-ouest-africaine-uemoa> (date de téléchargement 14-07-2014);
35. UNICEF-Muskoka, 2012 Analyse initiale de la situation de la santé maternelle, néonatale et infantile au Bénin, Décembre 2012 ;
36. WHO, 2011, Macro-economic commission (WHO, 2001) minimum US\$ 43 (in 2009 prices) Taskforce on Innovative Health Financing* places this number at US.