USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

AFRICAN STRATEGIES FOR HEALTH

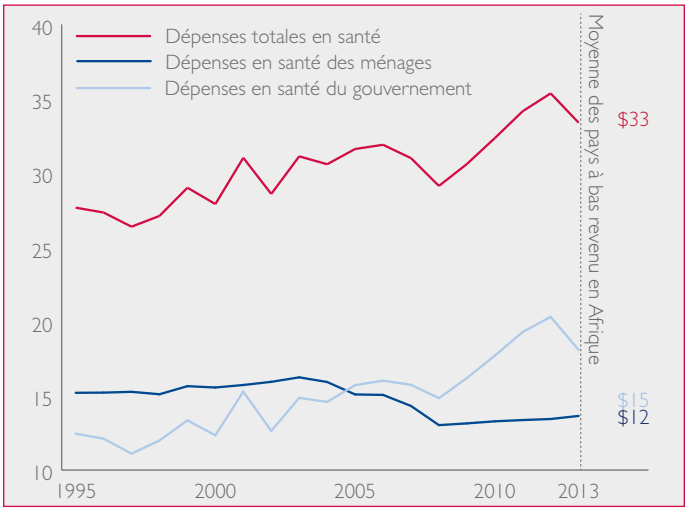
PROFIL DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ: BÉNIN

Indicateurs-clés du pays

Indicateurs de développement*	
Population totale	10 323 000
Taux de fertilité total (naissances par femme)	4,8
Revenu brut national par habitant (PPA)	1 780
Indicateurs de dépenses en santé**	
Ratio de dépenses	
Dépenses totales en santé en % du PIB	4,6% ↓ moyenne de pays à bas revenu (5%) ↓ moyenne globale (9,2%)
Niveau de dépenses	
Dépenses générales du gouvernement en santé en % des dépenses totales du gouvernement	10,7% ↓ cibles mises en place par la Déclaration Abuja (15%)
Indicateurs par habitant sélectionnés	
Dépenses totales en santé par habitant (PPA int.$)	82
Dépenses en santé du gouvernement par habitant au taux d'échange moyen (US$)	20
Dépenses en santé du gouvernement par habitant (PPA int.$)	44
Sources de fonds	
Dépenses générales en santé du gouvernement en % des dépenses totales en santé	54,2%
Dépenses en santé privées en % des dépenses totales en santé	45,8%
Ressources externes en santé en % des dépenses totales en santé	23,2%
Dépenses personnelles en % des dépenses privées en santé	89,2%

Note: L'OMS regroupe des données et effectue des calculs en utilisant les montants absolus en unités de devises nationales converties en équivalents de Parité des pouvoirs d'achat (PPA)

Dépenses par habitant en US$ (constant 2013 US$)**



**Observatoire Global de la Santé, Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2013*
***Base de donnée des dépenses globales en santé, OMS, 2013*

Facteurs contextuels

Depuis les élections démocratiques de 1991, le Bénin a été l'un des pays les plus stables politiquement de l'Afrique de l'Ouest.[1] Cependant, la population du Bénin continue de faire face à des défis socioéconomiques, au niveau de plusieurs indicateurs reliés à la santé. Spécifiquement, le taux de fertilité total demeure élevé à 4,8 naissances par femme, et l'utilisation de méthodes de planification familiale est basse.[2] Le Bénin a présentement une population de 10,6 millions.[3] L'économie du pays est largement basée sur l'agriculture, avec 56% de la population travaillant ou étant impliquée dans ce secteur. Avec un taux d'urbanisation de 1% par année, la population du Bénin est présentement de 43% et devrait atteindre 50% en 2017. Selon l'indice UNDP 2015 de développement humain, le Bénin se positionne à 166 parmi 177 pays, avec la majorité de la population (51,6%) vivant sous le niveau de la pauvreté (PPA int.$1,25 par jour). L'espérance de vie à la naissance des Béninois est de 59,6 ans.

Le système de santé béninois a été traditionnellement concentré sur le secteur publique, avec un historique de mesures réglementaires strictes et une prise de décision centralisée.[4] Les 12 départements du pays sont divisés en 34 régions administrative pour la gestion de la santé. Ces régions administratives contiennent d'une à quatre communes et sont gérées par des comités d'administration de la santé et par des équipes de gestion de la santé. Chaque région a des centres de santé départementaux, des centres de santé communautaires et un hôpital. Une région administrative de santé est chargée de la gestion des entités publiques et privés reliées à la santé dans une région donnée, incluant les hôpitaux privés et publiques, cliniques et pharmacies.

L'existence d'un secteur de la santé privé au Bénin est un développement relativement nouveau qui a vu une croissance due à un ensemble de facteurs incluant l'accélération de l'urbanisation et le peu d'accès à des services publics de qualité. Avec une prédiction indiquant que 50% de la population sera située en région urbaine ou péri-urbaine d'ici l'année 2017, la demande pour les services de santé augmentera probablement de manière significative. Il est attendu que le secteur public ne sera pas capable de répondre à la demande en croissance dans les régions urbaines et péri-urbaines. Cela pourrait résulter en une croissance des établissements privés de santé opérés par des fournisseurs modernes ainsi que des guérisseurs traditionnels. Avec la montée de l'urbanisation, il y a une reconnaissance de plus en plus importante du secteur privé comme un joueur majeur au sein du secteur de la santé du Bénin. De plus, le secteur de la santé privé a significativement débloqué des progrès vers une expansion de l'accès aux soins de santé pour la population.

Dans un environnement au sein duquel la majorité de la population a peu ou pas accès à l'assurance-maladie, l'existence d'organisations mutuelles de santé (OMS) a aussi augmenté au Bénin depuis 2001 avec le support bilatéral (France, États-Unis, Belgique, Suisse, et Danemark) et les agences multilatérales.[5] En 2008, il y avait environ 135 OMS au pays.

Le *Plan National de Développement Sanitaire du Bénin* (Plan national de développement de la santé) met sur pied une stratégie s'étalant sur 10 ans (2009-2018), concentrée sur l'atteinte d'une couverture universelle de santé (CUS). Le document de politique nationale est traduit en Plans de Développement Triennaux. Les objectifs du document sont: i) de s'assurer d'un accès universel aux soins de santé de qualité et à des services de qualité pour l'atteinte des

Objectifs du Millénaire pour le Développement; ii) d'améliorer les partenariats dans le domaine de la santé; et iii) d'améliorer la gestion des ressources et la gouvernance dans le secteur de la santé.

La constitution du Bénin établit la santé comme un droit humain. De plus, le droit à la santé pour tous les citoyens est souligné dans le Document Stratégique de Croissance et de Réduction de la Pauvreté, duquel a été inspiré le document de la politique de santé nationale. En lien avec l'objectif d'atteindre la CUS, le projet d'assurance-maladie National, communément appelé le RAMU (*Régime d'Assurance Maladie Universelle*) a été lancé officiellement en Décembre 2011 en phase pilote. Les principes de base du RAMU sont les suivants: la couverture santé universelle, l'approche basée sur la contribution, la solidarité nationale, la responsabilité et implication du gouvernement, l'équité, la gestion participative, et l'efficacité.

Fonctions de Financement de la Santé

- ***Contribution et collection des revenus:*** Les sources traditionnelles de financement de la santé incluent les contributions gouvernementales, la sécurité sociale pour les employés éligibles, les employeurs et les impôts, les partenariats de développement et d'autres dons. Des sources non-traditionnelles de financement de la santé ont aussi été considérées pour le RAMU, incluant la taxe de valeur ajoutée (TVA) ainsi que les taxes sur les achats de tabac et d'alcool.

- ***Partage:*** Le Gouvernement du Bénin (GdB) est présentement dans les phases initiales de l'implémentation du RAMU afin d'étendre la couverture de l'assurance-maladie aux citoyens ne travaillant pas au gouvernement, aux individus ayant une assurance privée et aux mutuelles de santé. La couverture est obligatoire pour l'ensemble de la population. Le RAMU incorporera des programmes d'assurance-maladie existants, incluant les mutuelles de santé, sous une structure parapluie. Afin de faire avancer le processus de manière efficace, le GdB planifie de travailler avec des mutuelles de santé qui sont déjà fédérées et encourage celles qui ne le sont pas à le devenir, en offrant la participation au RAMU comme incitatif.

Le plan d'implémentation proposé pour le RAMU inclura d'abord le secteur formel. On s'attend à ce que le secteur informel sera intégré par des programmes d'assurance-maladie basés au sein de communautés déjà en place. Il est prédit que les primes mensuelles pour les membres du RAMU atteindront des valeurs entre US$3 et US$30 et enceintes devraient être payés par des plans de paiements réguliers. Les bénéfices proposés incluent les soins de base, l'hospitalisation, les médicaments, les tests de laboratoire, les vaccins obligatoires, et les soins pré- et post-nataux pour les mères enceintes.

Les programmes d'assurance-maladie à base communautaire (AMBC) couvrent seulement 5% de la population au présent ; il y a environ 200 programmes actifs au pays, par rapport aux 2,000 programmes projetés par le Ministère de la Santé de l'année 2012. La participation des AMBC dans le développement du RAMU a été minime. Ces plans, souvent implémentés avec le soutien des partenaires du développement international, n'apparaissent pas à travailler comme une groupe unité et ne sont pas reconnus comme un acteur pertinent dans la conceptualisation et implémentation d'assurance-maladie universelle.

- ***Achats:*** Représentant presque 90% des dépenses privés en santé, les dépenses personnelles représent la méthode prédominant d'acheter les services de la santé. Cependant, des efforts récents à inclure le financement basé sur les résultats (FBR) par la Banque Mondiale et d'autres partenaires ont visé à renforcer la qualité et l'utilisation des services de la santé. Les facilités reçoivent des paiements trimestriels basés sur les résultats accomplis, en particulier ceux qui concernent la santé maternelle et infantile. Les paiements se déroulent après la vérification interne et externe de la qualité et la quantité des services rapportées. Une moitié des facilités ont l'autonomie à décider comment utiliser les paiements FBR. Dans la futur proche, on introduira un incitatif additionnel pour les prestataires des soins de traiter les pauvres avec l'intention d'améliorer l'utilisation de ces service par les plus pauvres.[6]

Rencontrer les Objectifs de Couverture Universelle de la Santé (CUS)

La CUS ne peut être atteinte que si les services de santé et la protection contre les risques financiers sont équitablement distribués. La protection financière équitable signifie que toute personne, indépendamment de leur niveau de revenu, a accès aux services de santé dont elle a besoin sans que ceux-ci ne causent de difficultés financières importantes.

Protection financière et équité dans le financement et l'utilisation

Des 34 régions administratives de santé du Bénin, 30 sont présentement pleinement fonctionnelles.[7] La couverture de la santé est relativement élevée à 77%, bien que ce taux inclut des iniquités dans la distribution des centres de santé, avec les aires rurales ayant moins de services de santé que les aires urbaines. L'Observatoire Globale de la Santé de l'Organisation Mondiale de le Santé (OMS) estime que le total des dépenses du Bénin en santé était de PPA int.$82 par habitant en 2013. De cette somme, 41% ont été payés sous forme de dépenses personnelles, ce qui crée une forte pression sur les personnes vivant dans la pauvreté.[8]

Les ressources humaines pour le secteur de la santé sont l'un des problèmes majeurs du système de santé du Bénin, particulièrement en ce qui concerne la quantité, la qualité et la distribution. Ce problème affecte négativement la qualité des services de santé à travers le pays. Le Bénin s'est engagé dans une initiative ambitieuse relativement à la CUS, avec des engagements importants et une implication des autorités nationales aux plus hauts niveaux; cependant, le système de santé fait face à des défis concernant la gouvernance, les ressources humaines, les infrastructures, la capacité de gestion, l'acquisition de systèmes d'information adéquats, et ces défis doivent être confrontés avant de compléter l'implémentation.

Le RAMU a peu de chance d'atteindre l'ensemble de la population, particulièrement celles vivant en zones urbaines. Les programmes existants au Bénin couvrent environ 20% de la population, ce qui met la vaste majorité des résidents à risque d'une catastrophe de dépenses reliées à la santé en temps de maladie.[9] Il y a donc un besoin urgent d'étendre le RAMU afin de couvrir la population entière et d'atteindre les objectifs de santé pour les populations rurales et pauvres.[10]

Notes

1. Profile du Pays du Bénin. Jhpiego. 2012, Université Johns Hopkins.
2. La Banque Mondiale, Indicateurs de Développement Mondial, 2013.
3. Rapport de Développement Humain. UNDP.
4. Projet SHOPS. Évaluation du Secteur de la Santé Privé. 2013.
5. Anne-Marie Turcotte-Tremblay, Slim Haddad1, Ismaïlou Yacoubou et Pierre Fournier. Répertoire des initiatives visant à augmenter le nombre de membres des organisations mutuelles de santé au Bénin. International Journal for Equity in Health 2012, 11:74.\
6. FBR Santé: Bénin. La Groupe de la Banque Mondiale.
7. Stratégie de Coopération du Pays, 2014. Organisation Mondiale de la Santé.
8. Base de Données des Dépenses de l'Organisation Mondiale de la Santé, 2013.
9. AGBOHOLA, Rachidatou and Sagbo, Agnès. "PROCESSUS DE MISE EN PLACE DU RAMU: Le Régime d'Assurance Maladie Universelle au Bénin". Présentation en ligne. Accédé le 21 Jan. 2016
10. Tapscott, Rebecca. Améliorer l'Accès aux Soins de Santé pour les Populations Rurales: Une étude pilote de la micro-assurance santé du CRS au Bénin, 2012, Services de soins catholiques.

Des informations additionnelles peuvent être obtenues à l'adresse suivante:
African Strategies for Health 4301 N Fairfax Drive, Arlington, VA 22203 • +1.703.524.6575 • AS4H-Info@as4h.org
www.africanstrategies4health.org

Cette publication a été rendue possible grâce à l'aide généreuse de l'Agence américaine pour le développement international (USAID) sous le contrat numéro AID-OAA-C-11-00161. Les contenus présentés sont sous la responsabilité des auteurs et ne reflètent pas nécessairement l'opinion de la USAID ou du gouvernement des États-Unis.