

Revue d'Economie Théorique et Appliquée  
Volume 1 – Numéro 1 – Juin 2011 pp 63-78

## **Equité et efficacité des mécanismes de financement de la santé au Bénin**

**Gilles-Armand SOSSOU**

*Centre d'Etudes, de Formation et de Recherches en Développement (CEFRED), Faculté des Sciences Economiques et de Gestion, Université d'Abomey-Calavi (Bénin)*

&

*Laboratoire d'Economie d'Orléans (LEO), Université d'Orléans. Faculté de Droit, d'Economie et de Gestion, Orléans (France).*

*Email : gasossou@hotmail.com*

**Résumé :** Cet article étudie, sous l'angle des inégalités qu'elle produit, l'équité et l'efficacité de la politique de financement de la santé en vigueur au Bénin depuis la disparition de l'Etat-providence en 1990. Se fondant sur des arguments théoriques et des observations de terrain, l'analyse montre que le choix éthique effectué est pertinent en ce sens qu'il respecte les préférences individuelles.

**Mots clés :** Mécanismes de financement de la santé – Equité – Efficacité – Bénin

**Classification J.E.L.:** D63, H21, H44

## **Equity and effectiveness of health financing mechanism in Benin**

**Abstract:** This article examines, in terms of inequalities it produces, the equity and effectiveness of the health financing policy in force in Benin since the failure of the welfare state in 1990. Based on theoretical arguments and field observations, the analysis shows that the ethical choice made is relevant as it respects individual preferences.

**Keywords:** Health Financing Mechanism – Equity – Effectiveness - Benin

**J.E.L. Classification:** D63, H21, H44

## 1. Introduction

Cet article étudie, sous l'angle des inégalités qu'elle produit, l'équité et l'efficacité de la politique de financement de la santé conçue et mise en œuvre au Bénin après la disparition de l'Etat-providence, consécutive à la Conférence des Forces Vives de la Nation de février 1990. Le redimensionnement des secteurs public et privé sanitaires béninois qui succède à 17 années d'économie dirigée d'obédience marxiste-léniniste se solde par deux résultats essentiels : un recentrage du rôle de l'Etat central vers les Soins de Santé Primaires (SSP)<sup>1</sup> et une ouverture du secteur sanitaire à la concurrence, inspirée des théories libérales de la justice sociale qui défendent la liberté individuelle et l'efficacité du marché. En effet, se fondant sur une justice procédurale, les théories libérales de la justice soutiennent que les mécanismes de marché garantissent l'efficacité et la liberté des échanges dans tout système. Il existe au sein des théories libérales de la justice deux courants : le libéralisme intransigeant et le libéralisme modéré (Schneider-Bunner, 1997).

L'équité des systèmes de santé dépend de la conception de la santé adoptée, elle-même inspirée de l'un des deux courants. La première conception a deux sources d'inspiration : la théorie hayékienne de la main invisible à laquelle Nemo (2002) a consacré un article intitulé « *Théorie hayékienne de l'ordre auto-organisé du marché* » et la philosophie formelle de l'Etat développée par Nozick (1988). Elle conçoit la santé comme un bien privatif, gouverné par les principes d'excluabilité et de rivalité. La seconde conception s'inspire du libéralisme distributif. Elle conçoit la santé comme un bien commun non excluable, mais rival. Elle reconnaît donc à la santé des spécificités qui la différencient des biens privatifs. Dans les systèmes de santé fondés sur la première conception, l'accès aux services et soins de santé se fait selon les lois du marché. Les systèmes qui s'inspirent de la seconde conception sont des systèmes mixtes fondés à la fois sur l'ordre spontané et l'ordre organisé. L'accès aux services et soins de santé dans les systèmes mixtes est régi, non seulement par les lois du marché, mais également par un principe redistributif.

Selon Schneider-Bunner (1997), la redistribution peut avoir quatre justifications notamment, corriger des inégalités de naissance, compenser une malchance, réaliser des dons collectifs, instaurer une assurance effective et obligatoire. La politique globale de financement de la santé au Bénin est centrée sur le payement à

---

<sup>1</sup> L'OMS définit les Soins de Santé Primaires comme étant : « *Des soins essentiels, fondés sur des techniques scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et au sein de la communauté grâce à leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays peuvent supporter à tous les stades de développement et dans un esprit d'auto-responsabilisation et d'autodétermination* ».

l'acte consistant, pour le consommateur, à régler directement les actes médicaux et les médicaments qu'il consomme. Cependant, on en distingue des nuances selon que l'on s'intéresse au secteur privé ou au secteur public. On observe au regard des mécanismes mis en place dans le cadre de cette politique que la part des ménages dans le financement de la santé est supérieure à celle de l'Etat.

L'ouverture à la concurrence du secteur de la santé favorise donc une diversification de l'offre de services et soins médicaux par la création de polycliniques, cliniques, cabinets médicaux, cabinets de soins et cabinets d'accouchement qui satisfont les besoins de santé de segments différenciés de la demande. Cette situation suscite des interrogations sur l'équité et l'efficacité des mécanismes de financement en vigueur sur les différents segments du marché sanitaire béninois.

L'analyse de l'équité du financement dans le domaine de la santé considère généralement trois dimensions : l'équité de la contribution financière, l'équité d'accès et/ou de recours aux services et soins médicaux et les inégalités d'état de santé entre différents groupes de populations (Evans *et al*, 2002). L'efficacité quant à elle, désigne un équilibre entre les objectifs que la société se définit et souhaite voir réaliser (OMS, 2000). Deux outils permettent de mesurer l'efficacité de l'offre de santé : l'efficacité interne et l'efficacité externe. L'efficacité interne permet d'estimer la productivité du système définie comme sa capacité à traiter un grand nombre de cas. L'efficacité externe évalue le résultat de la finalité même du service à savoir l'amélioration des indicateurs sanitaires : l'espérance de vie, le nombre de vie sauvée, la baisse du taux de mortalité, la proportion de la population ayant accès à l'eau potable et à l'assainissement. Il est évident qu'il est difficile d'évaluer l'équité et l'efficacité d'un système peu habitué à ces mesures et qui demeure par ailleurs en pleine restructuration.

Faisant suite à l'introduction, la seconde section analyse la politique et les mécanismes de partage des dépenses de santé dans le secteur public au Bénin. On y aborde la rationalité et l'équité des dépenses publiques de santé, d'une part, et la question de l'autonomisation des hôpitaux publics et centres de santé communautaires par le financement communautaire, d'autre part. La troisième section analyse l'équité de la tarification différenciée dans le financement privé de la santé. Deux centres d'intérêts y sont abordés en relation avec leur influence sur le financement privé de la santé au Bénin : les mécanismes de tarification des actes médicaux et l'assurance maladie. La quatrième section est consacrée aux principales conclusions qui se dégagent de cette analyse.

## **2. Politique et mécanismes de partage des dépenses de santé dans le secteur public au Bénin**

L'option pour les soins de santé primaires marque un changement radical dans la politique de financement de la santé au Bénin. Antérieurement à cette option, les dépenses de santé sont considérées comme des dépenses sociales qui relèvent du domaine de l'Etat. Mais avec le recentrage du rôle de l'Etat autour des SSP, les dépenses de santé sont transférées aux communautés à la base qui assurent leur financement par le recouvrement des coûts des prestations auprès des consommateurs. On parle de financement communautaire. La philosophie à la base des SSP est la recherche d'une conscientisation et d'une responsabilisation du consommateur sur le coût de la santé par sa participation au financement des prestations dont il bénéficie. Il s'agit de remettre la rationalité économique au cœur des comportements de santé des ménages béninois jusque là dominés par des considérations éthiques et sociales.

Cette politique de financement de la santé a pour fondement une philosophie de partage des coûts entre les acteurs du système, en particulier l'Etat, les communautés à la base et les individus. La politique de partage des coûts de la santé trouve son origine dans la Déclaration qui a sanctionné la conférence internationale qui s'est tenue à Alma-Ata au Kazakhstan du 6 au 12 septembre 1978, communément appelée Déclaration d'Alma Ata. Elle est renforcée par la politique de recouvrement des coûts de prestation des services de santé décidée par les Ministres africains de la santé à Bamako (Mali) en 1987, dite Initiative de Bamako. Cette dernière est sous-tendue par cinq principes, notamment les principes d'équité, de prévention, de technologie appropriée, d'actions multisectorielles et de participation communautaire. Nous analysons d'une part, les mécanismes de rationalisation et de recherche d'équité dans le financement public de la santé au Bénin et d'autre part, la question de l'autonomisation des formations sanitaires publiques par le financement communautaire.

### **2.1. Rationalisation et équité des dépenses publiques de santé au Bénin**

La mise en œuvre des Programmes d'Ajustement Structurel (PAS) par le gouvernement béninois à la fin des années 80 se traduit par une remise en cause des prestations sociales dans le secteur sanitaire alors marqué par une conception providentielle de l'Etat, inspirée de l'idéologie interventionniste qui prévaut pendant la période révolutionnaire (1974-1989). L'assainissement des finances publiques béninoises après la crise économique et sociale des années 1980 constitue une composante essentielle des mesures du PAS. Il vise le contrôle et la restructuration des dépenses courantes de l'administration en vue de rationaliser le financement public de la santé et d'y intégrer plus d'équité. En effet, les ressources publiques affectées au secteur de la santé sous l'Etat providence financent, d'une

part, des soins coûteux réservés à une minorité de la population et, d'autre part, les salaires au dépens des dépenses d'équipements et de matériels qui contribuent pourtant à l'accroissement de l'efficacité interne des formations sanitaires publiques.

Cette approche de développement de l'offre des services sanitaires s'est soldée par une dégradation du système sanitaire qui, privée du financement public n'était plus capable d'offrir les services et soins médicaux à la population. Elle a, par ailleurs, produit des externalités négatives du fait des resquilleurs. La privatisation des prestations sanitaires et le recouvrement des coûts qu'elle implique apparaissent ainsi comme une mesure compensatoire de ces externalités par la régulation de la demande sociale de soins spécialisés.

La tarification des prestations sanitaires qui résulte de la nouvelle politique de financement vise à développer et à assurer, d'une part, la pérennité des hôpitaux publics et centres de santé communautaires et, d'autre part, la réallocation des ressources publiques affectées à la santé de manière à promouvoir l'équité et la justice sociale. Dès lors, les priorités du financement public de la santé sont orientées vers les services dont l'impact sur le bien-être des pauvres est plus important et les avantages sociaux plus nets.

Le redimensionnement des secteurs public et privé qui résulte des réformes engagées conduit à la conception et à la définition des contours d'un Etat minimal<sup>2</sup> au sens de Nozick (1988) en remplacement de l'*Etat providence*. Dès lors les décisions d'investissements publics dans les projets et/ou programmes de santé sont analysées à l'aide des méthodes d'évaluation économique fondées sur les outils tels que l'analyse coût/efficacité et l'analyse coût/avantage. Encore appelée analyse coût/bénéfice, l'analyse coût/avantage en particulier met en balance les gains et/ou avantages consécutifs à un investissement d'un côté et les coûts qui y sont associés de l'autre. Ainsi, la Banque Mondiale (1993) fait la promotion du ratio : *Dollars dépensés/gain de santé*. Au sens de cet indicateur, seuls les programmes sanitaires qui s'accompagnent d'effets externes positifs sont rationnels.

Les résultats de ces programmes et/ou projets sanitaires sont gouvernés par les deux principes caractéristiques des biens communs : les principes de rivalité et de non-excluabilité. Il s'agit, entre autres des Programmes Elargis de Vaccination, du programme d'extension du planning familial, du Programme National de Lutte contre le Paludisme, du Programme National de Lutte contre le SIDA, du Programme National de Lutte contre la Tuberculose, du Programme National de Lutte contre les Ulcères de Buruli, du Programme National de Réhabilitation et de

---

<sup>2</sup> Selon Nozick (1988, p. 187), « L'État minimal est celui dont les pouvoirs les plus étendus peuvent être justifiés. Tout État aux pouvoirs plus étendus viole les droits des gens ».

Construction des Centres Hospitaliers, du Programme National de Construction et de Fonctionnalité des Formations Sanitaires et du Fonds National des Indigènes.

Dès lors, ces programmes sont considérés comme prioritaires et sont privilégiés par rapport aux traitements individualisés qui nécessitent des compétences spécialisées, des technologies médicales de pointe et qui sont beaucoup moins rentables au sens du ratio *Dollars dépensés/gain de santé*. Dans cette perspective, le financement public de la santé s'organise autour de deux axes principaux : la conception, la mise en œuvre et le contrôle du cadre légal et réglementaire des activités sanitaires ; la construction et à l'équipement des hôpitaux et centres de santé publics.

La mise en œuvre de la nouvelle philosophie implique un changement dans le traitement des dépenses publiques en ligne avec les réformes du système de santé. Alors qu'avant la réforme du système, l'attention porte sur les dépenses de fonctionnement du Ministère de la Santé, la réforme marque une rupture consistant à prendre en compte, en sus des dépenses de fonctionnement, les dépenses d'investissement effectuées directement par le Ministère de la Santé ainsi que celles exécutées dans le cadre du Programme d'Investissement Public destinés à la construction et à l'équipement des formations sanitaires publiques.

Le système produit des incitations significatives à la fois pour l'offre et la demande de services et soins médicaux. La surconsommation des services et soins de santé et son corollaire des médicaments non utilisés observés dans les systèmes de santé à mécanismes de financement indirects ne sont pas connus au Bénin. La contrainte budgétaire est opérationnelle et le consommateur choisit l'offreur qui répond le mieux à ses préférences. Le consommateur garde le contrôle sur les choix qu'effectuent le médecin et/ou le pharmacien à qui il délègue son pouvoir de décision dans le cadre de la relation d'agence qui les lie.

Ces résultats sont pertinents, mais méritent à être nuancés. En effet, le financement public de la santé dans le cadre du nouveau système est faible et insignifiant. En l'absence d'un régime d'assurance maladie publique, le financement de la santé est essentiellement privé. L'absence de données sur le financement privé de la santé ne permet pas de comparer directement les parts des ménages et de l'Etat dans le financement de la santé au Bénin.

Cependant, on peut avancer au regard des mécanismes de la politique de financement de la santé en vigueur que la part des ménages dans le financement de la santé est largement supérieure à celle de l'Etat. Ainsi, en prenant pour repère le changement de paradigme dans le traitement des dépenses publiques, on peut distinguer deux périodes pour l'évolution du ratio dépenses publiques de santé rapportées au Produit Intérieur Brut en monnaie courante (Ratio DPS/PIB). La part du secteur public dans les dépenses de santé au cours de la période antérieure

(1990-1996) est presque nulle avec une moyenne annuelle de 0,0004 %. Le ratio pour la période ultérieure (1997-2004) indique un accroissement de l'effort public marqué toutefois par une forte fluctuation sur la période avec une moyenne annuelle de 2,03 %. En 2001, les pays de l'OCDE ont consacré en moyenne 8,4 % du PIB aux dépenses de santé (Docteur, 2003).

L'effort d'investissement dans la santé de ses pays fait quatre fois celui du Bénin. Le ratio pour les Etats-Unis est de 13,9 %, soit environ 7 fois celui du Bénin. Au regard de ces données, les efforts du gouvernement béninois restent encore très insuffisants pour satisfaire les besoins sanitaires de la population.

Selon une enquête, 70 % des ménages béninois ne recourent pas aux hôpitaux publics et centres de santé communautaires pour des motifs financiers (OMS/PNUD/MSP, 1991). Le développement des infrastructures sanitaires de base et l'efficacité de la plupart des programmes élargis de vaccination laissent envisager une évolution favorable de l'espérance de vie et de la mortalité à long terme.

Toutefois, selon les résultats du dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (INSAE, 2002), les risques sanitaires auxquels la population est confrontée demeurent variés et élevés. L'espérance de vie à la naissance reste inférieure à 60 ans pour l'ensemble de la population. Pour le même sexe, elle diffère quand on passe du milieu urbain au milieu rural. Ainsi, l'espérance de vie pour les hommes en milieu urbain est de 57,8 ans et de 57,1 ans en milieu rural. Celle des femmes en milieu urbain est de 64,2 ans alors qu'elle est seulement de 58,1 ans en milieu rural, inférieure à la moyenne nationale. Le taux de mortalité infantile des moins de 5 ans est encore à 146,4 pour 1.000 pour l'ensemble de la population béninoise, de 166,6 pour les garçons et de 131,6 pour les filles. Le taux de mortalité maternelle pour 100.000 naissances vivantes est de 474,4 pour l'ensemble de la population, 397,7 en milieu urbain et de 505,4 en milieu rural.

L'effort de financement public en termes d'investissements sanitaires demeure insuffisant et ne contribue pas à la réalisation de l'objectif essentiel d'équité des services assigné à toute politique sanitaire. L'inégalité se manifeste également dans l'accès aux infrastructures sanitaires basiques. Ainsi, seulement 61,10 % des ménages béninois ont accès à l'eau potable. Cette proportion augmente à 75,20 % quand on considère le milieu urbain alors qu'elle baisse jusqu'à 50,20 % en milieu rural. L'accès à l'assainissement se caractérise également par des inégalités importantes. Une proportion de 4,20 % des ménages béninois a accès à l'assainissement. En milieu urbain, la proportion augmente à 9,10 % alors qu'elle baisse jusqu'à 0,6 % en milieu rural.

## **2.2. Financement communautaire et autonomisation des hôpitaux publics et centres de santé communautaires au Bénin : mythe ou réalité ?**

L'un des principes fondamentaux de l'Initiative de Bamako est d'assurer la viabilité des services de santé par la promotion et le développement de la participation financière des populations en vue de permettre le renouvellement des stocks de médicaments et la prise en charge de certains frais de fonctionnement local.

L'objectif de l'Etat est de rendre les hôpitaux et les centres de santé publics capables de financer leurs charges récurrentes en dehors des salaires des agents de santé employés par la fonction publique et qui émargent au budget de l'Etat. La nouvelle politique de financement de la santé promeut le partage des dépenses de santé entre l'Etat et les ménages. La participation de l'Etat consiste à financer la construction des formations sanitaires, à assurer leur équipement, à former le personnel et à mettre à disposition dans certains cas une partie dudit personnel.

La contribution des communautés à la base, appelée « participation communautaire », résulte de l'application de la théorie des droits (théorie des droits légitimes de Nozick, théorie de la société des droits de Hayek). En effet, dans la perspective de ces théories, la santé est un bien ordinaire et l'accès aux services et soins de santé se fait selon les mécanismes du marché.

La dotation en capital-santé qu'un individu possède à la naissance est sa propriété légitime tout comme les biens réels ou monétaires hérités. Ce capital-santé évolue au cours de la vie en fonction des choix de vie effectués par chaque individu. Une amélioration ou une altération du capital-santé se justifie si elle n'est pas le résultat de transaction qui viole les droits de propriété des individus. Chaque individu est responsable de son état de santé. Le libéralisme vise donc à rationaliser les dépenses publiques de santé et à y intégrer plus d'équité par une conscientisation et une responsabilisation des communautés sur les coûts des services sociaux sanitaires.

La participation communautaire a pour base l'implication consciente et volontaire des communautés ou de leurs représentants dans les activités de santé, depuis la conception jusqu'à la mise en œuvre et l'évaluation. Par cette approche, les ménages sont amenés à assumer la responsabilité de leur propre santé et bien-être ainsi que celle de la communauté par le développement de leur capacité contributive. Ainsi, la participation communautaire constitue un des piliers du fonctionnement du système de santé béninois en ce sens que le financement communautaire qui en découle est la principale ressource des formations sanitaires publiques à la périphérie de la pyramide sanitaire. En dehors des salaires des agents qui émargent au budget de l'Etat, les charges de fonctionnement des zones



sanitaires<sup>3</sup> sont financées par la participation financière des populations. Cette participation passe par quatre canaux : le paiement des actes, l'achat des médicaments dans les pharmacies hospitalières, le paiement anticipé sous forme de cotisation dans certains cas et les contributions communautaires sous forme de dons de matériaux et/ou de terre.

La participation des populations au financement de leur santé leur confère un droit de regard sur la gestion des zones sanitaires. Le Décret N°90/346 du 14 octobre 1990 institue un mode de gouvernance participative des zones sanitaires à travers les comités de gestion. Ce modèle de gestion des zones sanitaires a connu des modifications dans le sens d'une plus grande efficacité apportée par l'Arrêté N°1928/MS/DC/CC/SGFS du 30 août 1993.

Le comité de gestion se définit comme un organe de la participation communautaire élu pour intervenir dans la gouvernance du centre de santé et défendre les intérêts de la communauté qu'il représente. Sa mission consiste à sensibiliser les membres de la communauté sur l'utilité et le bien fondé de leur participation au financement du développement sanitaire de la localité, à assurer le contrôle mensuel de la gestion financière du centre de santé et à décider de l'utilisation des éventuels excédents de recette du centre. Il est composé d'un président, d'un secrétaire, de trois à cinq membres parmi lesquels une représentante des femmes, un représentant des jeunes et un notable. Les membres du comité disposent d'un mandat de deux ans renouvelable une fois.

Dans le cadre d'une Commune, la participation communautaire est gérée par un Comité de Gestion de la Commune (COGEC) et par un Comité de Gestion de l'Arrondissement (COGEA) dans le cadre d'un Arrondissement. Chaque Comité de Gestion produit périodiquement des rapports standardisés qui sont analysés et centralisés au niveau d'un service compétent de la Direction de la Programmation et de la Prospective du Ministère de la Santé Publique (SNIGS/DPP/MSP).

Les rapports issus de la centralisation permettent d'analyser les différents types de recettes enregistrées par les centres de santé au cours d'une année sur la base de quatre indicateurs : le taux de recouvrement des coûts de fonctionnement ; la marge bénéficiaire ; le coût moyen par cas de maladie et la recette moyenne par cas de maladie. Le cumul par zone géographique des rapports du financement communautaire aboutit à des informations synthétiques qui permettent d'apprécier la performance générale de la politique. La vente des médicaments apparaît dans

---

<sup>3</sup> La zone sanitaire représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé au Bénin. Elle est organisée sous forme d'un réseau de services de santé de premier contact appuyé par un hôpital de première référence public ou privé dénommé Hôpital de Zone (HZ). L'HZ constitue donc la formation sanitaire la plus importante de la zone sanitaire par son plateau technique : infrastructures, personnels et équipements.

les données sur le financement communautaire comme la principale source de financement des hôpitaux publics et centres de santé communautaires.

Ces faits confirment la tendance générale observée dans les pays industrialisés, marquée par l'accroissement continu des dépenses de santé lié à une augmentation du poste médicament. De façon générale, les COGEC ou COGEA sont excédentaires avec des ressources financières placées sur des comptes bancaires. Mais une analyse plus approfondie qui intègre les charges salariales, les coûts de construction ou de réfection des infrastructures, et les achats d'équipements supportés par l'Etat béninois aboutit à un résultat plus nuancé qui montre la limite de cette politique de financement. Cela dit, l'objectif de conscientisation et de responsabilisation des ménages sur le financement de leur santé est atteint. La participation communautaire permet ainsi de rationaliser les dépenses publiques de santé en les orientant vers des projets et/ou programmes dont le ratio *Dollars dépensés/Gain* est plus significatif.

### **3. Tarification différenciée et équité du financement privé de la santé au Bénin**

Le système de santé constitue une technologie de production à forte intensité de main-d'œuvre qualifiée : médecins spécialistes et généralistes, infirmiers, sages-femmes, personnels de soutien, gestionnaires et administrateurs. Cette caractéristique implique des coûts élevés en main-d'œuvre qui grèvent le coût total de production des actes et par ricochet le prix payé par les consommateurs pour accéder aux services. On distingue généralement trois grands modes de rémunération des praticiens en matière de santé : le paiement à l'acte, le salariat et la capitation. Ce dernier mode de paiement consiste pour un patient à payer un forfait à un praticien qui le prend en charge pendant une période de temps définie. Cette typologie classique n'exclut pas des mécanismes combinés. Ainsi, la rémunération globale d'un médecin peut résulter de la combinaison de plusieurs méthodes de tarification des actes : on parle de paiements mixtes.

Au Bénin, les mécanismes de tarification en vigueur dans les secteurs privés sanitaires s'inspirent de la politique néolibérale comme c'est le cas dans le secteur public. La politique en vigueur offre trois options au choix déterminés par le statut professionnel du praticien : le paiement à l'acte, le salariat ou une combinaison des deux.

#### **3.1. Mécanismes de tarification des actes médicaux et financement privé de la santé au Bénin**

Au Bénin, il existe globalement deux catégories de professionnels de la santé dans les secteurs privés à but lucratif et confessionnel : les salariés et les libéraux

entendus ici comme les agents de santé qui créent et qui gèrent seuls ou en association une entreprise privée d'offre de services et soins de santé sous forme de polycliniques, cliniques, cabinets médicaux, cabinets dentaires, cabinets d'accouchement, cabinets de soins, *etc.*

Quel que soit le secteur dans lequel ils interviennent, la grille tarifaire des salariés s'inspire de la législation nationale sur le travail. La loi sur le travail impose à chaque employé une masse horaire œuvrée de 8 heures par jour répartie en 4 heures 30 minutes pour la matinée et 3 heures 30 minutes pour l'après midi, soit un total de 40 heures œuvrées par semaine de 5 jours. En contrepartie des prestations fournies par l'employé, l'employeur a le devoir de lui verser une rémunération déterminée à partir de la grille indiciaire du corps spécifique auquel appartient l'employé.

La loi fait par ailleurs obligation à l'employeur de déclarer l'employé à la sécurité sociale avec prise en charge des cotisations patronales au titre des charges de retraite. Ainsi, le salariat constitue une tarification forfaitaire dans laquelle le revenu doit être invariant d'une part, pour un professionnel de la santé quelle que soit l'activité, qu'il s'agisse du nombre de malades examinés ou soignés, ou la quantité de services fournis par malade ; d'autre part, pour deux professionnels de la santé exerçant l'un dans le public et l'autre dans le privé et répondant à un profil identique de formation, de qualification, de compétence, d'expérience professionnelle et d'ancienneté. Mais dans la pratique, tel n'est pas le cas. L'option néolibérale de financement de la santé oblige les autorités publiques à se limiter à une portion congrue de réglementation du marché du travail qui se résume au règlement des contentieux entre employeurs et employés. Les rémunérations accordées aux agents de santé salariés diffèrent entre le secteur privé à but lucratif et le secteur privé confessionnel et à l'intérieur de chacun des deux secteurs, d'un employeur à un autre. Comparés à ceux du secteur public, les salaires des secteurs privés à but lucratif et confessionnel sont plus élevés et donc plus attractifs.

Cependant, cette différence de traitement n'entraîne pas une éviction du secteur public par le secteur privé consistant en un déplacement des agents du secteur public vers les secteurs privés. On observe plutôt un phénomène de double emploi qui prend deux formes. La première forme consiste, pour un agent de santé employé dans le secteur public à mettre, en sus de son emploi dans la fonction publique, ses compétences aux services d'une entreprise de santé privée à but lucratif ou confessionnelle moyennant une rémunération complémentaire. La seconde forme de double emploi consiste pour un agent de santé déjà employé dans le secteur public et/ou les secteurs privés à but lucratif et confessionnel, à créer une entreprise de santé soit seul, soit en association. Il résulte de ce phénomène des structures d'offre de services et soins médicaux diverses, tant par leur statut juridique que par leur taille.

Cette pluralité engendre des pratiques de tarification dont la diversité témoigne d'un marché concurrentiel. En fait, cette offre diversifiée se développe en réponse à une demande différenciée en fonction d'une part, des capacités financières des différentes couches de la population béninoise, d'autre part du niveau de développement des infrastructures sanitaires dans chaque zone sanitaire du pays et enfin des inégalités d'état de santé entre des groupes de populations.

Dans les centres urbains du Bénin, les cabinets médicaux créés et gérés par des médecins présentent des avantages comparatifs en matière de coûts pour les ménages à revenus moyens. Par contre, les cabinets de soins et d'accouchement créés et gérés respectivement par des infirmiers/infirmières et sages-femmes emportent la préférence des ménages à faibles revenus.

Ces effets de substitution entre secteur public et secteur privé correspondent bien aux besoins sanitaires des populations tels qu'exprimés par les indicateurs courants de santé. A cet égard, la demande de services et soins de santé médicaux constituent une demande excessive et en partie insolvable. Le rationnement dont cette demande fait l'objet résulte de son caractère illimité et de son insolvabilité. En effet, la demande fait face à une offre publique dont la nouvelle structure ne réussit pas encore à contenir les problèmes de fonctionnement et d'efficacité liés notamment au manque de personnel et de matériels dans les hôpitaux publics et centres de santé communautaires.

Par ailleurs, la demande ne peut pas faire face à toutes les dépenses sanitaires auxquels les pouvoirs publics renoncent ou qu'ils ne financent désormais que partiellement en raison du recentrage du rôle de l'Etat dans la nouvelle politique de financement de la santé. Transférées désormais au secteur privé, ces dépenses sont directement répercutées sur le consommateur par le biais de la tarification en vigueur. Il n'existe pas un régime public d'assurance maladie et la signature d'un contrat avec les compagnies privées relève d'un choix individuel.

### **3.2. Assurance maladie publique, assurance maladie privée et iniquité dans le financement de la santé au Bénin**

Le régime de protection sociale en vigueur au Bénin s'inspire de la logique d'assurance : assurances sociales et assurances privées. Les assurances sociales couvrent des risques touchant en général à la personne humaine tels que les accidents de travail, la maladie, les invalidités, le chômage, la vieillesse, *etc.* Elles se distinguent de l'assurance privée par le fait qu'elles s'accompagnent de deux catégories possibles de transferts de revenus : les transferts entre les différentes catégories d'assurés d'une part et les transferts entre l'Etat et les assurés d'autre part.

Les cotisations dans le premier cas de transferts ne sont pas directement reliées aux risques, mais plutôt aux revenus des assurés. L'élément essentiel à retenir dans le second cas est que les éventuels déficits globaux de ces systèmes sont souvent comblés par l'Etat. Deux organismes public et parapublic de prévoyance et de sécurité sociale assurent la protection sociale au Bénin : le Fonds National des Retraites du Bénin (FNRB) qui s'occupe des salariés du secteur public et la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), qui s'occupe des salariés du secteur parapublic et privé. Les cotisations sociales sont obligatoires et complétées par une part patronale. Ces organismes gèrent le régime de retraite de base en répartition et assurent trois types de prestations à savoir les prestations familiales, l'assurance pensions de vieillesse, d'invalidité et de décès, et les risques professionnels.

Le système public béninois de prévoyance sociale assure une couverture très limitée en ce sens que ses prestations ne concernent que les salariés des secteurs privé et public représentant seulement 4,34 % de la population active (Ministère des Finances et de l'Economie, 1997). On en déduit qu'environ 96 % de la population active du secteur agricole (55,98 %) et artisanal (39,68 %) sont exclus de ce système. En cas de maladie, les agents de l'Etat ainsi que les membres de leurs ménages bénéficient théoriquement de la prise en charge d'une partie de leurs dépenses de santé par les services compétents de l'Etat. Mais, dans la pratique, seuls les hôpitaux publics et l'hôpital de référence national acceptent les prises en charge publiques. Elles sont systématiquement rejetées par les prestataires privés qui craignent soit d'être remboursés avec retard au regard de leur cycle d'exploitation, soit de ne pas être du tout remboursés. Cette situation pose deux problèmes caractéristiques des pays à faibles revenus en général : celui de la capacité financière du pays d'une part, et celui de la crédibilité de ses dirigeants en matière de respect des engagements financiers d'autre part.

Ces deux problématiques complémentaires soulèvent en réalité la question de l'efficacité de la politique fiscale dans ces pays, elle-même déterminée par deux facteurs : la crédibilité des agents du service des impôts et la capacité contributive des contribuables. Le taux d'évasion fiscale qui résulte généralement de complicités entre les agents chargés de collecter les impôts et les contribuables, limite les capacités financières de l'Etat béninois.

Par ailleurs, la prépondérance du secteur informel dans les activités économiques ne favorise guère l'efficacité de la politique fiscale. Les assurances privées interviennent aussi de façon marginale dans le financement de la santé au Bénin. Cinq sociétés d'assurance de type Sociétés Anonymes offrent des contrats d'assurance-maladie aux ménages. L'assurance maladie n'est pas une obligation et relève d'une décision privée des individus. Ainsi, seuls les béninois d'un certains niveau de revenu prennent la décision de signer des contrats d'assurance maladie.

#### 4. Conclusion

En conclusion, l'organisation actuelle du système de santé béninois est basée sur une double logique de rationalité : la rationalité des dépenses publiques inspirée par l'orthodoxie budgétaire et la rationalité des comportements de santé des ménages. L'imbrication des réseaux public, privés à but lucratif et confessionnel rend le système complexe et son contrôle exogène sous la forme de mécanismes d'assurance maladie obligatoire, créerait des coûts de transaction qui viendraient en augmentation du financement public de la santé.

Le Bénin est un Etat aux ressources limitées dont le taux de croissance est passé de 3,1 % en 2004 à 2,9 % en 2005. Comparé à l'accroissement naturel de la population estimé à 3,6 %, l'économie béninoise ne dispose pas de capacités financières pour soutenir un régime d'assurance maladie publique avec couverture médicale universelle. Le mécanisme de partage des dépenses de santé entre le financement public assuré par l'Etat et le financement privé assuré par les ménages conduit à une endogénéisation des contraintes budgétaires publique et privée.

L'Etat est ainsi amené à redéfinir ses priorités en matière d'investissements publics sanitaires. Le financement à l'acte permet d'actionner la contrainte budgétaire qui pèse sur le consommateur et par conséquent de l'amener à contrôler sa consommation. Les surconsommations et le gaspillage associés à la couverture médicale universelle avec assurance obligatoire en vigueur dans certains pays de l'OCDE et certains pays émergents sont ainsi éliminés du financement public de la santé au Bénin et les déficits, contenus dans des proportions soutenables par les finances publiques.

D'un point de vue théorique, on retrouve implicitement dans la participation communautaire, une controverse entre les tenants de la théorie des échanges volontaires et ceux de la théorie de la contrainte. Le recentrage du rôle de l'Etat dans le financement de la santé trouve son origine dans les confrontations théoriques entre ces deux conceptions. Dans cette optique, l'objectif désormais affiché par les finances publiques est l'échange volontaire par la transformation d'un bien autrefois considéré comme public en un bien privé. Parallèlement, les externalités positives liées au développement des infrastructures sanitaires justifient la fonction discrétionnaire de bien-être de l'Etat défendue par la théorie de la contrainte. Les deux composantes privée et publique du bien santé sont ainsi mises en évidence avec des mécanismes de financement à la fois différents et complémentaires.

Une autre préoccupation généralement abordée dans les réflexions sur l'équité concerne le degré de complétude des prestations et le degré de catégorisation. Cette préoccupation trouve également sa justification dans les théories de la justice sociale, en particulier les théories de l'égalité des chances (Arneson, 1989 ;

Dworkin, 1981 ; Fleurbaey, 1995 ; Gauthier, 1986 ; Nozick, 1988 ; Rawls, 1987 et 1993 ; Roemer, 1989 ; Sen, 1993). Ces théories soutiennent que tous les individus ont des besoins de santé comparables, indépendamment de leur classe sociale, de leur appartenance ethnique, de leur religion, de leur sexe, *etc.* et que l'obligation sociale de répondre à ces besoins est la même pour tous. Les inégalités dans la couverture et la qualité des services et soins médicaux réduisent l'équité du système. Face à ces inégalités, la solution généralement adoptée consiste à définir des prestations uniformes et mieux adaptées pour tous les groupes de travailleurs.

Une offre de services et soins de santé homogène et bridée réduit l'accessibilité des services, liée à des délais d'attente trop longs. La différenciation de l'offre permet aux ménages de se positionner sur le ou les segment(s) choisi(s) rationnellement. Ainsi, les ménages qui ont une disposition marginale à payer (DmP) élevée peuvent se soustraire des files d'attente caractéristiques des services de spécialités des hôpitaux publics départementaux et de l'hôpital de référence national pour se faire soigner dans les polycliniques, cliniques ou cabinets médicaux.

Au-delà de la compétition que le secteur privé dans sa globalité livre au secteur public, le premier complète le second dans des domaines où ce dernier ne suffit plus à répondre à une demande croissante du fait de la dynamique démographique. La différenciation de l'offre apparaît ainsi comme une solution à la diversité des préférences individuelles. De ce point de vue, la politique de financement de la santé en vigueur au Bénin n'impose pas une homogénéité des goûts individuels. Les utilités tout comme les désutilités spécifiques à chaque type d'offre de services et soins médicaux (publique, privée à but lucratif, privée confessionnelle) varient d'un individu à l'autre. En conséquence, imposer une homogénéité des préférences par l'adoption d'un mécanisme de financement qui prive l'individu de la possibilité d'arbitrage, ne constitue pas une option soutenable à moyen ou long terme. Le choix éthique effectué respecte la rationalité des individus. La réglementation est orientée davantage vers la production par l'autorité d'un bien public par l'assurance et la garantie des caractéristiques intrinsèques des médicaments homologués sur le marché pharmaceutique national.

### Références bibliographiques

- Arneson R. (1989), « Equality and Equal Opportunity for Welfare », *Philosophical Studies*, 56(1), 77-93.
- Banque Mondiale (1993), *Investir dans la santé*. Rapport mondial sur le développement dans le monde, Banque Mondiale, Washington DC., 340 p.
- Docteur E. et Oxley H. (2003), « Systèmes de santé : la rationalité économique à l'ordre du jour », *L'Observateur de OCDE* n°238, 18-23.
- Dworkin R. (1981), «What is Equality? Part 1: Equality of Welfare », *Philosophy and Public Affairs*, 10(3), 185-246.

- Dworkin R. (1981), «What is Equality? Part 2: Equality of Resources », *Philosophy and Public Affairs*, 10(4), 283-345.
- Evans T., Whitehead M., Diderichsen F., Bhuiya A. et Wirth (2002), *Challenging Inequities in Health: From Ethic to Action*, Oxford University Press, New York, 368 p.
- Fleurbaey M. (1995), "Equal opportunity or Equal Income?", *Economics and Philosophy*, 11(1), 25-55.
- Gauthier D. (1986), *Morals by Agreements*, Oxford University Press, New York, 378 p.
- Ministère des Finances et de l'Economie : MFE (1997), *Bilan et Perspectives à court et moyen terme de l'Economie Nationale (1985 – 2000)*, Direction Générale des Affaires Economiques, Cotonou, Bénin.
- Nemo P. (2002), « La théorie hayékienne de l'ordre auto-organisé du marché (la main invisible) », *Cahiers d'Economie Politique/Papers in Political Economy*, 2002/2(43), 47-67.
- Nozick R. (1988), *Anarchie, Etat et Utopie*, Presses Universitaires de France (PUF), Paris, (Traduction française de *Anarchy, State and Utopia*, Basic Books, Inc. Publishers, New York, 1974, 442 p.
- OMS (2000), *Pour un système de santé plus performant*, Rapport sur la santé dans le monde, OMS, Genève, 248 p.
- OMS/PNUD/MSP (1991), *Identification des problèmes sanitaires par les populations du Bénin*, Rapport d'étude, MSP, Cotonou.
- Rawls J. (1993), *Justice et démocratie*, Collection Points Essais, Seuil, Paris, 400 p.
- Rawls J. (1987), *Théorie de la justice*, Paris, Seuil (traduction française de *A Theory of Justice*, Harvard University Press, 1971), 700 p.
- Roemer J. E. (1994), *Egalitarian Perspectives, Essays in Philosophical Economics*, Cambridge University Press, Cambridge, 372 p.
- Schneider-Bunner C. (1997), *Santé et justice sociale : l'économie des systèmes de santé face à l'équité*, Collection "Approfondissement de la Connaissance Economique", Economica, Paris. France, 273 p.
- Sen A. (1993), *Éthique et économie*, Collection Philosophie morale, (traduction française de *On Ethics and Economics*, Blackwell Publishers, Oxford, 1991, PUF, Paris, 364 p.