

Bulletin trimestriel des statistiques sanitaires et de documentation du Ministère de la Santé du Bénin

Avril 2011

Volume 15, Numéro 2

Editorial

COMPLÉTUDE DE 2010 ET RESPONSABILITE

La revue des supports de collecte lors de la validation des Bases de données départementales 2010 révèle que les formations sanitaires, les zones sanitaires et les services des études, de la planification et du suivi (SEPS) ne transmettent pas la totalité des rapports et des exports des bases de données, dans les délais préalablement retenu et connu de tous.

Ces difficultés traduisent le faible niveau de promptitude dans la transmission des données et les faibles taux de complétude enregistrés au titre de l'année 2010 dans presque tous les départements. La situation est beaucoup plus criarde pour les rapports de relevé épidémiologique notamment les supports B5b et B11a qui affichent respectivement des scores de 58 % et 38 %.

Ces chiffres doivent interpeller chacun des acteurs du Système d'information sanitaire, à quelque niveau qu'il se trouve. On pourrait croire que cela pose un problème de conscience professionnelle et de responsabilité individuelle et collective. Au terme des observations faites et sans avoir la prétention d'accuser qui que ce soit, une série de questions effleure à l'esprit à savoir :

Qu'est-ce qui justifie le non respect des délais de transmission clairement établis et définis pour le système et par le système ?

Pourquoi tant de désinvolture et de désintéressement à la chose statistique au niveau de nos diverses structures sanitaires ?

Devons-nous croiser les bras et laisser ces complétudes chuter ou dégringoler d'année en année pour atteindre le seuil de la médiocrité ?

On pourrait faire croire que ces scores affichés constituent la résultante de certaines perturbations relatives à la grève perlée qui a prévalu dans le secteur de la santé en 2010.

Cependant, après des analyses profondes de la situation, on note un dysfonctionnement récurrent qui n'est que trop duré, alors que nous devons relever le défi majeur du SNIGS qui est de disposer à temps de données sanitaires fiables, pertinentes et d'aide à la prise de décision pour la santé.

Pour cela, nous exhortons chaque acteur à tous les niveaux de responsabilité, à faire preuve de disponibilité, de détermination, de diligence et de bonne volonté afin que la totalité des rapports et des exports de la base de données remontent au niveau central dans les délais requis. Mobilisons alors nos énergies pour gagner la bataille et améliorer nos scores de complétude et de promptitude.

Sommaire

Editorial í í í í page 1

Complétude de l'année 2010 page 2

Complétude du 1er trimestre 2011 í page 3

Indicateurs de performance de l'année 2010 page 4

Epidémiologie page 5

Maladie à potentiel épidémiologique í page 6

Santé maternelle et Infantile í í í í í page 7-8

Vaccination í page 9

Le centre de documentation vous informe í í í í page 10

Nouvelles brèves í page 11-12

BASE DE DONNEES DU SNIGS

Complétude de l'année 2010 et indicateurs clés

Tableau 2- Complétude par département (%) de l'année 2010

Département	A12	B5a	B5b	B5a+B5b	B11a	C8	C9	C10	C11
Alibori	84,6	84,5	100,0	85,0	100,0	97,4	90,9	90,9	90,9
Atacora	95,6	93,8	63,9	92,4	33,3	92,5	92,2	89,7	90,6
Atlantique	91,5	88,8	15,7	83,2	29,2	92,2	91,8	93,2	91,9
Borgou	97,6	96,7	31,4	89,7	41,0	92,9	95,1	95,1	95,1
Collines	76,8	87,4	75,0	86,8	0,0	96,2	86,8	84,0	86,6
Couffo	90,2	91,3	100,0	91,4	100,0	93,9	92,5	92,5	92,5
Donga	92,7	86,3	87,5	86,4	29,2	93,3	91,2	91,7	91,9
Littoral	100,0	90,3	77,4	89,4	75,0	96,2	84,6	84,0	68,6
Mono	98,6	90,9	100,0	91,3	79,2	96,7	91,5	91,4	91,4
Ouémé	88,8	95,0	100,0	95,1	100,0	97,2	97,9	97,9	95,1
Plateau	25,0	95,4	75,0	94,7	37,5	87,6	90,5	90,5	90,5
Zou	91,4	95,8	95,0	95,8	35,0	94,3	94,5	94,3	94,5
Bénin	85,7	91,5	61,5	89,8	45,3	94,2	91,9	91,6	89,8

La complétude nationale des rapports du SNIGS pour l'année 2010 est des rapports financiers mensuels est 86% tandis que les rapports de santé maternelle et infantile ont été collectés environ à 90% du nombre attendu. Les rapports hospitaliers B11a et B11b sont les moins reçus au niveau national.

Une analyse au niveau intermédiaire, montre une disparité de la complétude des rapports d'un département à un autre pour les rapports épidémiologiques (B5a+B5b):

- les départements du Zou (96%), de l'Ouémé (95%), du Plateau(95%) et de l'Atacora (92%) viennent en-tête et sont au dessus de la moyenne nationale (90%).
- les départements de l'Atlantique (83%), de l'Alibori (85%), de la Donga(86,4%) et des Collines (87%) ont un taux de complétude en dessous de la moyenne nationale.

Après l'introduction de la nouvelle version du logiSnigs en juillet 2010, il urge que tous les acteurs à chaque niveau de la pyramide sanitaire redoublent d'ardeur afin d'améliorer les performances enregistrées au titre de l'année 2010.

BASE DE DONNEES DU SNIGS

Complétude du 1er trimestre 2011

Tableau 3- Complétude des rapports par département (%) au 1er trimestre de 2011

Support	Indicateurs	A12	B5a	B5b	B11a	C8	C9	C10	C11	Tous rapports
Alibori	reçus	141	182	3	9	116	170	170	170	961
	attendus	177	240	9	9	147	195	195	195	1167
	%	80%	76%	33%	100%	79%	87%	87%	87%	82%
Atacora	reçus	132	161	0	0	103	170	173	158	897
	attendus	156	186	21	24	174	186	189	186	1122
	%	85%	87%	0%	0%	59%	91%	92%	85%	80%
Atlantique	reçus	120	255	0	0	143	226	214	228	1186
	attendus	210	330	27	6	246	300	282	306	1707
	%	57%	77%	0%	0%	58%	75%	76%	75%	69%
Borgou	reçus	188	318	9	10	209	249	247	249	1479
	attendus	189	321	39	39	222	255	252	255	1572
	%	99%	99%	23%	26%	94%	98%	98%	98%	94%
Collines	reçus	100	111	4	0	96	120	112	118	661
	attendus	120	126	12	9	102	138	138	138	783
	%	83%	88%	33%	0%	94%	87%	81%	86%	84%
Couffo	reçus	108	153	3	3	102	149	149	149	816
	attendus	156	207	3	3	147	201	201	201	1119
	%	69%	74%	100%	100%	69%	74%	74%	74%	73%
Donga	reçus	59	75	2	0	62	73	70	72	413
	attendus	93	123	6	15	90	114	105	108	654
	%	63%	61%	33%	0%	69%	64%	67%	67%	63%
Littoral	reçus	31	214	1	0	86	164	156	82	734
	attendus	48	264	21	6	174	198	189	204	1104
	%	65%	81%	5%	0%	49%	83%	83%	40%	66%
mono	reçus	99	135	6	0	120	125	125	125	735
	attendus	141	189	9	6	138	174	174	174	1005
	%	70%	71%	67%	0%	87%	72%	72%	72%	73%
Ouémé	reçus	117	218	0	0	219	213	213	194	1174
	attendus	237	267	6	3	243	267	267	267	1557
	%	49%	82%	0%	0%	90%	80%	80%	73%	75%
Plateau	reçus	26	134	0	0	91	137	137	137	662
	attendus	144	153	6	6	153	156	156	156	930
	%	18%	88%	0%	0%	59%	88%	88%	88%	71%
Zou	reçus	80	196	9	6	174	211	207	211	1094
	attendus	204	237	9	9	198	249	243	249	1398
	%	39%	83%	100%	67%	88%	85%	85%	85%	78%
le Bénin	reçus	1201	2152	37	28	1521	2007	1973	1893	10812
	attendus	1875	2643	168	135	2034	2433	2391	2439	14118
	%	64%	81%	22%	21%	75%	82%	83%	78%	77%

La complétude des rapports du SNIGS au premier trimestre 2011 est de 77% pour tous les rapports confondus. Les rapports spécifiques aux hôpitaux (B5b et B11a) ont les plus faibles taux de complétude (respectivement 22% et 21%). Le dysfonctionnement du module d'exportation du logiciel logiHosp est l'une des causes du bas taux de la complétude des rapports hospitaliers.

Il faut signaler que les rapports A12 ont également un taux de complétude relativement bas.

LA SANTE PAR LES CHIFFRES

Indicateurs de performance de l'année 2010

Tableau 4.-Indicateurs de performance du secteur santé pour l'année 2010

Indicateurs		Année 2010			Cible en 2011
		Cible	Valeur atteinte	Ecart à la cible	
Taux de fréquentation des services de santé	Total	47%	46,8%	-0,2%	
	Privé Libéral enquête		6,4%		
	Privé Libéral intégré dans la Base du SNIGS		5,2%		
	Privé Confessionnel		7,2%		
	Public		27,7%		
Taux de fréquentation des services de santé par les enfants de 0 à 5 ans	Total	85%	81,6%	-3,4%	
	Privé Libéral enquête				
	Privé Libéral intégré dans la Base du SNIGS		8,9%		
	Privé Confessionnel		11,1%		
	Public		61,1%		
Nombre de zones sanitaires fonctionnelles		28	27	-1	
Taux de prévalence au VIH/SIDA parmi les femmes enceintes		<2%	1,7%	-0,3%	
Taux de couverture vaccinale au Pentavalent des enfants de 0-11 mois		>90%	95,9%	5,9%	
Taux d'accouchement assisté par le personnel médical et paramédical en maternité	Total	>80%	81,9%	1,9%	
	Privé Libéral enquête		13,6%		
	Privé Libéral intégré dans la Base du SNIGS		6,0%		
	Privé Confessionnel		4,6%		
	Public		57,1%		
Taux de consultation prénatale	Total	>90%	94,0%	4%	
	Privé Libéral		10,2%		
	Public (+ Privé Confessionnel)		83,3%		
Taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception		15%	22,1%	7,1%	
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaires imprégnées		60%	64%	4%	
Pourcentage de femmes enceintes dormant sous moustiquaires imprégnées		60%	60%	0%	
Poids du budget santé dans le budget général de l'Etat		15%	6,12%	-8,88%	
Taux de consommation base engagement du budget santé (%)		100%	71,9%	-28,1	
Taux de couverture des ménages en ouvrages d'évacuation des excréta		42%	44,35%	+2,35	
Taux de couverture en ouvrages d'évacuation des excréta en milieu scolaire		75%	77,01%	+2,01	
Taux de succès thérapeutique des nouveaux cas TPM+		87	90	+3	

LA SANTE PAR LES CHIFFRES

Epidémiologie

Tableau 5.- Répartition des affections rencontrées en consultation pour l'ensemble des populations au 1er trimestre 2011

Maladie	Masculin	%	Féminin	%	Total	%
Paludisme	104 390	42,4	116 916	42,4	221 306	42,4
Infections respiratoires aiguës	41 740	17,0	42 441	15,4	84 181	16,1
Autres affections gastro-intestinales	20 013	8,1	22 602	8,2	42 615	8,2
Traumatisme	19 357	7,9	11 096	4,0	30 453	5,8
Diarrhée	8 987	3,7	8 527	3,1	17 514	3,4
Anémie	8 509	3,5	8 726	3,2	17 235	3,3
Autres affections dermatologiques	5 402	2,2	5 745	2,1	11 147	2,1
Hypertension artérielle	2 678	1,1	4 907	1,8	7 585	1,5
Douleurs abdominales basses	1 121	0,5	6 366	2,3	7 487	1,4
Affections ostéo-articulaires	2 111	0,9	2 860	1,0	4 971	1,0
Reste des affections	31 902	13,0	45 735	16,6	77 637	14,9
Total	246 210	100,0	275 921	100,0	522 131	100,0

Source: SGSI

Tableau 5.- Répartition des affections rencontrées en hospitalisation pour l'ensemble des populations au 1er trimestre 2011

Maladie	Masculin	%	Féminin	%	TOTAL	%
Paludisme	2439	45,3	3005	45	6323	52,2
Diarrhée	555	10,3	453	6,7	1325	10,9
Anémie	560	10,4	532	7,9	1092	9,0
Infections respiratoires aiguës	301	5,6	379	5,6	830	6,8
Autres affections gastro-intestinales	280	5,2	349	5,2	629	5,2
Traumatismes	361	6,7	128	1,9	537	4,4
Toux chronique	177	3,3	113	1,7	290	2,4
Malnutrition	133	2,5	139	2,1	272	2,2
Douleurs abdominales basses	46	0,9	124	1,8	170	1,4
Autres affections dermatologiques	70	1,3	64	0,9	134	1,1
Reste des affections	459	8,5	1456	22	521	4,3
Total	5381	100,0	6742	100	12123	100,0

Tableau 4.- Répartition des affections rencontrées en consultation chez les enfants de moins de cinq ans au 1er trimestre 2011

Maladie	Masculin	%	féminin	%	total	%
Paludisme	47 293	46,3	42 457	46,4	89 750	46,3
Infections respiratoires aiguës	21 108	20,6	18 954	20,7	40 062	20,7
Autres affections gastro-intestinales	8 753	8,6	7 476	8,2	16 229	8,4
Anémie	6 703	6,6	6 002	6,6	12 705	6,6
Diarrhée	5 913	5,8	5 088	5,6	11 001	5,7
Autres affections dermatologiques	1 935	1,9	1 864	2,0	3 799	2,0
Traumatismes	1 614	1,6	1 236	1,4	2 850	1,5
Autres affections respiratoires	939	0,9	934	1,0	1 873	1,0
Malnutrition	859	0,8	981	1,1	1 840	1,0
Conjonctivite	800	0,8	684	0,7	1 484	0,8
Reste des affections	6 332	6,2	5 752	6,3	12 084	6,2
Total	102 249	100,0	91 428	100,0	193 677	100,0

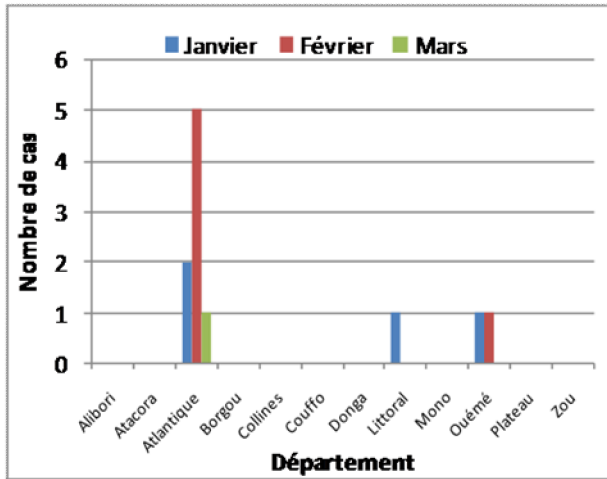
Source: SGSI

Tableau 5.- Répartition des affections rencontrées en hospitalisation chez les enfants de moins de cinq ans au 1er trimestre 2011

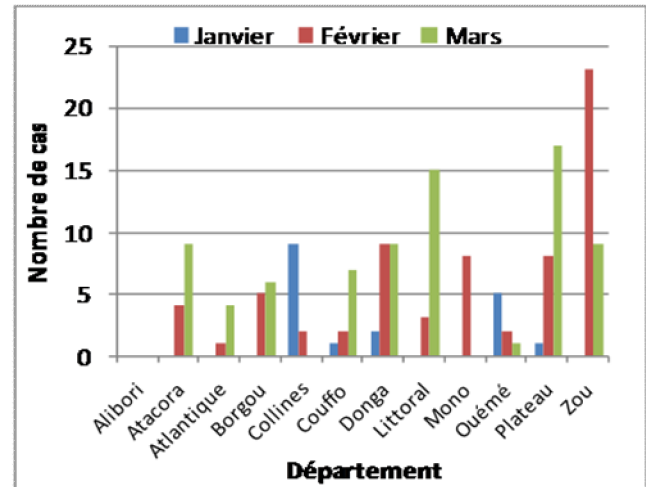
Maladie	masculin	%	Féminin	%	Total	%
Paludisme	1 076	42,6	1 051	43,9	2 127	43,2
Anémie	408	16,2	350	14,6	758	15,4
Diarrhée	204	8,1	176	7,4	380	7,7
Malnutrition	127	5,0	133	5,6	260	5,3
Infections respiratoires aiguës	116	4,6	143	6,0	259	5,3
Autres affections gastro-intestinales	105	4,2	119	5,0	224	4,6
Toux chronique	92	3,6	57	2,4	149	3,0
Traumatismes	20	0,8	16	0,7	36	0,7
Douleurs abdominales basses	4	0,2	27	1,1	31	0,6
Autres affections dermatologiques	13	0,5	15	0,6	28	0,6
Reste des affections	360	14,3	307	12,8	667	13,6
Total	2 525	100,0	2 394	100,0	4 919	100,0

Le paludisme constitue le premier motif de recours au soins au cours du premier trimestre 2011 en consultation et en hospitalisation dans la population générale et parmi les enfants de moins de cinq ans. Il est suivi des infections respiratoires aiguës en consultation tandis que la diarrhée est le second motif d'hospitalisation parmi l'ensemble de la population et l'anémie parmi les enfants de moins de cinq ans. Le nombre relativement bas de cas d'hospitalisation est dû à la faible complétude des rapports B5b qui notifient plus de cas d'hospitalisation.

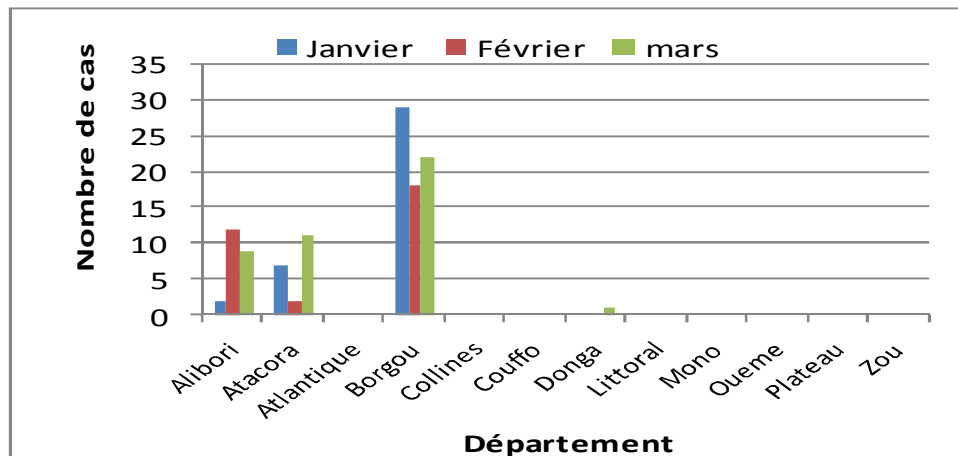
Maladies à potentiel épidémique



Graphique .- Répartition des cas de choléra enregistrés par département, par tranche d'âges au 1er trimestre 2011



Graphique .- Répartition des cas de rougeole enregistrés par département et par mois au 1er trimestre 2011



Graphique .- Répartition des cas de méningite enregistrés par département, par tranche d'âges au 1er trimestre 2011

Au cours du premier trimestre 2011, le choléra n'a été notifié que dans les départements de l'Atlantique (8cas), de l'Ouémé (2 cas) et du Littoral (1 cas). Cette maladie a plus sévi dans le mois de février avec 6 cas contre 4 cas dans le mois de janvier et 1 cas dans le mois de mars.

La méningite a sévi au cours du premier trimestre 2011 dans les départements du Borgou (69 cas), de l'Alibori (23cas), de l'Atacora (20 cas) et de la Donga (1cas).

162 cas de rougeole ont été notifiés dans l'ensemble du pays au cours du premier trimestre 2011. Le département du Zou a notifié plus de cas (32cas) suivi des départements du Plateau (26 cas) et de la Donga (20cas).

LA SANTE PAR LES CHIFFRES

Santé maternelle et infantile

Tableau - Consultations prénatales par département au 1er trimestre 2011

Département	Nouvelles Consultantes Prénatales	Objectif trimestriel	Taux de couverture en CEN
Alibori	9055	9 571	94,6
Atacora	6654	9 795	67,9
Atlantique	12054	12 842	93,9
Borgou	12505	12 855	97,3
Collines	4221	9 100	46,4
Couffo	5996	8 544	70,2
Donga	3522	5 230	67,3
Littoral	1955	7 529	26,0
mono	4422	5 032	87,9
Ouémé	5598	10 918	51,3
Plateau	4222	6 317	66,8
Zou	7709	9 680	79,6
Total	77913	107 414	72,5

Source: SGSI

Tableau - Consultations postnatales par département au 1er trimestre 2011

Département	Objectif trimestriel	Consultantes en CPoN	couverture en CPoN
Alibori	8323	2939	35,3
Atacora	8517	3631	42,6
Atlantique	11167	1800	16,1
Borgou	11178	6263	56,0
Collines	7913	1294	16,4
Couffo	7430	1658	22,3
Donga	4548	2172	47,8
Littoral	6547	189	2,6
mono	4378	1212	27,7
Ouémé	9494	773	8,1
Plateau	5493	797	14,5
Zou	8417	2441	29,0
Total	93403	25149	26,9

Source: SGSI

Tableau 2. - utilisation des méthodes contraceptives au 1er trimestre 2011

Département	Acceptantes des méthodes				Total	Objectif trimestriel	%
	Dispositif Intra-utérin	Contraceptif oral	Injectable	Implant			
Alibori	458	715	2439	700	4312	29 016	14,9
Atacora	106	519	1077	547	2249	32 432	6,9
Atlantique	44	240	889	37	1210	54 300	2,2
Borgou	270	925	2940	506	4641	42 135	11,0
Collines	196	182	1072	63	1513	33 190	4,6
Couffo	27	90	363	54	534	34 308	1,6
Donga	23	175	369	87	654	21 367	3,1
Littoral	365	544	1675	458	3042	58 395	5,2
mono	12	159	697	33	901	23 626	3,8
Ouémé	59	309	603	88	1059	53 561	2,0
Plateau	81	162	228	30	501	28 277	1,8
Zou	182	552	776	228	1738	39 593	4,4
Bénin	1823	4572	13128	2831	22354	450 200	5,0

Source: SGSI

72,5% des femmes en âge de procréer ont bénéficié des consultations prénatales au cours du premier trimestre 2011. Le département du Borgou vient en tête avec 97,3% des femmes enceintes attendues au cours de la période.

Quant à la consultation postnatale, seulement 26,9% des femmes qui ont accouché ont été reçues pendant la période.

Les services de planification familiale ont reçu 5% d'acceptantes attendues dans la période. Il faut signaler que les indicateurs calculés ne prennent pas en compte les données du PSI et de l'ABPF.

LA SANTE PAR LES CHIFFRES

Santé maternelle et infantile

Tableau: Accouchements assistés au 1er trimestre 2011

Département	Total des accouchements	Césarienne	Taux de césarienne(%)
Alibori	5454	169	3,1
Atacora	4628	7	0,2
Atlantique	6374	204	3,2
Borgou	7321	254	3,5
Collines	2587	51	2,0
Couffo	2848	22	0,8
Donga	2321	37	1,6
Littoral	5755	834	14,5
mono	2476	82	3,3
Ouémé	5072	104	2,1
Plateau	2690	89	3,3
Zou	5156	58	1,1
Bénin	52682	1911	3,6

52682 accouchements ont été réalisés dans les formations sanitaires au cours du premier trimestre de l'année 2011 dont 1911 césariennes, soit 3,6% de l'ensemble des accouchements. Le département du Littoral a réalisé le plus fort taux de césarienne à cause de la présence du nombre important de centre qui offrent la césarienne.

Source: SGSI

Tableau : - Nombre de décès maternels par mois au 1er trimestre 2011

Département	Janvier	Février	Mars	Total
Alibori	3	3	4	10
Atacora	0	0	1	1
Atlantique	3	1	4	8
Borgou	3	2	4	9
Collines	0	0	1	1
Couffo	0	0	1	1
Donga	1	2	0	3
Littoral	3	1	1	5
mono	0	0	0	0
Ouémé	0	0	1	1
Plateau	1	0	1	2
Zou	1	0	0	1
Total	15	9	18	42

Tableau : - Nombre de décès néonataux (<30 jours) par mois au 1er trimestre 2011

Département	Janvier	Février	Mars	Total
Alibori	9	7	15	31
Atacora	9	2	9	20
Atlantique	13	12	15	40
Borgou	15	19	25	59
Collines	3	2	4	9
Couffo	6	9	1	16
Donga	4	4	2	10
Littoral	3	4	2	9
mono	7	2	9	18
Ouémé	4	8	10	22
Plateau	7	3	8	18
Zou	4	3	2	9
Total	84	75	102	261

42 décès maternels ont été notifiés dans les formations sanitaires au cours du premier trimestre 2011. Les départements de l'Alibori et du Borgou viennent en tête avec respectivement 10 et 9 décès.

261 décès néonataux précoces, sont survenus dans les structures de soins au cours du premier trimestre 2011. Le département du Borgou en a enregistré plus de cas (59) suivi de l'Atlantique(40) et de l'Alibori (31).

Le faible nombre des décès maternels et néonataux au cours du premier trimestre 2011 est dû à l'absence des données du CNHU et de l'HOMEL où l'on enregistre souvent beaucoup de décès.

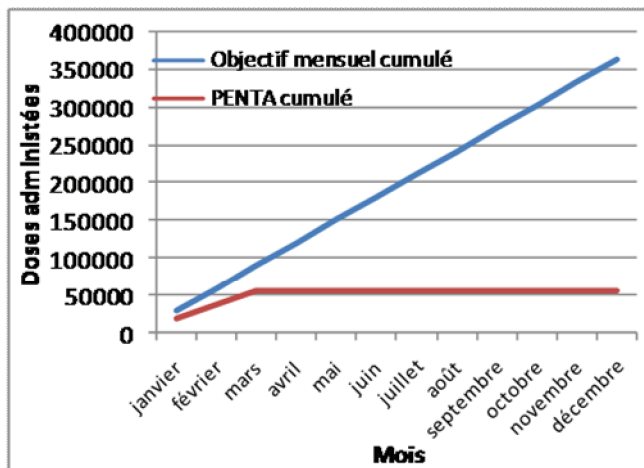
LA SANTE PAR LES CHIFFRES

VACCINATION

Tableau.- Taux de couverture vaccinale en BCG, PENTA3 et VAR par département au 1er trimestre 2011

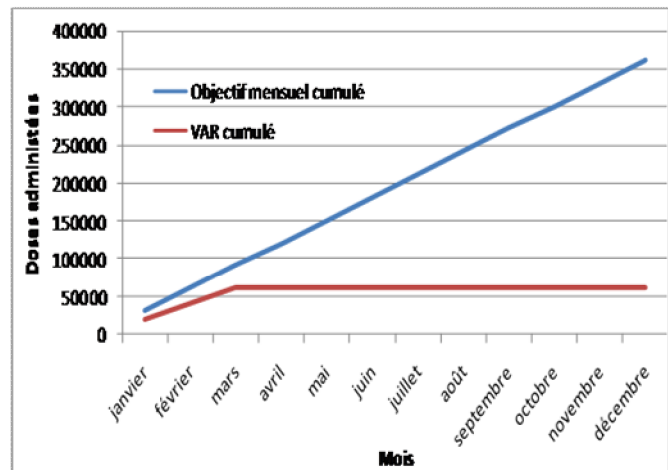
Département	Objectif trimestriel	BCG		PENTA3		VAR	
		Doses administrés	%	Doses administrés	%	Doses administrés	%
Alibori	6979	5979	85,7	5307	76,0	5231	75,0
Atacora	7358	4083	55,5	3284	44,6	3500	47,6
Atlantique	10737	6670	62,1	5665	52,8	6011	56,0
Borgou	9699	12124	125,0	10467	107,9	9868	101,7
Collines	7178	4334	60,4	4099	57,1	4274	59,5
Couffo	7026	4170	59,4	4042	57,5	4163	59,3
Donga	4688	3543	75,6	2155	46,0	3108	66,3
Littoral	8908	5476	61,5	3908	43,9	4922	55,3
mono	4822	3143	65,2	2893	60,0	3423	71,0
Ouémé	9787	7927	81,0	6534	66,8	6841	69,9
Plateau	5453	3015	55,3	2555	46,9	2788	51,1
Zou	8035	7130	88,7	6042	75,2	6947	86,5
Total	90671	67594	74,5	56951	62,8	61076	67,4

Source: SGSI



Source: SGSI

Graphique 6.- Taux de couverture vaccinale en PENTA3 par mois au 1er trimestre 2011



Graphique 6.- Taux de couverture vaccinale en VAR par mois au 1er trimestre 2011

74,5% des enfants de moins d'un an ont reçu la vaccination en BCG contre 62,8% pour le PENTA3 67,4% pour le vaccin anti-rougeoleux. Le département du Borgou vient en tête pour la plupart des antigènes administrés suivi des départements de l'Alibori et du Zou

LE CENTRE DE DOCUMENTATION VOUS INFORME

Approche pour une intégration des données statistiques des établissements sanitaires privés du département du Littoral au Système National d'Information et de Gestion Sanitaires du Bénin.

Mémoire de fin formation au cycle II de l'ENAM pour l'obtention du Diplôme d'Administrateur, Option : Management, Filière : Management des Services Publics.

OBJECTIFS :

Objectif Général

Contribuer à l'intégration du flux d'informations générées par les établissements du secteur sanitaire privé du département du Littoral au SNIGS.

Objectifs spécifiques

- Envisager les conditions d'une amélioration de l'efficacité des organes et structures de suivi des activités des établissements sanitaires privés du département du Littoral en vue du renforcement de leurs capacités ;
- Analyser les facteurs qui entravent le développement du partenariat public-privé entre le Ministère de la Santé et les établissements sanitaires privés du département du Littoral ;
- Proposer des modalités susceptibles de promouvoir la production des données statistiques dans les établissements sanitaires privés du département du Littoral.

AUTEUR(S) : Félicien Enagnon DOSSOU

DATE DE REALISATION DE L'ETUDE : Mars 2011

CADRE ET POPULATION DE L'ETUDE

L'étude a été menée auprès des autorités du Ministère de la Santé à divers niveaux notamment avec les acteurs du SNIGS et des autorités en charge des questions de partenariat public-privé dans le secteur de la santé. Aussi s'est-elle intéressée aux responsables des organisations professionnelles, des associations et ONGs intervenant dans le développement du secteur sanitaire privé du département du Littoral.

METHODOLOGIE :

Une méthodologie à deux dimensions est axée sur une approche empirique et une approche théorique est adoptée .

La technique de sondage a été utilisée pour la collecte des données. Ce sondage a été réalisé au moyen d'un questionnaire conçu autour des variables ci

- les difficultés de fonctionnement des organes et structures de suivi des activités des établissements sanitaires privés du département du Littoral ; les obstacles au partenariat public-privé entre le Ministère de la Santé et les établissements sanitaires privés du département du Littoral ;

- le peu d'intérêt à la production des données statistiques dans les établissements sanitaires privés
- L'échantillon raisonné a été retenu pour avoir des informations sur les différentes variables.

L'unité statistique est un des acteurs du SNIGS, des autorités administratives et des responsables des organisations professionnelles, coopératives et associatives.

L'échantillon déterminé a pris en compte cinquante (50) individus sur un effectif total de cent-deux (102) responsables qui constituent l'effectif total des acteurs du SNIGS ou autorités administratives, professionnelles, coopératives et associatives du département du Littoral.

PRINCIPAUX RESULTATS :

Des résultats de l'enquête, il ressort que :

70 % des enquêtés pensent que la faible efficacité des organes de suivi des activités des établissements sanitaires privés est due aux difficultés de fonctionnement desdits organes alors que 16 % l'assimilent à l'absence de mécanisme de coordination et de régulation des activités des ESP et 14 % à l'adaptation et à la non actualisation des textes régissant l'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales ;

46 % des enquêtés pensent que les obstacles au partenariat public-privé entre le MS et les établissements sanitaires privés découlent de l'insuffisance de ressources financières et matérielles nécessaires à la mise en œuvre des politiques et stratégies de développement de ce partenariat et 36 % les lient à la méconnaissance de l'existence de document de politiques et stratégies de développement du partenariat entre les secteurs public et privé dans le domaine de la santé ;

68 % des enquêtés assimilent le peu d'intérêt à la production des données statistiques dans les établissements sanitaires privés du département du Littoral à la méconnaissance de l'importance des données pour leurs structures et pour le système sanitaire national. 20 % l'expliquent par la méconnaissance de l'existence du SNIGS.

Des résultats de l'étude, il a été établi que ces organes et structures sont peu efficaces à cause des difficultés liées à leur fonctionnement.

Eu égard à tout ce qui précède, des approches de solutions et recommandations ont été formulées respectivement à l'endroit des autorités du Ministère de la Santé, des acteurs du SNIGS, des responsables des établissements sanitaires privés du Littoral ainsi que des responsables des organisations professionnelles, associations et ONGs de la santé.

LE CENTRE DE DOCUMENTATION VOUS INFORME

Le RAMU : ce qu'il faut retenir

1 Pourquoi un Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) ?

Devoir constitutionnel de l'Etat d'assurer une protection sociale efficace aux populations ;
Conséquences financières désastreuses en cas de maladie ;

Contributions des ménages évaluées à 52% des dépenses globales de la santé ;

Faiblesse du système de couverture sociale et assurance maladie ;

Manque de mécanisme organisé à l'échelle nationale pour les travailleurs du secteur informel ;

Insuffisance au niveau des régimes existants ;

Recommandation des Etats Généraux de la santé.

2 Qu'est-ce que le RAMU ?

Le RAMU est une initiative du Gouvernement, visant à améliorer l'accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité. C'est un dispositif assurantiel, un système de couverture sociale maladie destiné à protéger l'ensemble des populations béninoises contre les conséquences financières du risque.

3 But et objectifs du processus en cours sur le RAMU

But

Alléger la souffrance des populations par une réduction progressive et durable du phénomène de « paiement direct des soins » en vue de faire progresser la qualité, la solidarité, l'équité et l'efficacité dans le financement du système de santé au Bénin.

Objectifs

De façon générale,

Contribuer à l'amélioration de l'accessibilité financière des populations béninoises aux soins de santé de qualité.

Spécifiquement,

Explorer les possibilités d'institution d'un mécanisme de couverture du risque ;

Etudier les modalités pratiques d'instauration du mécanisme envisagé ;

Formuler des propositions concrètes pour la mise en place du mécanisme et son extension.

4 les principes de base du RAMU

La couverture universelle ;

L'approche contributive ;

La solidarité nationale

La responsabilité générale de l'Etat ;

L'équité (accès et contribution)

La gestion participative ;

L'efficacité.

5 - Les orientations stratégiques du RAMU

Bâtir le RAMU en cohérence avec les différents mécanismes d'appui à la solidarité ;

Etablir un mécanisme de financement en harmonie avec les groupes sociaux ;

Définir le rôle de chaque dispositif de l'organisation et du fonctionnement du système ;

Opter pour les adhésions familiales ou de groupes ;

Opter pour une identification biométrique des adhérents ;

Tenir compte des affections les plus courantes et celles affectant le plus grand nombre pour définir le paquet de prestations de base ;

Promouvoir le partenariat public/privé ;

Privilégier le remboursement des médicaments essentiels ;

Faire de la bonne gouvernance dans la mise en œuvre du mécanisme.

6 Planification du processus RAMU

Une phase préparatoire ;

Une phase de mise en œuvre ;

Une phase de sensibilisation

7- Principaux défis à relever pour la mise en œuvre du RAMU

Organisation efficace et efficiente des soins de santé ;
Intégration des acteurs agricole et informel au RAMU ;

Identification efficace des couches sociales les plus défavorisées en vue de la prise en charge par les pouvoirs publics ;

Articulation efficace entre RAMU et dispositifs existants ;

Gestion et coordination efficace et efficiente du système

8 Principaux atouts pour la réalisation du RAMU

Forte volonté politique ;

Engagements de tous les acteurs ;

Environnement favorable à sa réalisation

Réelles opportunités aux plans technique et financier

NOUVELLES BREVES

Validation du Plan de Travail Annuel 2011 et Validation du Plan de Passage à l'échelle nationale du Paquet d'Intervention à Haut impact (PIHI)

Le Plan de Travail Annuel 2011 a été structuré sur la base du Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018 dont l'objectif général est « améliorer l'état de santé de la population béninoise sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes ».

Ce Plan de Travail Annuel a fait l'objet d'une validation les mercredi 02 et 03 février 2011 présidée par le Ministre de la Santé lui-même.

La validation du Plan de Travail Annuel est déjà une tradition mais celle de l'année 2011 a eu comme particularité la participation des Partenaires Techniques et Financiers.

Cette démarche s'inscrit dans le contexte des engagements retenus pour la mise en œuvre du Compact signé le 12 novembre 2010.

Au cours de cette validation, il a été passé en revue les modalités d'exécution du budget 2011, ainsi que les conditions d'élaboration du rapport de performance 2010.

Pour la bonne exécution du budget 2011, il a été évoqué entre autres, une fonctionnalité des agences envisagées, la nomination des régisseurs, la nomination des Coordonnateurs pour les nouveaux projets et pour les projets anciens qui n'en disposent pas.

Quant à la validation du plan de passage à l'échelle nationale du PIHI, il est noté un retard dans l'atteinte des OMD d'ici 2015.

Une accélération de la mise en œuvre des stratégies s'avère donc nécessaire et indispensable pour réaliser ou approcher les cibles des OMD relatifs à la santé en 2015. C'est pourquoi, le Ministère de la Santé et ses partenaires ont jugé nécessaire de disposer d'un plan opérationnel de passage à l'échelle nationale des Interventions à Haut Impact sur la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile (IMI).

Ce plan constitue une « véritable BOUSSOLE pour les zones sanitaires » sur quatre thématiques essentielles, la santé, le VIH/SIDA, la nutrition, l'eau/hygiène/assainissement, charpentes de la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

La mise en œuvre correcte du plan aboutira à la couverture de :

48% des populations cibles par toutes les interventions du PIHIB dans 16 zones sanitaires sur les 34 que compte le pays, et ce, au terme de l'an 2 de sa mise en œuvre

100% des populations cibles par toutes les interventions du PIHIB (18 nouvelles ZS sont alors concernées) au terme de la troisième année de mise en œuvre.

48% aussi des populations cibles par les interventions du PIHIC à la fin de l'an 4 soit 16 zones sanitaires sur 34.

90% des populations cibles par l'ensemble des interventions du PIHIC. C'est donc au terme de la cinquième et dernière année de la mise en œuvre du plan que 14 nouvelles ZS (41% des ZS) réaliseront la totalité des interventions du PIHIC.

Au-delà des 5 ans de la mise en œuvre du plan, il restera, environ *10% des populations cibles* à couvrir par les interventions du PIHIC dans les 4 dernières ZS que sont Cotonou 1 et 4 ; Cotonou 6 ; Allada-Toffo-Zè ; et Kouandé-Péhunco-Kérou.

Rétro-SNIGS

Est élaboré par le Service de Gestion du Système d'Information (SGSI) grâce au financement de CTB/AIMS

Comité de rédaction

Pascal KORA BATA
Alphonse AKPAMOLI
Sanoussi A. ACAKPO
Nestor Respice Y. KOUKOU
Venance VODUNGBO
Serge A. ZOUNTCHEME
Victor D. PADONOU
Félicien E. DOSSOU
Crespin LOGBETODE
Janvier SOSSOU
Edmondo C.Y. HOUNKPE
Aristide D. GANDAHO
Clémence ABUL DOSSOUKOKO
Olympia KOULONY

Comité de lecture :

SGSI

Mise en page :

Serge A. ZOUNTCHEME
Edmondo C.Y. HOUNKPE

Imprimerie :