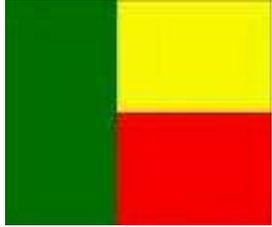




REPUBLIQUE DU BENIN

Ministère de la Prospective, du Développement, de l'Évaluation des Politiques
Publiques et de la Coordination de l'Action Gouvernementale (MPDEPP-CAG)

Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
(INSAE)



LES ENTREPRISES SANITAIRES AU BENIN

RAPPORT THEMATIQUE



Juin 2010

République du Bénin

Ministère de la Prospective, du Développement, de l'Évaluation des
Politiques Publiques et de la Coordination de l'Action Gouvernementale

Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique

**DEUXIEME RECENSEMENT GENERAL DES ENTREPRISES
(RGE 2)**

LES ENTREPRISES SANITAIRES AU BENIN

Rapport thématique

Juin 2010

PREFACE

Le Gouvernement de la République du Bénin soucieux des défis du développement économique et du rôle capital des entreprises dans la création de la richesse, a décidé de connaître et d'apprécier l'importance et la qualité des unités économiques en organisant sur toute l'étendue du territoire national, un Recensement Général des Entreprises. Cette importante opération est la deuxième du genre depuis notre indépendance nationale.

Les principaux objectifs assignés au deuxième Recensement Général des Entreprises sont de plusieurs ordres. Il s'agit essentiellement de connaître:

- l'effectif total des unités économiques qui créent la richesse nationale,
- le nombre d'unités économiques installées sur le territoire national ;
- la répartition spatiale des entreprises ;
- l'appréciation des potentialités de création de richesse des entreprises dans les différentes localités de notre pays ;
- les caractéristiques sociodémographiques des chefs d'entreprises ;
- l'identification des caractéristiques sociodémographiques des chefs d'entreprises ;
- le niveau de l'emploi créé par les entreprises au Bénin ;
- l'appréciation du niveau de la production des unités économiques et ;
- la mesure des investissements réalisés par les entreprises.

Le RGE2 vise également à collecter les données de base nécessaires à l'appréciation des conditions d'exercice des entreprises.

L'exécution technique du Recensement Général de la Population et de l'Habitation a été confiée à l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE), appuyé au plan national par un Comité de Pilotage de 12 membres représentant des départements ministériels, des opérateurs économiques, des Associations d'artisans et partenaires techniques et financiers.

Dans le cadre de l'exploitation des résultats et conformément aux objectifs fixés, l'analyse des données du recensement a ciblé des thèmes précis tels que sont :

- les entreprises agricoles,
- les entreprises industrielles,
- les entreprises de bâtiments et travaux publics,
- les entreprises artisanales,
- les entreprises de transport,
- les entreprises de techniques de l'information et de la communication,
- les réceptifs hôteliers,
- les entreprises de commerce,
- les entreprises de services,
- les entreprises du secteur de la santé et,
- les entreprises du secteur de l'éducation.

Les résultats de ces différentes analyses permettent aujourd'hui de disposer des données assez détaillées sur le secteur des entreprises et sur leurs forces et faiblesses. Ils permettent également de faire l'état des lieux du secteur privé et leurs potentialités pour la création de la richesse en vue de contribuer à la réduction de la pauvreté au Bénin

Avec ces résultats, le Gouvernement dispose désormais d'un précieux instrument de politiques en faveur des opérateurs économiques et pour le développement économique et social de notre pays.

Ces résultats constituent également un instrument à la disposition des différents acteurs des secteurs socio-économiques : Opérateurs économiques ; Organisations Professionnelles ; Associations de développement ; les autorités locales ; les Organismes bilatéraux et multilatéraux de Coopération et d'Assistance qui pourront s'en servir pour éclairer les analyses et leurs décisions.

Tous ces résultats n'ont été possibles que grâce à l'appui technique et financier des Partenaires Techniques et Financiers, notamment le Millennium Challenge Account Bénin (MCA-Bénin), les Pays-Bas et la Coopération Suisse.

C'est pourquoi je voudrais, au nom du Gouvernement béninois et en mon nom personnel, adresser mes sincères remerciements et mes compliments à tous les Représentants et à tous les Responsables de ces diverses institutions.

Mes remerciements vont également :

- aux Autorités politiques et administratives de notre pays pour leur participation active et désintéressé aux travaux de terrain ;
- aux membres du Comité National Pilotage du Recensement pour leur contribution à la recherche de solutions aux nombreux problèmes qui ont jalonné la réalisation de cette opération ;
- à tous les chefs d'entreprises, groupements professionnels et corps de métiers, pour leur adhésion franche et massive à cette importante opération ;
- aux Agents Recenseurs et autres personnels déployés sur le terrain ou dans les bureaux, pour leur contribution décisive à l'exécution de cette opération.

Enfin, je voudrais saisir l'occasion qui m'est offerte ici pour féliciter les cadres de l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE) qui se sont investis sans réserve pour le succès de ce deuxième Recensement Général des Entreprises.

Le Ministre d'Etat,

AVANT PROPOS

Le Recensement Général des entreprises est la meilleure source qui permet de disposer de façon exhaustive de données détaillées jusqu'aux plus petites unités administratives sur les caractéristiques générales des entreprises. Il constitue de ce fait un précieux instrument pour l'élaboration des programmes de promotion du secteur productif, tant au niveau national que des collectivités locales à la base.

La dernière opération du genre a été organisée en 1981 et a ciblé essentiellement les centres urbains. Le deuxième Recensement des entreprises était devenu impérieux dès lors que la base des données disponibles sur les entreprises est devenue obsolète.

Quatre grandes phases ont caractérisé cette opération d'une importance capitale pour l'économie béninoise. La première est celle des travaux préparatoires (la conception des documents techniques, la collecte préliminaire, la sensibilisation des acteurs, le recensement pilote et l'enquête post censitaire pilote), la deuxième phase est celle du dénombrement général, la troisième a été consacrée au traitement des données recueillies sur le terrain et la quatrième phase est celle de l'analyse et de la publication des résultats.

Ces différentes phases du recensement se sont déroulées grâce non seulement à la disponibilité des cadres de la Direction des Statistiques et Etudes Economiques et de la Direction du Traitement Informatique et de la Publication mais aussi au dynamisme, à la disponibilité et au sens de responsabilité de tous les cadres et agents de l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE). Les agents occasionnels recrutés et formés pour la circonstance ont apporté une contribution remarquable à l'exécution du recensement par leur dévouement et leur abnégation auxquels il faut rendre hommage.

Les résultats du recensement sont disponibles et constituent un atout incontournable pour l'actualisation des informations relatives aux entreprises. Avec ces résultats, le Gouvernement dispose désormais d'un précieux instrument pour l'élaboration des politiques en matière de promotion du secteur privé. Cet instrument est également à la disposition du grand public et des différents acteurs de l'activité socio-économique : opérateurs économiques, Organisations non Gouvernementales, Associations de Développement, Organismes bilatéraux et multilatéraux d'assistance et de coopération, qui pourront s'en servir pour éclairer leurs analyses et leurs décisions.

Le recensement a ciblé onze (11) branches d'activités à savoir : Commerce, Agriculture, Réceptifs hôteliers, BTP, Industrie, Santé, Secteur Educatif, Transport, TIC, Artisanat et Autres Services. Dans le secteur de la santé, le recensement a ciblé tous les établissements privés de santé humaine : les centres de santé, les cabinets et les hôpitaux. En revanche, les établissements de tradipraticiens, les cabinets vétérinaires et les officines de pharmacie moderne ou de pharmacopée traditionnelle n'ont pas été ciblés par ce module.

L'analyse des résultats de cette importante investigation a porté sur douze (12) rapports dont onze (11) thématiques et un rapport de synthèse. A ceci s'ajoute un volume de tableaux portant sur les caractéristiques générales des entreprises béninoises. Le présent tome s'inscrit au nombre des rapports thématiques et porte sur les établissements de santé. Il est axé autour de trois aspects : (1) Les caractéristiques générales des entreprises sanitaires, (2) les facteurs de production et leurs contraintes puis (3) les caractéristiques sociodémographiques des chefs d'établissements sanitaires.

Les caractéristiques générales des entreprises de santé prennent en compte la forme juridique, le mode de tenue de comptabilité, la formalisation de l'activité, l'inscription au registre de commerce et le capital. Ces éléments sont analysés en vue de dégager une typologie des unités de production sanitaires au Bénin.

LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1: Répartition des unités sanitaires selon le milieu de résidence</i>	<i>18</i>
<i>Tableau 2: Répartition des unités sanitaires selon le type et le milieu de résidence.....</i>	<i>21</i>
<i>Tableau 3: Répartition des unités sanitaires selon l'activité principale et le milieu de résidence.....</i>	<i>23</i>
<i>Tableau 4: Répartition des unités sanitaires selon la date de création par type d'unité</i>	<i>23</i>
<i>Tableau 5: Répartition des unités sanitaires selon la date de création par type d'unité</i>	<i>25</i>
<i>Tableau 6: Répartition des unités sanitaires selon le sexe du chef d'entreprise</i>	<i>29</i>
<i>Tableau 7: Répartition des chefs unités d'entreprises selon le niveau d'instruction</i>	<i>30</i>
<i>Tableau 8: Répartition de la main d'œuvre des unités sanitaires en 2006 et 2007.....</i>	<i>31</i>
<i>Tableau 9: Répartition des unités sanitaires selon la taille moyenne.....</i>	<i>31</i>
<i>Tableau 10: Répartition de la main d'œuvre des unités sanitaires en 2006 et 2007.....</i>	<i>33</i>
<i>Tableau 11: Répartition des unités sanitaires selon le temps de travail</i>	<i>34</i>
<i>Tableau 12: La masse salariale des unités sanitaires en 2006 et 2007.....</i>	<i>37</i>
<i>Tableau 13: Les formalités à la CNSS en 2007</i>	<i>37</i>
<i>Tableau 14: Répartition des unités sanitaires selon l'accès à un financement</i>	<i>38</i>
<i>Tableau 15: Répartition des unités sanitaires selon l'accès à un financement</i>	<i>42</i>
<i>Tableau 16: Répartition des unités sanitaires selon le chiffre d'affaire en 2006 et 2007.....</i>	<i>44</i>
<i>Tableau 17: Répartition des unités sanitaires selon l'avis des chefs d'unités sanitaires sur la sécurité foncière</i>	<i>45</i>
<i>Tableau 18: Répartition des unités sanitaires selon la foi accordée au système judiciaire</i>	<i>48</i>

LISTE DES GRAPHIQUES

<i>Graphique 1: Evolution des unités sanitaires selon la création selon le milieu de résidence.</i>	24
<i>Graphique 2: Pyramide des dates de création des unités sanitaires</i>	26
<i>Graphique 3: Les unités sanitaires selon les formalités de numéro INSAE et IFU.....</i>	28
<i>Graphique 4: les raisons de non obtention de prêts par les unités sanitaires.....</i>	40
<i>Graphique 5: Répartition des unités sanitaires selon les difficultés de développement de leurs activités.....</i>	41
<i>Graphique 6: Premier plan factoriel des difficultés rencontrées par les unités sanitaires dans leur développement</i>	41
<i>Graphique 7: Répartition des unités sanitaires selon les prestations offertes.....</i>	43
<i>Graphique 8: Répartition des unités sanitaires selon la location des locaux.....</i>	44
<i>Graphique 9: Répartition de la garantie qu'offre le titre foncier par les chefs d'unités sanitaires.....</i>	46
<i>Graphique 10: Répartition des unités sanitaires selon la connaissance du CAMEC de la CCIB</i>	46
<i>Graphique 11: Répartition des unités selon le recours au service portuaire</i>	47
<i>Graphique 12: Raisons de la non satisfaction des services portuaires</i>	47
<i>Graphique 13: Répartition des unités sanitaires ayant eu affaire à la justice dans l'exercice de leur activité.....</i>	48
<i>Graphique 14: Répartition des unités sanitaire selon l'appréciation de système fiscal.....</i>	48

SIGLES ET ABREVIATIONS

CAMeC : Centre d'Arbitrage, de Médiation et de Conciliation de la CCIB

CCIB : Centre de Commerce et d'Industrie du Bénin

CNHU : Centre National Hospitalière et Universitaire

DANIDA : Direction de la Coopération du Royaume de Danemark

FED : Fonds Européen de Développement

FSP : Formation Sanitaire Privée

IFU : Identifiant Fiscal Unique

INSAE : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique

MSP : Ministère de la Santé Publique

NAEMA : Nomenclature d'Activités des Etats Membres d'AFRISTAT

OSD5 : Cinquième Orientations Stratégiques de Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

RGE 2 : Deuxième Recensement Général des Entreprises

RMAT : Rayon Moyen Théorique

SNIGS : Système National d'Information et de Gestion Sanitaire

UNICEF : Fonds d'Urgence des Nations Unies pour l'Enfance

USA : United States of America

SOMMAIRE

RESUME	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
INTRODUCTION.....	13
<i>I. Cadre général</i>	16
1.1 Présentation générale.....	16
1.2. Organisation des formations sanitaires au Bénin	17
1.4. Caractéristiques des données collectées	18
<i>II. Caractéristiques des unités sanitaires</i>	20
2.1. Bref aperçu des unités sanitaires	20
2.2. Structure sectorielle des unités sanitaires.....	22
2.3. Permanence des unités sanitaires sur le marché.....	23
2.4. Statut juridique des unités sanitaires	26
2.5. Degré d’informalité des unités sanitaires	27
<i>III. Caractéristiques des responsables des unités sanitaires</i>	28
3.1. La structure par âge et par sexe des chefs des unités sanitaires	28
3.2. L’éducation des chefs des unités sanitaires.....	29
<i>IV. Exploitation des unités sanitaires</i>	30
4.1. Les facteurs de production dans les unités sanitaires	30
4.2. La production des unités sanitaires	42
<i>V. Opinions des chefs d’entreprises</i>	46
5.1 L’opinion des chefs d’entreprises vis-à-vis du Centre d’Arbitrage, de Médiation et de Conciliation (CAMEC) de la CCIB	46
5.2. L’appréciation des services portuaires par les chefs d’unités sanitaires	47
5.3. L’appréciation du système judiciaire	47
5.4. L’appréciation du système fiscal selon les chefs des unités sanitaires	48
<i>VI. Implications en termes de politiques sectorielles</i>	49
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	50
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	51
ANNEXES.....	52

LES ENTREPRISES SANITAIRES AU BENIN

Charles SESSEDE - Elise AHOVEY

Juin 2010

RESUME

Le deuxième recensement général des entreprises (RGE2) a permis de compléter l'information statistique sanitaire gérée depuis 1989 par le Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS). La majorité des informations économiques sur les formations sanitaires privées et confessionnelles (formelles et informelles) sont collectées et pourront aider pour les politiques de planification et de bonne gouvernance de ce secteur prioritaire de l'Etat.

Ce recensement de 2008 a permis de collecter des informations bien fournies satisfaisantes au niveau de 864 établissements sanitaires issus de 734 entreprises composées de quatre types d'unités sanitaires : les cabinets de soins médicaux (61,0%), les cliniques (21,4%), les hôpitaux (1,5%) et, les ONG et autres unités sanitaires (16,1%). Les hôpitaux privés sont les plus rares (13 sur 864) parce que présentant plus de contraintes matérielles, financières et humaines que les autres types. L'activité sanitaire la plus dominante de ces unités est la pratique médicale/dentaire (64, 2%), suivie de l'activité hospitalière (23,5%) et des activités pour la santé humaine non classées ailleurs. D'un point de vue juridique ces entreprises sont beaucoup plus des entreprises individuelles (78,1%), suivies de loin, des coopératives et autres (13,5%) et viennent enfin les entreprises sociétaires (8,4%). Les unités sanitaires formelles sont rares (12,1% sont inscrits au registre de commerce, 7,2% ont un numéro INSAE et 1,2% possède un numéro IFU) même si du point de vue de la tenue de comptabilité, on peut juger que 24,1% des entreprises sont formelles.

Les responsables de ces unités ont en majorité un niveau supérieur (53,9%), et sont de sexe masculin hommes (72,7%) et pour la plupart âgés entre 35 et 55 ans. Leur personnel reste dominé par les aides-soignants (28,1% du personnel en 2006 et 30,0% en 2007). Les techniciens de laboratoires et les techniciens de radiologie sont les plus rares. Du point de vue spatial, ces unités sanitaires privées couvrent bien le territoire béninois. Les cliniques/cabinets de soins médicaux se situent à 7,6 km des habitants contre 7,8 km pour les centres de santé du secteur public. Dans la ville de Cotonou, cette distance est très réduite, elle est de 0,3 km, soit dans un rayon de moins 500 mètres des habitants de Cotonou.

La rémunération du personnel sanitaire privé présente certains traits distinctifs liés à l'état de permanence des agents. Pour le personnel permanent, la masse salariale a connu une augmentation de 22,5% entre 2006 et 2007 parallèlement à l'augmentation de leur effectif de 8,5%. Cependant chez les occasionnels on enregistre une chute de la masse salariale de 17,9% sur la même période bien que l'effectif ait connu aussi une croissance de 5,5%. De plus, très peu d'entreprises sanitaires (15%) déclarent leur personnel à la caisse nationale de sécurité sociale (CNSS), exposant par conséquent, le plus grand nombre à des difficultés après leur vie active.

Quand bien même ces entreprises rencontrent plusieurs difficultés dans le développement de leurs entreprises (82,8% ont des insuffisances de fonds de roulement, ...), elles possèdent un

taux de couverture plus élevé que celles du publique. En effet, le taux de couverture est de 118,5% pour les cliniques et cabinets mais de 89,0% pour les centres de santé publics. Par exemple dans la ville de Cotonou, dans un rayon de 300 mètres, on trouve une unité sanitaire privée tandis que pour les centres de santé publique ce rayon est de 1200 mètres soit quatre (4) fois celui des unités sanitaires privés et confessionnels.

On constate que le rythme de création des unités sanitaires privées est impressionnant (deux (02) unités créées par semaine en 2008). Il convient alors d'approfondir les résultats du RGE 2 pour analyser la nature, le coût et la qualité des services offerts par ces unités économiques.

NOTE METHODOLOGIQUE

1. Le deuxième recensement national des entreprises est une opération de grande envergure qui a ciblé toutes les unités de production ayant un local fixe identifiable sur le terrain. Les opérations ont concerné les unités économiques et non les ménages. C'est dire qu'il ne s'agit pas de s'attendre à avoir par exemple un nombre d'artisans, mais plutôt un nombre d'entreprises artisanales.

2. L'entreprise est une unité économique, juridiquement autonome, organisée pour produire des biens ou des services pour le marché. On y distingue les grandes entreprises, les Petites et Moyennes Entreprises (PME), les Petites et Moyennes Industries (PMI) ainsi que les Micro entreprises du secteur informel.

3. Est considérée comme PME/PMI toute entreprise qui remplit les conditions suivantes : être légalement constituée, tenir une comptabilité régulière, ne pas être filiale d'une multinationale, avoir un effectif de 5 à 10 employés permanents, avoir un capital social entre 1 et 50 millions ou avoir réalisé un investissement compris entre 5 et 500 millions.

4. L'unité statistique recensée est l'établissement. Il se définit comme une unité de production géographiquement individualisée, mais juridiquement dépendante de l'entreprise. L'établissement, unité de production, constitue le niveau le mieux adapté à une approche géographique de l'économie.

5. Le recensement a couvert toutes les entreprises exerçant une activité économique sur le territoire national. Cette opération concerne les unités économiques disposant ou non d'une structure de gestion organisée. L'unité enquêtée est essentiellement l'établissement appartenant à toute entreprise du secteur moderne ainsi que les unités économiques sédentaires et semi-sédentaires évoluant dans l'informel. Les unités installées dans les marchés sont également concernées par cette opération.

6. Les entreprises sédentaires sont des unités économiques ayant un local avec fermeture sécurisée où les outils de travail sont disponibles de façon permanente. Les semi-sédentaires par contre, sont des unités économiques ayant un local sans fermeture.

7. Les unités artisanales et toutes les entreprises à caractère strictement familial n'ayant pas de numéro INSAE ou d'Identifiant Fiscal Unique (IFU), ne produisant pas de documents comptables selon un plan formel, mais pouvant faire le point hebdomadaire ou mensuel de leurs recettes et de leurs charges et utilisant une main d'œuvre rémunérée ou non sont incluses

dans le champ du recensement. Sont exclues du champ du recensement les unités économiques n'ayant pas un local (les unités économiques ambulantes).

8. Le recensement s'est déroulé sur le plan national et quel que soit le milieu (urbain et rural).

- En milieu urbain, il a été procédé à un balayage systématique de tous les quartiers de ville ;
- En milieu rural, seuls les chefs lieux d'arrondissements ont été pris en compte dans le recensement. En effet, dans ce milieu, les entreprises sont surtout concentrées dans les chefs lieux d'arrondissement. Toutefois les unités économiques d'une certaine importance situées dans les villages et dont les autorités administratives ont signalé la présence ont été recensées.

INTRODUCTION

Le Bénin a opté pour la libéralisation de son économie depuis les années 1990. Au cours de cette période et face à la demande très forte dans plusieurs domaines, cette décision libérale a propulsé le secteur privé qui est devenu un véritable acteur en matière de production de biens et services marchands. C'est le cas du secteur privé sanitaire qui est pris d'assaut par des entreprises sanitaires privées et confessionnelles, compétitives, génératrices d'emplois rémunérateurs pour les diplômés n'ayant pas trouvé leur place dans le secteur public.

Vu l'importance et la délicatesse de ce secteur dans le développement d'un pays, il importe de se poser certaines questions au vu du nombre croissant de ces entreprises. Combien d'entreprises sanitaires privées et confessionnelles dispose – t –on au Bénin ? Quelle est la qualité des services qu'elles offrent aux populations ? Existe-t-il des difficultés pour le développement des entreprises sanitaires ? Quelle est l'opinion des chefs d'entreprises sanitaires du système fiscal et du système judiciaire ? Pour répondre à ces préoccupations afin de prendre des décisions de nature à améliorer le cadre des activités économiques sanitaires, il est nécessaire de disposer d'informations statistiques fiables. Le Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS) fournit certaines informations, mais elles ne concernent pas les formations sanitaires informelles. Le deuxième recensement général des entreprises (RGE 2) apporte plus d'informations sur les entreprises sanitaires (formelles et informelles) installées à leur propre compte ou à but non lucratif.

Dans ce module santé, l'analyse porte sur les entreprises sanitaires privées et confessionnelles interrogées lors du RGE 2. Dans son contenu, il est présenté la déclinaison de certains indicateurs sur les entreprises sanitaires selon les zones sanitaires. Le document est structurée en six grandes parties : i) le contexte général dans lequel se déroule l'étude, ii) les caractéristiques des entreprises sanitaires recensées, iii) les caractéristiques des chefs d'entreprises sanitaires, iv) les facteurs de production au niveau des entreprises sanitaires, v) l'opinion des chefs d'entreprises sanitaires sur le système fiscal, les services portuaires, le CAMeC de la CCIB, le système juridique, et enfin vi) les implications en termes de politiques sectorielles.

I. Cadre général

1.1 Présentation générale

Dans le but de faire du Bénin un pays émergent, le gouvernement a défini six (06) orientations stratégiques dont l'une vise le «renforcement du capital humain». L'opérationnalisation de cette orientation passe entre autre par l'amélioration de l'offre de services de santé. Dans cet objectif, la cinquième Orientation Stratégique de Développement (OSD5) s'appuie sur quatre axes stratégiques dont :

Le renforcement des services de santé (axe stratégique 1) qui s'articulera autour de :

- l'extension des infrastructures sanitaires ;
- l'amélioration et la répartition équitable des offres de services en santé maternelle et infantile et ;
- le recrutement et la mise en place du personnel de santé qualifié.

La sécurisation des médicaments et des produits (axe stratégique 2) qui se traduira par :

- le financement intégré et sécurisé ;
- l'approvisionnement sécurisé de médicaments et produits de qualité et à bas prix par une seule agence nationale ;
- la promotion de la pharmacopée traditionnelle ;
- l'offre intégrée des services et produits 7 jours sur 7 pour satisfaire une demande accrue

La Maîtrise de la prévalence du VIH/SIDA, du paludisme et des maladies endémiques (axe stratégique 3). Pour la période 2006-2011 quatre sous axes ont été identifiés pour cet axe :

- la mise en place des offres de services de santé pour lutter contre le VIH/SIDA et les IST ;
- la mise en place des offres de services de santé pour lutter contre le paludisme et les autres maladies endémiques ;
- la prévention des cas d'infection chez les enfants de moins de 5ans.

Le développement d'une offre de service sanitaire de référence (axe stratégique 4) qui comprend :

- l'élaboration et la mise en application d'un cadre législatif et réglementaire adéquat ;
- le renforcement des capacités et compétences des acteurs du secteur et la mise en place de plateaux techniques visant à limiter les évacuations sanitaires à l'étranger et ;
- la mise en place de dotations budgétaires spéciales.

Vu sous cet angle, il devient pertinent de faire l'état des lieux des multiples centres de santé privés et confessionnels et tradipraticiens qui jouent un rôle important pour aider l'Etat dans sa perspective d'amélioration du capital humain. Mais, mis à part les centres de santé confessionnels que l'on peut considérer comme ayant pour objectif un but non lucratif, les centres de santé privés sont des unités de production donc ayant un objectif principal de faire des bénéfices.

1.2. Organisation des formations sanitaires au Bénin

L'information sanitaire au Bénin est gérée par le Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS) mis en place depuis 1989 pour permettre la planification adéquate et une bonne programmation des activités de santé sur tout le territoire national. Chaque année, le SNIGS devrait faire un bilan des activités sanitaires, qu'elles soient publiques, privées ou traditionnelles. De forme pyramidale, le SNIGS compte trois niveaux d'informations. Du bas vers le haut, il y a :

- **la périphérie** qui comprend : les services des unités villageoises de santé (UVS), les centres communaux de santé (CCS), les formations sanitaires Privées (FSP), les centres de santé des mairies et des circonscriptions urbaines, les hôpitaux privés.
- **le niveau intermédiaire** englobe les services des statistiques des départements et les centres de documentation et de recherches opérationnelles au niveau des départements,
- **le niveau central** qui est le service des statistiques du ministère de la santé qui reçoit l'information des départements et du CNHU.

Mais, dans une recherche sur l'évaluation du système national d'informations et de gestion sanitaire (SNIGS), il est remarqué que certaines formations sanitaires privées ou confessionnelles et surtout celles exerçant dans le septentrion du pays participent très peu à l'animation du SNIGS. Ces insuffisances ne permettent pas d'obtenir une liste exhaustive des centres de santé surtout privés qui exercent dans l'informel afin de répondre à toutes les situations d'urgence. Aussi, le manque d'intérêt de la part des entrepreneurs ne permet pas de disposer des informations fiables sur la structure, le fonctionnement, l'organisation et la situation économique de ces infrastructures sanitaires installées au Bénin.

Le RGE 2 vient combler ces attentes en fournissant une liste des centres de santé privés, confessionnels et traditionnels installés au Bénin, leurs caractéristiques, le fonctionnement du point de vue de la permanence sur le marché et du statut juridique. Ce recensement décrit aussi les caractéristiques des chefs d'entreprises, leurs facteurs de production et les produits mis à la disposition du publique béninois.

1.3. Organisation économique des formations sanitaires au Bénin

Du point de vue économique, l'état béninois consacre une moyenne de 8% de son budget au secteur de la santé en ce qui concerne le personnel, l'achat de biens et services, les transferts et subventions d'exploitation. Au niveau décentralisé, les zones sanitaires bénéficient de crédits de la part du gouvernement. Ces structures décentralisées reçoivent des aides internationaux de l'Organisation Mondiale de la Santé, du FED, de la DANIDA, des Pays Bas, de l'UNICEF, des USA, etc..... . Il faut noter aussi la participation et le financement communautaires à travers les recettes, si bien que le taux de recouvrement est souvent proche de l'unité (1).

Les entreprises sanitaires du secteur privé sont rares à recevoir est rarement de l'aide de la part du gouvernement ou des partenaires techniques et financiers. Cette situation pourrait influencer leur viabilité parce que agissant sur les coûts de leurs services nécessairement plus élevés que ceux du secteur public. D'où l'importance d'apporter des éléments relatifs aux facteurs de production de ces entreprises privées sanitaires.

1.4. Caractéristiques des données collectées

1.4.1. Méthodologie de la collecte

Lors du 2^{ème} Recensement Général des Entreprises RGE 2 qui s'est déroulé en fin d'année 2008, les centres de santé privés et confessionnels visités sur le territoire Béninois ont été le champ de couverture du volet sanitaire de cette opération. L'objectif poursuivi est de collecter les informations relatives :

- à la localisation de toutes les unités sanitaires installées sur le territoire national ;
- aux caractéristiques sociodémographiques des chefs des unités sanitaires ;
- à l'évaluation de l'emploi créé par ces unités sanitaires ;
- à l'appréciation de la production des unités sanitaires ;
- à l'estimation des investissements nationaux et étrangers dans le secteur sanitaire privé au Bénin.

Les informations collectées concernent toutes les unités sanitaires installées dans les milieux urbains du pays mais en milieu rural seules celles des chefs lieux des arrondissements ont été totalement interrogées. Les résultats fournissent au total 966 unités sanitaires avec un taux de réponse de 89,5%, autrement dit 97 unités sanitaires n'ont pas été disponibles pour répondre aux questions et l'interview n'est pas conduit à terme pour 5 unités sanitaires. L'étude descriptive de l'offre privée des soins au Bénin de février 2006 (réalisé par le MSP) a identifié 1 409 formations sanitaires dans (10) villes¹ de concentration du secteur privé. L'écart d'effectif entre l'étude du projet d'appui au secteur santé 8^{ème} FED/DPP/MSP pourrait trouver ses explications dans le taux de survie des formations sanitaires et la différence de l'espace couvert par l'étude et le RGE 2.

L'analyse portera sur 864 unités sanitaires dont 74% en milieu urbain et 26% en milieu rural. 45% des unités installées en milieu urbain sont situées dans la ville de Cotonou. A cet effet, une attention particulière sera accordée à l'analyse selon le milieu de résidence.

Tableau 1: Répartition des unités sanitaires selon le milieu de résidence

Unités sanitaires visitées	Cotonou	Reste milieu urbain	Total urbain	Milieu rural	Total unités sanitaires
Unités sanitaires	288	352	640	224	864
Proportion (%)			74,1	25,9	100
Proportion par rapport à chaque milieu (%)	45,0	55,0	100		

Source : RGE 2, INSAE 2008

¹ Les dix (10) villes sont : Cotonou, Porto-Novo, Bohicon, Lokossa, Dogbo, Parakou, Kandi, Natitingou, Banikoara, Djougou.

1.4.2. Activité de l'unité sanitaire

L'unité sanitaire regroupe les activités pour la santé humaine, les activités vétérinaires et l'action sociale.

a) **Les activités pour la santé humaine** peuvent s'exercer en établissement public ou privé, sous la responsabilité de médecins ou de personnel paramédical. Elles regroupent :

- les activités hospitalières (services hospitaliers),
- la pratique médicale et/ou dentaire (soins médicaux et soins dentaires),
- les activités pour la santé humaine non classées ailleurs (il s'agit des analyses biologiques et médicales, les soins des sages femmes, les soins des infirmiers, ...),
- et les activités des tradipraticiens.

b) **Les activités vétérinaires** excluent le contrôle vétérinaire des produits de consommation ou l'insémination artificielle. Elles comprennent essentiellement les services de soins aux animaux.

c) **L'action sociale** peut être publique, privée ou associative. Elle recouvre une fonction d'assistance aux personnes qui sont dans l'incapacité d'assurer elles-mêmes certaines fonctions essentielles de la vie courante. Sont ainsi visées les activités des crèches, les centres pour handicapés, les centres pour enfants orphelins, les aides aux réfugiés.

Ce chapitre se préoccupe seulement *des activités pour la santé humaine* et les deux autres volets sont analysés au niveau du chapitre "autres services". Cependant il existe au niveau des 864 unités sanitaires analysées, trois (03) établissements d'action sociale et sept établissements de tradipraticiens classés tous dans les « activités pour la santé humaines non classées ailleurs » ajoutés aux ONG œuvrant dans le domaine de la santé.

1.3.3. Quelques concepts

Etablissement : c'est une unité de production géographiquement individualisée, mais juridiquement dépendante de l'entreprise.

Une entreprise peut compter un ou plusieurs établissements. Dans le cas où l'entreprise ne comprend qu'un établissement, *les termes établissement et entreprise sont interchangeables*. Lorsqu'une entreprise compte au moins deux établissements, l'un d'entre eux (par exemple, celui où siège la direction de la société, le magasin principal, l'établissement de production, etc.) est défini comme *établissement principal* et les autres comme *établissements secondaires*.

Entreprise sanitaire ou **unité sanitaire** est une entreprise à un ou plusieurs établissements exerçant dans le domaine de la santé. On distingue quatre types d'unités sanitaires : cabinet, clinique, hôpital et autres (majoritairement les ONG du domaine sanitaire).

La clinique est en général privée et regroupe un nombre de médecins qui font la consultation, établissent les diagnostics, résolvent les cas de petites ampleurs de maladie alors que l'hôpital fait tout ce que la clinique fait mais à une échelle plus grande. Dans un hôpital, on peut retrouver une clinique interne ou externe. La prise en charge, la qualité des soins et le suivi sont meilleurs dans la clinique que l'hôpital. La clinique offre des chambres individuelles, plus propres et un accueil personnalisé contrairement à l'hôpital. La clinique est plus chère

que l'hôpital, mais attire de plus en plus de patients qui préfèrent payer le prix et gagner du point de vue de l'encombrement et des longues files d'attente dans les hôpitaux surtout publics.

II. Caractéristiques des unités sanitaires

2.1. Bref aperçu des unités sanitaires

2.1.1. Types d'unités sanitaires

Le deuxième recensement général des entreprises a distingué trois (3) types d'unités de productions de services sanitaires : établissement unique, établissement principal et établissement secondaire et quatre (4) types d'unités sanitaires : Cabinet de soins et médical, clinique, hôpital et ONG/autres activités sanitaires.

Dans le secteur de la santé, les établissements uniques sont dominants : 82,8%. Les établissements principaux font 6,3% et les établissements secondaires représentent 11,0%. *En milieu urbain*, la plupart des unités sanitaires sont des établissements uniques (84,4% dont 38,9% à Cotonou), suivi de celles qui sont secondaires (9,4% dont 3,6% à Cotonou) et principales (6,3% dont 2,5% à Cotonou). *En milieu rural*, la tendance est la même avec respectivement : établissements uniques (78,1%) ; établissements secondaires (15,6%) et établissements principales (6,3%).

Les cabinets sont les plus représentés dans de toutes les unités sanitaires : 61,0% contre 21,4% de clinique, 1,5% d'hôpital et 16,1% d'ONG/autres activités sanitaires.

Dans l'ensemble, la majorité des cabinets et des cliniques sont des établissements uniques. Cela se justifierait par les difficultés que rencontrent les chefs de cliniques/cabinets dans le développement de leur entreprise et qui les obligent à concentrer tous leurs efforts sur le seul établissement créé.

2.1.2. La localisation des unités sanitaires

En milieu urbain, les cabinets représentent un peu plus de la moitié (57,3% dont 24,2% à Cotonou), les cliniques un peu moins du quart (24,1% dont 12,2% à Cotonou) et les ONG/autres unités sanitaires moins que les cliniques (17,2% dont 7,8% à Cotonou). *En milieu rural* et plus précisément, au niveau de l'ensemble des chefs lieux des arrondissements, la tendance est la même avec respectivement : cabinets (61,0%), cliniques (21,4%) et ONG/autres unités sanitaires (16,1%).

Ces résultats suggèrent que, quelque soit le milieu de résidence, il y a une forte création de cabinets médicaux ou de soins suivie des cliniques et des ONG/autres unités sanitaires. L'installation d'un hôpital privé ou confessionnel est rare : milieu urbain (1,4%) et milieu rural (1,8%). Les raisons probables pourraient être le coût des facteurs de production pour l'installation de ces centres de santé dont les prestations sont plus améliorées et moins chères.

Tableau 2: Répartition des unités sanitaires selon le type et le milieu de résidence

Caractéristiques des unités sanitaires	Cotonou	Reste urbain	Milieu urbain	Milieu rural	Total	Effectifs
Type d'unité sanitaire						
Cabinet	24,2	33,1	57,3	71,4	61,0	527
Clinique	12,2	11,9	24,1	13,8	21,4	185
Hôpital	0,8	0,6	1,4	1,8	1,5	13
ONG/autres activités sanitaires	7,8	9,4	17,2	12,9	16,1	139
Type d'entreprise						
Confessionnel	3,1	6,1	9,2	9,4	9,3	80
Privé	41,9	48,9	90,8	90,6	90,7	784
Total	45,0	55,0	100	100	100	864
Effectif	288	352	640	224	864	

Source : RGE 2, INSAE 2008

2.1.3. Les indicateurs sanitaires

Avec les résultats du RGE 2, il est possible de calculer certains indicateurs que le ministère de la santé a l'habitude d'utiliser. Sauf que le champ de couverture de ces indicateurs est limité aux unités sanitaires privées et confessionnelles donc n'intégrant pas les unités sanitaires publics et leurs personnels permanents.

2.1.3.1. Le taux de couverture en infrastructures sanitaires privés

Le taux de couverture des unités sanitaires privées est un indicateur pertinent qu'il est important au pouvoir public de savoir afin de savoir en quoi le secteur privé peut être utilisé comme appoint dans la politique de l'offre de service sanitaires. Il se calcule en rapportant au nombre total d'arrondissement le nombre d'arrondissement disposant d'au moins une unité sanitaire privée (ici clinique ou cabinet).

Pour les centres de santé publics on constate selon l'annuaire statistique de 2007, que le taux de couverture en centre de santé pour l'ensemble du Bénin est de 89%. Ce taux est de 118,5% dans le cas des cliniques et des cabinets de soins médicaux : soit une couverture de 29,5 points de pourcentage de plus que ce que les centres de santé publics couvrent. Ce taux varie selon les zones sanitaires et les départements. Il est plus élevé dans les zones sanitaires abritant les grandes villes qu'ailleurs.

2.1.3.2. Le recouvrement des unités sanitaires

Le taux de recouvrement des unités sanitaires permet de mesurer la viabilité de la formation sanitaire. Il est calculé dans ce document de façon grossière en considérant la masse salariale comme le total des charges des entreprises. Ainsi le taux de recouvrement est égal à la part du salaire du personnel (permanent et occasionnel) par rapport au chiffre d'affaires et ceci par type d'unités sanitaires.

Ainsi, pour huit (8) hôpitaux, le rapport masse salariale/chiffre d'affaires est de 31,1% en 2006 alors qu'il est de 100,9% en 2007. Entre 2006 et 2007, le chiffre d'affaires a augmenté plus que la masse salariale si bien qu'on pourrait penser logiquement à un surplus de gain entre 2006 et 2007 pour les huit (08) hôpitaux.

Pour 36 cliniques exerçant dans la légalité (formelles), le chiffre d'affaires moyen en 2006 est 10,6 fois la masse salariale du personnel permanent et occasionnel. Cet indicateur est de 12,8 en 2007. Entre 2006 et 2007, la part des dépenses de masses salariales a chuté et montre un accroissement probable de gain entre 2006 et 2007. Ces chiffres laissent penser à un niveau de rentabilité plus élevé pour les cliniques.

2.1.3.3. La distance qui sépare les populations des unités sanitaires

Le Rayon Moyen Théorique (RMAT) permet d'estimer la distance moyenne qui sépare les populations d'une unité sanitaire, soit une clinique ou un cabinet médical ou de soins dans le cadre de cette analyse du RGE 2.

Le RMAT des unités sanitaires (clinique ou cabinet de soins médicaux) est de 7,6 km avec les données du RGE 2 contre 7,8 km pour les centres de santé du secteur public. Cette distance varie selon le département et la zone sanitaire. Dans le public, le RMAT est de 1,2 dans la ville de Cotonou alors qu'il est très réduit avec le secteur privé (pour les cliniques et les cabinets), 0,3 km. Ainsi à moins de 500 mètres de rayon, on trouve une unité sanitaire privée (clinique ou cabinet de soins médicaux) dans la ville de Cotonou.

2.2. Structure sectorielle des unités sanitaires

L'activité principale des unités sanitaires est regroupée en trois (3) grandes catégories selon la NAEMA² : l'activité hospitalière, la pratique médicale/dentaire et les activités pour la santé humaine non classées ailleurs.

Globalement, l'activité la plus dominante est la pratique médicale/dentaire (64, 2%), suivie de l'activité hospitalière (23,5%) et des activités pour la santé humaine non classées ailleurs. *En milieu urbain*, l'activité principale des unités sanitaires visitées est la pratique médicale et dentaire (65,6% dont 31,6% à Cotonou). Viennent ensuite celles qui mènent les activités hospitalières (22,7% dont 7,3% à Cotonou) et les activités de la santé humaines non classées ailleurs (11,7% dont 6,1% à Cotonou). *En milieu rural*, la tendance est la même avec 60,3% pour les activités médicales et dentaires, 26,8% pour les activités hospitalières et 12,9% pour les autres activités de la santé humaine.

Le lieu d'installation de l'unité sanitaire dont l'activité concerne la santé humaine ne dépend pas du caractère urbain ou rural. La même situation s'observe pour la pratique médicale et dentaire.

² NAEMA = Nomenclature d'Activités des Etats Membres d'AFRISTAT

Tableau 3: Répartition des unités sanitaires selon l'activité principale et le milieu de résidence

Activité principale des unités sanitaires	Cotonou	Reste urbain	Milieu urbain	Milieu rural	Effectif
Activités hospitalières	7,3	15,3	22,7	26,8	205
Pratique médicale et/ou dentaire	31,6	34,1	65,6	60,3	555
Activités pour la santé humaine Non Classées Ailleurs	6,1	5,6	11,7	12,9	104
Total	45,0	55,0	100	100	864
Effectif	288	352	640	224	

Source : RGE 2, INSAE 2008

2.3. Permanence des unités sanitaires sur le marché

Le rythme de création de ces unités sanitaires privées et confessionnelles est globalement lent depuis les indépendances jusqu'à nos jours. Ce rythme varie selon qu'on se retrouve en milieu urbain ou en milieu rural ou selon que le pays traverse une période de crise socioéconomique ou non. L'ajustement structurel intervenu depuis les années 1980 ne permet pas au gouvernement d'absorber les nouveaux diplômés du secteur des activités sanitaires humaines. C'est ce qui justifie en partie l'installation des unités sanitaires surtout après 1980.

Le tableau 4 confirme que la majorité (71,2%) des unités sanitaires est créée entre 2000-2008. Au cours de cette période, ce sont les cabinets (62,7%) suivi des cliniques (20%) qui ont été les plus installés.

Tableau 4: Répartition des unités sanitaires selon la date de création par type d'unité

Ancienneté des unités sanitaires	Cabinet	Clinique	Hôpital	ONG et autres activités sanitaires	Total	Proportion	Effectif
Avant 1980	21,4	21,4	35,7	21,4	100	1,6	14
[1980-1990[	62,5	17,5	0,0	20,0	100	4,6	40
[1990-2000[	58,2	26,8	1,0	13,9	100	22,5	194
[2000-2008]	62,7	20,0	1,0	16,4	100	71,3	616
Total	61,0	21,4	1,5	16,1	100	100	864
Effectif	527	185	13	139	864		

Source : RGE 2, INSAE 2008

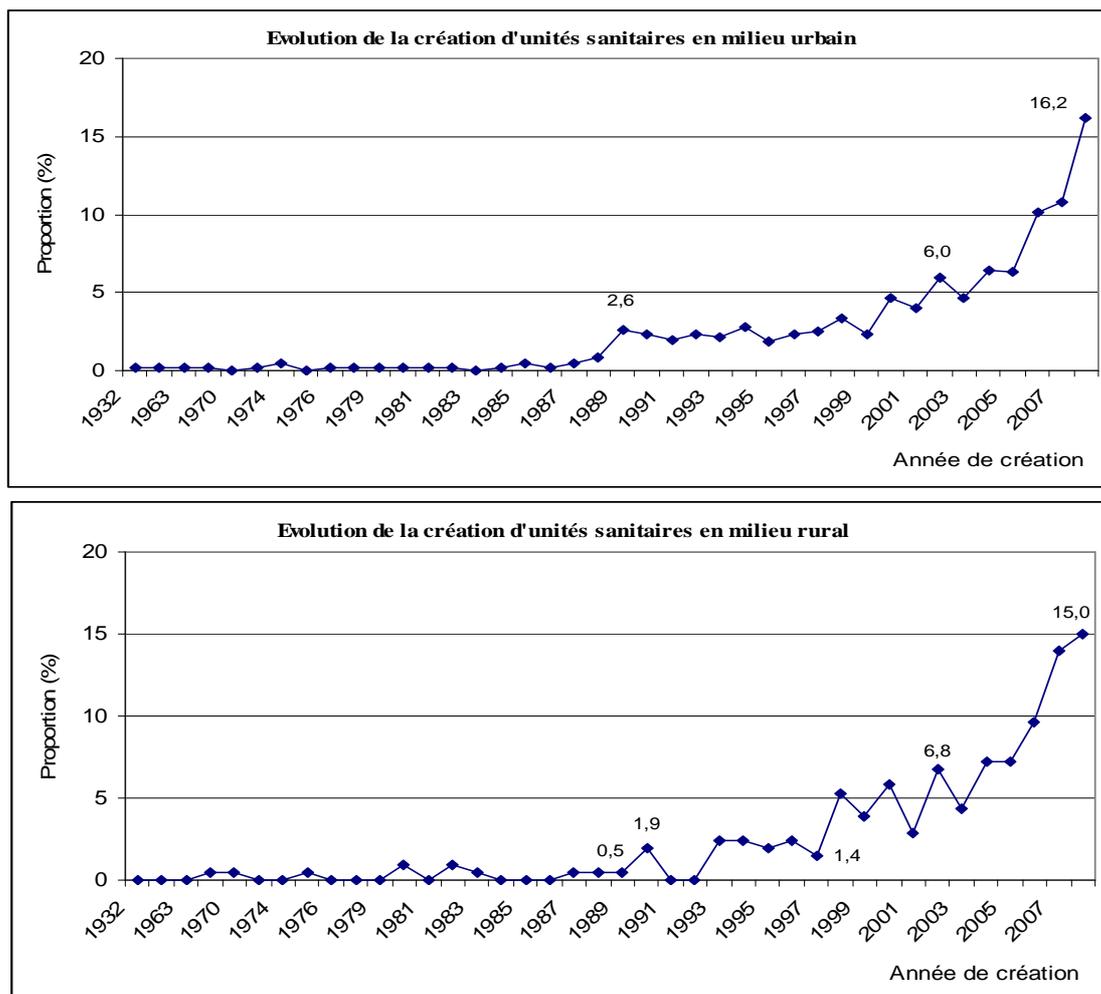
2.3.1. La permanence des unités sanitaires sur le marché en milieu urbain

La première unité sanitaire créée date de 1932. Avant 1989, le nombre d'unités sanitaires était relativement faible, révélateur d'un rythme de création très lent. Après cette période, il y a eu un décollage suite au changement de système d'économie qui est passé du système socialiste à un système libéral qui encourage l'auto-emploi. A partir de ce changement, le rythme de création est environ 7,9 unités sanitaires par an, mais reste irrégulier sur la période.

Dans le milieu urbain, les unités sanitaires créées avant les années 1980 représentent une proportion de 1,7% dont 1,1% pour la ville de Cotonou : soit respectivement 11 et 7 unités sanitaires. Entre 1980 et 1990, il y a eu une augmentation de centres de santé privés ou

confessionnels, où on est passé de 11 à 32 unités sanitaires. Au cours de cette période le rythme de création est le même à Cotonou et dans les autres villes. Au fil du temps, le nombre d'unités sanitaires a augmenté entre les années 1990 et 2000 : on est passé de 148 à 449 unités sanitaires, mais un ralentissement pour Cotonou a été constaté. Ce ralentissement du rythme de création dans la ville de Cotonou est en faveur des autres villes qui accueillent beaucoup plus d'unités. Cette migration vers les autres milieux urbains pourrait s'expliquer par une saturation de la capitale économique, les effets positifs de la décentralisation et les conditions probablement moins exigeantes (coût et formalités administratives).

Graphique 1: Evolution des unités sanitaires selon la création selon le milieu de résidence



Source : RGE 2, INSAE 2008

L'analyse des résultats de l'année de création selon le type d'unité sanitaire en milieu urbain met en évidence qu'avant 1980, l'attention était tournée vers la création des hôpitaux privés et confessionnels (36,4%) suivis de la prolifération dans les mêmes proportions de cabinets et de cliniques (27,3%) et d'une faible représentation des ONG qui développent les activités sanitaires humaines. De 1980 à 2008, l'installation des hôpitaux va rapidement s'estomper, passant ainsi de 36,4% à 0,7% des unités sanitaires créées entre 2000 et 2008. Au cours de la même période, la création des ONG a connu un accroissement important qui s'est maintenu autour de 17% jusqu'à 2008. Cette augmentation est aussi remarquée au niveau des cabinets et s'est stabilisée autour de 55%. Par contre, le développement des cliniques n'a pas varié dans le temps, il est resté autour de 25%.

Tableau 5: Répartition des unités sanitaires selon la date de création par type d'unité

Ancienneté des unités sanitaires	Cabinet	Clinique	Hôpital	ONG et autres activités sanitaires	Total	Effectif
Milieu urbain						
Avant 1980	27,3	27,3	36,4	9,1	100	11
[1980-1990[	56,3	21,9	0,0	21,9	100	32
[1990-2000[	53,4	28,4	1,4	16,9	100	148
[2000-2008]	59,5	22,7	0,7	17,1	100	449
Total	57,3	24,1	1,4	17,2	100	640
Effectif	367	154	9	110	640	
Milieu rural						
Avant 1980	0,0	0,0	33,3	66,7	100	3
[1980-1990[	87,5	0,0	0,0	12,5	100	8
[1990-2000[	73,9	21,7	0,0	4,3	100	46
[2000-2008]	71,3	12,6	1,8	14,4	100	167
Total	71,4	13,8	1,8	12,9	100	224
Effectif	160	31	4	29	224	

Source : RGE 2, INSAE 2008

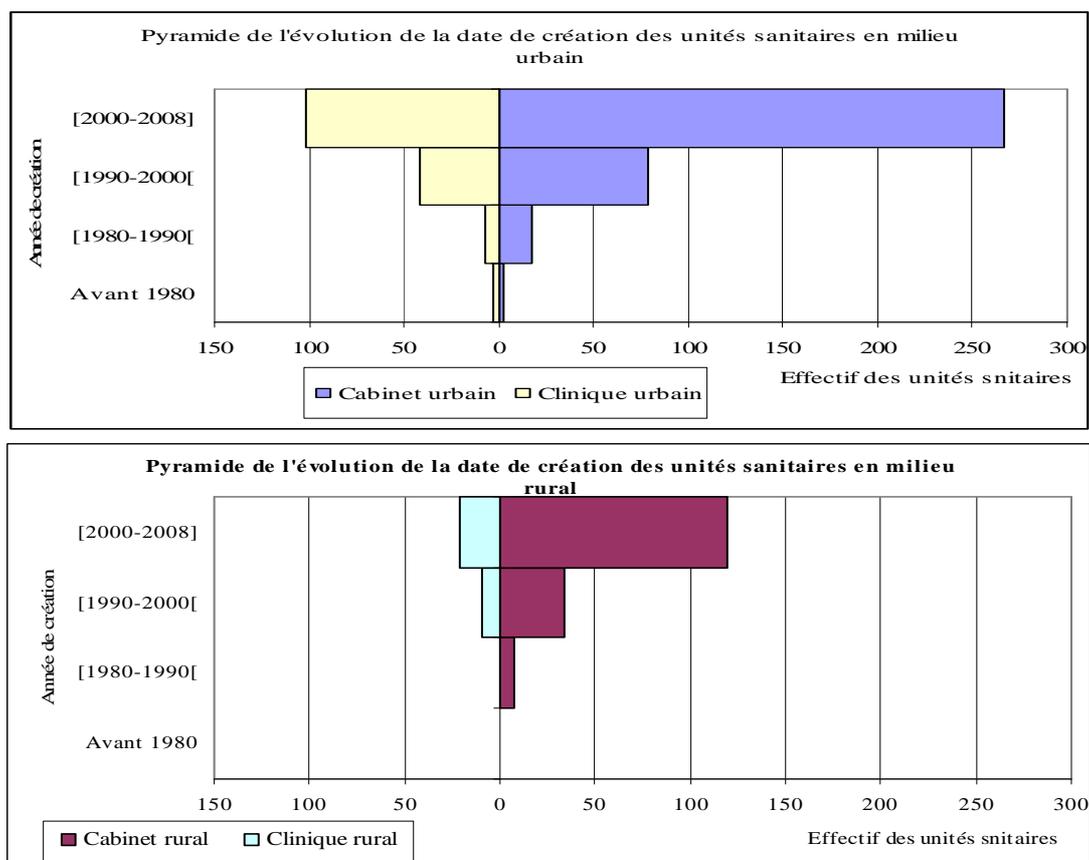
2.3.2. La permanence des unités sanitaires sur le marché en milieu rural

La première unité sanitaire *en milieu rural* a été créée plus tard que dans le milieu urbain, (8 ans) après les indépendances. Le rythme de création de 5,2 unités sanitaires par an, a été irrégulier sur la période (1932-2008) , mais a connu aussi un décollage à partir de 1992.

L'analyse de l'accroissement du nombre d'entreprises au cours des dernières décennies révèle la même tendance observée en milieu urbain. Toutefois, le rythme de création à partir des années 2000 est plus renforcé : 74,6% des unités sanitaires (Graphique 1 et 2).

L'examen des résultats de l'année de création selon le type d'unités sanitaires en milieu rural révèle qu'avant les années 1980, la préoccupation était le développement des ONG sanitaires (66,7%) et des hôpitaux (33,3%). Entre 1980 et 2000, on assiste à la prolifération des cabinets (autour de 80%) en défaveur des hôpitaux et des ONG en perte de vitesse. Au cours des années 2000 à 2008, l'installation des cabinets de soins médicaux a continué, suivies des cliniques et quelques ONG sanitaires (Tableau 4).

Graphique 2: Pyramide des dates de création des unités sanitaires



Source : RGE 2, INSAE 2008

2.4. Statut juridique des unités sanitaires

L'aspect juridique des unités sanitaires est examiné selon les entreprises individuelles, les entreprises sociétaires (SARL³, SA⁴, Société de fait, SNC⁵, SCS⁶, Société en participation et GIE⁷), les coopératives/autres. Le statut juridique ne concerne pas les établissements secondaires.

Du point de vue juridique, les entreprises individuelles - dont le capital est détenu en totalité par une seule personne - font une proportion de 78,1%, suivies des coopératives/autres (13,5%) et des entreprises sociétaires (8,4%). Selon le milieu de résidence, les entreprises individuelles représentent une forte proportion (74,7%) des unités sanitaires installées dans les centres urbains. Viennent ensuite les coopératives et les autres structures (15,4%); les entreprises sociétaires sont rares (9,9%). La tendance d'évolution est la même en milieu rural où on a respectivement : 72,7% ; 17,0% et 10,2%.

³ SARL= Société à Responsabilité Limitée

⁴ SA = Société Anonyme

⁵ SNC = Société en Nom Collectif

⁶ SCS = Société en Commandite Simple

⁷ GIE = Groupe d'Intérêt Economique

La création d'entreprises sociétaires exige un capital social important, des formalités administratives et des actionnaires suivant des normes parfois contraignantes. Ces facteurs constituent des éléments qui encouragent les bonnes volontés à être indépendant ou à se mettre en coopérative. Ce constat est observé tant en milieu urbain qu'en milieu rural pour les cabinets, les cliniques, les hôpitaux et les ONG.

2.5. Degré d'informalité des unités sanitaires

Les entreprises du secteur sanitaire sont spécifiques et ont besoin d'une autorisation d'exercer l'activité avant de s'installer. A défaut de cette formalité dans les données du RGE 2, l'analyse portera sur non seulement la tenue de la comptabilité, mais aussi sur les formalités qui concernent le numéro de l'INSAE et l'Identifiant Fiscal Unique (IFU).

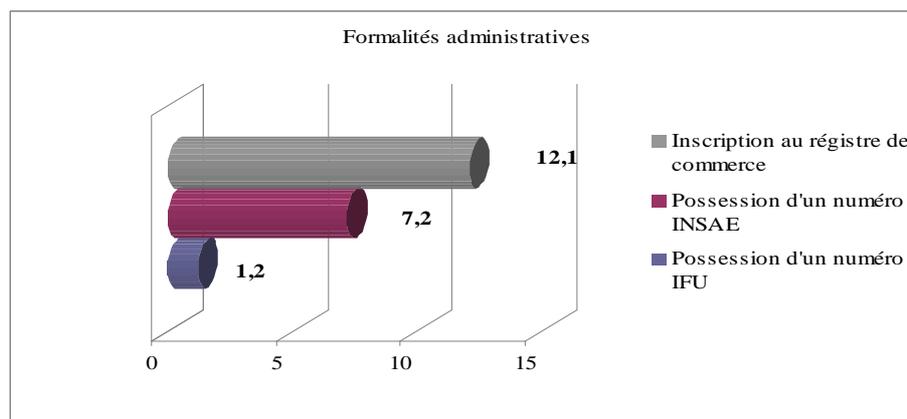
2.5.1. Le numéro INSAE, numéro IFU et le registre de commerce

Le numéro INSAE est l'acte par lequel une entreprise se fait immatriculer auprès de l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique. Cet acte instauré depuis 1990 a cédé la place à l'IFU depuis 2008. L'analyse des unités sanitaire portera une attention particulière à ces deux dates selon le type de formalité. Par ailleurs, une importance sera accordée à l'inscription dans le Registre de Commerce. Cette formalité est l'acte par lequel une entreprise se fait enregistrer auprès du tribunal dépendant de la localité dans laquelle elle est installée et c'est l'un des critères à remplir pour le numéro INSAE et IFU.

Dans l'ensemble, il ressort qu'une faible proportion d'unités sanitaires remplit les formalités administratives : 12,1% pour l'inscription au registre de commerce (soit 89 unités sanitaires), 7,2% pour le numéro INSAE (soit 53 unités sanitaires) et 1,2% pour le numéro IFU (soit 9 unités sanitaires). Les unités sanitaires installées dans les milieux urbains sont plus prédisposés aux formalités : numéro INSAE (90,5%), numéro IFU (88,9%) et registre de commerce (85,4%).

L'inscription dans le registre de commerce est confirmée par les données du RGE 2 où 89 unités sanitaires ont pu remplir les formalités. Sur les 9 unités sanitaires disposant d'un numéro IFU, 3 sont installées en 2008, 4 ont régularisé leur situation par rapport à l'IFU et 2 (installées bien avant 2008) n'ayant pas de numéro INSAE ont pu obtenir le numéro IFU. Alors que sur les 53 unités sanitaires ayant un numéro INSAE, 49 (soit 92%) n'ont pas encore régularisé leur situation par rapport à l'IFU, tandis que sur les 89 unités sanitaires ayant fait l'inscription dans le registre de commerce, il y en a 31 (soit 34,8%) qui se sont limités à cette formalité.

Graphique 3: Répartition des unités sanitaires selon les formalités de numéro INSAE et IFU



Source : RGE 2, INSAE 2008

2.5.2. La tenue de comptabilité

Le degré d'informalité des unités sanitaires est partiellement évalué à partir de la tenue de comptabilité et du chiffre d'affaires. Est considéré comme exerçant dans la légalité, "*les unités sanitaires qui ont une comptabilité écrite formelle ou une comptabilité simplifiée*". Ce faisant, on pourrait disposer de toutes les informations concernant l'activité, le personnel, les produits et les différentes charges. Les autres unités sanitaires qui prennent des notes personnelles ou ne tiennent aucun compte sont considérées comme exerçant dans l'illégalité.

Les unités sanitaires tenant une comptabilité représentent une faible proportion de 24,1% contre 75,9% d'unités sanitaires. Selon le milieu de résidence, la situation est la même : 69,4% en milieu urbain et 80,7% en milieu rural des unités sanitaires ne tiennent pas une comptabilité. Seuls les hôpitaux tiennent une comptabilité. Les cabinets de soins médicaux suivis des cliniques ont la forte propension à exercer sans la tenue d'une comptabilité quel que soit le milieu de résidence : respectivement 48,2% et 13,8% en milieu urbain et 68,2% et 9,1% en milieu rural.

L'informalité des unités sanitaire est relative à la tenue de la comptabilité, à l'obtention du numéro INSAE et IFU, à l'inscription au registre de commerce et non à l'autorisation d'exercer. Cette situation amène à relativiser les résultats et les commentaires. Toutefois, la pratique de ces unités sanitaires est limitée aux soins médicaux et dentaires. Les analyses biomédicales, les accouchements et les interventions chirurgicales se font dans les hôpitaux plus équipés et exerçant dans la légalité.

III. Caractéristiques des responsables des unités sanitaires

3.1. La structure par âge et par sexe des chefs des unités sanitaires

La structure par sexe des chefs d'unités sanitaires montre une répartition inégale. Un peu plus du quart des unités sanitaires (27,7%) sont dirigés par les femmes et ceci quel que soit le milieu de résidence : 27,3% en milieu urbain et 28,8% en milieu rural.

Lorsqu'on s'intéresse au type d'unités sanitaires, la tendance à la féminisation est remarquée au niveau des cliniques (33,3%) entre les années 1980-1990. A ce niveau, la proportion de

femmes chefs d'unités sanitaires est passée de 14,3% avant 1980 pour 38,5% entre 1980 et 1990 et s'est stabilisée autour de 25% après 1990. L'examen selon les générations d'unités sanitaires montre que la plupart des responsables femmes se sont affirmées entre 1980-1990 et 2000-2008.

Tableau 6: Répartition des unités sanitaires selon le sexe du chef d'entreprise

	Sexe du chef d'unité sanitaire			
	Masculin	Féminin	Total	Effectif
Milieu de résidence				
Urbain	72,7	27,3	100	612
Rural	71,2	28,8	100	212
Total	72,3	27,7	100	824
Type d'unité sanitaire				
Cabinet	73,3	26,7	100	514
Clinique	66,7	33,3	100	174
Hôpital	76,9	23,1	100	13
ONG et autres activités sanitaires	75,6	24,4	100	123
Total	72,3	27,7	100	824
Ancienneté de création des unités sanitaires				
Avant 1980	85,7	14,3	100	14
[1980-1990[	61,5	38,5	100	39
[1990-2000[	76,3	23,7	100	186
[2000-2008]	71,5	28,5	100	585
Proportion (%)	72,4	27,6	100	820
Total	594	226	820	

Source : RGE 2, INSAE 2008

3.2. L'éducation des chefs des unités sanitaires

Les chefs des unités sanitaires sont en majorité de niveau supérieur (53,9%), ils sont suivis du niveau secondaire (43,1%). Viennent ensuite ceux de niveau primaire (2,6%) et sans instruction (0,4%) qui exercent pour la plupart du temps dans les ONG et les autres activités sanitaires autres que le cabinet, la clinique et l'hôpital. Le niveau d'instruction supérieur demeure le niveau d'éducation requis pour diriger un hôpital et une clinique : respectivement 76,9% et 69,9%. Dans l'histoire de la création des unités sanitaires, c'est-à-dire avant les années 1980, la direction des entreprises sanitaires privées et confessionnelles de la santé était l'apanage des chefs de niveau supérieur (85,7%), puis les années suivantes, les responsables de niveau secondaire ont commencé par prendre l'initiative de créer des unités sanitaires, si bien qu'entre 2000-2008, on enregistre 51,8% de chefs d'unités de niveau supérieur contre 45,5% de ceux qui sont de niveau secondaire.

Tableau 7: Répartition des chefs unités d'entreprises selon le niveau d'instruction

	Niveau d'instruction du chef d'unité sanitaire					
	Sans niveau d'instruction	Primaire	Secondaire	Supérieur	Total	Effectif
Type d'unité sanitaire						
Cabinet	0	2,8	49,1	48,1	100	495
Clinique	0	1,1	29,0	69,9	100	176
Hôpital	0	0,0	23,1	76,9	100	13
ONG et autres activités sanitaires	2,4	4,0	41,6	52,0	100	125
Milieu de résidence						
Urbain	0,5	2,2	36,2	61,2	100	603
Rural	0	3,9	63,6	32,5	100	206
Sexe du chef d'unité sanitaire						
Masculin	0,5	2,6	36,5	60,4	100	581
Féminin	0	2,7	60,4	36,9	100	225
Ancienneté de création des unités sanitaires						
Avant 1980	0	0,0	14,3	85,7	100	14
[1980-1990[	2,5	5,0	45,0	47,5	100	40
[1990-2000[	0	3,3	37,4	59,3	100	182
[2000-2008]	0,3	2,3	45,5	51,8	100	573
Proportion (%)	0,4	2,6	43,1	53,9	100	809
Effectif	3	21	349	436	809	

Source : RGE 2, INSAE 2008

IV. Exploitation des unités sanitaires

4.1. Les facteurs de production dans les unités sanitaires

Les facteurs de production seront abordés essentiellement à travers la main d'œuvre, le temps de travail et le capital (physique et financier).

4.1.1. La main d'œuvre des unités sanitaires

- *La main d'œuvre totale des unités sanitaires*

Le secteur de la santé est composé des formations sanitaires qui prennent de l'importance de part son plateau technique comprenant l'infrastructure, les équipements et le personnel⁸. L'analyse ne combine pas personnel permanent et occasionnel, parce que les prestations de

⁸ Le personnel technicien de santé est composé de médecin généraliste, médecin spécialiste, de pharmacien, d'infirmier d'Etat, d'infirmier de santé, de sage-femme, de technicien de laboratoire, de technicien de radiologie, d'inspecteur d'action sanitaire, d'aide soignant, de matrone, de secouristes, de brancardiers et d'anesthésistes/réanimateurs, alors que le personnel administratif comporte le comptable, le secrétaire, le chauffeur, cuisinier et les agents d'entretiens/gardiens.

soins dans le privé se font dans une ambiance de concurrence déloyale et une organisation de laisser aller qui amène les agents à jouer sur deux terrains à la fois (MSP, 2006). Autrement dit, un personnel de santé agent permanent de l'Etat peut être occasionnel dans le privé.

Les résultats du RGE 2 révèlent que la main d'œuvre totale utilisée par les unités sanitaires privées et confessionnelles est de 4 798 personnes en 2006 contre 5 171 personnes en 2007, soit une augmentation de 7,8%. Au cours de l'année 2006, le personnel de santé permanent est de 3 662 et les occasionnels font un effectif de 1 136. En 2007, ces effectifs sont respectivement 3 973 permanents et 1198 occasionnels avec une augmentation de 311 personnels permanents et 62 personnels occasionnels.

Lorsqu'on s'intéresse aux personnels sanitaires selon les spécialités, le RGE2 a enregistré au total 4 357 techniciens de santé et 814 de l'administration. Entre 2006 et 2007, ce personnel est en augmentation sauf pour ceux qui travaillent dans l'administration et qui sont occasionnels, un déficit de 16 personnes est constaté.

Tableau 8: Répartition de la main d'œuvre des unités sanitaires en 2006 et 2007

Personnel	Année 2006			Année 2007		
	Permanents	Occasionnels	Total	Permanents	Occasionnels	Total
Personnel technicien de santé	3019	1018	4037	3261	1096	4357
Personnel administratif et autre	643	118	761	712	102	814
Total	3662	1136	4798	3973	1198	5171

Source : RGE 2, INSAE 2008

- **La taille des unités sanitaires**

La taille des unités sanitaires varie selon l'importance de l'entreprise et selon qu'on passe du cabinet à la clinique et à l'hôpital. Les hôpitaux ont une taille moyenne de 51,57 personnes en 2006 contre 55,79 personnes en 2007. Cet indicateur est aussi variant lorsqu'on examine le personnel selon qu'il est composé de permanents ou d'occasionnels : respectivement 50,57 et 11,93 en 2006 contre 54,73 et 10,43 en 2007. Cette tendance au niveau des permanents et des occasionnels est aussi constatée au niveau des cabinets et des cliniques, mais avec des fréquences nettement plus faibles.

Tableau 9: Répartition des unités sanitaires selon la taille moyenne et l'année

Type d'unités sanitaires	Année 2006			Année 2007		
	Permanents	Occasionnels	Total	Permanents	Occasionnels	Total
Cabinet	2,54	0,73	3,54	2,78	0,84	3,78
Clinique	6,03	2,18	7,03	6,48	2,28	7,48
Hôpital	50,57	11,93	51,57	54,73	10,43	55,79
ONG et autres activités sanitaires	3,73	1,29	4,74	4,05	1,34	5,05

Source : RGE 2, INSAE 2008

- ***La main d'œuvre des hôpitaux privés et confessionnels***

Le RGE 2 a identifié 13 hôpitaux privés et confessionnels, mais les normes du personnel de santé au niveau des services publics indiquent qu'il faut un minimum de 52 personnels répartis comme suit :

- médecin : 3 personnes (pédiatre, gynécologue et chirurgien),
- infirmiers : 16 personnes,
- sage-femmes : 4 personnes
- technicien Supérieur de Laboratoire : 1 personne,
- technicien de Laboratoire Niveau B : 1 personne,
- technicien Supérieur de Radiologie : 1 personne,
- aide-soignant (e) : 11 personnes,
- agent d'entretien des Services de santé : 4 personnes,
- secrétaire Adjoint des Services Administratifs : 1 personne,
- agent de recouvrement des recettes du financement communautaire : 3 personnes
- assistant des Services Financiers : 1 personne
- préposé de Tourisme et Hôtellerie/blanchisseur : 2 personnes,
- Conducteur de Véhicule Administratif : 2 personnes
- Gardien : 2 personnes

De la conformité de ces normes avec la réalité des hôpitaux recensés, on s'attend à 13 fois cet effectif selon la spécificité du personnel. Des résultats, il ressort que :

- pour l'année 2006, le RGE2 a enregistré 32 médecins permanents au lieu de 39 médecins contre 20 occasionnels qui tentent de combler le déficit. Les infirmiers permanents sont 157 au lieu de 208 et les occasionnels ne sont que 14 qui ne permettent pas de combler l'écart constaté. Les sages-femmes devront être 52, mais on en dénombre 53 permanentes et 2 occasionnelles. Les techniciens de laboratoires font un effectif de 89 permanents et 6 occasionnels au lieu de 26 pour respecter les normes, alors que les techniciens de radiologies sont 9 permanents et 3 occasionnels pour garder le poste en l'absence des permanents. Les aides soignants sont 127 permanents et 32 occasionnels au lieu de 143. Les anesthésistes/réanimateurs font un effectif de 7 permanents et 5 occasionnels au lieu de 13.
- pour l'année 2007, les normes ne sont pas toujours respectées par l'ensemble des hôpitaux en matière de médecins avec 33 permanents au lieu de 39, et au niveau des infirmiers, 173 permanents au lieu de 208. Les hôpitaux débordent d'aides-soignants, 195 permanents et 32 occasionnels au lieu de 143.
- entre 2006 et 2007, les résultats révèlent un personnel important d'aides-soignants certainement pour réduire la masse salariale. Les techniciens de laboratoire et de radiologie manquent parfois dans les hôpitaux privés et confessionnels visités. Ceci pose certainement le problème de la disponibilité de ce type de personnel sur le marché du travail et leur rareté susciterait une formation continue pour combler les insuffisances.

Tableau 10: Répartition de la main d'œuvre des unités sanitaires selon l'année

Personnel selon les spécialités	Normes pour les 13 hôpitaux	Année 2006		Année 2007	
		Permanents	Occasionnels	Permanents	Occasionnels
Médecins	39	32	20	33	23
Infirmiers	208	157	14	173	12
Sages-femmes	52	52	2	54	5
Techniciens de laboratoire	26	89	6	33	6
Techniciens de radiologies	13	9	3	10	3
Aides-soignants	143	127	32	195	32
Anesthésistes/réanimateurs	13	7	5	10	5

Source : RGE 2, INSAE 2008

4.1.2. Le temps de travail dans les unités sanitaires

Le temps de travail dans les unités sanitaires est approché par la durée journalière de travail. Le temps moyen de travail est de 19,22 heures par jour pour toutes les unités sanitaires. Cette durée ne dépend pas du sexe du chef de l'unité : 19,26 heures pour les hommes contre 19,11 heures pour les femmes. Par contre, les ONG et autres structures menant des activités sanitaires ouvrent en moyenne 16,74 heures, inférieure au niveau national ; alors que les cliniques, les hôpitaux et les cabinets travaillent en moyenne respectivement 21,23 heures, 20,15 heures et 19,09 heures. *En milieu urbain*, les unités sanitaires travaillent en moyenne 18,98 heures par jour (Cotonou 18,08 heures, « reste urbain » 19,69) et en milieu *rural*, 19,87 heures.

Parmi les unités sanitaires visitées, 64,6% travaillent entre 20-24 heures par jour. Autrement dit, ces unités sont ouvertes 24 heures sur 24. Ces unités sont suivies de 16,2% qui travaillent entre 8 heures et 11 heures. Le minimum de temps de travail des unités sanitaires identifiées tourne autour de 8 heures, le temps réglementaire de travail avec une pause au Bénin.

En s'intéressant au nombre de jours de travail effectué par semaine, il se dégage que 75,8% des unités sanitaires sont disponibles 7 jours sur 7 et sont ceux qui travaillent entre 20-24 heures par jour. Ce résultat confirme la durée moyenne de travail constatée au niveau des cabinets, cliniques et hôpitaux qui fonctionnent 24 heures sur 24 durant tous les jours de la semaine.

Du point de vue entrepreneuriat, les résultats suggèrent une disponibilité à plein temps des employeurs du domaine sanitaire qui cherchent à rentabiliser l'entreprise en offrant des services à plein temps. La satisfaction de cette offre, peut ne pas toujours répondre à la demande, mais nécessite une forte main d'œuvre permanente.

Tableau 11: Répartition des unités sanitaires selon le temps de travail

Le temps de travail	Cabinet	Clinique	Hôpital	ONG et autres activités sanitaires	Total	Effectif
Nombre d'heure de travail par jour						
Moins de 8h	4,3	2,3	15,4	7,9	4,6	38
08h-11h	16,9	7,4	7,7	27,0	16,2	134
12h-15h	11,8	9,7	0,0	12,7	11,3	93
16h-19h	3,3	2,8	0,0	4,0	3,3	27
20h-24h	63,7	77,8	76,9	48,4	64,6	533
Total	100	100	100	100	100	825
Effectif	510	176	13	126	825	
Nombre de jours de travail par semaine						
Moins de 5 jours	2,1	1,1	0,0	4,8	2,3	19
5 jours	8,0	4,0	0,0	11,9	7,6	63
6 jours	14,0	9,7	7,7	24,6	14,6	121
7 jours	75,8	85,2	92,3	59,5	75,5	625
Total	100	100	100	100	100	828
Effectif	513	176	13	126	828	

Source : RGE 2, INSAE 2008

4.1.3. La masse salariale des unités sanitaires

La masse salariale des unités sanitaires est estimée par an et pour les années 2006 et 2007 selon le personnel permanent ou occasionnel.

4.1.3.1 La masse salariale au cours de l'année 2006

L'ensemble du personnel⁹ des 339 unités sanitaires bénéficie une masse salariale moyenne de 3 393 357 FCFA. Cette masse salariale varie selon que l'unité dispose de personnels permanents et/ou occasionnels, selon le type d'unité sanitaire ou les caractéristiques du chef d'entreprise. La masse salariale moyenne varie aussi selon le milieu de résidence. A cet effet, la masse salariale moyenne pour 265 unités sanitaires en *milieu urbain* est de 3 756 042 FCFA et pour 74 unités sanitaires du *milieu rural* est de 2 094 552 FCFA.

- **La masse salariale au cours de l'année 2006 selon le type de personnel**

Les 314 unités sanitaires ayant du personnel permanent dépensent 3 064 306 FCFA comme masse salariale moyenne et les 157 unités sanitaires qui disposent de personnel occasionnel ont payé un montant moyen de 1 198 445 FCFA.

En s'intéressant au type de personnel selon le milieu de résidence, il se dégage que le personnel permanent de 242 unités sanitaires installées en *milieu urbain* reçoit une masse salariale moyenne de 3 365 798 FCFA et 2 050 956 FCFA pour 72 unités sanitaires installés

⁹ Il s'agit des unités sanitaires qui ont uniquement un personnel permanent, ou occasionnel ou permanent et occasionnel. Ceci fait que la somme ne donne pas occasionnel + permanent.

en milieu rural. Alors que les unités disposant de personnel occasionnel utilisent le montant moyen de 1 349 462 FCFA pour 134 unités sanitaires installées *en milieu urbain* et 318 608 FCFA pour 23 unités sanitaires résident en milieu rural.

- ***La masse salariale au cours de l'année 2006 selon les caractéristiques de l'unité sanitaire***

La masse salariale moyenne de 210 cabinets est de 1 291 624 FCFA, de 83 cliniques est de 4 185 574 FCFA, de six (6) hôpitaux est de sept millions FCFA. Les dépenses en salaire varient selon le type de personnel : i) cent quatre vingt treize (193) cabinets qui emploient des permanents versent en moyenne la somme de 1 180 851 FCFA comme salaires annuels contre la somme de 498 123 FCFA pour 87 cabinets qui utilisent les occasionnels ; ii) soixante seize (76) cliniques dépensent la somme moyenne de 3 499 449 FCFA pour leurs permanents contre 1 732 862 FCFA pour 47 cliniques qui emploient des occasionnels ; iii) six (6) hôpitaux dépensent la masse salariale moyenne de six millions de FCFA pour son personnel permanent contre 9 604 946 FCFA pour cinq (5) hôpitaux pour le personnel occasionnel.

De toute évidence, les unités sanitaires récemment créées dépensent moins que les anciennes plus expérimentées et plus connues :

- avant 1980, la masse salariale moyenne de cinq (5) unités sanitaires s'élève à deux millions de FCFA,
- 1980-1990, cette somme est de 2 320 951 FCFA pour 27 unités sanitaires,
- 1990-2000, la dépense moyenne en salaire pour 120 unités sanitaires est de 6 025 005 FCFA,
- 2000-2006, la masse salariale moyenne est de 1 362 011 FCFA pour 187 unités sanitaires.

Plus l'unité sanitaire offre des services tous les jours de la semaine, plus elle dépense dans la rémunération de son personnel. La masse salariale moyenne pour six (6) unités sanitaires travaillant moins de jours par semaine est de 257 333 FCFA, alors que celles qui offrent leurs services les 7 jours de la semaine dépensent 3 883 640 FCFA. Cette tendance s'observe au niveau de la masse salariale moyenne du personnel permanent qui varie de 250 667 FCFA pour les six (6) entreprises travaillant moins de 5 jours par semaine à 3 533 573 FCFA pour les 251 unités travaillant tous les jours de la semaine.

- ***La masse salariale au cours de l'année 2006 selon les caractéristiques du chef d'entreprise***

La masse salariale moyenne de 239 unités sanitaires dirigées par un homme est de 4 053 487 FCFA contre 1 491 503 FCFA pour 98 unités sanitaires dirigées par une femme. Les résultats suggèrent que pour le personnel permanent, les chefs hommes dépensent 3 608 136 FCFA pour 222 unités sanitaires contre 1 398 094 FCFA pour 90 unités sanitaires dirigées par une femme. Par contre pour le personnel occasionnel, les chefs hommes utilisent 1 421 841 FCFA pour 118 unités sanitaires et 549 696 pour 37 unités sanitaires que les femmes ont à charge.

4.1.3.2 La masse salariale au cours de l'année 2007

Au cours de l'année 2007, l'ensemble du personnel¹⁰ de 326 unités sanitaires a reçu une moyenne salariale de 3 755 114 FCFA. Cette masse salariale varie selon que l'unité dispose de personnels permanents et/ou occasionnels, selon le type d'unité sanitaire ou les caractéristiques du chef d'entreprise. La masse salariale moyenne varie aussi selon le milieu de résidence : le montant pour 254 unités sanitaires installées en *milieu urbain* est de 4 171 462 FCFA et 72 unités sanitaires contre 2 286 334 FCFA en *milieu rural*.

- ***La masse salariale au cours de l'année 2007 selon le type de personnel***

Les dépenses en salaire pour le personnel permanent de 281 unités sanitaires sont de 3 754 841 F CFA et 982 889 FCFA pour 172 unités sanitaires utilisant un personnel occasionnel. En *milieu urbain*, le personnel permanent de 217 unités sanitaires reçoit en moyenne le montant de 4 140 757 FCFA comme salaires, tandis que 1 125 923 FCFA sont dépensés par 143 unités sanitaires pour payer le salaire moyen de leur personnel occasionnel. En *milieu rural*, ce montant s'élève à 246 345 FCFA pour le personnel permanent de 64 unités sanitaires, contre 277 586 FCFA pour 29 unités sanitaires qui emploient un personnel occasionnel.

- ***La masse salariale au cours de l'année 2007 selon les caractéristiques des entreprises***

Dans l'ensemble, 201 cabinets ont dépensé une somme de 1 372 804 FCFA pour leur masse salariale moyenne, 80 cliniques ont utilisé une somme de 4 850 293 FCFA et six (6) hôpitaux ont utilisé un montant de sept millions. Les 175 cabinets de soins médicaux ayant du personnel permanent ont consacré 1 326 813 FCFA pour leur masse salariale moyenne contre 4 527 629 FCFA pour 67 cliniques et 8 millions de FCFA pour cinq (5) hôpitaux. En ce qui concerne le personnel occasionnel, 93 cabinets ont dépensé 470 336 FCFA contre 1 568 005 FCFA pour 54 cliniques et 5 093 469 FCFA pour cinq (5) hôpitaux. En ce qui concerne l'analyse de la masse salariale selon l'ancienneté des unités sanitaires et le nombre de jours de travail, la tendance observée en 2006 s'est maintenue en 2007.

- ***La masse salariale au cours de l'année 2007 selon les caractéristiques du chef d'entreprise***

La masse salariale moyenne des entreprises sanitaires dirigées par un homme est de 4 518 643 FCFA contre 1 572 424 FCFA pour les unités sanitaires gérées par une femme. Dans le cas de personnel permanent ou occasionnel, la tendance se maintient.

- ***L'analyse dynamique de la masse salariale entre 2006 et 2007***

Entre 2006 et 2007, indépendamment de la taille du personnel et selon la spécialité, la masse salariale a connu une augmentation au niveau du personnel permanent suivant le milieu de résidence (milieu urbain et milieu rural) et au niveau de chaque type d'unité sanitaire (des hôpitaux, des cliniques et des cabinets). Cette augmentation est plus importante au niveau du personnel permanent et des hôpitaux. Mais, il y a une diminution de la masse salariale au niveau des occasionnels. Cette situation amène à s'interroger sur la qualification de ce type de personnel et la qualité du service fourni.

¹⁰ Il s'agit des unités sanitaires qui ont uniquement un personnel permanent, ou occasionnel ou permanent et occasionnel. Ceci fait que la somme ne donne pas occasionnel + permanent.

Tableau 12: Répartition de la masse salariale des unités sanitaires en 2006 et 2007

	Masse salariale en 2006		Masse salariale en 2007	
	Montant (FCFA)	Nombre d'unités sanitaires	Montant (FCFA)	Nombre d'unités sanitaires
Type de personnel				
Permanent	3 064 306	314	3 754 841	281
Occasionnel	1 198 445	157	982 889	172
Milieu de résidence				
Urbain	3 756 042	265	4 171 462	254
Rural	2 094 552	74	2 286 334	72
Type d'unités sanitaires				
Cabinet	1 291 624	210	1 372 804	201
Clinique	4 185 574	83	4 850 293	80
Hôpital	69 000 444	6	74 809 711	6
ONG et autres activités sanitaires	2 942 542	40	2 855 181	39
Total	3 393 357	339	3 755 114	326

Source : RGE 2, INSAE 2008

4.1.4. Formalités des unités sanitaires à la caisse nationale de sécurité sociale

Les formalités des unités sanitaires à la caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) exigent certaines contraintes dont une condition minimale pour le personnel surtout pour la retraite. A cet effet, les données du RGE2 montrent que 15% des unités sanitaires déclarent (totalement (6%) ou partiellement (9%)) leurs employés. Selon le type d'unités sanitaires, les hôpitaux déclarent tous leurs employés, ce qui n'est pas surprenant, car ils remplissent les formalités en tant qu'entreprise. Mais les cliniques déclarent plus en partie qu'en totalité leurs employés : respectivement 18,5% et 6,8%.

Tableau 13: Répartition des types d'unités sanitaires selon les formalités à la CNSS en 2007

	Formalités à la CNSS					Effectif
	Oui tous les employés	Oui, une partie de l'employé	Déclaration de l'employé	Aucun employé	Total	
	(a)	(b)	(c=a+b)			
Type d'unité sanitaire						
Cabinet	4,4	4,5	8,9	91,1	100	482
Clinique	6,8	18,5	25,3	74,7	100	162
Hôpital	38,5	23,1	61,5	38,5	100	13
ONG et autres activités sanitaires	9,1	14,3	23,4	76,6	100	77
Proportion (%)	6,0	9,0	15,0	85,0	100	
Total	44	66	110	624		734

Source : RGE 2, INSAE 2008

4.1.5. Financement des entreprises sanitaires

Le financement des entreprises sanitaires est saisi lors du RGE2, à travers l'accès au crédit. Pour celles qui ont obtenu un financement, le montant et l'institution seront analysés pour l'année 2006 et/ou l'année 2007.

Les résultats obtenus montrent que 27 unités sanitaires sur 734 ont eu accès à un crédit (soit 3,7%) et 82 unités sanitaires ont bénéficié d'un prêt auprès d'une institution (soit 11,1%).

4.1.5.1. Accessibilité au crédit par les unités sanitaires

- *Les caractéristiques des entreprises sanitaires ayant bénéficié d'une facilité de crédit*

Les entreprises sanitaires ayant bénéficié de financement sont jeunes. 51,9% des unités sanitaires sont créées entre 2000-2008 et 33,3% sont installées entre 1990-2000. Ce sont les chefs d'entreprises dont l'âge est compris entre 35-55 ans qui ont pris le risque d'avoir recours à une institution de finance: il s'agit de 55,6% des chefs âgés de 45-55 ans et 22,2% de ceux qui sont âgés de 35-45 ans. Aussi, les hommes ont recours plus au financement que les femmes : 81,5% des chefs hommes et 18,5% de chefs femmes.

- *Le montant de la facilité de crédit*

Parmi les unités sanitaires ayant bénéficié d'un financement, certains ont accès facilement au crédit documentaire, au crédit fournisseur, au découvert, à l'avance de caisse et au crédit pour fonds de roulement.

Au cours des années 2006 et 2007, plusieurs entreprises ont eu recours au crédit par le fonds de roulement (10 unités sanitaires ont eu un montant moyen de 6 574 000 FCA en 2006 et 9 unités sanitaires un montant moyen de 3 313 889 FCFA en 2007). La préférence des entrepreneurs sanitaires est aussi le crédit fournisseur (2 unités sanitaires pour un montant moyen de 27 263 544 FCFA en 2006 et 3 unités sanitaires pour un montant moyen de 15 175 168 FCFA en 2007). Il est suivi du découvert (2 entreprises sanitaires pour un montant moyen de 1 900 000 FCFA en 2006 et 2 unités sanitaires pour un montant de 1 500 000 FCFA en 2007).

Tableau 14: Répartition des unités sanitaires par année selon l'accès à un financement

Accès au financement	Année 2006		Année 2007	
	Nombre de bénéficiaires	Montant moyen	Nombre de bénéficiaires	Montant moyen
Facilité de crédit				
Crédit documentaire	1	1 000 000	0	-
Crédit fournisseur	2	27 263 544	3	15 175 168
Découvert	2	1 900 000	2	1 500 000
Avance de caisse	1	7 000 000	0	
Crédit pour fonds de roulement	10	6 574 000	9	3 313 889
Autre facilité financière	3	4 000 000	5	4 400 000
Institutions ayant accordées des prêts				
Institutions bancaires nationales	10	19 100 000	9	4 711 111
Institutions bancaires internationales	0	-	0	-
Institutions de micro-finance formelles	32	3 315 625	39	2 059 615
Institutions de micro-finance informelles	2	1 135 000	3	1 000 000
Autres institutions	5	3 020 000	6	2 113 333

Source : RGE 2, INSAE 2008

4.1.5.2. Institutions de prêts aux unités sanitaires

- ***Les caractéristiques des unités sanitaires ayant bénéficié d'un prêt***

Les unités sanitaires ayant bénéficié d'un prêt sont très jeunes. Plus de la moitié (58,5%) sont créées entre 2000 et 2008 et plus du tiers (32,9%) entre 1990-2000. Les responsables de ces unités sanitaires sont en majorité des jeunes dont l'âge est compris entre 45-55 ans (45%) et 35-45 ans (33,75%). La plupart de ces responsables sont de sexe masculin : 73,2% d'hommes et 26,8% de femmes. Ce sont les cabinets de soins médicaux (54,9%) suivies des cliniques (35,4%) qui sont les premiers bénéficiaires. Ces cabinets et cliniques pratiquent le plus des activités médicales/dentaires (72,0%) et hospitalières (18,3%).

- ***Le montant des prêts octroyés***

Au cours de la période 2006-2007 et d'après le tableau ci-dessus, les institutions ayant octroyé des prêts aux unités sanitaires sont : les structures de micro-finance formelles (32 unités sanitaires ont reçu un montant moyen 3 315 625 FCFA en 2006 et 39 unités sanitaires un montant de 2 059 615 FCFA en 2007), les banques nationales (10 unités sanitaires pour un montant de 19 100 000 FCFA en 2006 et neuf (9) unités sanitaires pour un montant moyen de 4 711 111 FCFA) et celles de micro-finance informelles (2 unités sanitaires pour un montant moyen de 1 135 000 FCFA en 2006 et 3 unités sanitaires pour un montant moyen 1 000 000 FCFA en 2007).

- ***L'analyse dynamique de la facilitation de l'accès au financement et des prêts sollicités entre 2006 et 2007***

L'année 2006 est plus favorable pour les prêts que l'année 2007. En effet, les institutions bancaires nationales et de micro-finance formelles et informelles ont octroyé plus de prêts en 2006 qu'en 2007. C'est le cas des institutions de micro-finance formelles où on est passé de 3 315 625 FCFA à 2 059 615 FCFA. Ce constat est observé au niveau des facilités de crédit où pour le crédit fournisseur on passe d'un montant de 27 263 544 FCFA en 2006 à 15 175 168 FCFA en 2007.

4.1.5.3. Les raisons de refus de prêts

Quatre vingt deux (82) entreprises sanitaires ont bénéficié de prêts auprès des institutions financières soit 11,2% des entreprises sanitaires recensées. Le reste (88,8%) n'a pas pu avoir accès à ce système et ce pour diverses raisons. La plupart (67,1%) évoquent des raisons autres que les dossiers incomplets et les manques de garanties qu'il convient d'approfondir, mais les données du RGE 2 ne le permettent pas. Cependant, 28,0% d'entreprises sanitaires déclarent que l'absence de garantie est la raison du non octroi de prêts et seulement 4,9% ont évoqué le cas de dossiers incomplets.

Graphique 4: Répartition des raisons de non obtention de prêts par les unités sanitaires



Source : RGE 2, INSAE 2008

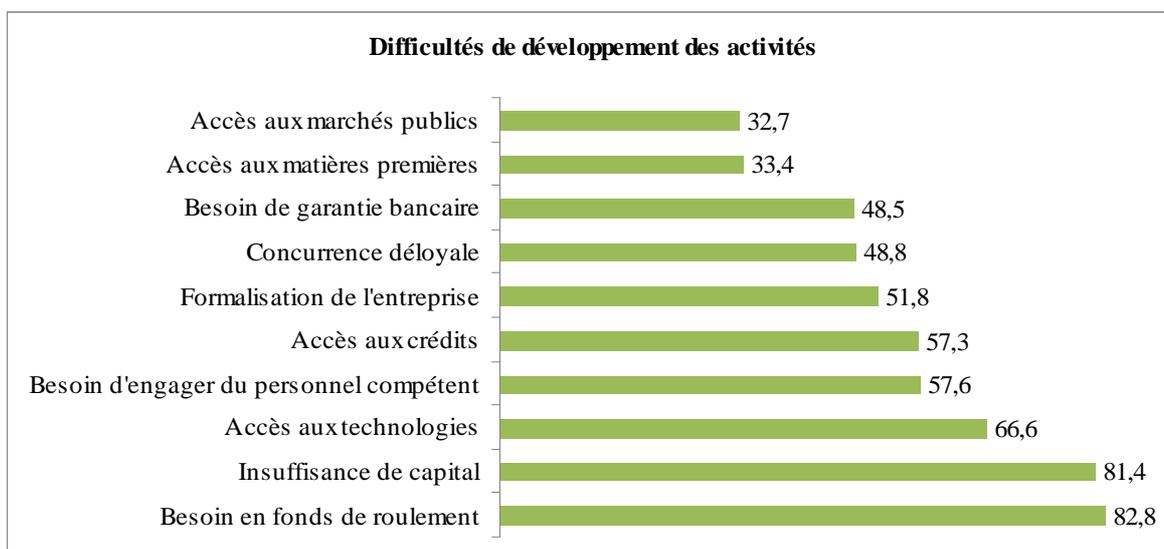
4.1.5.4. Les difficultés liées au développement des unités sanitaires

Le RGE 2 s'est intéressé aux difficultés de développement des activités des unités sanitaires. Il ressort de l'analyse que 82,8% des entreprises sanitaires ont des besoins en fonds de roulement. Elles sont suivies de celles qui ont des insuffisances de capital (81,4%), celles qui ont des difficultés d'accès aux technologies (66,6%), celles qui ont des besoins d'engager du personnel (57,6%), celles qui ont des difficultés d'accès aux crédits (57,3%) et celles qui ont des problèmes relatifs à la formalisation de l'entreprise (51,8%). La question qui se pose est de savoir qu'elles sont les unités sanitaires qui ont ces difficultés ? Afin de répondre à cette question, les unités sanitaires sont projetées sur un plan factoriel pour ressortir les grandes tendances.

Le premier plan factoriel explique les résultats à 30,9% (facteur 1 : 20,4% et facteur 2 : 10,5%). On distingue ainsi trois (3) groupes :

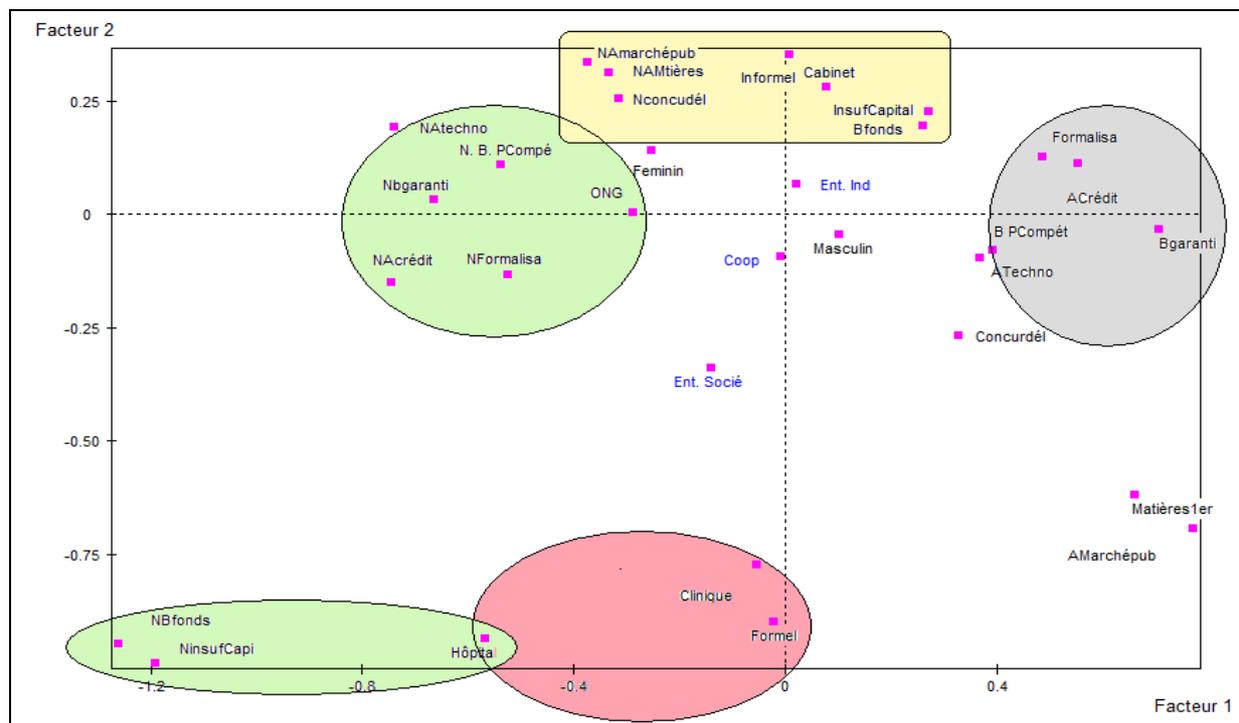
- le premier groupe est celui des cabinets qui exercent en majorité dans l'informel et ont des difficultés d'accès aux marchés publics et aux matières premières. Ils font face à une concurrence déloyale et ont une insuffisance de capital.
- le deuxième groupe est celui des hôpitaux et des cliniques qui exercent dans la légalité. Ils n'ont pas en général des difficultés de fonds de roulement ni d'insuffisance de capital.
- le troisième groupe est constitué des ONG et autres unités sanitaires qui n'ont pas accès aux technologies et pensent avoir des difficultés pour engager du personnel compétent. Ces derniers ont des besoins de crédits conditionnés par les garantis bancaires et des problèmes de formalisation de l'entreprise.

Graphique 5: Répartition des unités sanitaires selon les difficultés de développement de leurs activités



Source : RGE 2, INSAE 2008

Graphique 6: Premier plan factoriel des difficultés rencontrées par les unités sanitaires dans leur développement



Source : RGE 2, INSAE 2008

4.1.6. Le capital social

Le capital social total moyen investi par 628 unités sanitaires s'élève à 9 880 967 808 FCFA. Ce capital devient important lorsqu'il s'agit d'une entreprise formelle (36 491 102 418 FCFA pour 170 unités sanitaires contre 3 843 608 FCFA pour les entreprises sanitaires informelles).

Les cliniques investissent plus que les hôpitaux et les cabinets. Ces montants sont aussi élevés au cours de la période 1990-2000 et à Cotonou.

Tableau 15: Répartition des unités sanitaires selon l'accès à un financement

	Montant moyen	Nombre d'unités sanitaires		Montant moyen	Nombre d'unités sanitaires
Age du chef d'entreprise			Type d'entreprise		
Moins de 35 ans	6382474	116	Cabinet	4495003	424
[35-45[ans	111425656	208	Clinique	45111921694	137
[45-55[ans	31858648444	194	Hôpital	2796062500	8
[55-65[ans	7460720	69	ONG et autres activités sanitaires	10849661	59
65 ans et Plus	9095882	17			
Ancienneté de l'entreprise			Milieu de résidence		
Avant 1980	19562500	8	Cotonou	29713752728	208
[1980-1990[	4558188	32	Reste Urbain	88171208	268
[1990-2000[	21203363101	151	Milieu urbain	13 061 240 950	475
[2000-2008]	6872397238	437	Milieu rural	7614026	152
Total	9880967808	628	Total	9880967808	628

Source : RGE 2, INSAE 2008

4.2. La production des unités sanitaires

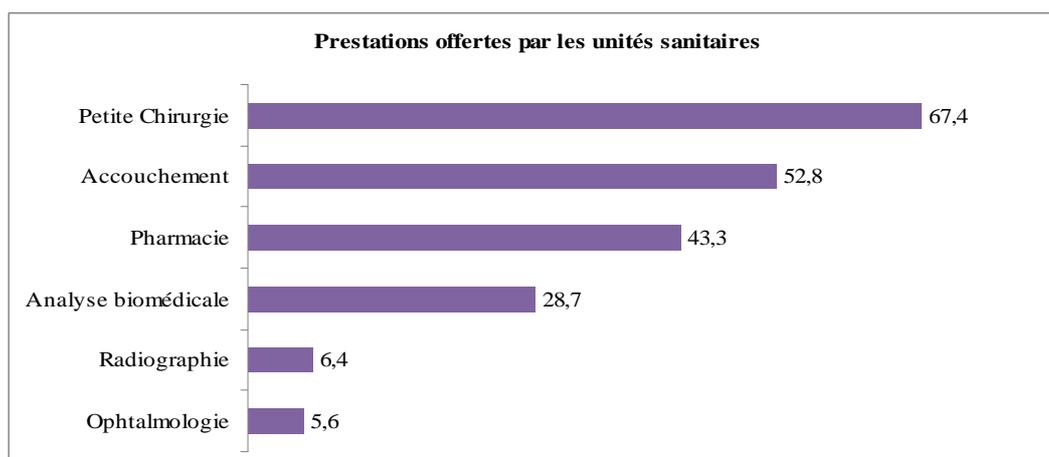
La production des unités sanitaires est analysée à travers les prestations offertes et les chiffres d'affaires.

4.2.1. Les prestations offertes

Dans l'ensemble, les services offerts sont la petite chirurgie (67,4%), l'accouchement (52,8%), la pharmacie (43,3%), l'analyse biomédicale (28,7%), la radiologie (6,4%) et l'ophtalmologie (5,6%). La liste n'est pas exhaustive mais comprend un bon nombre de services. Quelles sont les entreprises qui offrent le plus ces services ? Pour répondre à cette question, les services offerts ont été projetés dans un plan factoriel. On distingue à cet effet deux grands groupes.

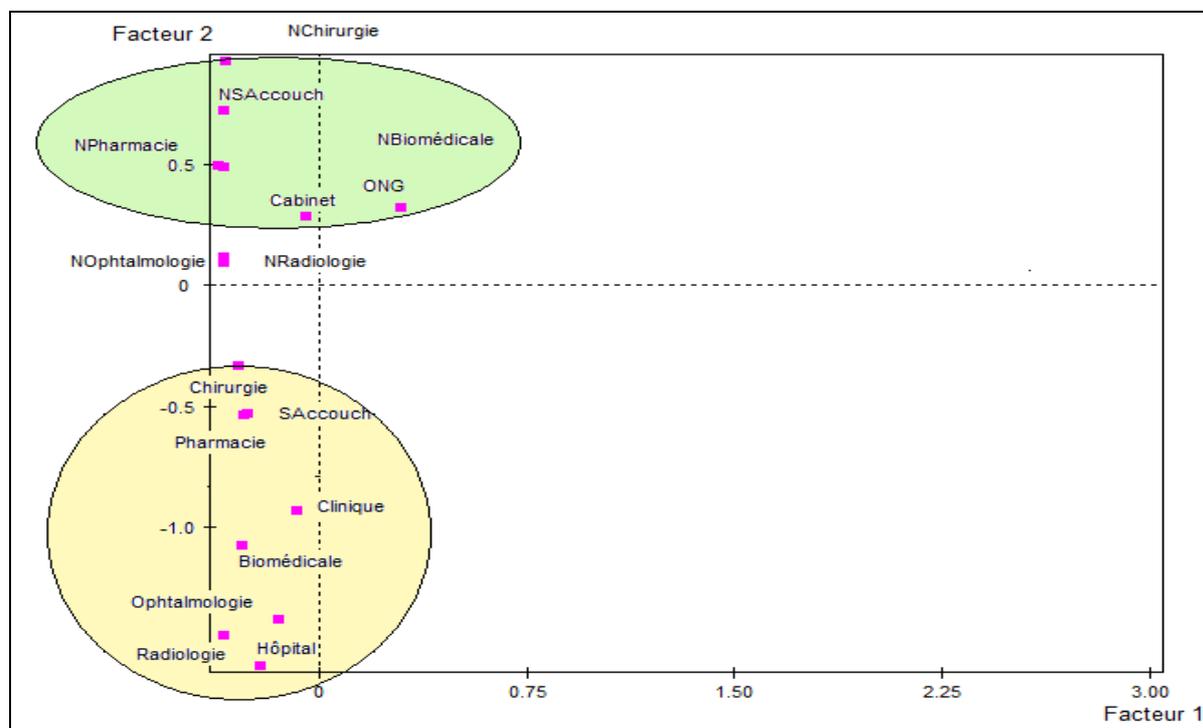
Le premier est composé des cabinets et des ONG et autres unités sanitaires qui ne pratiquent pas l'accouchement, ni l'analyse biomédicale et ni la pharmacie mais s'adonnent aux petits soins. A l'opposé se trouvent les cliniques et les hôpitaux qui font la chirurgie, l'accouchement, l'analyse biomédicale, l'ophtalmologie, la radiologie, etc.....

Graphique 7: Répartition des unités sanitaires selon les prestations offertes



Source : RGE 2, INSAE 2008

Graphique 7 : Premier plan factoriel des prestations offertes par les unités sanitaires



Source : RGE 2, INSAE 2008

4.2.2. Le chiffre d'affaires

Le chiffre d'affaires des unités sanitaires est calculé pour l'année 2006 et 2007 pour les unités sanitaires formelles alors que pour celles qui interviennent dans l'illégalité (informelles), les données sont disponibles uniquement pour l'année 2007.

En 2006, le chiffre d'affaires de 161 unités sanitaires formelles est en moyenne de 23 317 343 FCFA et ce montant est de 86 8816 522 FCFA pour 13 hôpitaux et 30 478 536 FCFA pour 55 cliniques. En 2007, pour 176 unités sanitaires informelles ces montants sont : 29 548 825 FCFA, 141 963 419 FCFA pour 13 hôpitaux, et 35 809 781 FCFA pour 60 cliniques.

Dans le cas de 530 unités sanitaires informelles en 2007, le chiffre d'affaire est de 2 638 100 CFA, 3 198 359 FCFA pour 94 cliniques et 2 122 944 FCFA pour 386 cabinets de soins médicaux.

Tableau 16: Répartition des unités sanitaires selon le chiffre d'affaire en 2006 et 2007

	Chiffre d'affaire en 2006		Chiffre d'affaire en 2007	
	Montant moyen	Nombre d'unités sanitaires	Montant moyen	Nombre d'unités sanitaires
Les unités sanitaires exerçant dans la légalité				
Type d'unités sanitaires				
Cabinet	5 716 950	71	8 096 744	78
Clinique	30 478 536	55	35 809 781	60
Hôpital	86 816 522	13	141 963 419	13
ONG et autres activités sanitaires	24 693 390	22	22 997 436	25
Total	23 317 343	161	29 548 825	176
Les unités sanitaires exerçant dans l'illégalité				
Type d'unités sanitaires				
Cabinet			2 122 944	386
Clinique			3 198 359	94
ONG et autres activités sanitaires			5 561 823	50
Total			2 638 100	530

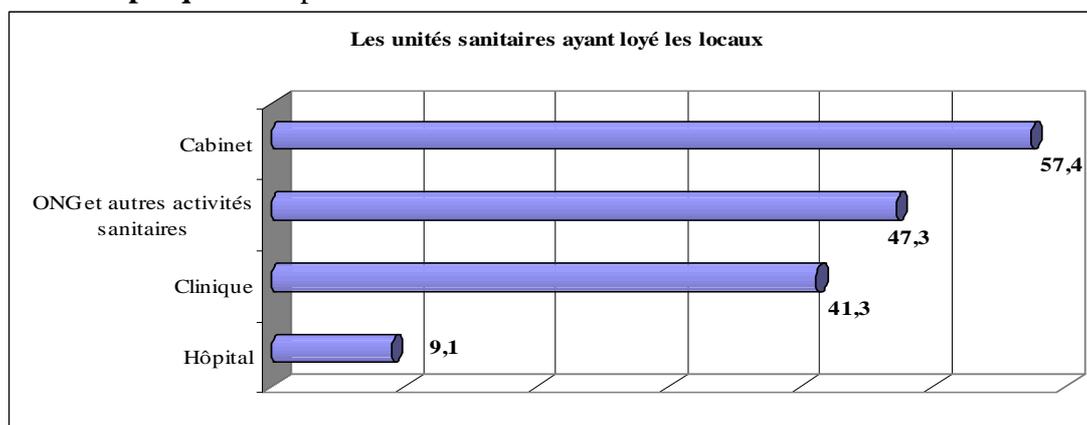
Source : RGE 2, INSAE 2008

4.2.3. Les locaux des unités sanitaires et le confort

Le RGE 2 fournit les résultats sur les locaux des unités sanitaires et on constate que 52,1% des locaux des unités sanitaires sont loués. Il ressort que rare sont les hôpitaux qui louent les locaux (9,1%), plus de la moitié des cabinets (57,4%) travaillent dans des locaux loués.

Lorsqu'on s'intéresse au confort (la nature du sol, du toit et du mur) de ces locaux, on se rend compte que les hôpitaux et les cliniques ont le sol à la fois carrelé et cimenté : respectivement 61,5% contre 38,5% et 43,5% contre 53,1% ; alors que la plupart des cabinets ont un sol cimenté 80,2%. Pour la majorité des unités sanitaires, le mur est en ciment, le toit en dalle pour les hôpitaux et les cliniques : 46,2% et 48,0% (tableau en annexe).

Graphique 8: Répartition des unités sanitaires selon la location des locaux



Source : RGE 2, INSAE 2008

4.2.4. La sécurité foncière

La sécurité foncière est abordée pour les parcelles et non les locaux dans le but d'obtenir l'avis des unités sanitaires sur la sécurisation de leurs locaux dans l'exercice de leur activité. Les résultats du RGE2 révèlent que, pour les 734 entreprises sanitaires, 32% ont loué les parcelles sur laquelle elles sont installées, 2,9% sont installées sur des parcelles en bail, 42,4% les ont achetées et 12,1% les ont héritées. En outre, 13,4% des parcelles ne disposent pas de titre foncier. Cependant, 73,3% des chefs d'unités sanitaires pensent que la possession d'un titre foncier permet de sécuriser au maximum une parcelle, aucun des responsables ne déclarent le contraire et 18,7% disent qu'il permet de plutôt la sécuriser.

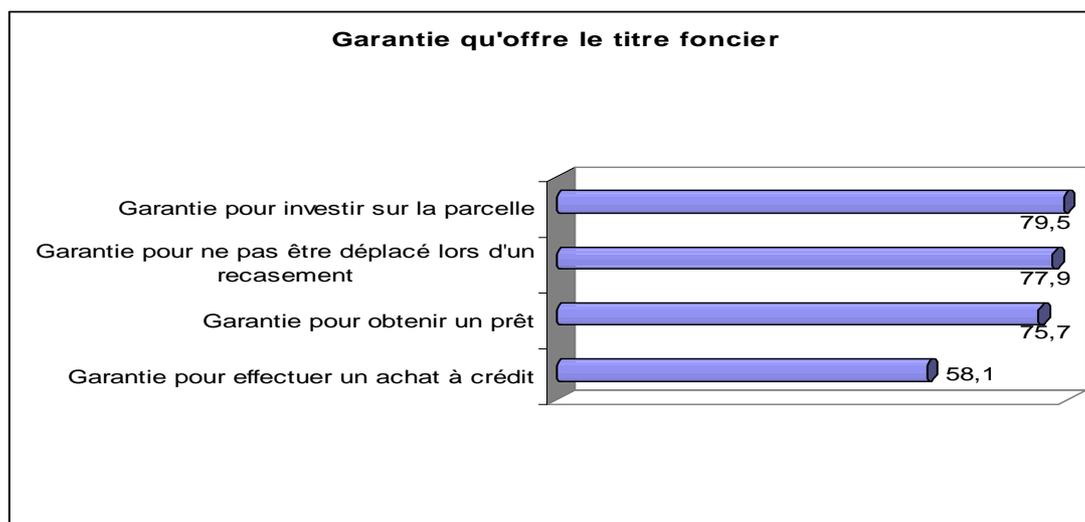
Tableau 17: Répartition des unités sanitaires selon l'avis des chefs d'unités sanitaires sur la sécurité foncière

	Cabinet	Clinique	Hôpital	ONG et autres activités sanitaires	Total	Effectif
Opinion sur l'utilité du titre foncier par les chefs d'unités sanitaires						
Très sécurisée	78,2	70,6	90,9	73,3	76,2	552
Plutôt sécurisée	16,9	24,4	9,1	18,7	18,6	135
Pas vraiment sécurisée	3,8	3,1	0,0	8,0	4,0	29
Pas du tout sécurisée	1,0	1,9	0,0	0,0	1,1	8
Total	100	100	100	100	100	724
Effectif	478	160	11	75	724	
Possession du titre foncier						
Oui	10,5	22,8	18,2	23,7	14,7	108
Non	47,0	39,5	36,4	31,6	43,6	320
Ne sait pas	42,5	37,7	45,5	44,7	41,7	306
Total	100	100	100	100	100	734
Effectif	485	162	11	76	734	
Situation foncière de la parcelle où l'unité sanitaire est installée						
Louée	34,8	26,5	0,0	30,3	32,0	235
En bail	2,9	1,9	0,0	5,3	2,9	21
Achetée	39,4	56,8	36,4	34,2	42,6	313
Héritée	13,0	10,5	9,1	10,5	12,1	89
Autre	9,9	4,3	54,5	19,7	10,4	76
Total	100	100	100	100	100	734
Effectif	485	162	11	76	734	

Source : RGE 2, INSAE 2008

En cherchant à comprendre la garantie qu'offre la possession d'un titre foncier, il se révèle que la première garantie est l'investissement sur la parcelle (79,5%), suivi de la sécurité lors du recasement (77,9%), pour obtenir un prêt (75,7%) et pour effectuer un achat à crédit (58,1%).

Graphique 9: Répartition des chefs d'unités sanitaires selon leur appréciation de la garantie qu'offre le titre foncier



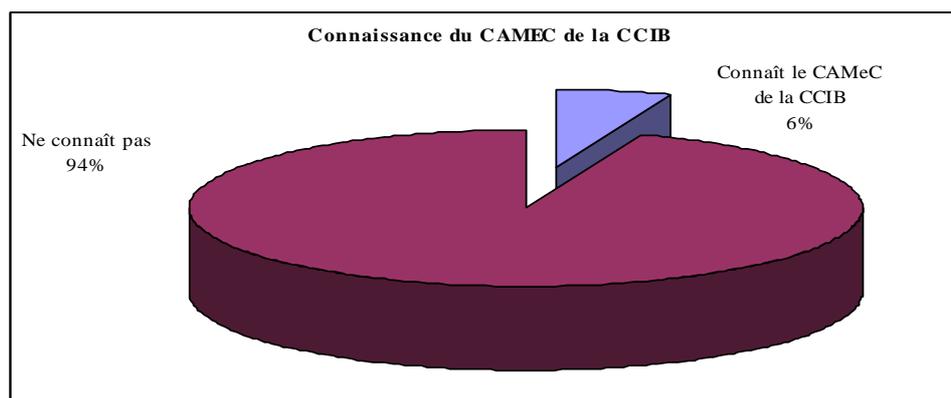
Source : RGE 2, INSAE 2008

V. Opinions des chefs d'entreprises

5.1 L'opinion des chefs d'entreprises vis-à-vis du Centre d'Arbitrage, de Médiation et de Conciliation (CAMEC) de la CCIB

En cas de conflit, certaines entreprises ont recours au Centre d'Arbitrage, de Médiation et de Conciliation (CAMEC) de la CCIB. Dans le cas des unités sanitaires, 6% seulement des 734 entreprises ont une connaissance de la CAMEC et parmi ces derniers, 12,2% (soit 5 unités sanitaires) ont eu recours à ce service.

Graphique 10: Répartition des unités sanitaires selon la connaissance du CAMEC de la CCIB



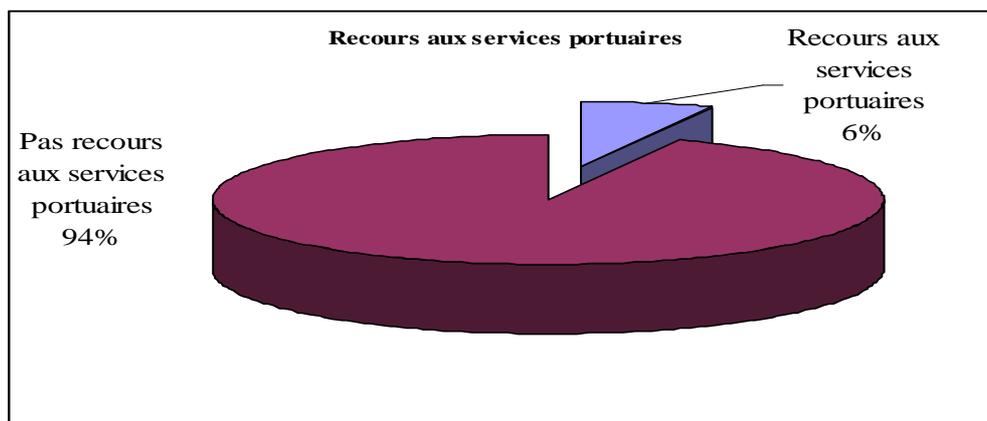
Source : RGE 2, INSAE 2008

Parmi les 5 unités sanitaires ayant eu recours aux services de la CAMEC, 40% sont satisfaits et 60% sont plutôt satisfaits. Toutefois, parmi ceux qui n'ont pas eu recours au service du CAMEC, en cas de besoin, 69,4% sont prêts à y recourir.

5.2. L'appréciation des services portuaires par les chefs d'unités sanitaires

L'appréciation des services portuaires a été donnée par les chefs des unités sanitaires. A cet effet, sur les 734 entreprises sanitaires ayant correctement répondu à cette question, 6% ont eu recours aux services portuaires. Parmi ces derniers, 18,6% sont très satisfaites, 34,9% sont plutôt satisfaites, 27,9% ne sont pas vraiment satisfaites et 18,6% ne sont pas du tout satisfaites.

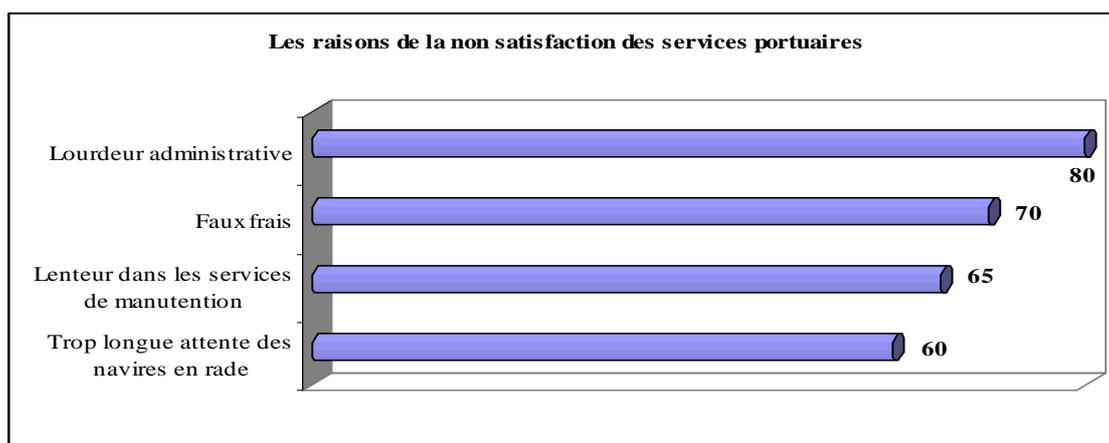
Graphique 11: Répartition des unités selon le recours au service portuaire



Source : RGE2, INSAE 2008

La raison fondamentale de la non satisfaction des utilisateurs des services portuaires est la lourdeur administrative (80%), suivie des faux frais (70%) et de la lenteur dans les services de manutention (65%).

Graphique 12: Raisons de la non satisfaction des services portuaires

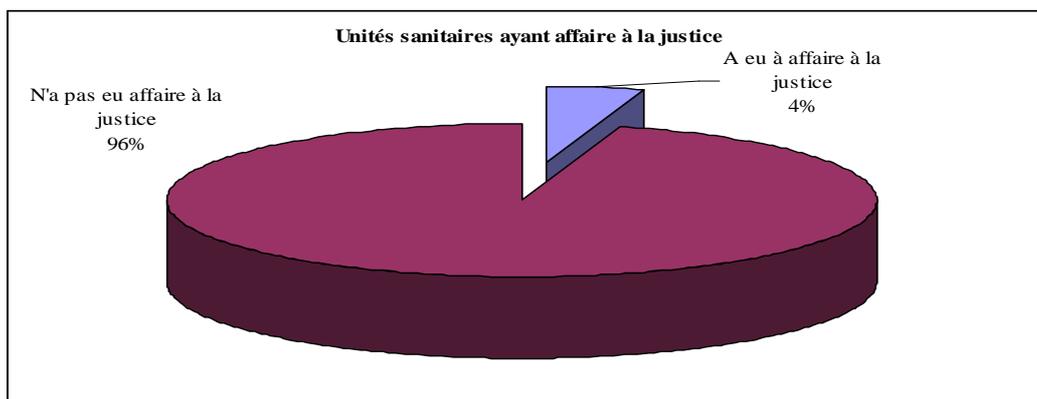


Source : RGE 2, INSAE 2008

5.3. L'appréciation du système judiciaire

Le RGE 2 a cherché à savoir si les unités sanitaires recensées ont déjà eu affaire à la justice dans l'exercice de leurs activités. A cet effet, sur les 734 entreprises sanitaires, 4% ont eu recours à la justice et parmi elles, 34,4% étaient très confiantes du système juridique au Bénin contre 12,5% qui n'étaient pas du tout assurées.

Graphique 13: Répartition des unités sanitaires ayant eu affaire à la justice dans l'exercice de leurs activités



Source : RGE 2, INSAE 2008

Tableau 18: Répartition des unités sanitaires selon la foi accordée au système judiciaire

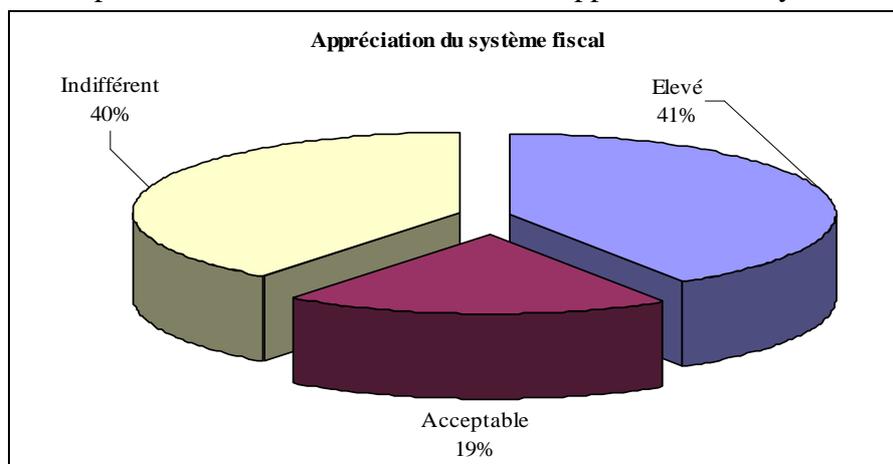
Foi accordée au système judiciaire	Effectif	Proportion (%)
Très confiance	11	34,4
Plutôt confiance	5	15,6
Pas vraiment confiance	12	37,5
Pas du tout confiance	4	12,5
Total	32	100

Source : RGE 2, INSAE 2008

5.4. L'appréciation du système fiscal selon les chefs des unités sanitaires

Au cours du RGE 2, le système fiscal a été apprécié par les chefs d'unités sanitaires. A ce propos, sur les 734 entreprises sanitaires interrogées, 41% pensent que les impôts et taxes auxquels ils sont assujettis sont élevés, 19% les déclarent inacceptables et 40% sont indifférents.

Graphique 14: Répartition des unités sanitaire selon l'appréciation de système fiscal



Source : RGE 2, INSAE 2008

VI. Implications en termes de politiques sectorielles

Les résultats du RGE 2 suscitent des politiques ou stratégies à développer pour améliorer le secteur sanitaire privé à cause du soutien de premier choix qu'il apporte au secteur public de santé. Ce secteur doit bénéficier d'une attention particulière de la part des gouvernants surtout en milieu rural où le pouvoir d'achat est très faible. Le développement de ce secteur dépendrait de la volonté politique parce que ces entreprises sanitaires exercent dans une ambiance de concurrence déloyale.

Dans le cadre du renforcement des services de santé, plus précisément l'amélioration et la répartition équitable des offres de services en santé, il serait important que l'Etat facilite l'installation des unités sanitaires dans le but d'une extension des infrastructures. De façon précise, la stratégie serait d'accorder une importance :

- au respect d'une distance minimum entre les unités sanitaires ou de veiller au nombre de population desservies par la formation sanitaire,
- aux formalités administratives (registre de commerce et IFU) complétées par l'autorisation d'exercer l'activité,
- à l'adéquation entre la qualification professionnelle du personnel (permanent et occasionnel) de santé et les activités (principale et secondaire) de l'entreprise,
- à l'adéquation du plateau technique selon le type d'unité sanitaire.

En ce qui concerne l'amélioration de la qualité des soins par le recrutement de personnels qualifiés, la stratégie à promouvoir par les pouvoirs publics serait d'encourager la jeunesse à s'orienter vers les filières de soins de santé. A ce propos, l'orientation sera la formation continue des techniciens spécialistes de laboratoire et de radiologie surtout que le RGE 2 a constaté un manque cruel de ces spécialistes.

Dans le but d'encourager l'offre de service sanitaire de référence, il est pertinent d'encourager les initiatives privées par l'élaboration et la mise en application d'un cadre législatif et réglementaire adéquat afin de limiter les évacuations sanitaires à l'étranger.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La santé est l'un des secteurs sociaux prioritaires auxquels l'Etat accorde une attention particulière, en témoigne les taux de croissance des investissements publics dans le secteur sanitaire. Ce taux est passé de 13,1% à 67,1% entre 2006 et 2007.

Les faiblesses au niveau de l'offre de services sanitaires publiques ajoutées à l'existence d'un gain potentiel probable dans le secteur sanitaire ont poussé à la prolifération des unités sanitaires. Cette situation permet de comprendre que les centres de santé privés viennent soutenir l'Etat dans sa politique de couverture du territoire national en matière d'offre de services sanitaires. Aussi, l'ajustement structurel intervenu depuis les années 1980 n'a-t-elle pas permis au gouvernement d'absorber les nouveaux diplômés dans le secteur des activités sanitaires humaines. Si bien qu'en 2008, le RGE 2 a identifié 864 unités sanitaires exerçant sur le territoire béninois. En milieu urbain, le rythme de création annuel est environ de 7,9 unités sanitaires, contre 5,2 unités sanitaires en milieu rural. Les cabinets sont les plus représentés parmi les unités sanitaires privées : 61,0% contre 21,4% pour les cliniques, 1,5% pour les hôpitaux et 16,1% pour les ONG/autres activités sanitaires. A cette allure, ces unités sanitaires sont rapprochées les unes des autres si bien que les cliniques/cabinets de soins médicaux sont situées dans un rayon de 7,6 km selon les données du RGE 2 contre 7,8 km pour les centres de santé du secteur public. Concernant le secteur public, cette distance est de 1,2 km dans la ville de Cotonou alors qu'elle est très réduite (0,3 km) dans le secteur privé (cliniques et cabinets), c'est-à-dire situé à. Ainsi, à moins de 500 mètres de rayon, on trouve une unité sanitaire privée (clinique ou cabinet de soins médicaux) dans la ville de Cotonou. L'activité la plus dominante est la pratique médicale/dentaire (64,2%), suivie de l'activité hospitalière (23,5%) et des activités pour la santé humaine non classées ailleurs.

Une faible proportion d'unités sanitaires remplit les formalités administratives (12,1%) et celles qui sont installées dans les milieux urbains sont plus prédisposées à ces formalités. La majorité des unités sanitaires travaillent 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 utilisant une main d'œuvre permanente complétée par des occasionnels moins qualifiés qui n'est pas sans répercussion sur la masse salariale. En 2006, cette masse salariale est en moyenne de 3 393 357 FCFA pour l'ensemble des unités sanitaires, de 3 756 042 FCFA en milieu urbain et de 2 094 552 FCFA en milieu rural. Comparée à celle de l'année 2007, le personnel (permanent et occasionnel) reçoit une somme globale un peu plus élevée tant en milieu urbain qu'en milieu rural : respectivement 3 755 114 FCFA dans l'ensemble des unités sanitaires, 4 171 462 FCFA en milieu urbain et 2 286 334 FCFA en milieu rural.

Le développement des unités sanitaires exige des contraintes financières qui sont parfois réglées par des prêts. Ainsi, l'année 2006 a été plus favorable pour les prêts que l'année 2007. En effet, pour le cas des institutions de micro-finances formelles, le montant est passé de 3 315 625 FCFA à 2 059 615 FCFA entre 2006 et 2007. Ce constat est aussi observé au niveau des facilités de crédit ; le crédit fournisseur, est passé d'un montant de 27 263 544 FCFA en 2006 à 15 175 168 FCFA en 2007.

Du point de vue du personnel de santé qualifié, les résultats du RGE2 ont permis de constater la rareté de certaines spécialités comme les techniciens (en laboratoire et en radiologie) qui devaient combler le vide constaté dans le public. Même si les résultats du recensement mériteraient d'être complétés par le personnel de l'administration publique, il importe de se poser certaines questions afin d'en déduire les implications en termes de politiques sectorielles.

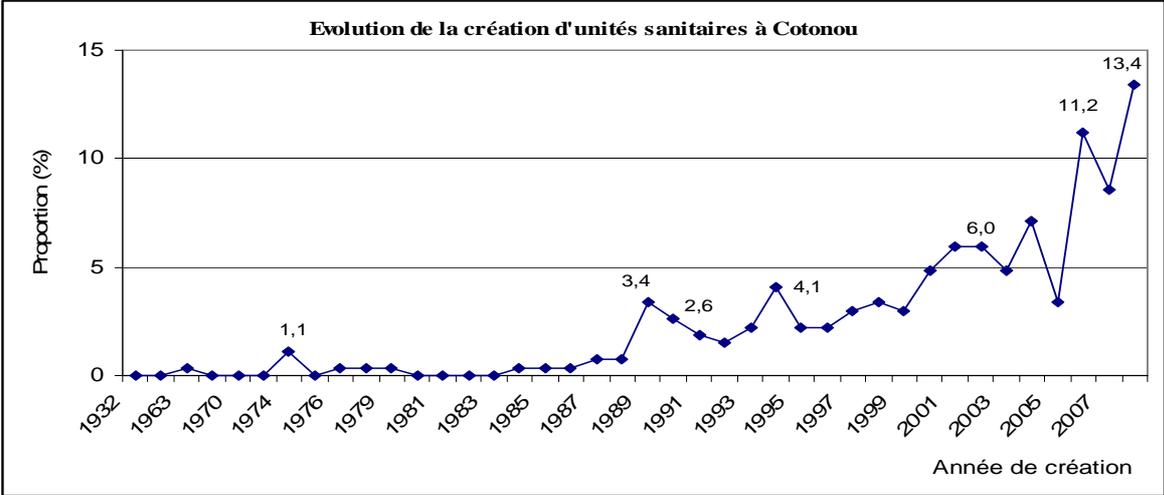
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ministère de la santé, 2008, « Annuaire des Statistique Sanitaires 'ASS' de 2007 », 248 pages.

Ministère de la santé, 2006, « Rapport final de l'étude descriptive de l'offre privée des soins au Bénin », projet d'appui au secteur santé 8^{ème} FED/DPP/MSP.

ANNEXES

Graphique A1: Evolution de la création des unités sanitaires à Cotonou



Source : RGE 2, INSAE 2008

Tableau A1 : Répartition de la masse salariale des unités sanitaires en 2006 et 2007 selon certaines caractéristiques

Caractéristiques des US et des chefs	Année 2006						Année 2007					
	Permanents		Occasionnels		Total		Permanents		Occasionnels		Total	
	Moyenne	Nbre US	Moyenne	Nbre US	Moyenne	Nbre US	Moyenne	Nbre US	Moyenne	Nbre US	Moyenne	Nbre US
Sexe des chefs d'US												
Masculin	3608136	222	1421841	118	4053487	239	4531638	199	1162931	126	4518643	232
Féminin	1398094	90	549696	37	1491503	98	1510618	80	517235	43	1572424	91
Milieu de résidence												
Urbain	3365798	242	1349462	134	3756042	265	4140757	217	1125923	143	4171462	254
Rural	2050956	72	318609	23	2094552	74	2446345	64	277586	29	2286334	72
Age des chefs d'US												
Moins de 35 ans	2917260	36	571905	21	2786461	42	3526386	37	512188	32	3124815	47
[35-45[ans	2006159	104	559260	48	2140773	110	2237143	101	565708	53	2285124	112
[45-55[ans	4327558	110	2462787	52	5207726	116	5816935	94	1898459	57	6009211	109
[55-65[ans	2569170	34	719826	20	2608931	39	2674018	32	643457	18	2775738	35
65 ans et Plus	1094933	15	527500	8	1214353	17	2537714	7	51667	6	1643091	11
Ancienneté des US												
Avant 1980	21917130	5	133333	3	21997130	5	18202896	5	133333	3	18282896	5
[1980-1990[	2195642	26	507182	11	2320951	27	3233864	17	509000	11	2884509	21
[1990-2000[	5303584	110	2288630	61	6025005	120	7279804	88	1970140	59	7348165	103
[2000-2008]	1226159	173	519152	82	1362011	187	1570161	171	472926	99	1600595	197
Durée du jour de travail												
Moins de 5 jours	250667	6	20000	2	257333	6	306000	4	20000	2	210667	6
5 jours	1680462	18	1414286	7	2113069	19	2091608	21	904250	12	2608323	21
6 jours	1134026	38	438634	20	1265017	41	1440256	32	508538	16	1506244	36
7 jours	3533573	251	1334041	127	3883640	272	4284777	222	1043612	141	4208313	261

Caractéristiques des US et des chefs	Année 2006						Année 2007					
	Permanents		Occasionnels		Total		Permanents		Occasionnels		Total	
	Moyenne	Nbre US	Moyenne	Nbre US	Moyenne	Nbre US	Moyenne	Nbre US	Moyenne	Nbre US	Moyenne	Nbre US
Durée journalière de travail												
Moins de 8h	6085371	14	962800	5	5625574	16	5861473	17	5331111	9	5802391	18
8h-11h	3317220	40	1005390	21	3495500	44	3796268	34	1129712	17	3902058	38
12h-15h	821545	33	470333	12	992576	33	1473040	25	478462	13	1655615	26
16h-19h	582143	7	511000	5	663000	10	679564	9	521667	6	711237	13
20h-24h	3283051	217	1387115	111	3718420	233	3973176	194	1070837	124	3980529	227
Type d'unités sanitaires												
Cabinet	1180851	193	498123	87	1291624	210	1326813	175	470336	93	1372804	201
Clinique	3499449	76	1732862	47	4185574	83	4527629	67	1568005	54	4850293	80
Hôpital	60996323	6	9604946	5	69000444	6	84678184	5	5093469	5	74809711	6
ONG et autres activités sanitaires	2624402	39	852778	18	2942542	40	2828708	34	758800	20	2855181	39
Total												

Source : RGE 2, INSAE 2008

Tableau A2 : Répartition du personnel des unités sanitaires recensées en 2006 et 2007

	Spécialités	Année 2006			Année 2007			Variation		
		Permanents	Occasionnels	Total	Permanents	Occasionnels	Total	Permanents	Occasionnels	Total
Techniciens de santé	Médecins généralistes	208	141	349	216	145	361	8	4	12
	Médecins spécialistes	128	170	298	146	175	321	18	5	23
	Pharmaciens	104	24	128	89	9	98	-15	-15	-30
	Infirmiers d'Etat (IDE)	361	66	427	410	82	492	49	16	65
	Infirmiers de santé (IS)	377	75	452	405	69	474	28	-6	22
	Sages-femmes	251	60	311	262	73	335	11	13	24
	Techniciens de laboratoires	219	67	286	157	68	225	-62	1	-61
	Techniciens de radiologie	26	12	38	33	17	50	7	5	12
	Inspecteurs d'action sanitaire	65	19	84	70	23	93	5	4	9
	Aides soignants	1087	262	1349	1242	311	1553	155	49	204
	Matrones	33	5	38	44	8	52	11	3	14
	Secouristes	10	22	32	17	20	37	7	-2	5
	Tradi-praticiens	26	7	33	32	4	36	6	-3	3
	Brancardiers	8	5	13	13	3	16	5	-2	3
	Anesthésistes-réanimateurs	19	29	48	37	28	65	18	-1	17
	Autres	97	54	151	88	61	149	-9	7	-2
Administratifs et Autres	Comptables	87	20	107	101	21	122	14	1	15
	Secrétaires	115	11	126	126	13	139	11	2	13
	Chauffeurs	63	10	73	67	13	80	4	3	7
	Cuisiniers	28	7	35	38	9	47	10	2	12
	Agents d'entretien/Gardiens	249	61	310	255	38	293	6	-23	-17
	Autres	101	9	110	125	8	133	24	-1	23
TOTAL		3662	1136	4798	3973	1198	5171	311	62	373

Source : RGE 2, INSAE 2008

Tableau A3 : Normes du personnel de santé au niveau de l'hôpital de zone

Qualification professionnelle au HD	Effectif minimal
MEDECIN	3
Pédiatre	1
Gynécologue	1
Chirurgien	1
INFIRMIERS	16
Infirmier Diplômé d'Etat/ Infirmière et infirmiers brevetés (IDE/IIB)	9
Infirmier Diplômé d'Etat ou Sage-Femme d'Etat Instrumentaliste (aide-soignant)	2
Infirmier Diplômé d'Etat ou Sage- Femme d'Etat, Anesthésiste	2
Infirmier Diplômé d'Etat, spécialité en Ophtalmologie	1
Infirmier Diplômé d'Etat, spécialité en Stomatologie	1
Infirmier Diplômé d'Etat, préparateur en pharmacie	1
Sage-Femme d'Etat (SFE)	4
Technicien Supérieur de Laboratoire (TSL)	1
Technicien de Laboratoire Niveau B	1
Technicien Supérieur de Radiologie (TSR) si radio	1
Agent de recouvrement des recettes du financement communautaire (ARRFC)	3
Aide-Soignant (e) (AS)	11
Agent d'entretien des Services de santé (AESS)	4
Secrétaire Adjoint des Services Administratifs (SASA)	1
Préposé de Tourisme et Hôtellerie (Blanchisseur)	2
Assistant des Services Financiers (ASF)	1
Conducteur de Véhicule Administratif (CVA)	2
Gardien	2
TOTAL	52

Source : Ministère de la Santé, annuaire des statistiques sanitaires de 2006

Tableau A4 : Répartition des unités sanitaires selon la nature du sol, du mur et du toit des locaux où s'exercent les activités

	Nature du sol des unités sanitaires							Total	Effectif
	Terre/Sable	Bois/Planche	Palme/Bambou	Carreaux	Ciment	Moquette	Autre		
Type d'unités sanitaires									
Cabinet	1,7	0,0	0,2	17,8	80,2	0,0	0,0	100	516
Clinique	2,3	0,6	0,0	43,5	53,1	0,6	0,0	100	177
Hôpital	0,0	0,0	0,0	61,5	38,5	0,0	0,0	100	13
ONG et autres activités sanitaires	2,4	0,0	0,0	25,4	69,0	0,8	2,4	100	126
Total	1,9	0,1	0,1	25,1	72,1	0,2	0,4	100	832
Effectif	16	1	1	209	600	2	3	832	
	Nature du mur des unités sanitaires							Total	Effectif
	Terre	Pierre	Bois/Planche	Palme/Bambou	Brique	Semi dur	Autre		
Type d'unités sanitaires									
Cabinet	4,1	0,2	0,0	0,8	89,3	5,6	0,0	100	515
Clinique	3,4	0,6	0,6	0,0	88,2	5,1	2,2	100	178
Hôpital	0,0	0,0	0,0	0,0	92,3	0,0	7,7	100	13
ONG et autres	1,6	0,8	0,8	1,6	88,1	4,8	2,4	100	126

activités sanitaires									
Total	3,5	0,4	0,2	0,7	88,9	5,3	1,0	100	832
Effectif	29	3	2	6	740	44	8	832	
	Nature du toit des unités sanitaires								
	Paille	Bois/Planche	Palme/Bambou	Tôle	Tuile	Dalle	Autre	Total	Effectif
Type d'unités sanitaires									
Cabinet	0,6	1,6	0,4	72,8	3,3	21,0	0,4	100	514
Clinique	0,0	1,7	0,0	46,9	3,4	48,0	0,0	100	175
Hôpital	0,0	0,0	0,0	38,5	0,0	46,2	15,4	100	13
ONG et autres activités sanitaires	0,8	1,6	0,0	61,6	4,8	28,8	2,4	100	125
Total	0,5	1,6	0,2	65,1	3,5	28,3	0,8	100	827
Effectif	4	13	2	538	29	234	7	827	

Source : RGE 2, INSAE 2008

Tableau A5 : Répartition des indicateurs de santé selon le département

	Zones sanitaires	Arrondissement	Nombre de cabinet/clinique	Taux de couverture en clinique/cabinet	Population projetée en 2008	Nombre d'habitants par formation sanitaire	Superficie (km ²)	RMAT (km)
Bénin		535	634	118,5	8 224 550	253 972	114 875	7,6
Alibori		41	17	41,5	633 066	37 239	26 306	22,2
	Banikorara	10	2	20,0	184 696	92 348	4 386	26,4
	Malanville /Karimama	10	7	70,0	171 550	24 507	9 118	20,4
	Kandi/Gogounou/Ségbana	21	8	38,1	276 820	34 603	12 802	22,6
Atacora		47	11	23,4	667 476	60 680	20 851	24,6
	Natingou/Boucoubmé/Toucountouna	19	6	31,6	202 086	33 681	3 736	14,1
	Kounadé/Péhunco/Kérou	13	4	30,8	240 516	60 129	9 215	27,1
	Tanguiéta/Matéri/Cobly	15	1	6,7	224 875	224 875	7 900	50,2
Atlantique		74	142	191,9	973 883	6 858	3 239	2,7
	Abomey-Calavi/So-Ava	16	105	656,3	466 551	4 443	868	1,6
	Allada/Toffo/Zè	33	26	78,8	290 716	11 181	1 439	4,2
	Ouidah/Kpomassè/Tori-Bossito	25	11	44,0	216 616	19 692	932	5,2
Borgou		43	57	132,6	879 741	15 434	25 856	12,0
	Bembèrèkè/Sinendé/	9	1	11,1	191 888	191 888	5 637	42,4
	Nikki/Kalalé/Pèrèrè	19	6	31,6	294 198	49 033	8 774	21,6
	Parakou/N'dali	8	50	625,0	263 844	5 277	4 189	5,2
	Tchaourou	7	4	57,1	129 810	32 453	7 256	24,0
Collines		110	38	34,5	651 110	17 134	13 858	10,8
	Savalou/Bantè	23	13	56,5	227 041	17 465	5 369	11,5
	Dassa-Zoumè/Glazoué	20	17	85,0	224 085	13 181	3 061	7,6
	Savè/Ouèssè	17	8	47,1	199 984	24 998	5 428	14,7

	Zones sanitaires	Arrondissement	Nombre de cabinet/clinique	Taux de couverture en clinique/cabine t	Population projetée en 2008	Nombre d'habitants par formation sanitaire	Superficie (km ²)	RMAT (km)
Couffo		50	24	48,0	637 310	26 555	2 174	5,4
	Aplahoué/Djakotomè/Dogbo	24	15	62,5	353 126	23 542	1 372	5,4
	Klouékanmè/Lalo/Toviklin	26	9	34,6	284 184	31 576	802	5,3
Donga		26	14	53,8	425 261	30 376	11 166	15,9
	Bassila	4	5	125,0	86 862	17 372	5 661	19,0
	Djougou/Copargo/Ouaké	22	9	40,9	338 399	37 600	5 505	14,0
Littoral		13	236	1815,4	808 018	3 424	79	0,3
Mono		35	13	37,1	437 414	33 647	1 587	6,2
	Lokossa/Athiémé	10	8	80,0	141 595	17 699	480	4,4
	Comè/Grand-Popo/Houéyogbé	25	5	20,0	295 819	59 164	1 107	8,4
Ouémé		38	33	86,8	887 801	26 903	1 276	3,5
	Adjohoun/Dangbo/Bonou	20	16	80,0	184 864	11 554	603	3,5
	Akpo-Misséréte/Avrankou/Adjarra	18	17	94,4	258 975	15 234	341	2,5
	Porto-Novo/Sèmè-Kpodji/Aguégués	14	65	464,3	443 962	6 830	332	1,3
Plateau		29	12	41,4	494 598	41 216	3 274	9,3
	Pobè/Kétou/Adja-Ouèrè	17	7	41	321 839	45 977	2 600	10,9
	Sakété/Ifangni	12	5	42	172 759	34 552	674	6,6
Zou		76	48	63	728 873	15 185	5 209	5,9
	Abomey/Agbagnizoun/Djidja	29	19	66	264 763	13 935	2 370	6,3
	Covè/Ouinhi/Zagnanado	18	1	6	133 048	133 048	1 700	23,3
	Bohicon/Za-Kpoto/Zogbodomè	29	28	97	331 062	11 824	1 139	3,6

Source : RGE 2, INSAE 2008

Personnel National

Directeur Général de l'INSAE

VODOUNOU Z. Cosme

Directeur Général Adjoint de l'INSAE

EKUE Credo Pierre

Directeur des Statistiques et Etudes Economiques

SOEDE Michel

Secrétariat DSEE

SOGLOHOUN Claudine

Service des Comptes Nationaux (SCN)

BIAOU Abraham, Chef Service

BANON Symphorien

SESSEDE Charles

OBOSSOU Hervé

EDON Raoul

AHOKPOSSI Japhet

Service des Echanges Extérieurs (SEE)

SOKOU Samson, Chef Service

NOUGBODOHOUE Samson

ADJOVI Roméo

Service des Statistiques et Etudes de l'Industrie (SSEI)

KAKPO Eliakim, Chef Service

FADO C. Alexis

Service des Statistiques et Etudes des Activités Tertiaires (SSEAT)

SANNI Kabirou, Chef Service

AGUIAR Luc

Service des Statistiques et Etudes de l'Agriculture (SSEA)

COUTHON KINSOU Esther, Chef Service

ESSOUN A. Christophe

ANALYSE DU DEUXIEME RECENSEMENT GENERAL DES ENTREPRISES (RGE2)

COORDONNATEURS DU PROJET : Messieurs

- Cosme Z.VODOUNOU, Directeur National du Projet RGE2
- Michel SOEDE, Directeur Technique du Projet RGE2

EXPERTS NATIONAUX : Messieurs et Mesdames

- **ADECHIAN Djabar**, Statisticien Démographe
- **ADJOVI Roméo**, Statisticien
- **AGBANGLA Sévérin**, Géographe
- **AGUIAR Luc**, Statisticien-Economiste
- **AHAMIDE Armelle**, Démographe
- **AHOVEY Elise**, Démographe
- **ALLAYE Agnès**, Administratrice des entreprises
- **BANKOLE Victor** Statisticien-Economiste
- **BANON Symphorien**, Economiste
- **BESSANH Norbert**, Statisticien
- **BIAOU Abraham** Statisticien-Economiste
- **DAGA Jules**, Démographe
- **DANSOU Martinien**, Statisticien
- **DOSSOU Christian**, Démographe
- **ESSESSINO A. Raïmi**, Statisticien-Economiste
- **HOUNKPODOTE Eudes**, Economiste planificateur
- **KAKPO Eliakim**, Statisticien
- **KINSOU Esther**, Statisticienne
- **KOUBADJE Sourou** Statisticien -Démographe
- **MARTIN Djibril** Statisticien-Economiste
- **MENSAH Victorine**
- **MISSINHOUN Evariste**
- **NOUATIN M. Bruno** Statisticien -Démographe
- **NOUGBODOHOUE Samson**, Statisticien
- **OBOSSOU O. Hervé**, Statisticien-Economiste
- **SANNI Kabirou**, Statisticien
- **SESSEDE Charles**, Statisticien-Economiste
- **SOEDE Michel**, Statisticien-Economiste
- **SOKOU Samson**, Statisticien
- **TOGONOU Hippolyte** Statisticien -Démographe
- **ZOUNON Jean Koukou**, Statisticien-Economiste
- **ZOUNON Mémounath**, Economiste planificateur