



Note Budgétaire sur la santé 2019



Messages clés

- 1.** Malgré les importants défis relevés au niveau de la santé, la part du budget allouée au secteur santé est en baisse depuis 2016 passant de 7,6% à 5% en 2019 ; ce qui ne respecte ni l'accord d'Abuja (au moins 15% du budget alloué au secteur de la santé) ni les recommandations de l'OMS (au moins 60 dollars US de dépense de santé par habitant alors que cette dépense est de 11 dollars US en 2019) classant le Bénin parmi les pays qui financent le moins la santé.
- 2.** La majeure partie du budget du secteur de la santé est consommée par les dépenses de personnel et les dépenses administratives (94,6% de taux d'ordonnancement contre 32,4% pour les dépenses d'investissement). Pour obtenir de meilleurs résultats, y compris une réduction de la mortalité infantile, il est nécessaire d'accorder une priorité à la consommation des dépenses d'investissements
- 3.** Face aux défis à relever en matière de couverture vaccinale des enfants 12 à 23 mois (près de 50% d'entre eux ne reçoivent pas les vaccinations nécessaires pour leur groupe d'âge), le Ministère de la Santé poursuit la mise en œuvre du Programme Elargi de Vaccination (PEV) dont la part des dotations par rapport au Budget du Ministère s'accroît passant de 1,7% en 2018 à 1,8% en 2019. Il est souhaitable que le Gouvernement accroisse davantage les dotations budgétaires en faveur du PEV notamment à travers l'Agence Nationale pour la Vaccination et les Soins de Santé Primaires.
- 4.** Le niveau d'exécution financière, base ordonnancement, du budget consacré à la santé augmente depuis 2016 passant de 68,4% à 76,9%. Cet effort devra être poursuivi, surtout en ce qui concerne les dépenses liées à la réduction de la morbidité et de la mortalité de la mère et du nouveau-né d'une part, et les investissements favorables aux enfants d'autre part.
- 5.** La crédibilité du budget de la santé, gestion 2018, mérite d'être renforcée compte tenu des écarts très importants entre les allocations budgétaires prévisionnelles (68,9 milliards de FCFA) et les dépenses réelles (52,9 milliards de FCFA).
- 6.** Le Gouvernement a inscrit dans les dotations budgétaires du Ministère de la Santé en 2019 des ressources FADeC pour la santé communautaire dans le cadre de la prise en charge des relais communautaires à la satisfaction de tous les acteurs. Il est important de veiller à l'exécution complète et conforme de ces ressources.
- 7.** Depuis 2014, 13,5 milliards FCFA (soit 78,65% du budget) de contribution de Partenaires techniques étaient extra-budgétisés, presque autant que le montant de 17,1 milliards qui était budgétisé. Cette situation compromet les processus de planification et de mise en œuvre du budget et augmente le risque de duplication des services. Il est important d'assurer la traçabilité complète de ces fonds pour améliorer non seulement la mobilisation des ressources en faveur du secteur de la santé mais aussi et surtout assurer une gestion efficiente des ressources de l'Etat.

INTRODUCTION

L'amélioration du niveau de croissance mondiale implique l'utilisation du plein potentiel du capital humain pour l'atteinte de ce but. Renforcer le capital humain demande d'investir dans des interventions et programmes qui ciblent le développement au début de la vie d'une personne (enfance). Ainsi, investir dans le capital humain en améliorant la nutrition, la santé et l'éducation notamment dans la petite enfance favorisent le développement individuel ainsi que la richesse nationale et la croissance économique¹. Cela permet également de mettre fin à l'extrême pauvreté et de réduire les inégalités.

Les chercheurs s'accordent sur le fait que les 1000 premiers jours d'un enfant, soit de la conception jusqu'aux environs de 3 ans, représentent la période la plus propice pour établir une base solide pour la santé physique, intellectuelle et sociale à plus long terme. Un tel développement est alimenté par une bonne nutrition, la prévention des maladies et la création d'un environnement favorable à travers les soins et la stimulation de l'éveil, adaptée à l'âge. La malnutrition précoce et la négligence affaiblissent la croissance et le développement des enfants, la réussite scolaire et les perspectives économiques futures. Cela entraîne d'énormes coûts directs et indirects pour les individus, les familles et les pays.

La présente note budgétaire est l'un des cinq documents qui examinent dans quelle mesure le budget de l'Etat au Bénin répond aux besoins des enfants de moins de 18 ans. Ce document analyse la taille et la composition des allocations budgétaires du secteur de la santé pour l'année budgétaire 2019 et donne des indications sur l'efficacité, l'équité et l'adéquation des dépenses de santé au niveau national. Le but visé est de synthétiser des informations budgétaires complexes afin qu'elles puissent être facilement comprises par toutes les parties prenantes d'une part et de mettre en évidence les messages clés pouvant éclairer les processus décisionnels en matière de politique sanitaire et de budgétisation d'autre part.

I - Investir dans la santé des enfants

Le soutien aux programmes de santé et de nutrition infantile offre des retours sur investissement élevés tant pour les individus que pour les gouvernements. En effet, le nouveau cadre mondial d'investissement pour la santé de la femme et de l'enfant démontre qu'investir dans la santé de la femme et de l'enfant en Afrique² pourrait sauver des millions de vie et générer un retour économique et social équivalent à 11 fois l'investissement initial. En moyenne, dans 46 pays d'Afrique, un investissement supplémentaire de 8 US\$ par personne et par an sur une génération (c'est-à-dire 25 ans) permettrait d'éviter 17 millions de mortinaissances et le décès de près de 4 millions de mères, de 90 millions d'enfants (dont 30 millions de nouveau-nés).

Des chercheurs ont également établi plusieurs évidences, ils ont noté entre autres que :

- les enfants ayant accès à des soins de santé de qualité, à une bonne nutrition et à la stimulation intellectuelle au cours des premières années deviennent des adultes en meilleure santé, plus susceptibles d'atteindre un niveau supérieur de scolarité et d'avoir des revenus plus élevés ;

¹ Devercelli, 2017, Investir dans la petite enfance

² L'Organisation mondiale de la Santé, le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et l'Université de Washington. Cadre d'investissement pour la santé de la femme et de l'enfant en Afrique. Genève, Suisse, 2014.

- un enfant bien nourri pendant ses premières années gagnera probablement 20% de plus que ses pairs malnutris par contre les enfants malnutris sont plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé, moins susceptibles de rester à l'école ou de tirer profit de la scolarité, et risquent de gagner un revenu plus faible à l'âge adulte, perpétuant ainsi le cycle de la pauvreté³ ;
- pour chaque dollar investi dans la nutrition, un pays peut obtenir 16 dollars en retour⁴ ;
- l'échec de l'amélioration de santé et de la nutrition se fait ressentir dans toute l'économie mondiale sous la forme de pertes de 3,5 milliards de dollars par an, soit 500 dollars par individu⁵.

En avril 2016, le Président de la Banque Mondiale, Jim Yong Kim, a déclaré que : « favoriser le développement de la petite enfance est à la fois moralement juste et économiquement intelligent⁶ ».

Pourtant au Bénin, un enfant de moins de cinq ans sur trois (EDSB, 2017-2018) souffre d'un retard de croissance (faible taille pour l'âge) et cette forme de malnutrition entraîne des retards graves et irréversibles.

De ce fait, investir dans la santé des jeunes constitue une base pour un développement économique durable. En ce sens, les chefs d'Etats africains ont ratifié un accord à Abuja (Nigéria) en avril 2001 demandant une allocation d'au moins 15% du budget national au secteur de la santé pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

La bonne santé et le bien-être constituant l'un des objectifs prioritaires de développement durable (ODD3), le Bénin s'attèle en ce sens à investir dans la santé des enfants et l'amélioration de leur condition de vie. Ceci est d'autant plus nécessaire que la population béninoise est constituée en grande majorité de jeunes de moins de 18 ans (51,3% en 2018 d'après les projections démographiques de l'INSAE). Les enfants sont particulièrement exposés à la pauvreté monétaire et 43,3% d'entre eux vivant dans des ménages qui dépensent moins que 400 FCFA (0,65 USD) par jour selon l'EMICOV (INSAE, 2015). La grande majorité des enfants de 0 à 17 ans (64,5%) cumulent au moins 3 privations, dans les domaines des services de base comme la santé, l'éducation, l'eau et l'assainissement, la nutrition, la protection des enfants, etc.

La prise des mesures idoines pour une bonne santé de la population en général et des enfants en particulier nécessite d'importantes ressources financières qui ne peuvent être mobilisées qu'à travers le budget de l'Etat. En effet, **le budget est l'instrument capital qui permet de jauger le véritable engagement du gouvernement à traduire les Droits des enfants en réalité notamment dans le cadre de la réalisation des Objectifs de Développement Durable (ODD)**. Cet engagement est visible dans plusieurs documents nationaux et sectoriels. L'année 2019 étant la quatrième année de la mise en œuvre des ODD, le gouvernement met un accent particulier sur la mobilisation des ressources et leur utilisation rationnelle pour l'amélioration des conditions socio sanitaires des familles.

³ Banque Mondiale. 2005. Replacer la nutrition au cœur du développement : une stratégie d'intervention à grande échelle. Washington, DC: World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/690491468150317834/Main-report>

⁴ International Food Policy Research Institute. 2015. Global Nutrition Report 2015: Actions and Accountability to Advance Nutrition and Sustainable Development. Washington, DC.

⁵ Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO). La situation mondiale de l'alimentation et de l'agriculture. Mettre les systèmes alimentaires au service d'une meilleure nutrition.

⁶ 2 "Présentation par Jim Kim Yong, Président de la Banque Mondiale, pendant le "Sommet pour le Capital Humain : Investir dans la Petite Enfance pour la Croissance et la Productivité", 6 octobre 2016. Washington, DC.

II - Principaux défis du Bénin dans le secteur de la santé

L'analyse diagnostic de la situation sanitaire du Bénin laisse entrevoir plusieurs défis à relever pour l'amélioration des conditions de vie des populations en général et des enfants en particulier.

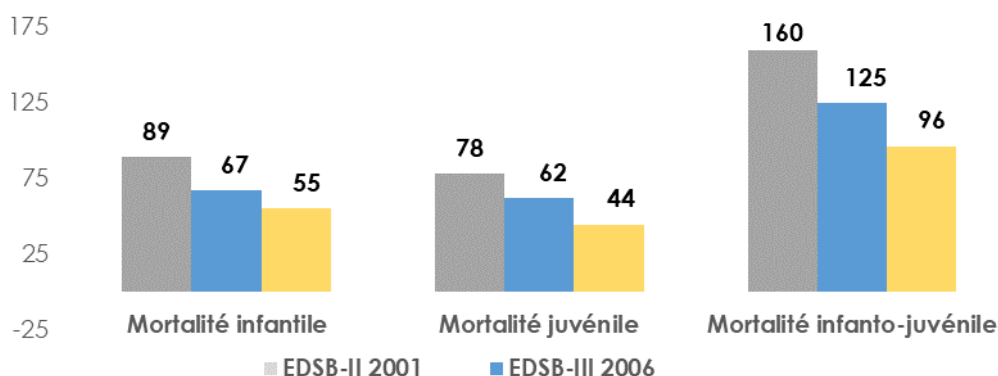
Une recrudescence de la morbidité

Il est en effet noté une poussée de la morbidité et une évolution remarquable des maladies non transmissibles telle que l'hypertension et le diabète. Parmi les trois (03) maladies prioritaires (Paludisme, Tuberculose et VIH SIDA), le paludisme demeure la première cause de consultation (43,9 % des cas) et d'hospitalisation (31,5 %) selon l'annuaire des statistiques sanitaires de 2016. Le paludisme est la première cause de morbidité et de mortalité dans les groupes les plus vulnérables, à savoir, les enfants de moins de cinq (05) ans et les femmes enceintes. Il représente 48,8 % des motifs de consultation et 42,1% des causes d'hospitalisation pour les enfants de moins de 5 ans. Par rapport au VIH/SIDA, sa prévalence est passée de 1,60% en 2016 à 1,55% en 2017 chez la tranche d'âge de 15-49 ans. En ce qui concerne la tuberculose, le nombre de dépistés sous toutes ses formes est de 3662 nouveaux cas en 2017 contre 3968 en 2016. Le taux de succès thérapeutique de la prise en charge des nouveaux cas de tuberculose s'établit à 88% en 2017 contre une cible de 87%.

La situation sanitaire des enfants reste préoccupante

Avec les efforts consentis en matière de prévention et de soins des enfants (Programme Elargi de Vaccination/PEV), la mortalité des enfants s'améliore mais le Bénin n'a pas pu atteindre les cibles des OMD et celles des ODD (2 et 3). Entre 2001 et 2017-2018, on constate globalement, selon les données de l'EDSB 2017-2018, une diminution de la mortalité des enfants au Bénin : la mortalité infantile est passée de 89‰ en 2001 à 55 ‰ en 2017-2018. Pendant la même période, la mortalité juvénile est passée de 78 ‰ à 44 ‰ et globalement, la mortalité infanto-juvénile a diminué, variant de 160 ‰ à 96 ‰ comme l'indique le graphique 1 ci-après.

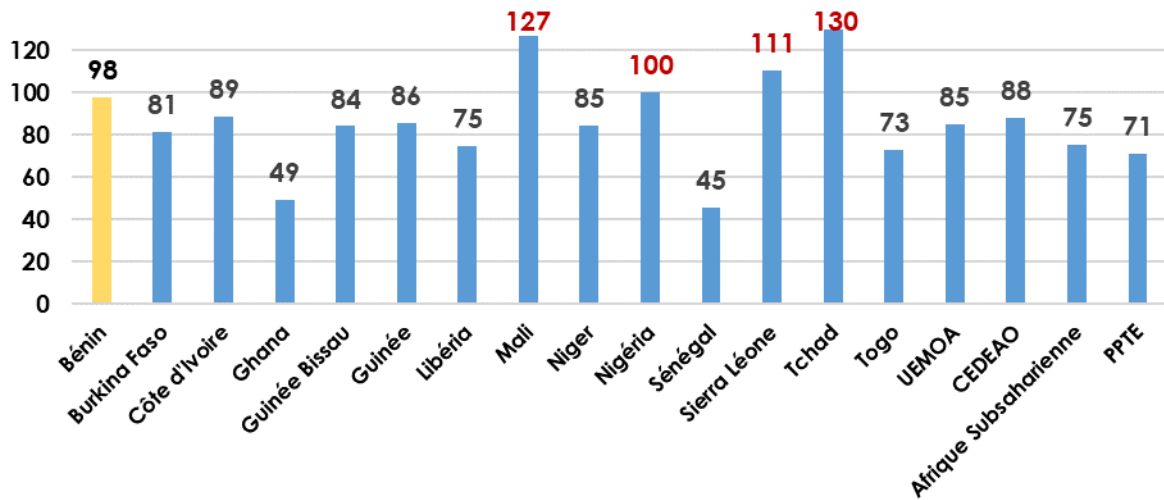
Graphique 1 : Evolution de la mortalité infantile (‰), (2001-2002 à 2017-2018)



Source : EDSB, 2017-2018

Malgré la baisse du taux de mortalité infantile, le Bénin fait partie des pays ayant un fort taux de mortalité infanto-juvénile (Cf. Graphique 2).

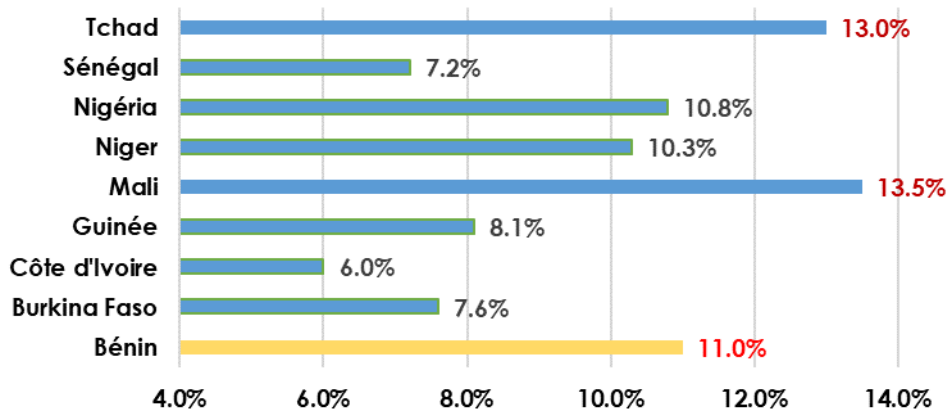
Graphique 2 : Taux de mortalité infanto-juvénile dans les pays de la CEDEAO en 2016



Source : World Development Indicators (Banque Mondiale), Mise à jour 31 janvier 2019

Le défi de la nutrition face à l'évolution du capital humain demeure un vecteur important pour le secteur. Dans l'ensemble, 32 % des enfants souffrent de malnutrition chronique et 11% en souffrent sous sa forme sévère. Le Bénin fait partie des pays de l'Afrique Subsaharienne ayant une forte prévalence de la malnutrition sous sa forme sévère (Cf. Graphique 3).

Graphique 3 : Prévalence de la malnutrition (forme sévère) des enfants de moins de 5ans dans certains pays africains en 2017



Source : World Development Indicators (Banque Mondiale), Mise à jour 31 janvier 2019

La prévalence du retard de croissance a tendance à augmenter avec l'âge jusqu'à 24-35 mois, groupe d'âges dans lequel elle atteint son niveau le plus élevé (41%). Cette malnutrition chronique est la conséquence d'une alimentation insuffisante, de faibles conditions de vie et d'hygiène, à l'accès limité à l'eau potable aux mauvaises pratiques en ce qui concerne l'allaitement maternel, aux mauvaises habitudes alimentaires et à un faible niveau d'éducation chez les mères.

De faibles taux de fréquentation des services sanitaires malgré une offre de services de santé acceptable

Si l'offre en services de santé reste acceptable avec un niveau de couverture d'environ 91,6% en infrastructures, le taux de fréquentation en revanche reste faible (46,9% en 2017) et relève

d'une conséquence de la situation financière morose, du mauvais accueil et de la mauvaise qualité des soins de santé. En revanche, la fréquentation des services de santé par les enfants de 0 à 5 ans s'est nettement améliorée avec un taux de 84% contre une cible de 95%. Cependant la vaccination des enfants de 12 à 23 mois (âges auxquels ils devraient avoir reçu tous les vaccins du PEV) n'est pas reluisante. En effet, les résultats de l'EDSB, 2017-2018 révèlent que 57 % de ces enfants ont reçu tous les vaccins de base et 51 % ont reçu tous les vaccins appropriés pour le groupe d'âges pendant ce temps, 11 % des enfants n'ont reçu aucun vaccin.

Des ressources humaines en nombre insuffisant aussi bien quantitativement que qualitativement dans les hôpitaux et les centres de santé.

Les ressources humaines, du point de vue des normes de l'OMS présentent une faible couverture en besoins du personnel médical en 2017. En effet, on enregistre 7,6 agents qualifiés pour 10.000 habitants alors que la norme OMS est de 25 agents qualifiés pour 10.000 habitants, soit un déficit d'au moins 17 agents.

Les résultats dans le secteur sanitaire sont marqués par d'importantes disparités.

Par rapport à la prise en charge des femmes en état d'accouchement, les résultats montrent que les recommandations de l'OMS pour une prise en charge sanitaire des femmes dans les 48 heures après l'accouchement ont été une réalité pour 66% de cas entre 2017 et 2018 (contre 51% en 2011 et 2012) La couverture en soins postnatals dans les délais recommandés est plus élevée en milieu urbain que rural (70 % contre 63 %). Elle a tendance à augmenter avec le niveau d'instruction de la mère, passant de 60 % parmi les femmes sans instruction à 73 % parmi celles ayant le niveau primaire et à 83 % parmi celles ayant le niveau supérieur (selon les résultats de l'ESDB, 2017-2018). En outre, du quintile le plus bas au plus élevé, le pourcentage de femmes dont l'état de santé a été vérifié dans les 2 jours après l'accouchement augmente, de 45 % à 80 %. Les résultats mettent aussi en évidence des écarts selon les départements : la proportion de femmes ayant reçu des soins postnatals dans les délais recommandés varie d'un minimum de 30 % dans l'Atacora à un maximum de 91 % dans le Zou.

En ce qui concerne le VIH/SIDA, la prévalence est de 1,97% en milieu urbain et 0,77% en milieu rural. La plus faible prévalence (0,51%) est observée dans le département de l'Alibori. Les départements du Plateau (1,63%), du Littoral (1,64%), de la Donga (1,69%), de l'Ouémé (2,06%) et du Couffo (2,36%) ont des prévalences supérieures à la moyenne nationale.

S'agissant de la malnutrition, la prévalence de la malnutrition chronique est plus élevée parmi les garçons que parmi les filles (35 % contre 29 %). Les enfants du milieu rural sont davantage affectés par le retard de croissance que ceux du milieu urbain (36 % contre 28 %). L'écart est particulièrement important par rapport à Cotonou (36 % contre 19 %). Les résultats selon les départements montrent que, dans la moitié des départements, plus d'un tiers des enfants sont atteints de retard de croissance. Dans le Couffo, le pourcentage atteint 38 %. Par ailleurs, les résultats montrent que la prévalence de la malnutrition chronique diminue avec le niveau d'instruction de la mère et avec le niveau de bien-être du ménage, passant pour le niveau d'instruction de 35 % à 9 % et pour le niveau de bien-être de 41 % à 19 %.

Dans le cadre de son projet sur le capital humain, la Banque Mondiale a initié l'Indice du Capital Humain (ICH⁷) qui permet d'apprécier le niveau de capital humain dans un pays pour accélérer son développement et réduire la pauvreté. La santé est une composante essentielle de l'ICH.

⁷ L'ICH initié par la Banque mondiale, est un indicateur qui mesure ainsi la quantité de capital humain qu'un enfant né aujourd'hui doit pouvoir atteindre avant 18 ans, compte tenu des risques de mauvaise santé et de faible éducation qui

Selon la Banque Mondiale (2018), l'ICH du Bénin est estimé à 0,41 autrement dit un enfant né au Bénin aujourd'hui sera 41% aussi productif qu'il le serait s'il bénéficiait d'une éducation complète et d'une bonne santé. En effet, ce faible niveau d'accumulation de capital humain s'explique par les résultats liés à la mortalité infanto-juvénile, à la malnutrition et l'espérance de vie des jeunes (76% des jeunes âgés de 15 ans survivront jusqu'à l'âge de 60 ans). Le Bénin est classé parmi les pays à faible ICH comparé à certains pays où, il atteint 0,7 ou 0,8. D'où l'urgence d'inversé cette tendance lourde.

Au total, la situation sanitaire au Bénin présente des défis pour l'atteinte de l'ODD3, à savoir :

- la réduction des mortalités maternelle, néonatale et infanto-juvénile ;
- la lutte contre les maladies prioritaires (paludisme, SIDA, tuberculose), l'hépatite, les maladies tropicales négligées, les maladies non transmissibles ;
- l'amélioration de la santé reproductive des adolescentes et des jeunes ; et
- l'amélioration de l'offre de service de santé (ressources humaines qualifiées, infrastructures, équipements, etc.)

Face aux défis énumérés plus haut, le Ministère de la Santé s'est fixé comme objectif, à travers le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS, 2018-2022), d'améliorer l'état de santé de la population béninoise sur la base d'un système intégrant les personnes vulnérables (enfants, pauvres, indigents, handicapés, personnes du troisième âge, femmes enceintes, etc.). De cet objectif de développement, six orientations stratégiques ont été identifiées et constituent les domaines d'intervention contenus dans le PNDS que sont : (i) développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé ; (ii) réduction de la morbidité, de la mortalité de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune et renforcement de la prévention, la lutte contre les maladies et l'amélioration de la qualité des soins ; (iii) valorisation des ressources humaines en santé ; (iv) développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé ; (v) amélioration du système d'information sanitaire et promotion de la recherche en santé ; et (vi) amélioration du mécanisme de financement pour une meilleure couverture universelle en santé.

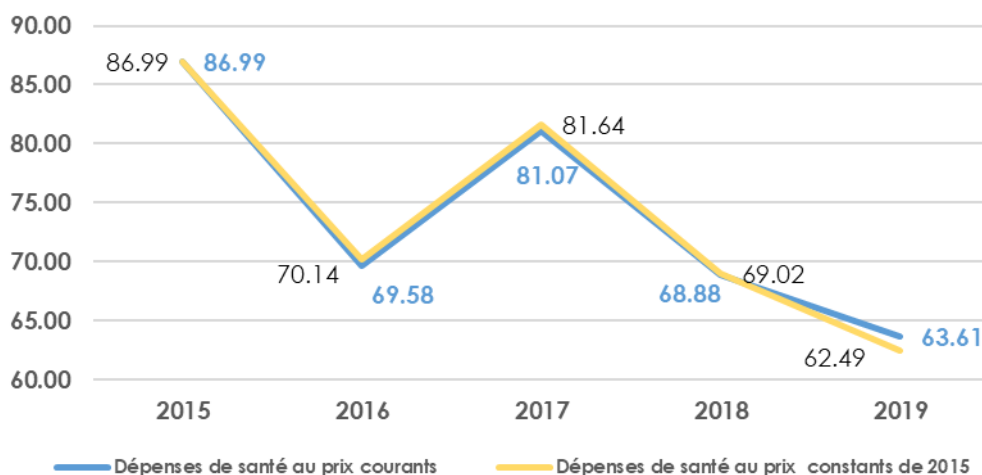
Ces objectifs sont conformes à ceux déclinés dans le Plan National de Développement qui vise entre autres à doter le Bénin d'un "capital humain sain, compétent et compétitif". Cet objectif stratégique est lié à plusieurs objectifs spécifiques dont celui de "rendre accessibles aux populations, des informations, des produits, des services et des soins de santé de qualité". Ces objectifs sont aussi arrimés à ceux définis dans le PAG (et donc dans le PC2D) qui ambitionnent "l'amélioration de la performance du système sanitaire". Pour relever les défis ci-dessus énumérés, le Gouvernement a également opté pour la mise en place d'un dispositif de Couverture en Santé Universelle (CSU), dans le cadre du projet "Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH)".

prévalent dans le pays où il vit. Trois composantes permettent de le calculer à savoir une composante survie, une composante nombre moyen d'années ajustées de scolarité et une composante santé.

III - Tendence des allocations budgétaires pour le secteur de la santé

Les allocations budgétaires accordées au secteur de la santé pour l'année 2019 sont évaluées à 63,61 milliards de FCFA contre 68,88 milliards de FCFA en 2018, soit une baisse de 5,27 milliards de FCFA. Le Bénin prévoit donc en 2019 une dépense de santé de 11 dollars US par habitant contre 12 dollars US en 2017 alors que la norme de 60 dollars US recommandée par l'OMS.

Graphique 4 : Evolution du budget de la santé au prix courants et au prix constants de 2015 (milliards de FCFA)



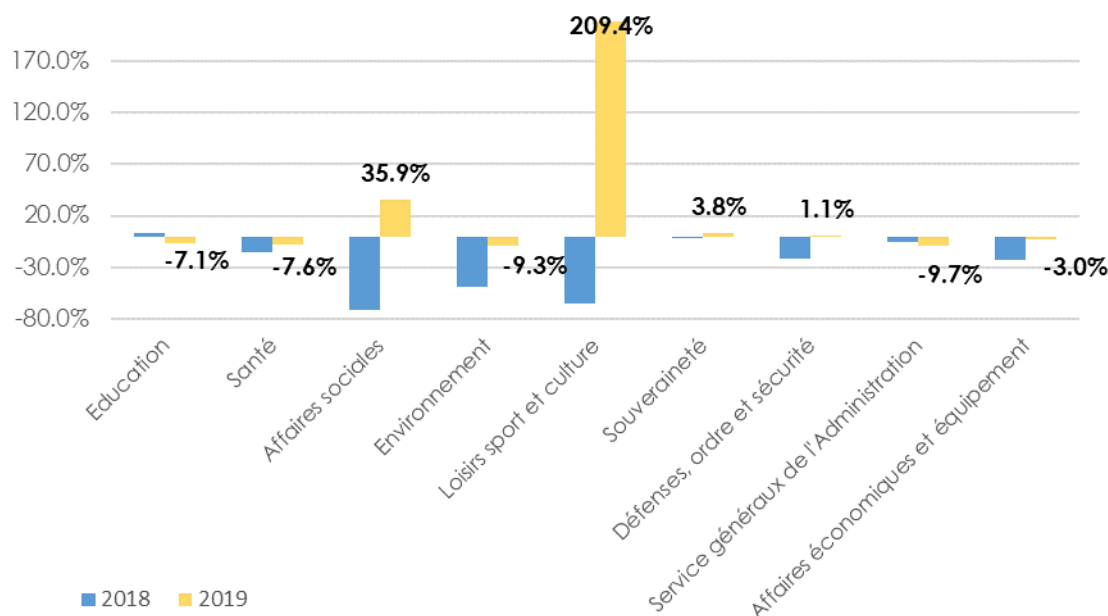
Source : DGB, documents budgétaires, 2015-2019

Cette baisse peut s'expliquer par le recul des prévisions budgétaires de l'Etat par rapport à 2018. En effet, les dépenses du Budget de l'Etat sont passées de 1406,32 milliards de FCFA en 2018 à 1373,04 en 2019 soit une baisse de 2,4% contre une baisse de 7,6% pour les dépenses de santé (trois fois la baisse des dépenses de l'Etat). Le recul des dépenses de l'Etat s'explique par la volonté du Gouvernement de maîtriser les dépenses de l'Etat afin de réduire le déficit budgétaire. La baisse des dépenses budgétaires du secteur de la santé a toujours été observée depuis 2015 en dehors de l'année 2017 où elles ont connu une hausse 16,5%. En 2016, la baisse a été de 27,9% tandis qu'en 2018 elle a été plus faible (15%).

Par rapport aux autres secteurs, on note que la santé fait partie des secteurs qui n'ont pas la faveur des arbitrages budgétaires sectoriels. En 2018, elle fait partie des secteurs qui ont subi une baisse non négligeable. Pour l'année 2019, elle a connu la baisse la plus importante après celui des services généraux de l'administration (-9,7%), et celui de la protection de l'environnement (-9,3%) comme l'indique le graphique 5 ci-dessous.

En lien avec cette réduction des dépenses de l'Etat, on note aussi un recul de la part du budget alloué au secteur de la santé sur la période 2015-2018. Ce niveau de dépenses reste en dessous du seuil de 15% recommandé par l'Accord d'Abuja sur « construire l'avenir de la santé en Afrique ».

Graphique 5 : Evolution des dépenses budgétaires selon la classification fonctionnelle en 2018 et 2019



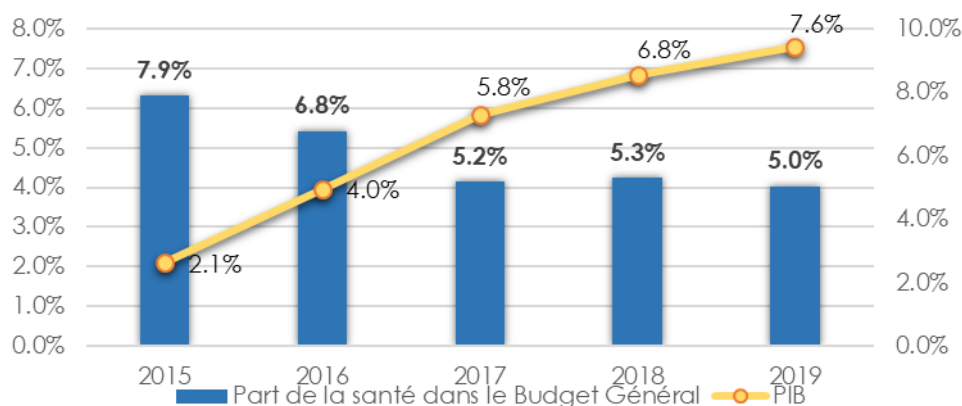
Source : DGB, Loi des Finances (2018 et 2019), calculs des auteurs

Ce niveau est également en dessous des 10% recommandés par l'Organisation Mondiale de la Santé même si le mode de calcul actuel pour la détermination de ce ratio ne prend pas en compte les ressources allouées aux autres ministères pour la santé (Ministère en charge de la défense, les ministères en charge des enseignements, le Ministère de l'intérieur...).

La part du budget du Ministère de la santé dans le budget général de l'Etat a régulièrement baissé entre 2015 et 2017 passant de 7,9% en 2015 à 5,2% en 2017 et finalement 5,0% en 2019 (Cf. Graphique 6).

Sur la même période on note que le taux de croissance du pays a connu une évolution positive continue sur la période passant de 2,1 en 2015 à 7,6 en 2019 (valeur estimée pour l'année 2019).

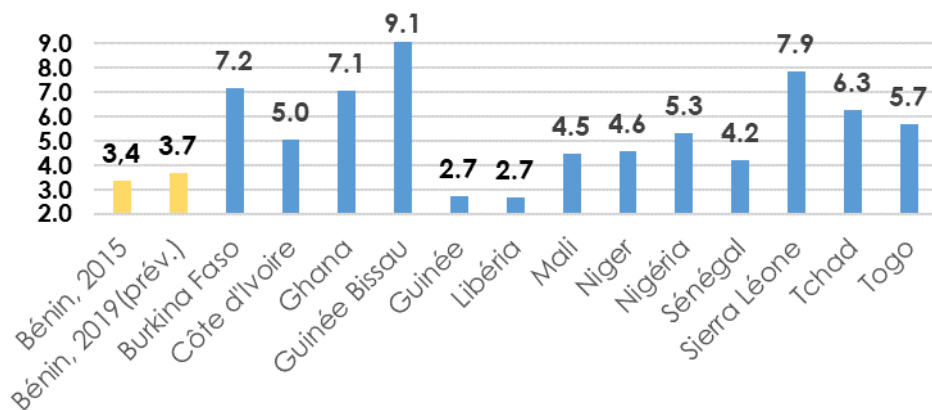
Graphique 6 : Part du budget de la santé dans le budget de l'Etat et Taux de croissance du PIB



Source : Données DGAE, lois de finances 2017, 2018 et 2019

Avec cette tendance à la baisse de la part des dépenses de santé dans le budget de l'Etat, le Bénin est en queue de peloton des pays de la CEDEAO par rapport au niveau de priorité qui est accordée au secteur de la santé (Cf. Graphique 7).

Graphique 7 : Dépenses de santé sur ressources intérieures en pourcentage des dépenses totales de l'Etat dans les pays de la CEDEAO en 2015.



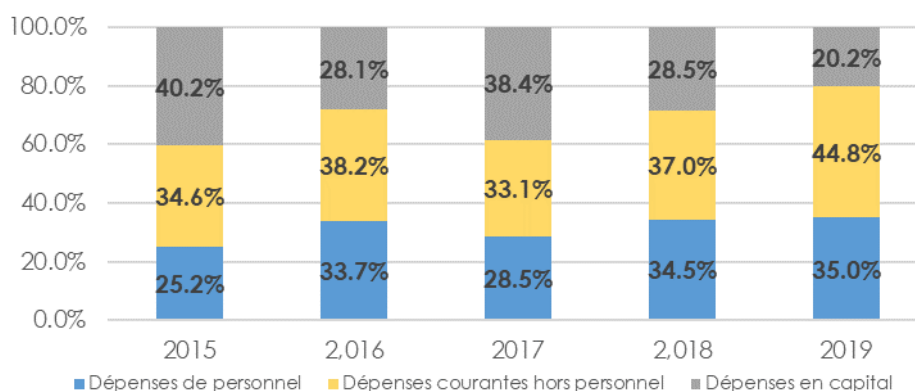
Source : World Development Indicators (Banque Mondiale), Mise à jour au 31 janvier 2019



IV - Evolution des allocations budgétaires selon la composition économique

Pour l'année 2019, la part du budget du Ministère de la santé consacré au fonctionnement (personnel, achat de biens et services et transfert) s'est accrue en s'affichant à 79,8% contre 71,5% un an plus tôt. Cet accroissement est imputable aux dépenses courantes hors dépenses de personnel qui sont passées de 25,49 milliards de FCFA à 28,49 milliards de FCFA soit un accroissement de 11,8%. Quant à la part consacrée aux investissements, elle a reculé en s'établissant à 20,2% contre 28,5% un an plus tôt. La baisse du niveau global des dépenses entre 2018 et 2019 s'explique par une baisse des dépenses de personnel et surtout de l'investissement. En effet, les dépenses de personnel sont passées de 23,76 milliards de FCFA en 2018 à 22,27 milliards de FCFA en 2019 soit une baisse de 6,2% qui est plus faible que la baisse du budget du secteur (7,6%). En ce qui concerne les dépenses en capital, elles affichent 12,84 milliards de FCFA en 2019 contre 19,62 milliards de FCFA un an plus tôt, soit une baisse de 34,6%. Ce recul des investissements s'explique par la baisse significative des dépenses en capital sur financement extérieur qui ont chuté de 13,62 milliards de FCFA en 2018 à 5,2 milliards de FCFA représentant une baisse de 61,8%. Cette baisse est légèrement compensée par les investissements sur financement intérieur qui ont connu une hausse 1,64 milliards entre 2018 et 2019 passant de 6 milliards à 7,64 milliards (soit un accroissement de 27,3%).

Graphique 8 : Allocation budgétaire du Ministère de la santé par destination économique

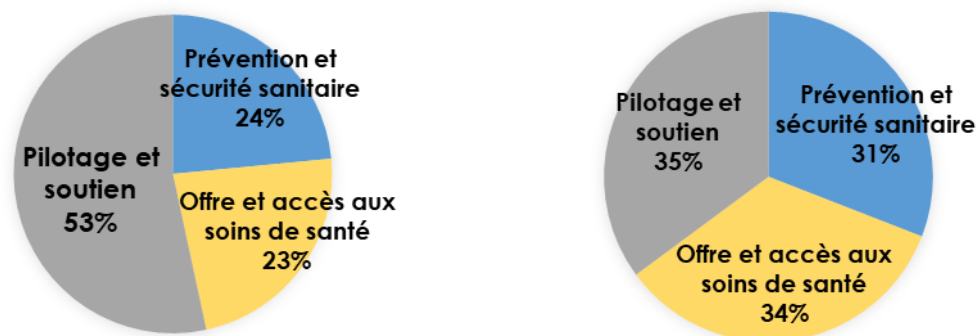


Source : Ministère de l'économie et des Finances, lois de finances 2015-2019

V - Répartition du budget du Ministère de la santé en 2019 par politique publique

Le Document de Programmation Pluriannuel des dépenses (DPPD) du Ministère de la santé permet d'analyser la répartition du budget par politique publique à travers les programmes budgétaires et les actions qui les composent. Le budget du Ministère de la Santé découpé en 5 programmes en 2017 est composé en 2019 de trois programmes à savoir : le Programme 1 (prévention et sécurité alimentaire) qui reçoit 23,5% des ressources, le Programme 2 (offre et accès aux soins de santé) dont la dotation représente 23,2% du budget du secteur et le Programme 3 (pilotage et soutien) qui prend la plus grande partie du budget, soit 53,4% à cause des salaires du personnels qui représentent 57,3% des dotations de ce programme. Lorsqu'on considère les dotations hors dépenses du personnel, la dotation des trois programmes est plus équilibrée avec 31% pour le programme 1, 34% pour le programme 2 et 35% pour le programme 3 comme l'illustre les graphiques ci-dessous :

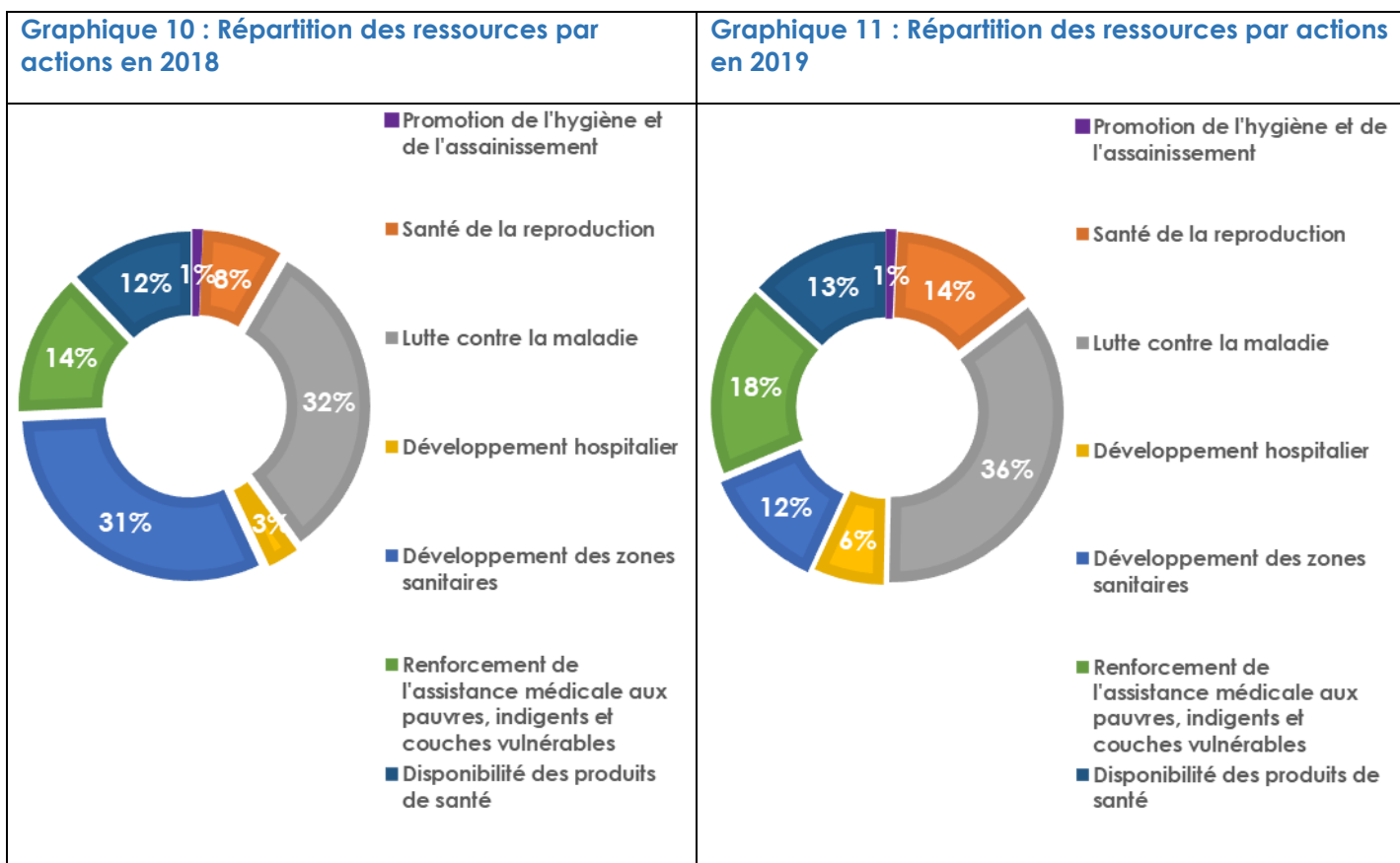
Graphique 9 : Dotation des programmes du secteur de la santé (Total à gauche et hors dépenses du personnel à droite) en 2019



Source : DPPD, 2019-2021, MS

Pour l'atteinte de l'objectif du Programme 1, trois actions ont été retenues à savoir : (i) promotion de l'hygiène et de l'assainissement ; (ii) santé de la reproduction ; et (iii) lutte contre la maladie. En ce qui concerne, le programme 2, les quatre actions identifiées pour l'atteinte des objectifs sont : (i) développement hospitalier ; (ii) développement des zones sanitaires ; (iii) renforcement de l'assistance médicales aux pauvres, indigènes et couches vulnérables ; et (iv) disponibilité des produits de santé. Les graphiques 10 et 11 ci-dessous permettent d'apprécier la part du budget qui sera consacrée à la mise en œuvre de ces actions.

Entre 2018 et 2019, la part des ressources allouées aux différentes actions s'est accrue à l'exception des actions liée au " développement hospitalier" dont la dotation a baissé de 31% à 12% et à la "promotion de l'hygiène et de l'assainissement" dont la part est restée la même (1%). La part du budget allouée pour la lutte contre la maladie (32% en 2018 et 36% en 2019) reste la plus importante suivie du renforcement de l'assistance médicale aux pauvres, indigents et couches vulnérables (14% en 2018 et 18% en 2019) et de la santé de la reproduction (8% en 2018 et 14% en 2019). La priorisation de ces trois actions est conforme aux défis du secteur.



Source : DPPD du Ministère de la Santé, 2019-2021, calculs des auteurs

Le développement hospitalier et la promotion de l'hygiène et de l'assainissement sont les actions qui reçoivent les plus faibles dotations budgétaires. Il faut souligner que le crédit destiné à l'action promotion de l'hygiène et de l'assainissement a légèrement augmenté passant de 120 millions de FCFA en 2017 à 200 millions de FCFA en 2018 et 2019. Pourtant sans une hygiène et un assainissement adéquat, les populations sont exposées aux maladies et les maladies pourront voir leur situation s'aggraver. D'où la nécessité d'accroître les ressources allouées à cette action.

Par ailleurs, dans le cadre du renforcement de l'assistance médicale aux pauvres, indigents et couches vulnérables, le Ministère de la santé met en œuvre le Programme Elargi de Vaccination (PEV) dont la part des dotations par rapport au Budget du Ministère s'accroît passant de 1,7% en 2018 à 1,8% en 2019. Mais en volume la dotation budgétaire du PEV est presque stable (1,18 milliards de FCFA en 2018 et 1,17 milliards de FCFA en 2019). Par ailleurs, le Gouvernement conscient des défis à relever en matière de vaccination (près de 50% des enfants de 12 à 23 mois n'ont pas reçu tous les vaccins appropriés pour leur groupe d'âges et 11% n'ont reçu aucun vaccin), a décidé de la création de l'Agence Nationale pour la Vaccination et les Soins de Santé Primaires dotée d'un budget de 1,1 milliards de FCFA qui permettront sûrement d'améliorer la couverture vaccinale. Cette priorisation des actions relatives à la morbidité et à la prise en charge des personnes vulnérables sont conformes aux défis du secteur et aux options stratégiques faites aussi bien dans le PND, le PAG (PC2D) que dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS).

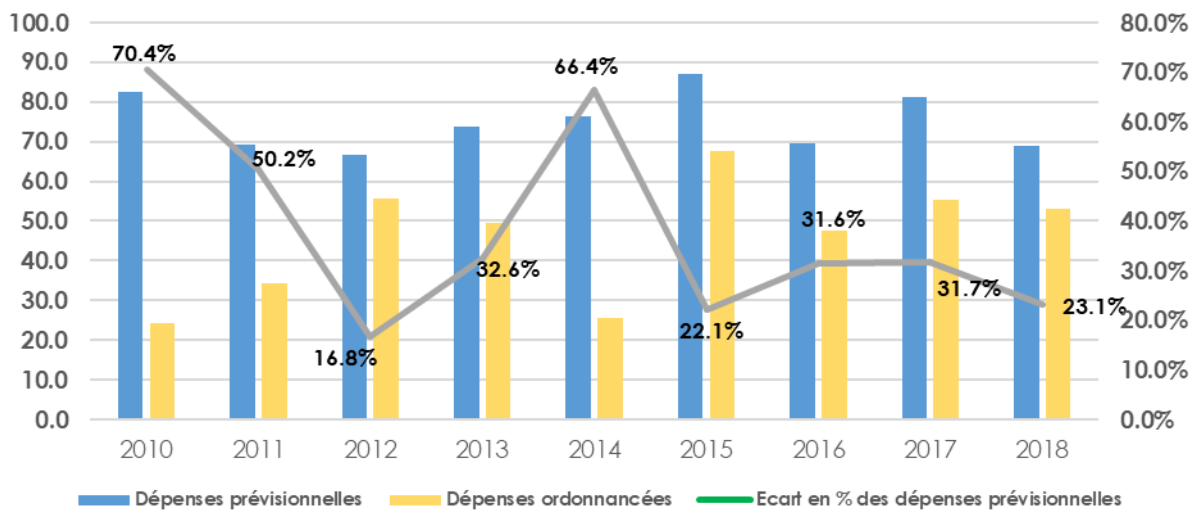
VI - Crédibilité et exécution du budget

La crédibilité du budget est appréciée à travers la relation qui existe entre les allocations budgétaires et les dépenses réelles d'une part et la capacité du secteur à dépenser les fonds disponibles. Dans ce cadre, la crédibilité du budget se mesure par l'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles.

VI.1- Cohérence entre les allocations budgétaires et les dépenses réelles

Les dépenses ordonnancées (c'est-à-dire les dépenses qui ont reçu l'ordre de paiement) ont été considérées comme dépenses réelles. Sur cette base, on note un écart important entre les allocations budgétaires (dépenses prévisionnelles) du secteur de la santé et les dépenses réelles comme l'indique le graphique ci-après.

Graphique 12 : Evolution des allocations budgétaires et les dépenses ordonnancées



Source : Rapport de performance du MS (2016 et 2017), Rapport de fin d'année 2018 (DGB), calculs des auteurs

Sur la période 2010-2018, l'écart entre les allocations budgétaires et les dépenses réelles varie de 58,09 milliards de FCFA (2010) à 11,19 milliards de FCFA (2012) ce qui représente entre 16,8% et 70,4% des allocations budgétaires prévisionnelles. En 2018, l'écart est de 15,9 milliards (23,1%) contre 25,7 milliards de FCFA (31,7%) en 2017. Depuis 2016 cet écart se réduit même si sa valeur en 2017 est plus élevée que celle des années 2017 et 2018. Cet écart serait imputable à une prévision budgétaire très optimiste en 2017 consécutive à l'adoption du PAG, 2016-2021 qui n'a sûrement pas pris en compte les capacités de mobilisation et de consommation des ressources.

Le Gouvernement se doit donc de prendre des mesures pour améliorer la crédibilité du budget du secteur de la santé en réduisant au maximum l'écart entre les allocations budgétaires et les dépenses réelles. Cela passe par la prise des mesures (capacités des gestionnaires de crédits, anticipation dans les procédures de passation des marchés publics, déconcentration de

certaines dépenses prioritaires, etc.) pour une bonne consommation des ressources mises à la disposition du secteur de la santé.

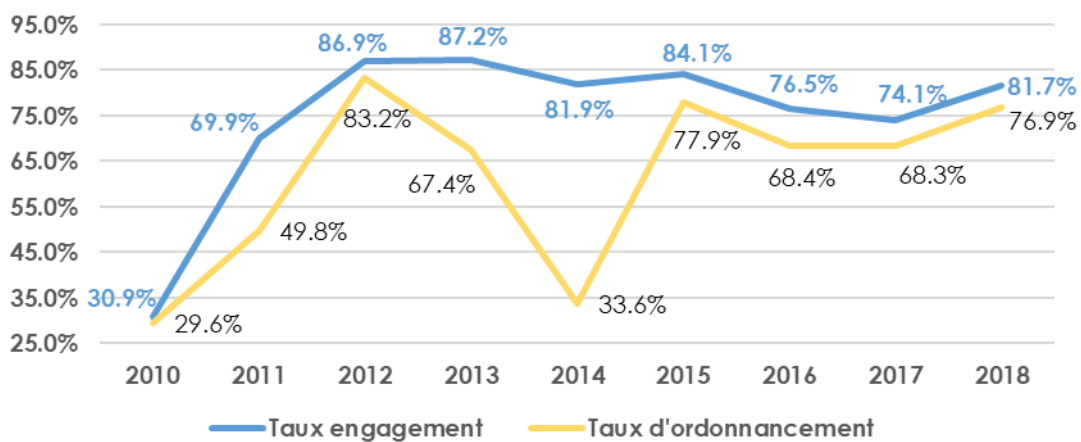
VI.2- Point sur l'exécution du budget du Ministère de la santé.

La question de l'exécution budgétaire revêt une importance stratégique en considérant l'adéquation entre les ressources financières et les besoins de financement en soins de santé. L'Examen des Rapports Annuels de Performance (RAP) produits par le Ministère de la Santé permet d'appréhender le niveau d'exécution des ressources budgétaires du ministère.

VI.2-1 Taux d'exécution du budget

Le taux d'exécution du budget du Ministère de la Santé pour la gestion 2018 est de 76,9% base ordonnancement contre 68,3% en 2017 soit une hausse de 8,6 points de pourcentage.

Graphique 13 : Evolution du taux d'exécution du budget du Ministère de la santé (base engagement et base ordonnancement)



Source : Rapport de Performance du Ministère de la santé (2015, 2016 et 2017), Rapport de fin d'année 2018 (DGB), calculs des auteurs.

Le taux base ordonnancement⁸ entre 2015 et 2017 quoiqu'en baisse est plus forte que celui obtenu au cours des périodes antérieures à l'exception de l'année 2012 où il affiche 83,2%. Ce taux s'est amélioré en 2018 sans toutefois atteindre la valeur de 2015.

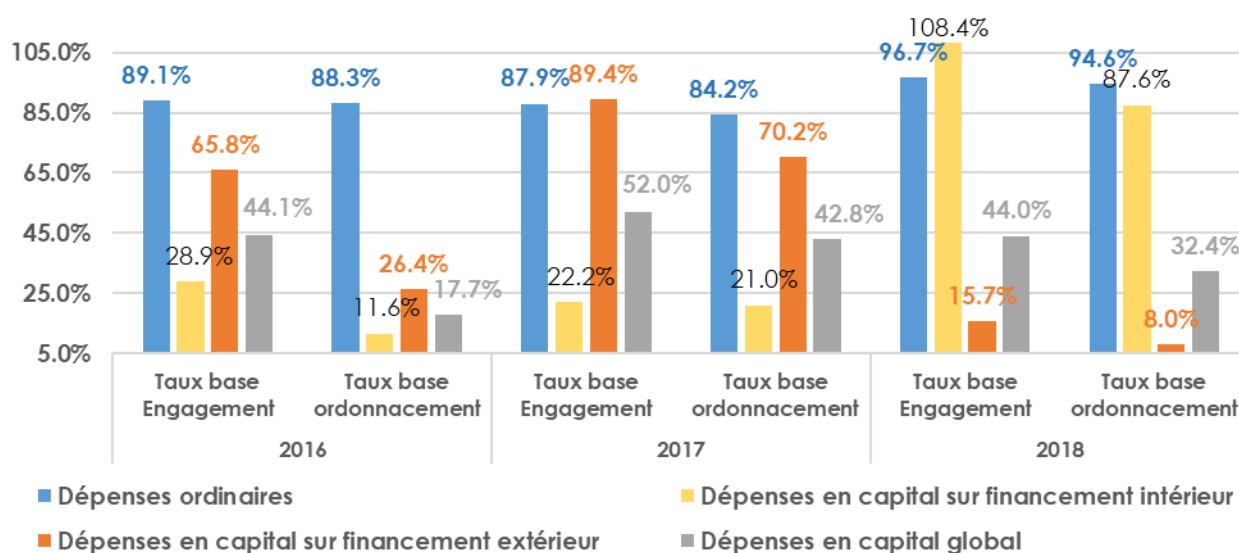
VI.2-2 Taux d'exécution du budget du Ministère de la santé par nature économique

Le taux d'exécution financière, base ordonnancement, du budget de fonctionnement (y compris les charges de personnel) est de 94,6% en 2018 contre 84,2% un an plus tôt. Les dépenses de fonctionnement ont connu un niveau de consommation plus élevé qu'en 2017 à cause d'une part d'un ordonnancement en dépassement des Fonds d'urgence de plus de 4 fois la dotation (1968 millions ordonnancés pour une prévision de 440 millions) et en raison de la prise en charge des cotisations des agents affiliés au Fonds National de Retraites du Bénin (FNRB) pour un montant de plus de 3 milliards par rapport à la prévision initiale d'autre part.

⁸ Rapport entre les dépenses ayant reçu l'ordre de paiement et les dépenses prévues

Par contre, le taux d'exécution des dépenses en capital s'établit à 32,4% base ordonnancement contre 42,8% en 2017. Cette situation s'explique un taux de consommation plus faible des dépenses en capital sur financement extérieur qui passe de 70,2% en 2017 à seulement 8% en 2018. En effet, les projets/programmes tels que le PEV (1,2 milliards de FCFA), Programme National de Lutte contre le SIDA (1,03 milliards de FCFA), le Programme de lutte contre la paludisme (0,9 milliards de FCFA), le Projet de santé de la population de la grande commune de Tchaourou (3,7 milliards de FCFA) et le projet de construction de l'hôpital de zone de Savè (1,5 milliards de FCFA) n'ont pas connu de décaissement en 2018 même si on note quelques engagements. Mais cette situation a été compensée par un taux d'exécution, base ordonnancement plus élevée passant de 21% en 2017 à 87,6% en 2018 (Cf. graphique 14) consécutif à des engagements en dépassement ordonnancées à hauteur de 572 millions de FCFA pour le projet de construction de l'hôpital de zone de Savè, 386 millions de FCFA pour le projet de construction de l'hôpital de zone d'Allada et 847 millions de FCFA pour le compte des études du projet de construction et d'équipement d'un Centre hospitalier universitaire et d'une unité de radiologie.

Graphique 14 : Exécution financière (base engagement et ordonnancement) du budget par nature économique entre 2016 et 2018



Source : Rapport de performances 2016 et 2017 du MS, Rapport de fin d'année 2018 (DGB), calculs des auteurs

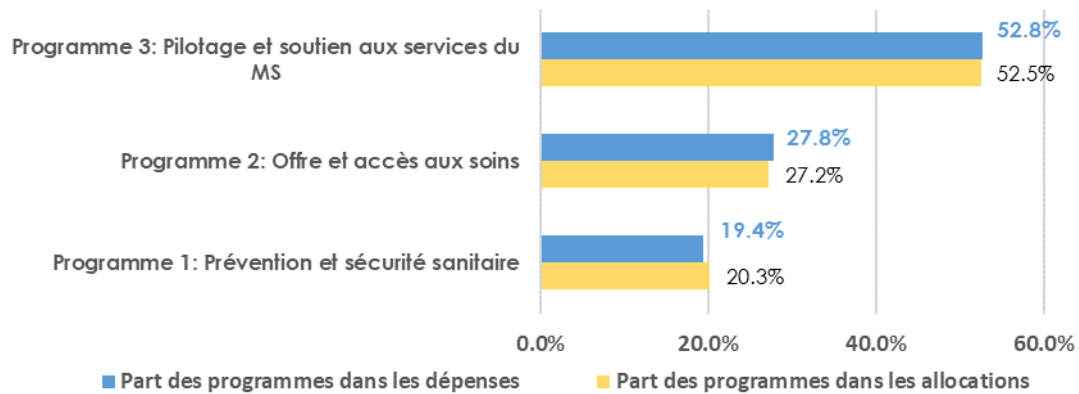
La non consommation des ressources budgétaires pénalisent les populations qui attendent de l'Etat l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins de santé qui leurs sont proposés.

VI.2-3 Exécution des dépenses par programme

La part des dépenses par programme, base engagement, de chaque programme dans les dépenses du Ministère de la santé en 2018 est dans la même proportion que la part des dotations budgétaires finales⁹ par programme dans le budget (Cf. Graphique 15) pour la même année.

⁹ Allocations budgétaires après les différents mouvements de crédits intervenues en cours de gestion

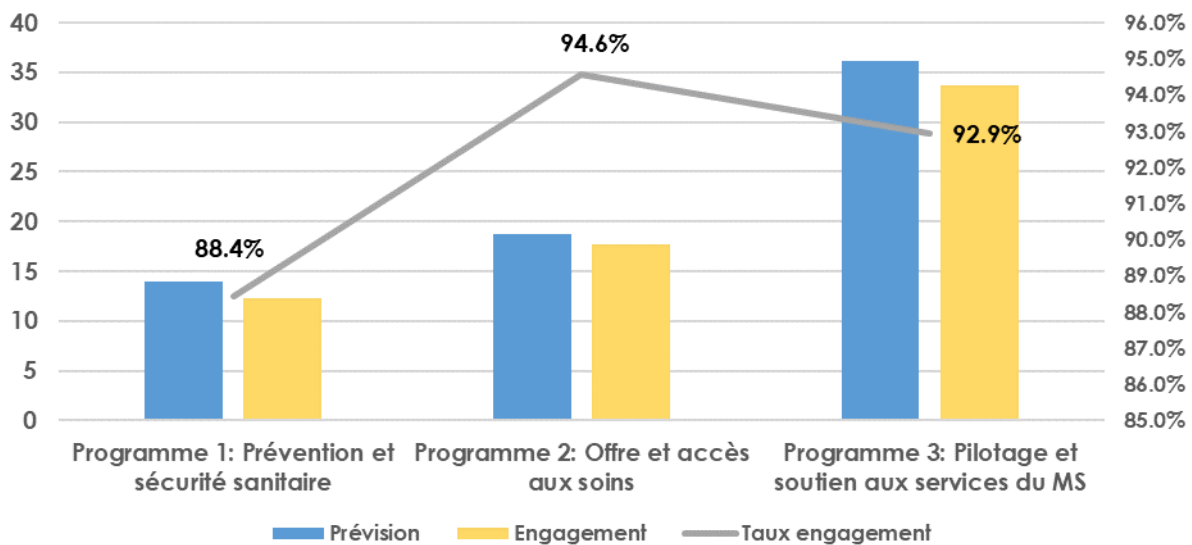
Graphique 15 : Part des allocations finales par programme dans le budget du MS et la part des dépenses par programme dans les dépenses total du MS en 2018



Source : DGB, Rapport de fin d'année 2018 d'exécution du Budget de l'Etat, calculs des auteurs

Le point d'exécution financière, base engagement, par programme permet de constater que le programme 1 (prévention et sécurité sanitaire) qui a la plus faible dotation est celui qui a également le taux d'exécution base engagement le plus bas (Cf. Graphique 16).

Graphique 16 : Taux d'exécution du budget 2018 du Ministère de la Santé par programme (échelle de droite). Budget prévu et budget engagé en milliards FCFA (échelle de gauche)



Source : DGB, Rapport de fin d'année d'exécution du budget de l'Etat, 2018

Les actions devant contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la prévention, la lutte contre la maladie et l'amélioration de la qualité des soins (Programme 1) n'ont pas été entièrement exécutées. Pourtant ces actions font parties des défis majeurs du secteur.

VII - Sources de financement du secteur de la santé

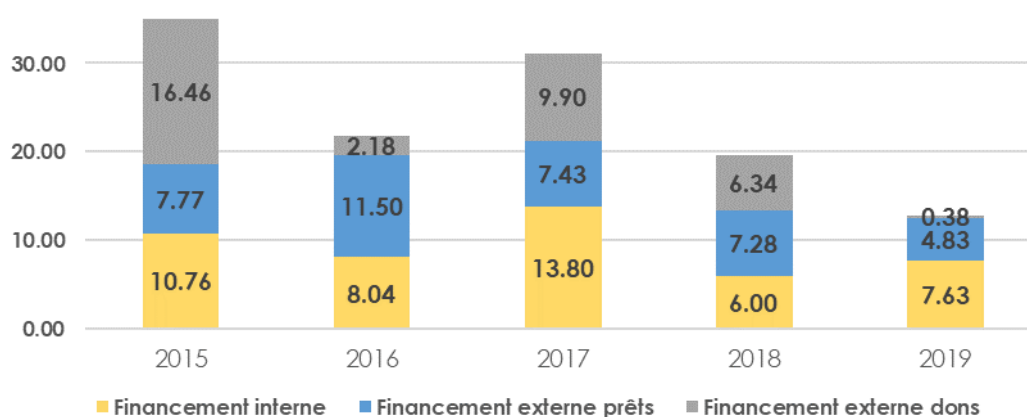
Les principales sources de financement des dépenses de santé sont le budget national, le financement communautaire et la contribution des PTF.

Les documents budgétaires du Ministère de la Santé montrent que le financement du secteur de la santé provient prioritairement des ressources nationales (environ 80% en 2019). Ces ressources sont allouées aux dépenses ordinaires (paiement des salaires et des primes, achat de fournitures et consommables). La part des ressources extérieures est en baisse et s'établit à 8,2% en 2019 contre une moyenne de 18,7% sur la période 2015-2019. Les financements extérieurs, qui connaissent une tendance baissière continue entre 2015 et 2019, prennent en charge les investissements du secteur sous forme de projets.

Les ressources extérieures ont connu une baisse significative de 61,8% en passant de 13,62 milliards de FCFA en 2018 à 5,2 milliards de FCFA en 2019.

Les investissements sur financement extérieur représentent la proportion la plus importante du Programme d'Investissement Public du Ministère de Santé. Les ressources extérieures comptabilisées dans le budget du secteur de la santé sont passées de 69,2% à 40,5% des dépenses d'investissement entre 2015 et 2019. Ceci constitue un risque important, les investissements dans la qualité de l'offre des services de santé et le renforcement de capacité étant tributaires de la disponibilité de ces ressources extérieures.

Graphique 17 : Evolution du financement des investissements dans le secteur de la santé sur la période 2015-2019 en milliards de FCFA



Source : Ministère de l'Economie et des Finances, lois de finance 2015-2019

Pour la gestion 2019, 93% des dépenses sur financement extérieurs soit 4,83 milliards de FCFA sont financés par des prêts. Soulignons que ce type d'investissement n'est pas adapté pour financer les secteurs sociaux dont l'impact économique reste perceptible à long terme. En dehors des ressources domestiques et des ressources extérieures, le financement communautaire constitue la 3^{ème} source de financement des dépenses de la santé tel qu'identifié par l'Initiative de Bamako pour le recouvrement des coûts dans ce secteur.

Le phénomène des fonds extrabudgétaires demeure important dans le secteur de la santé au Bénin. La situation exacte du financement du Ministère de la Santé pourrait être évaluée à partir de l'examen des Plans Intégrés de Travail Annuels (PITA) signés chaque année par tous les

Partenaires Techniques et Financiers. A titre illustratif, en 2014, 13,5 milliards FCFA (soit 78,65%) de contribution de partenaires étaient extra-budgétisés, presque autant que le montant de 17,1 milliards qui était budgétisé. Ce financement vient en complément du financement provenant de l'Etat et contribue au fonctionnement des centres de santé. Le volume du financement communautaire est resté assez stable sur la période 2012 à 2015, mais a augmenté en 2016 avec des recettes de l'ordre de 9,887 milliards de FCFA. Pour la gestion 2019, le financement communautaire budgétisé dans les dotations FADeC affecté du Ministère de la Santé aux communes et de 1,5 milliards de FCFA.

Il est important d'assurer la traçabilité complète de ces fonds pour améliorer non seulement la mobilisation des ressources en faveur du secteur de la santé mais aussi et surtout assurer une gestion efficiente des ressources de l'Etat.

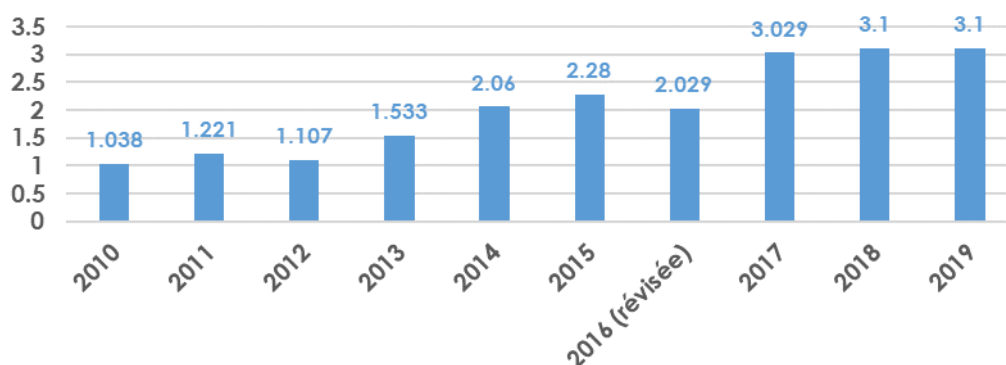
VIII - Décentralisation et équité

L'article 100 de la Loi n° 97-029 du 15 janvier 1999 portant organisation des communes en République du Bénin dispose que "la commune a la charge de la réalisation, de l'équipement et des réparations des centres publics de santé et de promotion sociale, des infrastructures publiques culturelles de jeunesse, de sports et de loisirs, au niveau de l'arrondissement du village ou du quartier de ville. Elle assure en outre l'entretien de ces centres et infrastructures. A cet effet, l'Etat lui transfère les ressources nécessaires.". Conformément à cette disposition, le Ministère de la santé transfère des ressources aux communes au moyen du Fonds d'Appui au Développement des Communes (FADeC). Le FADeC créé en 2008 est le mécanisme utilisé pour le transfert des ressources aux communes. Il comporte deux volets : (i) le volet "FADeC non affecté" utilisé pour la réalisation des investissements inscrits dans le PDC ou autre document de planification locale suivant les priorités des organes élus et ; (ii) le "FADeC affecté" utilisé exclusivement en fonction de la destination prédéfinie par le Ministère qui transfère les ressources. Le FADeC non affecté est abondé par l'Etat et les Partenaires Techniques et Financiers alors que le FADeC affecté est financé exclusivement par les dépenses allouées aux ministères sectoriels.

VIII.1- Evolution des dotations du FADeC affecté du Ministère de la Santé aux communes.

Les dotations du FADeC affecté du Ministère de la Santé aux communes sont en constante augmentation depuis 2010 (Cf. Graphique). Mais ces ressources sont insuffisantes pour doter tous les arrondissements de toutes les communes du Bénin en un centre de santé équipé pour offrir aux populations des soins de santé de qualité.

Graphique 18 : Evolution des dotations du FADeC affecté du Ministère de la santé aux communes (en milliards de FCFA)



Les dotations du FADeC affecté du Ministère de la Santé aux Communes se sont accrues depuis 2010 passant de 1,038 milliards de FCFA à 3,1 milliards de FCFA en 2018 et 2019, ce qui correspond à un taux d'accroissement moyen annuel de 12,9%. Au cours de la période de 2010-2019, elle n'a connu que deux baisses, la première en 2012 de 9,3% et la seconde de 11% en 2016 à la suite du collectif budgétaire survenu après la formation du nouveau gouvernement.

Le transfert des ressources aux communes par le mécanisme du FADeC est donc une réalité dans le secteur de la Santé. Mais il est à souhaiter que ces ressources s'accroissent davantage compte tenu des besoins en construction et en réhabilitation des centres de santé par arrondissement dans chaque commune.

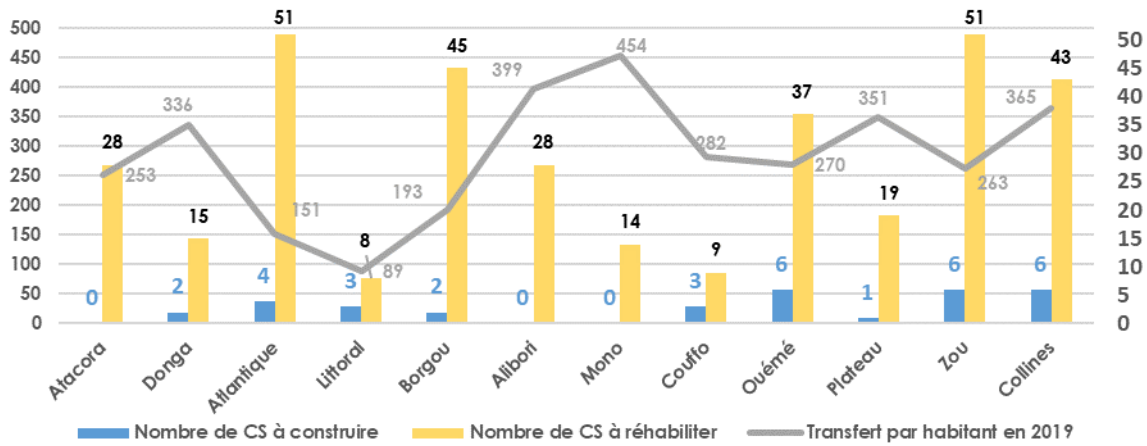
VIII.2- Equité dans l'allocation des fonds FADeC aux communes

Il faut retenir que la répartition des dotations du FADeC non affecté, contrairement aux FADeC affecté, obéit à des critères objectifs, clairs et équitables qui tiennent compte de la taille de la population, du niveau de pauvreté et des performances de chaque commune dans la gestion des ressources qui lui sont allouées. Le graphique 19 ci-dessous met en regard le transfert par habitant et le besoin en construction et en réhabilitation de Centre de Santé (CS) d'arrondissement par communes (consolidé par département).

Mais si une cohérence d'ensemble semble se dégager, il apparaît cependant une disparité dans la répartition des dotations du FADeC affecté du Ministère de la Santé aux communes qui se traduit par un écart important du transfert par habitant des différents départements. En effet, le transfert par habitant varie de 89 FCFA (Littoral) à 454 FCFA (Mono).

L'analyse du graphique permet de s'apercevoir que la répartition ne tient compte ni des besoins en construction, ni des besoins en réhabilitation des CS d'arrondissement. A titre d'illustration, les communes de la Donga qui ont reçu un transfert par habitant de 336 FCFA, présentent un besoin de construction de 2 CS et la réhabilitation de 15 CS alors que les communes de l'Atlantique ont des besoins plus importants (construction de 4 CS et réhabilitation de 51) et reçoivent 151 FCFA par habitant. On note la même situation pour les communes du Borgou qui reçoivent 193 FCFA pour un besoin de construction de 2CS et de réhabilitation de 45 CS et celles de l'Ouémé qui reçoivent 270 FCFA pour un besoin de construction de 6 CS et de réhabilitation de 37 CS et des communes du Zou qui reçoivent 263 FCFA (besoin en construction 6 CS et en réhabilitation 51 CS).

Graphique 19 : Répartition des dotations du FADeC affecté de la santé par département et par habitant (échelle de gauche, CFA) et besoins de construction et de réhabilitation des centres de santé d'arrondissement (échelle de droite, nombre de centres)



Source : MEF, Arrêté de répartition du FADeC affecté du MS (2018), Annuaire statistique du MS (2017)

Le cas le plus frappant est celui du Mono dont les communes ont le transfert par habitant le plus important (493 FCFA) alors que leur besoin en réhabilitation est de 14 CS et n'ont pas de besoin en construction de CS.

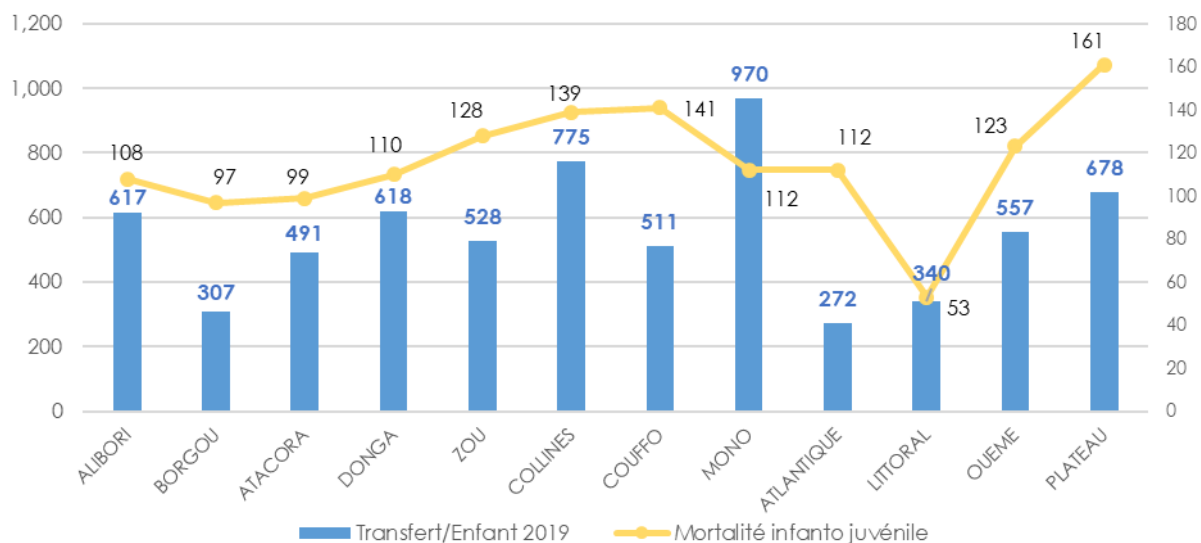
Le croisement des dotations avec les indicateurs du secteur confirme que les répartitions ne sont pas équitables. Dans le graphique ci-dessous, il a été comparé le transfert par enfant de moins de 18 ans des communes (regroupées par département) avec le taux de mortalité infanto-juvénile par département.

Les transferts par enfant varient de 272 FCFA (Atlantique) à 970 FCFA (Mono). Les départements qui ont les taux de mortalité infanto-juvénile les plus élevés comme le Plateau (161‰), le Couffo (141‰), le Zou (128‰), l'Ouémé (123‰) ne sont pas ceux qui reçoivent les transferts par enfants les plus importants.

Le FADeC affecté du Ministère de la Santé, pour la gestion 2018 et les années antérieures, n'est pas réparti selon des critères objectifs et équitables¹⁰. En effet, les dotations ne dépendent ni des besoins en construction de centre de santé ni en besoin de réhabilitation des CS.

¹⁰ La CONAFIL a reçu une requête du Ministère de la Santé pour l'élaboration des critères de répartition de son FADeC affecté aux communes

Graphique 20 : Les transferts du FADEC Santé (échelle à gauche, FCFA) et le taux de mortalité infantile juvénile (échelle de droite, taux pour 1000)



Source : Ministère de l'Economie et des Finances pour les transferts FADEC, MICS 2014 pour les taux de mortalité infantile (INSAE), Projection de la population de moins de 18 ans en 2018 (INSAE).

Il est donc important que les critères de répartition qui ont été définis récemment avec l'appui de la CONAFIL au niveau du Ministère de la Santé servent effectivement pour la répartition des dotations FADeC affecté du secteur de la santé aux communes.

CONCLUSION

Malgré les efforts faits par le Gouvernement à travers la mise en œuvre de la SCRIP, des OMD et du PNDS (2009-2018), le secteur de la santé fait face à plusieurs défis notamment la réduction de la morbidité et de la mortalité infantile et juvénile, la construction, la réhabilitation et l'équipement des infrastructures sanitaires. La disponibilité des ressources humaines en quantité et en qualité fait également partie des objectifs à atteindre. Face à cette situation, le Ministère de la santé s'est doté d'un nouveau Plan National de Développement de la Santé (PNDS, 2018-2022) arrimé aux documents stratégiques nationaux (PND, PAG, PC2D). Pour atteindre les objectifs fixés, le gouvernement doit améliorer le niveau de priorité accordée au secteur de la santé dont les allocations budgétaires sont en baisses depuis 2015. Dans ce cadre, les acteurs du secteur doivent prendre des dispositions pour consommer les ressources mises à disposition notamment les dépenses d'investissement spécifiquement ceux dédiés aux enfants pour améliorer la santé des populations. A cet effet, des mesures doivent être prises pour réduire l'écart entre les prévisions budgétaires de la santé et les dépenses réelles. Par ailleurs, pour permettre aux autorités locales de jouer leurs rôles conformément aux lois sur la décentralisation en république du Bénin, les dotations du FADeC affecté du Ministère de la Santé qui sont en hausse depuis 2010 et surtout en 2019 avec la mise en place du FADeC communautaire. Ces dotations doivent être mieux reparti que par le passé en utilisant des critères objectifs, clairs et transparents corrélés avec la population, les besoins et le niveau des indicateurs sanitaire dans chaque localité. Par ailleurs dans le cadre d'une mobilisation et d'une utilisation rationnelle des ressources au profit du secteur de la santé, il sera indiqué d'assurer la traçabilité des fonds extrabudgétaires.

Publié par : UNICEF Bénin, GIZ, Banque mondiale, Social Watch Bénin
Equipe de rédaction : Mohamed Aboubakari (UNICEF), Jean-Pierre Degue (Social Watch), Pamela Ariane Agbozo (Social Watch), Souraya Hassan (UNICEF), Mathieu Koukpo (UNICEF), Félicien Accrombessy (Banque mondiale), Quentin Gouzien (GIZ)
Crédits photos : UNICEF Benin

