REPUBLIQUE DU BENIN

****

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

****

Université d'Abomey-Calavi (UAC)

****

Faculté des Sciences Economiques et de Gestions (FASEG)

****

MEMOIRE PRESENTE EN VUE DE L'OBTENTION DES CREDITS ASSOCIÉS AU DIPLOME DE LICENCE PROFESSIONNELLE EN ECONOMIE ET GESTION DES STRUCTURES SANITAIRES

SUJET :

FINANCEMENT DE LA SANTE AU BENIN : ANALYSE DE LA REPARTITION DES CREDITS DELEGUES ENTRE LES ZONES SANITAIRES.

REALISE ET PRESENTE PAR :

Maurel U. ADANGNITONON & **Alban J. Y. GLELE**

JURY :

Président : Dr. QUENUM Venant

Membre : Mr. DEDJINOU Serge

Membre : Mr. Da SYLVA Akouetevi

MAITRE DE MEMOIRE :

Dr. Gilles Armand SOSSOU

Maître-Assistant

Enseignant-Chercheur à la FASEG

ANNEE ACADEMIQUE 2018-2019

AVERTISSEMENT

La Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG) de l'université d'Abomey-Calavi (UAC) n'entend donner ni approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

TABLES DES MATIERES

Dédicace 1 ……V
Dédicace 2 ……....VI
Remerciement ……VII
Listes des Sigles et Acronymes…….....VIII
Liste des Graphiques et tableaux……..…….....X
Résume & Abstract……...XI
Introduction ……1
CHAPITRE 1 : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE ……..……3
Section 1 : Présentation, attributions, organisation et fonctionnement de la Direction de l'Administration et des Finances du Ministère de la Santé…….3
Paragraphe 1 : Présentation de la Direction de l'Administration et des Finances……..4
Paragraphe 2 : Attributions, Organisation et fonctionnement de la Direction de l'Administration et des Finances…….5
A- Les Attributions de la Direction de l'Administration et des Finances …….……..5
1- La gestion des ressources humaines……....5
2- La gestion des ressources financières……...…….....6
3- La gestion des ressources matérielles et des services généraux…….....6
B- Organisation et fonctionnement de la Direction de l'Administration et des Finances……..…7
1- Le Secrétariat de la Direction de l'Administration et des Finances……...…….....7
2- Le service du Budget et de la Comptabilité……...…….7
3- Le service du matériel et des services généraux…….....……8
4- La régie centrale du Ministère de la Santé …….....…9
5- Le Service des Ressources Humaines et du Dialogue Social……...……..9
Section 2 : Le déroulement du stage……...…….……10
Paragraphe 1 : Les travaux effectués……...……10
Paragraphe 2 : Les difficultés rencontrées et les suggestions……..…..…..……..10
A- Les difficultés rencontrées……...……10
B- Les Suggestions ……11
CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE…….…...……...12
Section 1 : Cadre Théorique de l'étude ……...…….12
Paragraphe 1 : Problématique, Objectifs et Hypothèses de l'étude……..……12

A- Problématique……..……13
B- Objectifs de l'étude……...……13
1- Objectifs général de l'étude ……...……....13
2- Objectifs spécifiques ……...……...14
C- Hypothèses……14
Paragraphe 2 : Revue de littérature……...……14
A- Clarification conceptuelle……...……..14
1- Le concept de critères……...……..14
2- Le concept de crédits délégués……....15
a- La notification de Crédits……..15
b- L'exécution des dépenses……..16
c- L'affectation et l'exécution des crédits délégués…….....,16
3- Le concept de financement de la Santé ……..…16
a- Le financement de la Santé au Bénin……...…….17
4- Le concept de Zone Sanitaires……...…….17
B- Etat de la connaissance ……...…….18
Section 2 : Cadre Méthodologique de l'étude…….…..18
Paragraphe 1 : Méthodologie de recherche……...……22
A- Type, cadre et données de l'étude……...…22
1- Type de l'étude……..22
2- Cadre de l'étude……...…….22
3- Données de l'étude……22
Paragraphe 2 : Méthodes d'Analyses……..……...……...22
A- Méthode de détermination du système de répartition actuelle des crédits délégués entre les zones sanitaires……...…22
B- Méthode d'analyse de l'équité dans la répartition des crédits délégués entre les zones sanitaires……... 23
CHAPITRE 3 : PRESENTATION, ANALYSE DES RESULTATS ET SUGGESTIONS....24
Section 1 : Présentation et description des résultats……..…….……..……24
Paragraphe 1 : Répartition actuelle des crédits délégués entre les zones sanitaires……..…...24
Paragraphe 2 : Equité et répartition actuelle des crédits délégués entre les zones sanitaires...28
Section 2: Analyse des résultats et suggestions……...…….29

Paragraphe 1 : Analyse des résultats……29

Hypothèse 1……..30

Hypothèse 2……..30

Paragraphe 2 : Suggestions……...……..……..31

Conclusion ……...……32

Références bibliographiques…….33

Annexe.……...……..36

Annexe 1 : Organigramme de la Direction de l'Administration et des Finances…….....36

Annexe 2 : Organigramme des zones sanitaires……...…….....37

Annexe 3 : Répartition des crédits délégués par zones sanitaires de 2004 à 2016…….....38

Annexe 4 : Répartition de la population par zones sanitaires de 2004 à 2016…….....40

Annexe 5 : Répartition des centres de santé par zones sanitaires de 2004 à 2016……...42

Annexe 6 : Taux de fréquentation en pourcentage par zone sanitaire……..……43

Annexe 7 : Moyennes des crédits délégués, de la population et du nombre de centres de santé de chaque zone sanitaire sur la période de de 2004 à 2016…….....44

DEDICACE 1

A

Mon père Aurélien ADANGNITONON

Ma mère Chantal ZOSSOUNGBO

Maurel U. ADANGNITONON

DEDICACE 2

A

Mon père Justin GLELE

Ma mère Claudine AYILO

Alban J. Y. GLELE

REMERCIMENTS

Nous exprimons nos sincères remerciements et profondes gratitudes à tous ceux qui ont contribués à la réalisation de ce rapport. Ces remerciements vont à l'endroit :

- ✓ du Dr Gilles Armand SOSSOU, Maître-Assistant, Enseignant-Chercheur à la FASEG et notre maitre mémoire, qui nous a fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail malgré ses multiples occupations ;
- ✓ du Professeur Dénis ACLASSATO, Doyen de la FASEG pour son efficacité dans l'organisation administrative de la Faculté;
- ✓ de tous nos professeurs de l'EGSS pour l'enseignement qu'ils nous ont donné ;
- ✓ de tous le corps professoral de la FASEG pour la qualité de la formation reçue au cours de nos trois années d'études ;
- ✓ de Mr Jean Y. FAGNINOU, Directeur de l'Administration et des Finances du Ministère de la Santé pour nous avoir accordé le stage au sein de sa direction ;
- ✓ de Mr Nicolas AYEDAYO, chef Service du Budget et de la Comptabilité pour sa disponibilité et pour nous avoir acceptés dans son service ;
- ✓ de tous le personnel de la Direction de l'Administration et des Finances pour leurs soutiens ;
- ✓ de tous les honorables membres du jury qui ont accepté d'apprécier notre travail ;
- ✓ de nos parents respectifs pour leurs soutiens financiers, matériels et spirituels ;
- ✓ de nos frères et sœurs pour leurs soutiens et assistances dans la rédaction de ce chef-d'œuvre ;
- ✓ de tous nos camarades de l'EGSS.

LISTES DES SIGLES ET ACRONYMES

CDMT : Cadre de Dépense à Moyen Terme

CCNDS : Centre de Collaboration Nationale des Déterminants de la Santé

CS : Centre de Santé

C/SBZ : Chef Service Bureau de Zone

CS/HZ : Comité De Santé de l'Hôpital de Zone

C/SHZ : Chef Service de l'Hôpital de Zone

DA : Division des Approvisionnements

DAB : Division de l'Appui-Budgétaire

DACL : Division des Approvisionnements en Carburants et Lubrifiants

DAF : Direction de l'Administration et des Finances

DAF* : Directeur de l'Administration et des Finances

DAGCP : Division de l'Accueil, de la Gestion du Courrier et du Pré-archivage

DB : Division du Budget

DC : Division de la Comptabilité

DC* : Division de la Caisse

DCF : Délégué du Contrôleur Financier

DDRES : Division des Dépense non Réparties et des Evacuations Sanitaires

DDS : Direction Départementale de la Santé

DDSAD : Division du Dialogue Social et des Affaires Disciplinaires

DEAG : Division de la Gestion de la Formation des Agents

DFMBCM : Division de la Fourniture de Matériels de Bureau et de la Comptabilité des Matières

DGC : Division de la Gestion du Courrier

DGCACE : Division de la Gestion et du Suivi des Carrières des ACE

DGCAPE : Division de la Gestion et du Suivi des Carrières des APE

DGMR : Division de la Gestion du Matériel Roulant

D/HZ : Directeur de l'Hôpital de Zone

DIBB : Division des Immeubles Bâtis et non Bâtis

DIEM : Direction des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance

DIP : Direction de l'Informatique et du Pré-archivage

DLSIP : Division de la Liquidation et du Suivi des Indemnités et Primes du Secteur

DNH : Direction Nationale des Hôpitaux

DNSP : Direction Nationale de La Santé Publique

DPM : Division des Positions et Mouvements

DPMED : Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Explorations Diagnostics

DPP : Direction de la Prospective et de la Programmation

DPR : Division de la Planification et du Recrutement

DRFMT : Direction de la Recherche, de la Formation et de la Médecine Traditionnelle

DSG : Division des services Généraux

DSR : Division de la Saisie et de la Reprographie

DSME : Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant

EEZS : Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire

EGSS : Economie et Gestion des Structures Sanitaires

FASEG : Faculté des Sciences Economique et de Gestion

F CFA : Franc de la Communauté Financière Africaine

MS : Ministère de la Santé

NHS : National Health Service

OMS : Organisation Mondial de la Santé

RAWP **:** Resource Allocation Working Party

RC : Régie Centrale

SA : Secrétariat Administratif

SBC : Service du Budget et de la comptabilité

SIGFIP : Système Intégré et de Gestion des Finances Publiques

SMR : Standart Mortality Ratio

SMSG : Service du Matériel et des Services Généraux

SRHDS : Service des Ressources Humaines et du Dialogue Social

ZS : Zone Sanitaire

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Tendance globale des crédits délégués alloués aux zones sanitaires de 2004 à 2016……...24

Graphique 2 : Crédits moyens délégués par habitants aux Zone Sanitaire de 2004 à 2016…25

Graphique 3 : Crédits moyens délégués par centre de santé de 2004 à 2016……..……26

Graphique 4 : Crédits moyens délégués et taux de fréquentation par zone sanitaire…….....27

Graphique 5 : Courbe de Lorenz des crédits délégués alloués aux zones sanitaires sur la période de2004 à 2016…….……29

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Résultats du calcul des données servant à la détermination de l'indice de concentration de Gini des crédits délégués alloués aux zones sanitaires sur la période de 2004 à 2016……...……28

RESUME

Pour atteindre son objectif qui est de garantir la santé à sa population, l'Etat Béninois alloue depuis 2004 des ressources appelées crédits délégués aux zones sanitaires. Toutefois on note quelques dysfonctionnements dans la répartition des crédits délégués entre les zones sanitaires. Ainsi, il s'avère pertinent d'analyser la répartition de ses ressources entre ses zones sanitaires. C'est dans cet élan que s'inscrit le présent mémoire dont l'objectif est d'analyser le mode de répartition des crédits délégués entre les zones sanitaires. Pour y parvenir, il a été fait une analyse descriptive et comparative de l'évolution des crédits délégués de 2004 à 2016, le calcul de l'indice Gini et la présentation de la courbe de Lorenz. Les résultats de cette étude ont montré que la répartition actuelle des crédits délégués entre les zones sanitaires n'est pas basée sur le taux de fréquentation de ces derniers. De plus ces résultats ont révélés que la répartition actuelle des crédits délégués n'est pas équitable. Il n'existe donc pas encore au Bénin un mode de répartition équitable des crédits délégués entre les zones sanitaires. Afin de corriger ces problèmes au niveau de la répartition des crédits délégués plusieurs suggestions ont été faites à l'endroit des décideurs et des partenaires en matière de développement et de politique de financement de la santé au Benin.

Mots clés : Financement de la santé, Répartition, Crédits délégués, Zones Sanitaires.

ABSTRACT

To achieve its objective of guaranteeing health to its population, the Beninese State has been allocating resources, since 2004, called delegated credits to health zones. However, there are some dysfunctions in the distribution of delegated funds between health zones. Thus, it is relevant to analyze the distribution of its resources between its health zones. This thesis is part of this brief, the aim of which is to analyze the method of distributing the delegated funds between the health zones. To achieve this, a descriptive and comparative analysis was made of the evolution of delegated credits from 2004 to 2016, the calculation of the Gini index and the presentation of the Lorenz curve. The results of this study have shown that the current distribution of delegated funds between health zones is not based on the rate of use of the latter. Furthermore, these results revealed that the current distribution of delegated funds is not equitable. In Benin, therefore, there is not yet a fair method of distributing delegated funds between health zones. In order to correct these problems in the distribution of delegated funds, several suggestions have been made to policy makers and partners in development and health financing policy in Benin.

Keywords: Health financing, Division, Delegated credits, Sanitary areas.

INTRODUCTION

La santé selon l'OMS (1946) est « *un état complet de bien-être physique, mental et social ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (DOCUMENT FONDAMENTAUX de l'OMS 2014). L'article 16 alinéas 1 de la Charte Africaine des droits de l'homme et des peuples stipule que *« toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mental qu'elle est capable d'atteindre* ». La constitution béninoise du 11 Décembre 1990 vient confirmer en son article 8 la volonté délibérée de l'Etat béninois à assurer et à préserver la santé de ses citoyens en stipulant que « *la personne humaine est sacrée et inviolable. L'Etat a l'obligation absolue de la respecter et de la protéger. Il lui garantit un plein épanouissement. Aussi assure-t-il à ses citoyens, l'égal accès à la santé, à l'éducation, à la culture, à la formation professionnelle et à l'emploie. »*

La restructuration du système de santé en zones sanitaires a pour finalité l'amélioration des conditions de vies des populations situées dans les aires géographiques définies. Elle entretien la viabilité et la qualité des services. Elle favorise non seulement la décentralisation mais aussi la participation communautaire.

Pour contribuer à l'enracinement de la gestion de base, il est mis en place depuis quelques années au niveau des départements et des Zones Sanitaires des allocations budgétaires appelées crédits délégués (BENIN CONSUTING GROUP, 2014). Le concours de ces allocations a toute son importance depuis que la dimension de lutte contre la pauvreté a été introduite aux objectifs du secteur de la santé.

Il convient donc de distinguer deux périodes dans l'historique de l'exécution des crédits délégués. Il s'agit de : la période de 2000 à 2003**,** caractérisée par la gestion des crédits délégués au niveau des Directions Départementales de la Santé Publique où les biens et services sont acquis au profit des Zones Sanitaires (ZS) et la période qui court depuis 2004 où les crédits sont gérés par les coordonnateurs de zone sanitaire.

Ainsi, depuis 2000, beaucoup d'efforts ont été consentis dans le cadre de l'amélioration de la qualité de la dépense au Ministère de la Santé et de la prévisibilité des allocations budgétaires par les gestionnaires de crédits. Toutefois, on note quelques dysfonctionnements qui occasionnent auprès des acteurs, des doutes quant à l'objectivité et l'équité dans la répartition des ressources publiques affectées au secteur de la santé. Nous

avons donc choisi d'analyser le mode de répartition des crédits délégués entre les zones sanitaires à travers le thème qui s'intitule « *Financement de la santé au Bénin : analyse de la répartition des crédits délégués entre les zones sanitaires*. »

Dans un premier chapitre nous allons présenter le cadre institutionnel de notre étude à travers son organisation, ses attributions et son fonctionnement. Le deuxième chapitre de l'étude est consacré au cadre théorique et méthodologique. Enfin le troisième chapitre porte sur la présentation, l'analyse des résultats et les suggestions.

CHAPITRE 1 : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE

Le chapitre 1 est composé de deux sections. La première section est consacrée à la présentation de la Direction de l'Administration des Finances (DAF) du Ministère de la Santé (MS). La seconde section est consacrée au déroulement du stage.

Section 1 : Présentation, attributions, organisation et fonctionnement de la Direction de l'Administration et des Finances du Ministère de la Santé.

Conformément à l'article 3 du décret n°426 du 20 juillet 2016, portant attributions, organisation et fonctionnement, le Ministère de la Santé a pour mission, la conception, la mise en œuvre et le suivi évaluation de la politique de l'Etat en matière de santé. Le Ministère de la Santé, dans l'accomplissement de sa mission, doit se conformer aux principes et valeurs de gouvernance, aux lois et règlements en vigueur au Bénin et aux visions et politiques de développement du gouvernement.

Pour l'accomplissement de sa mission, le Ministère de la santé s'appuie sur ses Directions Centrales, Techniques et Départementales.

Les Directions Centrales sont chargées d'accompagner toutes les structures en leur assurant les ressources adéquates pour la réalisation de la mission du ministère, l'atteinte des résultats et l'amélioration des performances. Au nombre de ces directions nous avons la Direction de l'Administration et des Finances (DAF), la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP) et la Direction de l'Informatique et du Pré-archivage (DIP)

Les Directions Techniques sont les structures opérationnelles du Ministère. Elles sont coordonnées par le Secrétaire Général du Ministère. Les Directions Techniques du Ministère sont : la Direction des Infrastructures, des Equipement et de la Maintenance (DIEM), la Direction National des Hôpitaux (DNH), la Direction National de la Santé Publique (DNSP), la Direction de la Recherche, de la Formation et de la Médecine Traditionnelle (DRFMT), la Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Explorations Diagnostics (DPMED), la Direction des Soins Infirmiers et Obstétricaux (DSIO) et enfin la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME).

Les Directions Départementales de la Santé sont placées sous l'autorité du Secrétaire Général du Ministère. Elles sont instituées au niveau de chaque département.

Paragraphe 1 : Présentation de la Direction de l'Administration et des Finances.

Conformément à l'article 1er de l'arrêté n°011 du 30 janvier 2017 la Direction de l'Administration et des Finances (DAF) est l'organe de conception, d'application et de contrôle des règlements, normes et procédures en matière de gestion des ressources budgétaires, financières et matérielles du Ministère.

Elle assure en outre la gestion des personnels de l'Etat au sein du Ministère. Elle s'occupe de la gestion et du suivi des carrières, de la prévision, du recrutement, du contentieux et des affaires disciplinaires.

La Direction de l'Administration et des Finances (DAF) est dirigée par un Directeur nommé par décret pris en Conseil des Ministres, conformément à la procédure de dotation des hauts emplois, parmi les cadres de la Catégorie A échelle 1, ayant au moins six ans d'ancienneté dans la fonction publique et possédant des compétences et attitudes en matières de finances publiques, de gestion des ressources humaines, de gestion financières et matérielle ou parmi les cadres de niveau équivalent, s'il doit être désigné en dehors de l'administration publique.

Il est institué sous la présidence du Directeur, un comité de Direction, un organe à caractère consultatif, qui comprend : les Chefs de Services ; un Représentant élu du Personnel de la Direction et un secrétariat des réunions du Comité de Direction qui est tenu par le Chef du Secrétariat Administratif.

Comme toute autre direction, la DAF comprend plusieurs services : le Secrétariat ; le Service des Ressources Humaines et du Dialogue Social (SRHDS) ; le Service du Budget et de la Comptabilité (SBC), le Service du Matériel et des Services Généraux (SMSG) et la Régie Centrale (RC). Chaque Service de la DAF est placé sous l'autorité d'un Chef de Service qui est responsable devant le Directeur de l'Administration et des Finances. En dehors du régisseur central, les Chefs de Services sont nommés par Arrêté du Ministre de la Santé sur proposition du DAF. Le régisseur central est nommé par arrêté interministériel du Ministre de la Santé et du Ministre de l'Economie et des Finances. Les Services sont composés de Divisions. Une Division est une unité relativement autonome et ayant une activité propre à elle. Chaque division est placée sous l'autorité d'un chef de division qui est responsable devant le Chef de Service dont il relève. Les Chefs de Division sont nommés par Note de Service pris par le Directeur de l'Administration et des Finances, sur proposition des Chefs

des Services concernés. Les attributions et l'organisation des divisions de chaque service de la direction sont fixées par note de service du DAF. La liste des divisions d'un Service n'est pas limitative. Le DAF peut en cas de besoin, en créer. Les divisions sont organisées en leur sein en sections créées par note de service du Directeur.

Voir annexe 1 pour l'organigramme de la DAF.

Paragraphe 2 : Attributions, organisation et fonctionnement de la Direction de l'Administration et des Finances.

L'arrêté n°011/MS/DC/SGM/CTJ/DAF/SA/0010SGG17 du 30 Janvier 2017 portant attributions, organisation et fonctionnement de la Direction de l'Administration et des Finances définit clairement les attributions, l'organisation et le fonctionnement de la DAF.

A- Les Attributions de la Direction de l'Administration et des Finances.

Conformément à l'article 1er de l'arrêté n°011 du 30 janvier 2017 la Direction de l'Administration et des Finances assure la gestion des ressources humaines, financières, matérielles et des services généraux au sein du ministère.

1- La gestion des ressources humaines.

En matière de gestion des ressources humaine, la DAF est chargée : d'assurer l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des stratégies de modification et de gestion des ressources humaines ; d'élaborer, mettre en place et évaluer les cadres organiques, les fiches de poste, les plans de recrutement, les plans de carrière, le système de gestion des performances et les plans de formation. La DAF est aussi chargée : de développer une capacité d'amélioration de la communication interne, de la qualité de l'accueil des usagers, du dialogue social et du travail d'équipe ; de développer, mettre en œuvre et évaluer un plan de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et de mettre en place une base de données et un dispositif de collecte de données et de traitement des informations pour une gestion maitrisée des ressources humaines. De plus elle est tenue : d'informer et de former le personnel sur les enjeux de gouvernance, les principes, les bonnes pratiques et les procédures de gestion des ressources humaines ; d'appliquer et de superviser avec les structures en charge de la gestion du personnel de l'Etat, au plan national, les règles, les normes et procédures en matière des ressources humaines de toutes les structures du Ministère ; d'assurer le secrétariat de la commission ministérielle d'attribution des bourses et enfin d'assurer la gestion des

contentieux administratifs et du travail en collaboration avec l'Inspection Générale du Ministère et le Conseiller Technique Juridique.

2- La gestion des ressources financières.

En matière de gestion des ressources financières, la DAF est chargée : d'assurer la préparation du budget du Ministère, le suivi budgétaire, l'administration comptable et financière de l'ensemble des crédits internes et externes alloués au Ministère ; de faire le point périodique de l'état des ressources ; d'élaborer des politiques et un plan de sécurisation, d'assainissement et de modernisation de la gestion des ressources financières du Ministère et leur mise en œuvre. La DAF est aussi tenue : de mettre en place une base de données et un dispositif de collecte et de traitement des informations pour une gestion efficiente des ressources financières ; d'informer et de former le personnel du Ministère sur les procédures de gestion des finances publiques ; de superviser la gestion des unités décentralisées et enfin de mobiliser et de suivre l'utilisation optimale des ressources financières en collaboration avec la Direction de la Programmation et de la Prospective et les autres directions du Ministère.

3- La gestion des ressources matérielles et des services généraux.

En matière de gestion des ressources matérielles et des services généraux, la DAF est chargée primo : d'élaborer, mettre en œuvre et évaluer le plan d'investissement, d'équipement et de maintenance ; de mettre en œuvre le plan de suivi des achats et des approvisionnements, des réalisations et de leur entretien ; d'assurer la gestion du stock et de mettre en place une base de données et un dispositif de collecte et de traitement des informations pour une gestion efficiente des ressources matérielles. Deusio, la DAF est chargée : d'élaborer et de mettre en œuvre le programme annuel des voyages, missions et manifestations officiels en liaison avec le Cabinet du Ministre et le Secrétariat du Ministère ; de mettre en place un tableau de bord de suivi des activités relatives à l'organisation des voyages, missions et manifestations officiels et d'assurer les formalités nécessaires à l'organisation des missions. Tertio, elle est tenue : d'informer les cadres et agents du Ministère des dispositions permanentes ou ponctuelles pour faciliter les voyages, missions et manifestations ; d'assurer le service d'accueil des usagers/clients du Ministère ; de veiller à la propreté des lieux de travail et enfin d'assurer la tenue des inventaires règlementaires en liaisons avec la DIEM.

B- Organisation et fonctionnement de la Direction de l'Administration et des Finances.

1- Le Secrétariat de la Direction de l'Administration et des Finances

Le Secrétariat de la DAF est chargé de l'organisation et de l'exécution des tâches administratives de la Direction. Il comprend deux divisions à savoir : la Division de l'Accueil, de la Gestion du Courrier et du Pré-archivage (DAGCP) et la Division de la Saisie et de la reprographie (DSR).

A ce titre, le Secrétariat est chargé : d'assurer l'accueil et l'orientation des usagers ; de réceptionner et d'enregistrer le courrier « arrivée » ; de ventiler le courrier « arrivée » selon les instructions du Directeur ; de saisir les documents et les correspondances ; d'enregistrer et d'assurer l'acheminement du courrier « départ » ; d'assurer le classement et l'archivage primaire des documents de la direction. Le secrétariat est responsable de l'organisation des audiences, des rendez-vous du directeur, des réunions et des conférences. Il a aussi pour attribution d'assister le directeur dans l'organisation des tâches administratives ; de coordonner les travaux du secrétariat ; d'assurer la liaison entre les différents services et la gestion administrative du personnel de la direction et enfin d'exécuter toutes les autres tâches à lui confiées par le Directeur dans le cadre du service.

2- Le Service du Budget et de la Comptabilité.

Le Service du Budget et de la Comptabilité dispose pour son fonctionnement de quatre divisions qui sont : la Division du Budget (DB) ; la Division de la Comptabilité (DC) ; la Division des Dépenses non Réparties et des Evacuations Sanitaires (DDRES) ; la Division des Etudes et de l'Assistance à la Gestion (DEAG).

Le Service du Budget et de la Comptabilité assure la gestion budgétaire, financière et comptable du Ministère de la Santé.

D'abord, le SBC est chargé : de coordonner, préparer et exécuter le budget du Ministère en liaison avec les services des Ministères en charge du Développement et des Finances et de la Direction de la Programmation et de la Prospective du Ministère de la Santé ; de notifier les crédits de fonctionnement et d'équipement aux directions centrales, Techniques et Départementales et autres structures du Ministère. Ensuite il est tenu : de participer à l'évaluation du budget du Ministère par la supervision et le suivi de l'exécution financière de l'ensemble des structures sectorielles ; de veiller à l'application des procédures de gestion des ressources budgétaires définies par le Ministère en charge des Finances, par toutes les

structures du Ministère de la Santé ; de collecter, centraliser et analyser les documents comptables de l'ensemble des formations sanitaires publiques. De plus le SBC doit : assurer la tenue des pièces et documents comptables et leur conservation selon les normes prescrites ; produire et centraliser les rapports financiers périodiques des points focaux des Directions et des Régisseurs des Projets et Programmes ; suivre la mise en œuvre des recommandations des rapports de supervisions, d'audits, d'inspection et de contrôle internes et externes ; fournir aux Directions Centrales et Techniques l'assistance nécessaire en matière d'engagement de consommation des crédits budgétaires et de gestion des fournitures par le biais des points focaux. Enfin, il est chargé d'assurer l'assistance en gestion aux services de comptabilité des formations sanitaires Publiques, des Directions Centrales, Techniques et Départementales et d'assurer la formation continue des personnels impliqués dans la gestion des ressources financières des Directions Centrales, Techniques, Départementales, Agences, Hôpitaux, Centres Hospitaliers, Bureau de Zones Sanitaires et Centres de Santé.

3- Le Service du Matériel et des Services Généraux.

Le Service du Matériel et des Services Généraux (SMSG) dispose pour son fonctionnement de cinq divisions à savoir : la Division des Approvisionnements (DA) ; la Division des stocks de Fournitures, de Matériel de Bureau et de la Comptabilité des Matières (DFMBCM) ; la Division Immeubles Bâtis et non Bâtis (DIBB) ; la Division de la Gestion du Matériel Roulant (DGMR) ; la Division des Services Généraux (DSG).

Le SMSG est chargé : d'assurer l'élaboration , la mise en œuvre et l'évaluation d'un plan d'investissement d'équipement, de maintenance et d'amortissement ; de mettre en œuvre le plan de suivi des achats et des approvisionnements des réalisations et leur entretien tout en veillant à la propreté des lieux de travail et de participer au suivi de l'exécution des marchés de construction, de réhabilitation, d'équipements médicotechniques et de maintenance, en collaboration avec la cellule de passation des marchés publics. Il est aussi chargé d'assurer : la gestion des stocks ; la mise en place d'une base de données, d'un dispositif de collecte et de traitement des informations pour une gestion efficiente des ressources matérielles. Pour finir il est tenu d'assurer une bonne gestion des matériels roulant du secteur, de mettre en œuvre et de suivre le programme annuel des voyages, missions et manifestations officiels en liaison avec le cabinet du Ministre et le Secrétariat Général du Ministre.

4- La Régie Centrale du Ministère de la Santé

La Régie Centrale (RC) assure la gestion de la trésorerie au niveau du secteur santé. Elle comprend quatre divisions : la Division Appui-Budgétaire (DAB) ; la Division Caisse (DC) ; la Division de l'Approvisionnement en Carburants et Lubrifiants (DACL) ; la Division de la Liquidation et du suivi des Indemnités et Prime du Secteur (DLSIP).

A ce titre, la RC est chargée d'assurer : la programmation financière des activités du Ministère inscrites au Budget Programme, la gestion des comptes hors-budgets, l'établissement périodique des situations financières de gestion des crédits, la régularisation des ordres de paiement dans les délais prescrits et la gestion comptable et financière de l'ensemble des crédits et financements mis à la disposition du Ministère par les partenaires au développement du secteur de la santé. Elle est aussi tenue d'assurer : la gestion des appuis budgétaires, le suivi de la gestion financière des fonds issus du financement communautaire, le suivi et l'évaluation des Régies d'avances, l'approvisionnement et le suivi de la consommation des carburants et des lubrifiants et enfin le traitement et le suivi des indemnités et primes du secteur.

5- Le Service des Ressources Humaines et du Dialogue Social.

Le Service des Ressources Humaines et du Dialogue Social(SRHDS) assure la gestion stratégique et administrative du personnel du ministère. Ce service comprend sept divisions :la Division Gestion du Courrier (DGC) ; la Division de la Gestion et du Suivi des Carrières des APE (DGCAPE) ; la Division de la Gestion et du Suivi des Carrières des ACE (DGCACE) ; la Division des Positions et Mouvements (DPM) ; la Division de la Gestion de la Formation des Agents (DGFA) ; la Division de la Planification et du Recrutement (DPR) ; la Division du Dialogue Social et des Affaires Disciplinaire (DDSAD).

A ce titre, le SRHDS est chargé : d'assurer l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des stratégies de modification et de gestion des ressources humaines ; d'élaborer, mettre en place et évaluer les cadres organiques, les fiches de poste, les plans de recrutement, les plans de carrière, le système de gestion des performances et les plans de formation. Le SRHDS est aussi chargée : de développer une capacité d'amélioration de la communication interne, de la qualité de l'accueil des usagers, du dialogue social et du travail d'équipe ; de développer, mettre en œuvre et évaluer un plan de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et de mettre en place une base de données et un dispositif de collecte de données et de traitement des informations pour une gestion maitrisée des ressources humaines. De plus

il est tenu : d'informer et de former le personnel sur les enjeux de gouvernance, les principes, les bonnes pratiques et les procédures de gestion des ressources humaines ; d'appliquer et de superviser avec les structures en charge de la gestion du personnel de l'Etat, au plan national, les règles, les normes et procédures en matière des ressources humaines de toutes les structures du Ministère ; d'assurer le secrétariat de la commission ministérielle d'attribution des bourses et enfin d'assurer la gestion des contentieux administratifs et du travail en collaboration avec l'Inspection Générale du Ministère et le Conseiller Technique Juridique.

Section 2 : Le Déroulement du stage.

Dans cette section, nous allons parler des travaux effectués au cours de notre stage, des difficultés rencontrées et des suggestions que nous pouvons faire.

Paragraphe 1 : Les travaux effectués.

Pendant le stage à la Direction de l'Administration et des Finances (DAF) du Ministère de la Santé plus particulièrement dans le Service du budget et de la comptabilité, nous avions été installés dans la Division Comptabilité où nous avions été en collaboration avec toutes les autres divisions de ce service. Nous avions participé à l'élaboration des fiches de délégation de crédits, à la réalisation des opérations d'engagement de dépenses, d'exécution de dépenses, aux travaux de traitement de contrôle des pièces comptables et de régularisation des opérations en instance ; à la préparation des titres de paiement et à assurer leur acheminement au Trésors après les visas et signatures indiqués. Nous avions aussi appris à faire une décharge pour les courriers envoyés dans notre division, à utiliser le logiciel de gestion des finances publiques SIGFIP, à remplir les fiches de Demande d'Engagement ou de Réservation et à liquider les titres de recettes des hôpitaux. Nous avions aussi procédé à la comptabilisation des montants des factures d'eaux et d'électricité de toutes les structures sanitaires publiques du Bénin.

Paragraphe 2 : Les difficultés rencontrées et les suggestions

A- Les difficultés rencontrées

Dans le cadre de notre rédaction**,** les principales difficultés rencontrées tournent autour de la disponibilité des données et ou de leur validité. Cette absence de données nous a empêchés de faire une observation sur une période beaucoup plus longue.

En effet ceux qui doivent nous fournir les informations ne sont pas toujours disponibles ; s'ils ne sont pas à une réunion, ils sont en mission. Pour ce faire, nous avons

alors été contraints d'annuler certaines informations pour éviter des déconvenues. Sans compter la réticence des agents à nous associer à certaines opérations à cause de notre qualité de stagiaire.

En ce qui concerne les travaux que nous avions exécutés, les difficultés rencontrées sont les suivants : le manque de ressources humaines, la forte pression sur les agents, la lenteur dans le traitement des dossiers à certaines étapes du circuit, la non informatisation des dossiers déjà traités, la mise tardive des ressources financières à la disposition des acteurs ; les fermetures intempestives et les disfonctionnements du logiciel de gestion des finances publiques SIGFIP.

B- Les suggestions

Suite aux difficultés rencontrées, nous suggérons : la création d'une base de données informatisée, l'affectation des ressources humaines nécessaires au niveau de la DAF ; l'informatisation des dossiers archivés ; l'amélioration du circuit de traitement des dossiers ; l'amélioration du SIGFIP.

CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE

Le chapitre 2 est composé de deux sections. La première section présente le cadre théorique de l'étude. La seconde section présente la méthodologie de l'étude.

Section 1 : Cadre théorique de l'étude

Cette section comprend deux paragraphes. Le premier paragraphe fait ressortir la problématique, les objectifs et les hypothèses de l'étude. Le second paragraphe présente la revue de littérature.

Paragraphe 1 : Problématique, objectifs et hypothèses de l'étude.

A- Problématique

La problématique du financement de la santé dans les pays africains est de plus en plus actuelle du fait, entre autre, de la situation de pauvreté mais également de la précarité des ressources des personnes ayant besoin des services de santé (Biteye, 2012).

Selon Richard (2004), le financement de la santé dans les pays à faible revenu est assuré par les aides extérieures, le budget de l'Etat et les ménages. Le financement par les Etats était censé garantir la gratuité des soins mais la conjoncture économique de la décennie 80-90 a mis à mal ce principe, les systèmes de santé et en particulier les soins de santé ont cruellement souffert de manque de moyens et d'efficacité, c'est-à-dire que l'Etat n'a plus la capacité de supporter cette charge de financements des soins pour la population. Les pays africains ne pouvaient plus financer leur service de santé d'où l'idée du financement des services de soins par le recouvrement des coûts. Les prestations auprès des malades firent leur apparition au début des années 80 et firent officiellement lancées par l'OMS à Bamako en1987 sous '' l'Initiative de Bamako ''. Selon cette initiative, l'utilisateur paie, intégralement ou partiellement, pour les biens et service de santé auxquels il a recours. Toutes les fonctions sont désormais dévolues aux responsables des structures sanitaires notamment les directeurs des établissements publics de santé.

Dès lors, il devient pertinent de définir des mécanismes efficaces et efficients d'un financement mais également garantir sa pérennité pour faciliter l'accessibilité des soins, la fréquentation et l'utilisation des services de santé. Pour atteindre son objectif qui est de garantir la santé à la population, le Bénin a opté pour la construction et l'équipement des infrastructures sanitaires dont les hôpitaux et les centres de santé. Le système national de

santé béninois a une structure pyramidale calquée sur le découpage administratif. Il comprend trois niveaux qui sont : le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique. Le niveau central ou national comprend les structures centrales du ministère de la santé et cinq établissements hospitaliers de troisième référence et/ ou spécialisés ; le niveau intermédiaire ou départemental comprenant les Directions Départementales de la Santé (DDS) et une série d'établissements hospitaliers de deuxième référence et / ou spécialisés ainsi que les centres d'information, de prospective, d'écoute et de conseil ; le niveau périphérique comprend 34 districts appelé zone sanitaire au Bénin, les hôpitaux de zone, les centres de santé, le centres d'action de la solidarité et d'évolution de la santé, les centres de direction de la tuberculose et les unités villageoises de santé. En plus des structures publiques, le Bénin compte un nombre important de structures privés et d'acteurs de la médecine traditionnelle.

Ainsi, les Zones Sanitaires (ZS) bénéficient depuis 2004 au même titre que les Directions Départementales de la Santé (DDS) des crédits délégués de la part de l'Etat béninois. Selon le chef de la Division du Budget du Service du Budget et de la Comptabilité de la DAF, lorsque le budget de l'Etat augmente, une marge de 10% en hausse est appliquée sur les montants à alloués tandis qu'une marge de 10% en baisse est appliquée sur les montants à alloués lorsque le budget de l'Etat est en baisse. Les écarts observés dans les crédits alloués aux zones sanitaires nous amène à poser la question suivante : Quel est le mode de répartition des crédits délégués entre les Zones Sanitaires ? Cette question suscite des questions spécifiques que sont : Quel est le critère de la répartition actuelle des crédits délégués entre les Zones Sanitaires ? La répartition actuelle des crédits délégués entre les Zones Sanitaires est- elle équitable ?

B- Objectifs de l'étude

1- Objectif générale l'étude

L'objectif général de l'étude est d'analyser le mode de répartition des crédits délégués entre les Zones Sanitaires.

2-Objectifs Spécifiques

De façon spécifique, l'étude poursuit deux objectifs spécifiques ci-après présentés :

- Déterminer le critère de répartition actuelle des crédits délégués entre les Zones Sanitaires.

- Analyser l'équité dans la répartition actuelle des crédits délégués entre les Zones Sanitaires.

C- Hypothèses

- La répartition actuelle des crédits délégués entre les zones sanitaires est basée sur le taux de fréquentation de chaque zone sanitaire.
- La répartition actuelle des crédits délégués entre les zones sanitaires n'est pas équitable.

Paragraphe 2 : Revue de littérature

La revue de littérature comporte deux sous-paragraphes. Le premier est consacré à la clarification conceptuelle et le second à l'état de la connaissance.

A- Clarification conceptuelle

Pour une meilleure compréhension de ce travail, nous avons jugé bon de définir quelques concepts comme : le concept de critère, de crédits délégués, de financement de la santé, de Zones Sanitaires.

1- Le concept de critère :

Selon le dictionnaire commenté d'économie de la santé, un critère est un caractère permettant d'émettre un jugement sur des objets. Un critère est constitué par l'ensemble des modalités du caractère et une relation de préférence sur ces modalités (Bereniask et Aurey, mai 1996).

2- Le concept de crédits délégués :

Les crédits délégués sont des ressources budgétaires mis à disposition en appui aux formations sanitaires pour l'œuvre de service public qu'elles accomplissent. (Ministère de la Santé, 2012)

Selon le Cadre de Dépense à Moyen terme (CDMT) du Ministère de la Santé l'allocation des crédits délégués suit le processus d'exécution du Budget-Programme de L'Etat. Ce processus comprend trois phases qui sont : la notification de crédits, l'exécution des dépenses, l'affectation et l'exécution des crédits délégués.

a- La notification de crédits

La répartition des ressources à l'intérieur des secteurs incombe entièrement aux ministères qui doivent mettre en place des organes à cet effet et respecter les limites du Cadre de Dépense à Moyen Terme (CDMT) global. La Direction de la Programmation et de la Prospective est mandatée pour la conduite technique de cet exercice de budgétisation en collaboration avec la Direction des Ressources Financières et du Matériel (actuelle DAF), sous la supervision du Ministre de la Santé. Le mécanisme fonctionne par approche objectif/résultats, qui consiste à voir par niveau d'objectif les ressources nécessaires à allouer. Elle est donc fonction d'une part de l'allocation octroyée l'année en cours et d'autre part des bilans entièrement établis en termes de consommation financière.

Après le vote du Budget Général de l'Etat par l'Assemblée Nationale, le Ministère de l'Economie et des Finances saisit les départements ministériels par une lettre de notification de crédits. Il s'agit d'une démarche juridique visant à informer chaque centre de dépense, des crédits à lui alloués au titre du budget.

Il est rare que les allocations proposées à cette étape changent en profondeur après le vote du budget. La notification de crédits est faite aux entités dont les lignes sont prévues. Ces entités font partie des programmes et il n'existe pas encore des gestionnaires de programmes au sens de l'approche ou de la nouvelle Loi Organique de Loi des Finances mais plutôt des gestionnaires de crédits.

b- L'exécution des dépenses

L'exécution des dépenses au niveau du Ministère de la Santé comme des autres ministères appelle les acteurs suivants : le Directeur de l'Administration et des Finances, le Gestionnaire de Crédits et le Délégué du Contrôleur Financier (DCF). A ces acteurs, il convient d'ajouter les régisseurs d'avance (des caissiers) qui jouent un rôle non moins important et qui par endroit influence les délais. Les dépenses se réalisent suivant deux procédures : la procédure normale et la procédure exceptionnelle.

Suivant la procédure normale, les dépenses publiques sont exécutées en quatre étapes qui sont : l'engagement de la dépense ; la liquidation de la dépense ; l'ordonnancement de la dépense et enfin le paiement.

La procédure exceptionnelle est une procédure simplifiée par laquelle les dépenses sont exécutées selon le contexte, de l'une des trois manières ci-après : les dépenses exécutées par ordre de paiement ; les dépenses exécutées par engagement ordonnancement et enfin les dépenses exécutées par délégation ordonnancement.

c- L'affectation et l'exécution des crédits délégués

1- L'affection des crédits délégués

La répartition des crédits délégués aussi bien aux départements qu'aux zones sanitaires n'obéit pas à des critères formels. Il convient de noter que selon les procédures, les sessions de concertation budgétaire entre le DAF et le Directeur Départemental de la Santé Publique (DDSP) élargies plus tard aux coordonnateurs de zones sont instituées et réalisées. En effet, l'occasion de ces concertations entre DAF et le DDSP élargies plus tard aux coordonnateurs de zones est saisie pour débattre des questions touchantes entre autres, aux crédits délégués. Cependant, selon les DDSP et les coordonnateurs de zones, l'occasion ne leur permet d'influencer la répartition des ressources quand bien même l'objectif définit pour cet exercice est de réaliser un arbitrage rationnel et renforcer la pertinence de l'affectation de crédits aux acteurs.

2- L'exécution des crédits délégués

Une fois que les crédits alloués sont notifiés à la DDS, la gestion des crédits délégués est faite en trois niveaux. D'abord au niveau des DDSP qui sont les gestionnaires des crédits destinés au fonctionnement des structures de la DDS et aux travaux de construction des infrastructures sanitaires. Ensuite au niveau des médecins coordonnateurs de zone qui sont les gestionnaires des crédits des formations sanitaires et des structures techniques de la ZS. Enfin au niveau des Directeurs des Centres Hospitaliers Départementaux et assimilés qui sont les gestionnaires des crédits délégués à leur formation.

La procédure de mise en place et d'exécution des dépenses sur crédits délégués est la suivante : la DRFM prépare une délégation de crédits soumise au contrôle à priori du Délégué du Contrôleur Financier dans le département. Cette délégation de crédits est comptabilisée directement en tant qu'engagement ; ensuite le DAF transmet cette délégation de crédits aux DDSP, aux services du Ministère des Finances dans le département et au Préfet. De plus pour l'exécution, le gestionnaire de crédits adresse une requête au Préfet du département qui est l'ordonnateur secondaire des dépenses. Le Préfet émet des ordonnances qui sont contrôlés par

le DCF en poste dans le département et enfin les paiements sont effectués dans les services du Trésor Public dans le département.

3- Le concept de financement de la santé :

C'est la façon dont les ressources financières sont générées, affectées et utilisées dans les systèmes de santé (OMS, 2014).

a- Le financement de la santé au Bénin

Selon la Stratégie de Coopération 2016-2019 de l'OMS avec le Bénin, ce dernier consacre 4,6 % de son PIB à la santé et environs 8,34% des dépenses publiques à la santé, contre 9,24% en moyenne pour les pays d'Afrique subsaharienne. Les ressources de l'Etat allouées annuellement au secteur de la santé évoluent en dent de scie et ne dépassent guère 8% du budget général de l'Etat. Et pourtant 15% de ces ressources devraient être affectées à la santé contrairement à l'engagement pris par les chefs d'Etats de gouvernement africains dans la Déclaration d'Abuja, en 2001. Selon l'atlas des dépenses de santé 2010 établi par l'OMS, le Bénin consacre US $ 275 millions à la santé, soit US $ 31 par habitant. Ce chiffre est en dessous du minimum préconisé (US $ 44). Les ressources disponibles actuellement ne sont pas affectées en priorité à des interventions à haut impact. En outre, les capacités organisationnelles et institutionnelles des secteurs de la santé et des finances ne favorisent pas la consommation de ces ressources disponibles (OMS, 2015).

Les principales sources qui contribuent au Financement de la santé sont : les ménages (52%), l'Etat (31%), les collectivités locales (moins de 1%), et les partenaires techniques et financiers (16%). Les ménages effectuent des paiements directs auprès des établissements de soins aussi bien publics et privés (OMS, 2015).

En vue d'améliorer l'accès aux soins de santé, le Bénin a mise en place un mécanisme de subvention permettant la gratuité de la prise en charge de certaines maladies (infection à VIH, tuberculose, insuffisance rénale, paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes, cas d'évacuation sanitaire) ou de certaines catégories vulnérables de la population comme les personnes démunies.

La stratégie de financement basé sur les résultats est également mise en œuvre dans le cadre du renforcement de la performance du système de santé, afin de motiver d'avantage les agents de santé à dispenser des soins et services de meilleure qualité.

L'avènement du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) amènera à envisager la mise en commun des différents mécanismes existants pour justement assurer la couverture universelle. Dans ce cadre, le Bénin devra élaborer une politique de financement de la santé.

4- Le concept de zone sanitaire :

Une zone sanitaire ou encore district de santé, est la structure opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. Elle couvre une population de 200 à 300 mille habitants bien délimitée géographiquement et est constituée d'un réseau de structures de soins de premier niveau autour d'un hôpital de référence. Elle est suffisamment grande pour mettre en œuvre la politique de santé et suffisamment petit pour tenir compte des spécificités de sa population cible (Ministère de la santé ,2013). Voir annexe 2 pour l'organigramme des zones sanitaires.

Le Bénin dispose actuellement de 34 zones sanitaires.

B- Etat de la connaissance

Les lectures que nous avons faites des divers documents en notre possession nous ont permis d'avoir différents points de vue par rapport à la question de la répartition des ressources destinées à la santé entre les régions.

Selon Thouez (2002), la formule de 1976, du nom de la réforme de la même année en Angleterre, retient quatre éléments principaux : la composition de la population régionale par tranche d'âge et par sexe ; les taux moyens d'hospitalisation par catégorie de maladie normalisée selon l'âge ; le coût moyen d'hospitalisation pour chaque catégorie de maladie et le taux de mortalité standardisé (Standart Mortality Ratio ou SMR) pour chaque région.

Pour chacun des six secteurs d'activités du NHS (National Health Service), l'auteur détermine d'abord la population pondérée – c'est-à-dire le nombre d'individus corrigé des effets de la structure d'âge et de l'état de santé – puis on estime les ressources nécessaires en multipliant la population pondérée par un coût moyen de service.

Le taux de mortalité standardisé (Standart Mortality Ratio ou SMR) pour chaque région permet d'obtenir le ratio de surmortalité ou de sous-mortalité de la région selon que le SMR de la région est au-dessus ou en-dessous de la moyenne nationale. Le RAWP (Resource

Allocation Working Party) reconnait que la mortalité d'une région serait un bon indicateur de son niveau de morbidité (Mays et Bevan 1987, Jourdain 1991).

Comme la planification a une base régionale, certains services spécialisés attirent les patients d'autres régions, il a donc fallu prendre en compte les flux de patients entre les régions. Les régions attractives devraient bénéficier de crédits supplémentaire pour financer leurs services. On a donc retenu le nombre de patients venant d'autres régions que l'on a multipliées par le taux national de consultation pour corriger l'effectif de la population régionale. Finalement, les différentes populations de référence des secteurs de soins ont été agrégées. On obtient ainsi une population pour la région tenant compte des secteurs d'activités. C'est en fonction de cette population finale que la répartition du budget national est allouée entre les régions (Mays et Bevan 1987, Jourdain 1991).

La formule RAWP a été abondamment critiquée bien qu'elle fut utilisée depuis 1976 par les gouvernements travaillistes et conservateurs. Chacun des quatre paramètres manquerait de précision et l'indicateur SMR serait peu approprié à l'évaluation des besoins de santé (West, 1991).

Le paramètre population est la donnée qui a l'impact le plus fort sur les résultats. C'est aussi une cause d'erreur importante car on ne connait avec précision le chiffre des populations régionales ou infrarégionales qu'au moment du recensement.

Le paramètre utilisation des lits par âge et pathologie a été peu critiqué contrairement aux coûts que l'on estime de très faible qualité. Toutefois, comme les types de pathologies traitées dans les hôpitaux des différentes régions ne diffèrent pas significativement, l'impact de la qualité des données diminue lorsqu'on introduit le paramètre population. (West, 1987)

Si le SMR utilisé comme indicateur de besoin présente de nombreux avantages : données fiables, disponibles, faible coût de recueil de l'information, il n'est pas exempt de défauts. Des études ont montré que les indicateurs de mortalité et de morbidité sont corrélés pour les maladies chroniques susceptibles de long séjours à l'hôpital, par contre les arrêts de travail ne le sont pas avec la mortalité (Mays et *al,* 1992).

De même, la demande pour les services, c'est-à-dire le taux de fréquentation hospitalière de courte durée, est peu corrélée avec le SMR ; et certaines causes de morbidité (psychiatrie, par exemple) seraient totalement indépendantes de cet indice. (Mays et *al,* 1992)

Faute d'indicateur alternatif, on considère que le SMR n'a pas pour objet de fournir une estimation précise de la morbidité absolue mais plutôt d'évaluer la valeur relative de la morbidité pouvant conduire à un financement supplémentaire pour réduire les inégalités de santé. (Jourdain, 1991)

Pour Curtis et Taket (1996), la formule RAWP a non seulement mis en évidence les inégalités régionales mais, avec le temps, les résultats seraient positifs car elle aurait aidé à réduire les disparités. L'inégalité est le caractère de ce qui n'est pas égal. Les inégalités sociales désignent les traitements différents qui peuvent avantager une classe sociale, un groupe ou un individu par rapport à d'autres et qui établissent des hiérarchies sociales (Source :www.toupie.org/Dictionnaire/Inegalite.htm). Pour l'OMS, « *les inégalités en santé sont les différences en ce qui concerne l'état de santé ou la répartition des ressources entre différentes groupes de population ,qui découlent des conditions sociales dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent* » (Livinec et Kerouedan, 2016).

Selon Cyicarano (2006), le mode de répartition des ressources de santé a une forte implication sur l'équité. La plupart des pays africains utilisent le système de budgétisation historique pour la répartition des ressources. En général, le budget de l'année en cours est calqué sur le budget de l'année précédente. Un tel système favorise l'iniquité car il est loin de tenir compte des besoins de la population. D'après Whitehead (1990), l'iniquité en santé signifie qu'il existe des différences en santé injustes et inéquitables entre différents groupes sociaux. Ces différences, non génétique et non biologique sont plutôt générées par des conditions sociales. L'iniquité dans l'allocation des ressources se traduit par une répartition du budget non équitable, d'une part, entre les niveaux de soins de santé de la pyramide sanitaire, et d'autre part entre les districts sanitaires. Selon le dictionnaire français Larousse, l'iniquité est le caractère de ce qui est injuste, inique. Pour l'OMS par iniquité, on entend : « *les aspects sociaux, économiques, démographiques ou géographiques qui marquent les différences sanitaires entre les groupes de population et qui sont injustes et inévitables »* (CCNDS, 2013).

Pour Marek et *al* (2006), le système de budgétisation historique ne fournit aucune incitation quant aux rendements ou aux résultats. Si dès le départ, les structures sanitaires sont mal réparties, un tel système de distribution des ressources ne servirait qu'à faire perdurer une forte iniquité. En vue d'une meilleure allocation certains pays ont commencé par procéder à

des dotations en fonction des besoins plutôt qu'en fonction de ce qui était alloué dans le passé. Une approche fondée sur les besoins nécessite l'élaboration par le pays d'une nouvelle formule d'allocation des ressources qui repose en règle générale, sur des indicateurs tels que la taille de la population, l'âge et le genre ainsi que le degré de pauvreté absolue ou relative.

En 1994, la Zambie a introduit une formule d'allocation des ressources basée sur la population. Deux études suggèrent que ce changement a entrainé une répartition plus équitable du budget de l'Etat de la Zambie dans l'ensemble des provinces zambiennes (Centrale, Luapula, Lusaka, Nord-Occidentale, Septentrionale, Sud, Occidentale) sauf deux (Copperbelt et Est), et aussi une augmentation des dépenses consacrées aux soins de santé primaires, qui sont passées de 39 à 54% en 1998 (Bossert et *al*, 2000 ; Gilson et *al*, 2000).

Une approche plus rationnelle dans l'allocation des ressources permettrait d'améliorer l'efficience des dépenses. En économie, l'efficience est le rapport entre les résultats obtenus et les ressources financières mobilisées. Par exemple, au Malawi, les dotations budgétaires aux hôpitaux sont définies selon les coûts par lit. Cette forme de financement crée un effet pervers, incitant, pour percevoir un budget plus important, à augmenter le nombre de lits ou à gonfler les coûts ; les hôpitaux ne sont guère incités à utiliser les ressources de manière efficace (Picazo, 2002).

Quant à Tonnelier (1997), il opère une simulation d'allocation des ressources au niveau des zones d'emplois à l'intérieur de chaque région. Le principe de base de la répartition des ressources est que chaque classe d'âge d'une région consomme comme la moyenne nationale de sa classe d'âge. La prise en compte d'un indicateur tel que l'indice comparatif de mortalité permet de pondérer la consommation par un indicateur de « besoins » et, attribue par ce moyen, des sommes plus importantes dans les régions où l'espérance de vie est faible.

Afin de monter ce que pourrait être en France une répartition « optimale » des dépenses pour les généralistes, trois simulations ont été faites en utilisant comme indicateur : uniquement la structure par âge où les dépenses sont alors répartir en fonction du pourcentage de personnes âgées ; simultanément la structure par âge et l'indice comparatif de mortalité qui, est la formule d'allocation utilisée par la Grande Bretagne ; en fonction du taux brut de mortalité, indicateur qui combine simultanément la mortalité liée à l'âge et la surmortalité spécifique d'une zone.

L'auteur conclut en montrant l'importance de l'indice de mortalité et de la structure par âge comme indicateurs légitimes mais en soulignant qu'il existe une grande variation à l'intérieur des régions, quel que soit l'indicateur de besoins utilisés.

Section 2 : Cadre méthodologique de l'étude

Cette section comprend deux paragraphes. Le premier paragraphe fait ressortir la méthodologie de recherche qui est constitué du type, cadre et données de l'étude. Le second paragraphe fait ressortir les méthodes d'analyses.

Paragraphe 1 : Méthodologie de recherche

A- Type, cadre et données de l'étude

1- Type de l'étude

L'étude est une étude rétrospective et longitudinale. Elle couvre la période de 2004 à 2016, soit 13 observations.

2- Cadre de l'étude

Le cadre de l'étude est la Direction de l'Administration et des Finances (DAF) du Ministère de la Santé (MS).

3- Données de l'étude

Au regard de l'objectif général de l'étude, les données sont des données secondaires sur le financement des zones sanitaires. Elles sont collectées dans les annuaires statistiques sanitaires et les rapports produits par le Ministère de la Santé sur la période d'étude de 2004 à 2016. De façon précise, ces données portent sur le montant des crédits délégués alloués aux zones sanitaires sur la période de 2004 à 2016.

Paragraphe 2 : Méthodes D'analyses

A- Méthode de détermination du critère de répartition actuelle des crédits délégués entre les zones sanitaires

La détermination du critère de répartition actuelle des crédits délégués entre les zones sanitaires consiste à analyser la répartition actuelle des crédits délégués entre les zones sanitaires sur la période de 2004 à 2016. Nous avons donc procédé à une analyse descriptive et comparative de l'évolution des crédits délégués alloués aux zones sanitaires sur la période

de 2004 à 2016 en nous basant sur la population et le nombre de centres et le taux de fréquentation par zone sanitaire.

B- Méthode d'analyse de l'équité dans la répartition actuelle des crédits délégués entre les zones sanitaires

Pour analyser l'équité dans la répartition actuelle des crédits délégués entre les zones sanitaires nous avons procéder d'une part au calcul de l'indice de concentration de Gini et d'autre part au tracé de la courbe de Lorenz des crédits délégués. Ensuite nous avons interprété les résultats obtenus.

Selon Lemelin (2004), l'indice de concentration de Gini mesure l'inégalité. Elle varie entre 0 et 1. Elle se note G et se calcul par la formule suivante :

$$G = 1 - \sum_{j=1}^{n} v_j \left(Cw_j + Cw_{j-1} \right)$$

Avec v_j la fréquence des effectifs et Cw_j la fréquence cumulée des valeurs de la variable.

Plus l'indice de concentration de Gini est proche de 0, la concentration est faible (proche de l'équirépartition). Plus l'indice de concentration de Gini est proche de 1, la concentration est forte (répartition de moins en moins équitable).

La courbe de concentration ou la courbe de Lorenz s'obtient en faisant correspondre à la fréquence cumulée des effectifs V_j la fréquence cumulée des valeurs de la variable Cw_j.

Plus la courbe de Lorenz est éloignée de la diagonal, plus la concentration est forte (la répartition est de moins en moins équitable). Plus la courbe de Lorenz est proche de la diagonale, plus faible est la concentration (la répartition est de plus en plus équitable).

CHAPITRE 3 : PRESENTATION, ANALYSE DES RESULTATS ET SUGGESTIONS

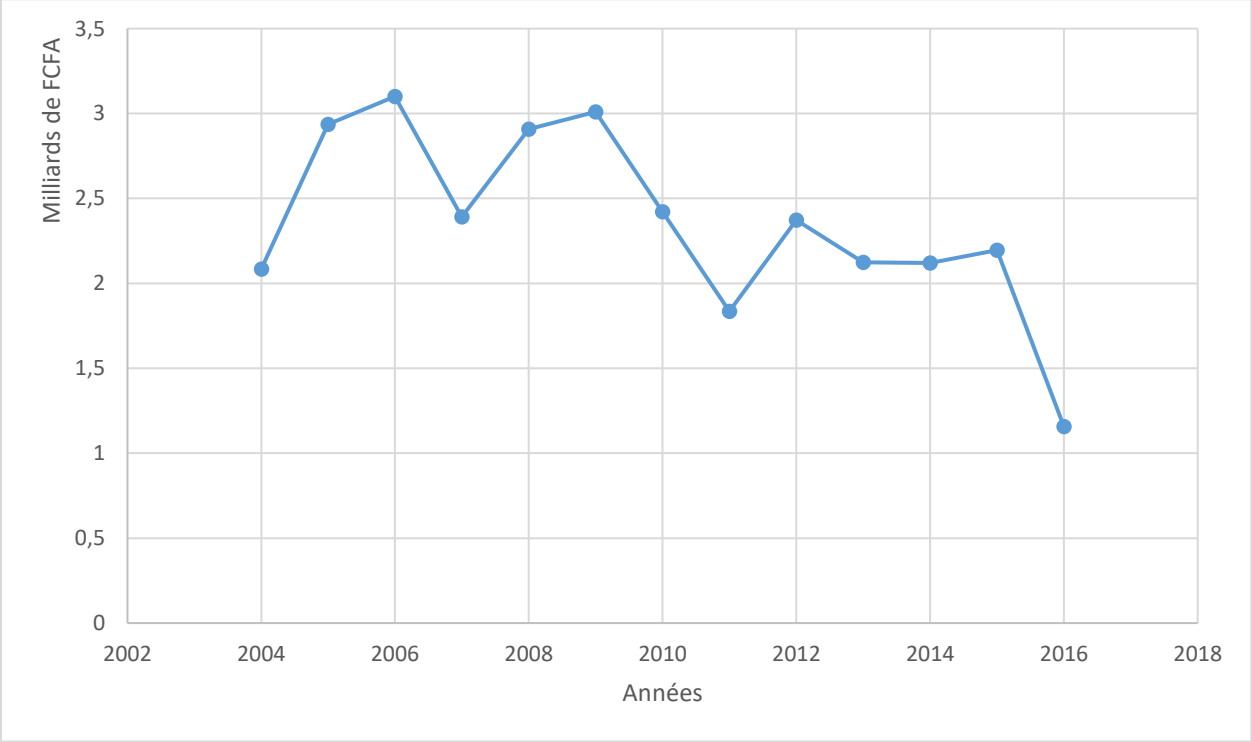
Le chapitre 3 est composé de deux sections. La première section est consacrée la présentation et descriptions des résultats. La deuxième section est consacrée à l'analyse des résultats, la validation des hypothèses et aux suggestions.

Section 1 : Présentation et description des résultats

Paragraphe 1 : Répartition actuelle des crédits délégués entre les zones sanitaires

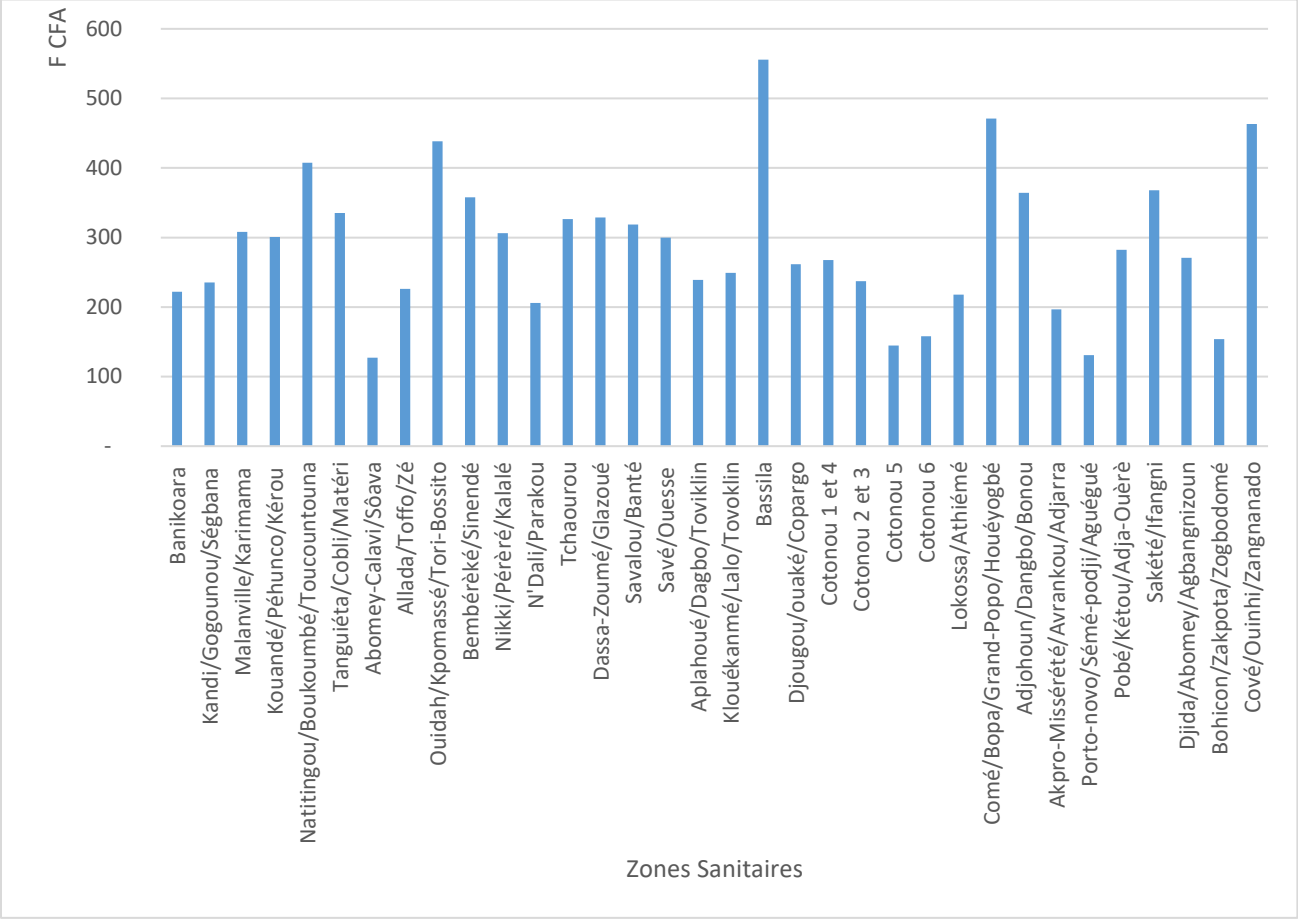
L'examen des annuaires des statistiques sanitaires de 2004 à 2016 mis à notre disposition a permis de constater une évolution en dents de scie des crédits délégués alloués aux zones sanitaires comme le démontre le graphique ci-dessous. Ces crédits sont passés de 2.084.557.000 F CFA en 2004 à 1.156.940.000 F CFA en2016 soit une baisse de 927.617.000 F CFA et en valeur relative de 44,5 %. Avec un pic en 2006, ces crédits atteignent un maximum de 3.100.376.000 F CFA. Au total c'est une enveloppe de 30.655.780.000 F CFA qui a été répartie aux zones sanitaires durant la période de 2004 à 2016 (Voir annexe 3).

Graphique 1 : Tendance globale des crédits délégués alloués aux zones sanitaires de 2004 à 2016.



Source : Réalisé à bases des données tirées des annuaires des statistiques sanitaires de 2004 à 2016.

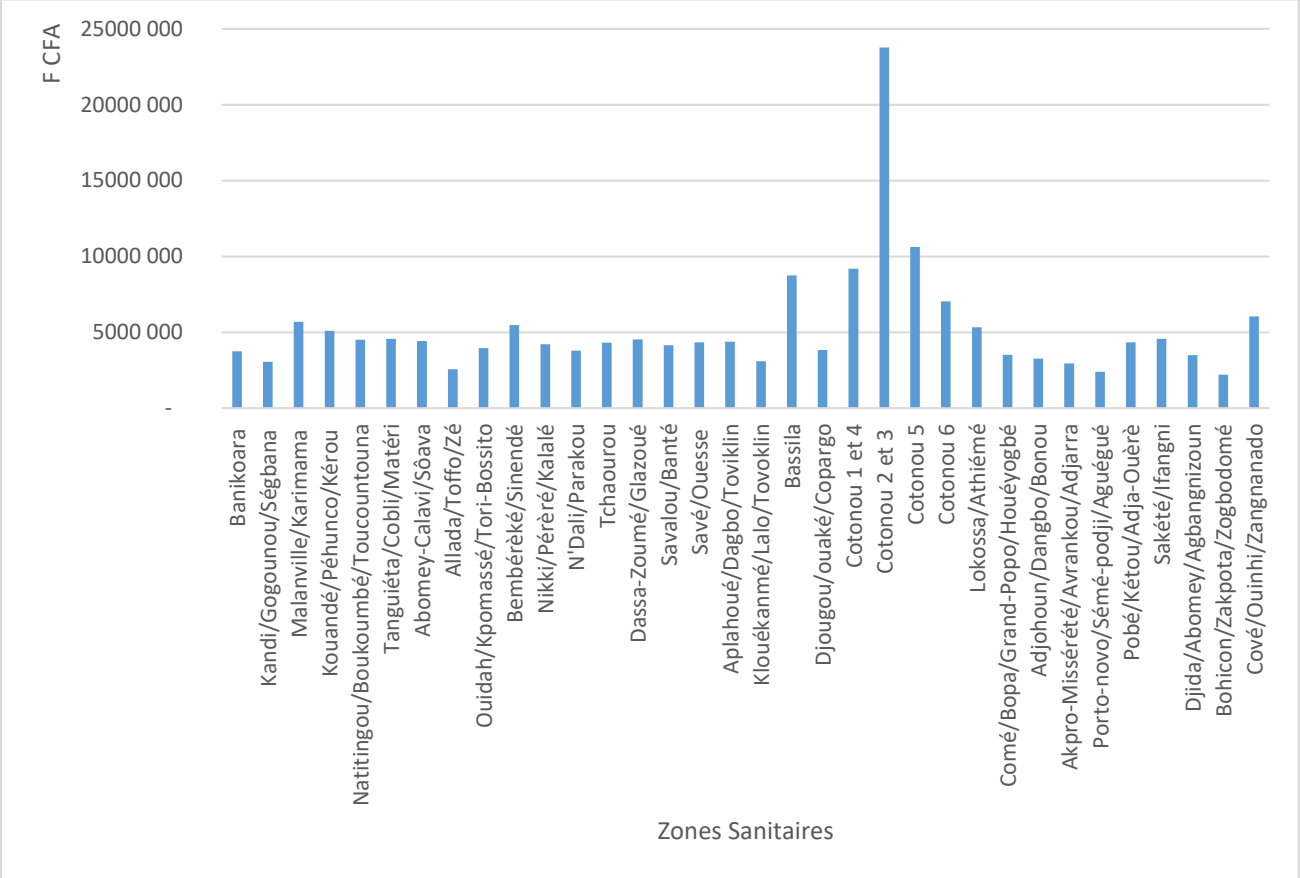
Graphique 2 : Crédits moyens délégués par habitants aux zones sanitaires.



Source : Réalisé à bases des données tirées des annuaires des statistiques sanitaires de 2004 à 2016.

L'analyse de ce graphique révèle d'importantes disparités d'une zone sanitaire à une autre. Autrement dit, au moment où le crédit moyen délégué pour la Zone Sanitaire Abomey-Calavi/Sô-ava est de 67.141.231 F CFA pour une population moyenne de 527.311 habitants, il est alloué au même moment pour la zone sanitaire de Bassila 53.152.385 F CFA pour une population moyenne de 95.617 habitants (Voir annexe 7). Soit en moyenne 127 F CFA par habitant pour la ZS Abomey Calavi/Sô-ava et 556 F CFA par habitant pour la ZS de Bassila (Voir annexe 7).

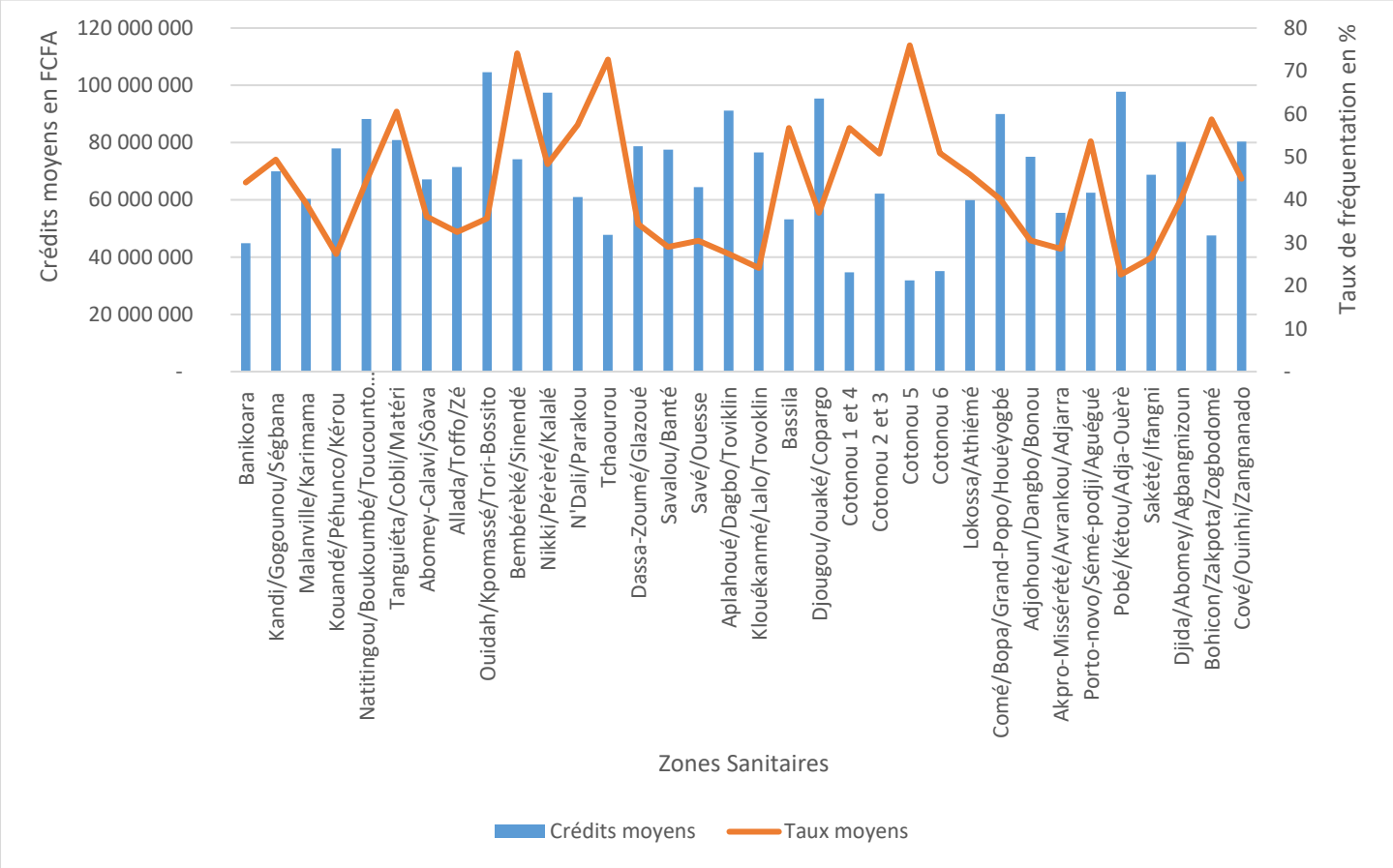
Graphique 3 : Crédits moyens délégués par centre de santé aux zones sanitaires



Source : Réalisé à bases des données tirées des annuaires des statistiques sanitaires de 2004 à 2016.

L'analyse de ce graphique révèle d'importantes disparités d'une zone sanitaire à une autre. Autrement dit, au moment où le crédit moyen délégué pour la Zone Sanitaire Djida/Abomey/Agbangnizoun est de 80.261.667 F CFA pour 22 centres de santé en moyenne, il est alloué au même moment pour la zone sanitaire de Cotonou 2 et 3 un crédit de 62.188.769 FCFA pour 3 centres de santé (Voir annexe 7). Soit 3.469.638 F CFA pour un centre de santé de la ZS Djida- Abomey-Agbangnizoun et 23.778.059 F CFA pour un centre de santé de la ZS Cotonou 2 et 3(Voir annexe 7).

Graphique 4 : Crédits moyens délégués et taux de fréquentation par zone sanitaire



Source : Réalisé à bases des données tirées des annuaires des statistiques sanitaires de 2004 à 2016.

L'analyse de ce graphique révèle aussi d'importantes disparités d'une zone sanitaire à une autre. La zone sanitaire Cotonou 5 a un taux moyen de fréquentation de 76% qui représente le maximum de ce taux tandis que la zone sanitaire Pobè/Kétou/Adja-Ouèrè a un taux moyen de fréquentation de 23% qui est le minimum de ce taux (Voir annexe 6). L'Etat alloue un crédit moyen de 31.858.462 F CFA à la zone sanitaire Cotonou 5 tandis qu'il alloue au même moment 97.804.154 F CFA à la zone sanitaire Pobè/Kétou/Adja-Ouèrè (Voir annexe 7).

Paragraphe 2 : Equité de la répartition actuelle des crédits délégués entre les zones sanitaires.

Le tableau ci-dessous nous présente les résultats du calcul des données servant à la détermination de l'indice de concentration de Gini des crédits délégués alloués aux zones sanitaires sur la période de 2004 à 2016.

Tableau 1 : Résultats du calcul des données servant à la détermination de l'indice de concentration de Gini des crédits délégués alloués aux zones sanitaires sur la période de 2004 à 2016.

Montants	n_j	v_j	V_j	$n_j c_j$	cw_j	Cw_j	$v_j\ (Cw_j + Cw_{j-1})$
[3.858.462-46.401.785[	4	0,1176	0,1176	15.652.494	0,0070	0,0070	0,0008
[46.401.785-60.945.108[	6	0,1765	0,2941	322.040.679	0,1431	0,1500	0,0252
[60.945.108-75.488.431[	10	0,2941	0,5882	682.167.695	0,3030	0,4530	0,0891
[75.488.431-90.031.754]	9	0,2647	0,8529	744.840.833	0,3309	0,7839	0,0876
[90.031.754-104.575.077]	5	0,1471	1	486.517.078	0,2161	1	0,0318
Total	34	1		2.251.218.778	1		0,2345

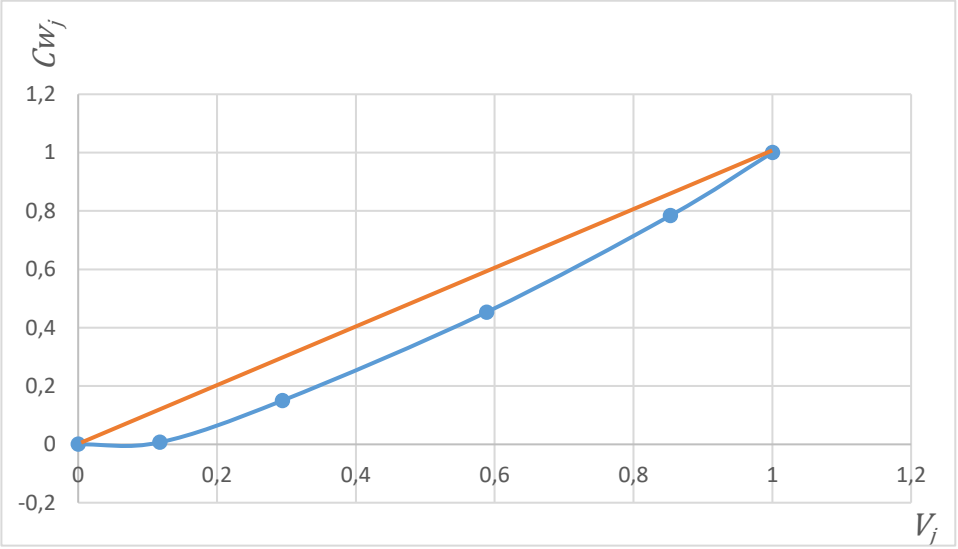
Source: Résultats de nos calculs.

Des résultats de ce tableau, l'indice de concentration de Gini des crédits délégués par zones sanitaires au Bénin sur la période de 2004 à 2016, est donc égal à :

G = 1- 0,2345 = 0,7655.

Cette valeur est proche de 1 donc la concentration des crédits délégués est forte.

Graphique 5 : Courbe de Lorenz des crédits délégués alloués aux zones sanitaires sur la période de 2004 à 2016.



Source: Réalisé par nous même

Ce graphique vient confirmer les résultats obtenus ci-haut car la courbe de Lorenz est éloignée de la diagonale.

Section 2 : Analyse des résultats et suggestions

Paragraphe 1 : Analyse des résultats

L'analyse des résultats sur la répartition actuelle des crédits délégués entre les zones sanitaires de 2004 à 2016, nous permet de conclure que les crédits délégués suivent une évolution en dents de scie. Si la répartition des crédits délégués était basée sur la population, l'Etat béninois allouerait plus de ressources à la zone sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-ava qui détient la population moyenne maximale soit 527.311 habitants. Ce qui n'est pas le cas donc la répartition actuelle des crédits délégués n'est pas basée sur la population dont dispose chaque zone sanitaire.

Si cette répartition était basée sur le nombre de centres de santé par zone sanitaire, l'Etat béninois allouerait plus de ressources à la zone sanitaire Djida/Abomey/Agbangnizoun qui détient le nombre de centre de santé maximal soit 22 centres de santé. Ce qui n'est pas le cas donc la répartition des crédits délégués entre les zones sanitaires n'est pas basée sur le nombre de centres de santé dont dispose chaque zone sanitaire.

Si la répartition des crédits délégués était basée sur le taux de fréquentation de chaque zone sanitaire, l'Etat béninois allouerait le maximum des crédits délégués à la zone sanitaire Cotonou 5 qui détient le taux de fréquentation maximal soit 76%. Ce qui n'est pas le cas donc la répartition des crédits délégués n'est pas basée sur le taux de fréquentation de chaque zone sanitaire.

En ce qui concerne les résultats sur l'équité de la répartition actuelle des crédits délégués entre les ZS, nous avons constaté sur la période de 2004 à 2016 que l'indice de concentration de Gini est égal à 0,7655. Cette valeur est proche de 1 donc la concentration des crédits délégués est forte ce qui se confirme par le graphique 4. Cela traduit donc que la répartition des crédits délégués entre les ZS sur la période de 2004 à 2016 n'est pas équitable.

Hypothèse 1

L'hypothèse 1 est relative au critère de répartition actuelle des crédits délégués entre les zones sanitaires. De l'analyse des résultats, il ressort que de 2004 à 2016 les crédits délégués ont eu une évolution en dents de scie. De plus la répartition des crédits délégués ne se fait ni en fonction de la population ni en fonction du nombre de centres de santé dont dispose chaque zone sanitaire. Cette répartition ne se fait pas aussi en fonction du taux de fréquentation de chaque zone sanitaire. Cette analyse nous permet d'infirmer notre première hypothèse selon laquelle la répartition actuelle des crédits délégués entre les zones sanitaires est basée sur le taux de fréquentation de chaque zone sanitaire.

Hypothèse 2

L'hypothèse 2 est relative à l'équité de la répartition des crédits délégués entre les zones sanitaires. De l'analyse des résultats il ressort que la valeur de l'indice de Gini calculée sur la période de 2004 à 2016 est proche de 1 et la courbe de Lorenz est éloignée de la diagonale. De plus les études réalisées par Bossert et *al* (2000) et Gilson et *al* (2000) ont montré qu'une répartition en fonction de la population est plus équitable, ce qui n'est pas le cas dans cette étude. Ainsi la répartition des crédits délégués entre les zones sanitaires n'est pas équitable sur la période de 2004 à 2016. Ces constats nous permettent de confirmer notre deuxième hypothèse selon laquelle la répartition actuelle des crédits délégués entre les zones sanitaires n'est pas équitable.

Paragraphe 2 : Suggestions

Cette étude sur l'analyse de la répartition des crédits délégués entre les zones sanitaires, a mis en exergue de différentes inégalités dans l'allocation des ressources. Il parait donc opportun de faire des suggestions à l'endroit des décideurs et des partenaires en matière de développement et de politique de financement de la santé. Pour cela nos suggestions s'articulent comme suit :

- améliorer la gouvernance et la gestion du secteur de la santé ;
- assurer une répartition plus équitable des crédits délégués entres les zones sanitaires en se basant sur des combinaisons de critères de répartition tel que la population, le nombre de centre de santé, le taux de fréquentation des centre de santé hospitaliers ;
- établir régulièrement un rapport de gestion au niveau des ZS à transmettre au ministère de la santé : la promptitude et complétude des rapports permettront à la tutelle de disposer d'informations justes à temps pour une bonne répartition des ressources ;
- promouvoir et développer un système d'informations médicales, permettant ainsi un bon suivi de l'activité hospitalière au sein des ZS ;

Cependant d'autres critères tels que le nombre de lits et les effectifs du personnel pourraient être étudiés pour la répartition des crédits délégués entre les zones sanitaires. Seulement il faut une bonne maitrise de ses paramètres pour éviter de biaiser la répartition.

CONCLUSION

Le présent travail portant sur l'analyse de la répartition des crédits délégués entre les zones sanitaires nourrit l'objectif d'analyser le mode de répartition actuelle des crédits délégués entre les zones sanitaires de 2004 à 2016. A cet effet, notre travail s'est basé sur une analyse descriptive et comparative de l'évolution des crédits délégués entre les zones sanitaires et sur le calcul de l'indice de Gini ainsi que sur le tracé de la courbe de Lorenz. Des résultats de nos analyses il ressort que la répartition des crédits délégués entre les zones sanitaires n'est pas basée sur le taux de fréquentation de chaque zone sanitaire. De plus les résultats de nos analyses sur l'indice de Gini et la courbe de Lorenz nous ont révélé que la répartition des crédits délégués entre les zones sanitaires sur la période de 2004 à 2016 n'est pas équitable. Au terme de notre étude nous pouvons dire qu'il n'existe pas encore au Bénin un mode de répartition équitable des crédits délégués entre les zones sanitaires.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BENIN CONSUTING GROUP (2014) « Analyse de l'allocation budgétaire entre régions ». *Rapport Final*

Bereniask A. et Aurey J. P (mai 1996) « Dictionnaire commenté d'économie de la santé ! » *Collection abrégée de médecine*, Masson, Paris.

Biteye M. (2012) « Analyse du financement des établissements publics hospitaliers au Sénégal : Equité dans la répartition de la subvention d'exploitation », *Mémoire DESS en Economie de la Santé*, P.13

Bossert T., Chitah B. M., Simonet M., Mwansa L., Daura M., Mabandhla M., Bowser D., Sevilla J., Beauvais J., Silondwa G. et Simatele M. (2002) « Decentralization of the health system in Zambia ». *Document technique* N°2. Bethesda, MD : Projet de réforme de partenariat pour la santé, Abt et Associés. In « Allocation de ressources et acquisition de service de santé en Afrique : qu'es ce qui est efficace pour améliorer la santé des pauvres ? *Série des documents de travail sur le développement humain dans la région Afrique*, N°105, P.29

Cadre de Dépense à Moyen Terme (CDMT) (2014) sectoriel santé in « Analyse de l'allocation budgétaire entre régions ». *Rapport Final* of BENIN CONSUTING GROUP, P.87-94

CCNDS (2013) « Parlons de l'équité en santé » Antigonish (N. É.), Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier.

Cyicarano S. (2006) « Quelles approches de financement de la santé pour atteindre les pauvres des pays en développement ? La nouvelle formule d'allocation des ressources et d'achats des services (ou rap) et l'équité » *Master Economie de la Santé.*

Gilson L., Antenaza I., Bennett S., Bowa C., Brijlal V., Daura M., Doherrty J., Lake S., Mabandhla M., Masiye F., Mbastha S., McIntyre D., Mulenga S., Mwikissa C., Odegaard K. et Thomas S. (2000) « The Dynamics of Policy Change: Lesson from Health Financing Reform in South Africa and Zambia ». *Recherche appliquée majeure, Document technique* N°3. Bethesda, MD : Projet de réforme de partenariat pour la santé, Abt et Associés in « Allocation de ressources et acquisition de service

de santé en Afrique : qu'es ce qui est efficace pour améliorer la santé des pauvres ? *Série des documents de travail sur le développement humain dans la région Afrique,* N°105, P.29

Jourdain A. (1991) « Comment ''Rawper'' les inégalités de santé entre régions » *Cahier de Sociologie et de Démographie Médicales* in : « L'allocation régionale des ressources de santé au Canada : les indicateurs de besoins » *Cahier de Sociologie et de Démographie Médicales,* XXXXIIème année, n°1, P.75-96

Lemelin A. (2004) « Méthode quantitatives des sciences sociales appliquées aux études urbaines et régionales » P. 112-129

Livinec B. et kerouedan D. (2016) « Les déterminants de la santé, un potentiel inexploité pour le mieux-être des populations », Note sur les déterminants en santé, P. 1-31

Marek T., Eichler R. et Schnabl P. (2006) « Allocation de ressources et acquisition de service de santé en Afrique : qu'es ce qui est efficace pour améliorer la santé des pauvres ? » *Série des documents de travail sur le développement humain dans la région Afrique,* N°105, P.29

Mays N. et Bevan G. (1987) « Ressource allocation in the health service». *Occasional paper on social administration social administration,* n°81, Londres : Befor Square Press in : « L'allocation régionale des ressources de santé au Canada : les indicateurs de besoins » *Cahier de Sociologie et de Démographie Médicales,* XXXXIIème année, n°1, P.75-96

Mays N. et Chinn S. Hok M. (1992) « Interregional variations in measures of health from the health and lifestyle and their relation with indicators of health care need in England ». *J. Epidem. Comm. Health,* 46, P. 38-47

Ministère de la Santé (2012) « Projet de communication du DRFM sur les crédits délégués » P. 23

Ministère de la santé (2013) « Analyse des forces et faiblesses des Zones Sanitaires au Bénin » P.11

OMS (2014) « DOCUMENT FONDAMENTAUX », 48ème édition, P.1

OMS (2015) « Stratégie de Coopération de L'OMS avec le Bénin », P.25

Picazo O. (2002) « Better health outcomes from limited ressources: forcusing on priority services in Malawi ». *Série des documents de travail sur le developpement humain dans la région Afrique*, Banque Mondial, Avril 2002 in « Allocation de ressources et acquisition de service de santé en Afrique : qu'es ce qui est efficace pour améliorer la santé des pauvres ? *Série des documents de travail sur le développement humain dans la région Afrique*, N°105, P.29

Thouez J-P (2002) « L'allocation régionale des ressources de santé au Canada : les indicateurs de besoins » *Cahier de Sociologie et de Démographie Médicales,* XXXXIIème année, n°1, P.75-96

Tonnellier F. (1997) « Essai d'allocation de ressources au niveau infrarégional » *Cahier de Sociologie et de Démographie Médicales,* n°3-4, P.237-251

V. Richard (2004) « Le financement de la santé en Afrique subsaharienne : le recouvrement des coûts » *Médecine Tropicale*, 64, P. 337-340

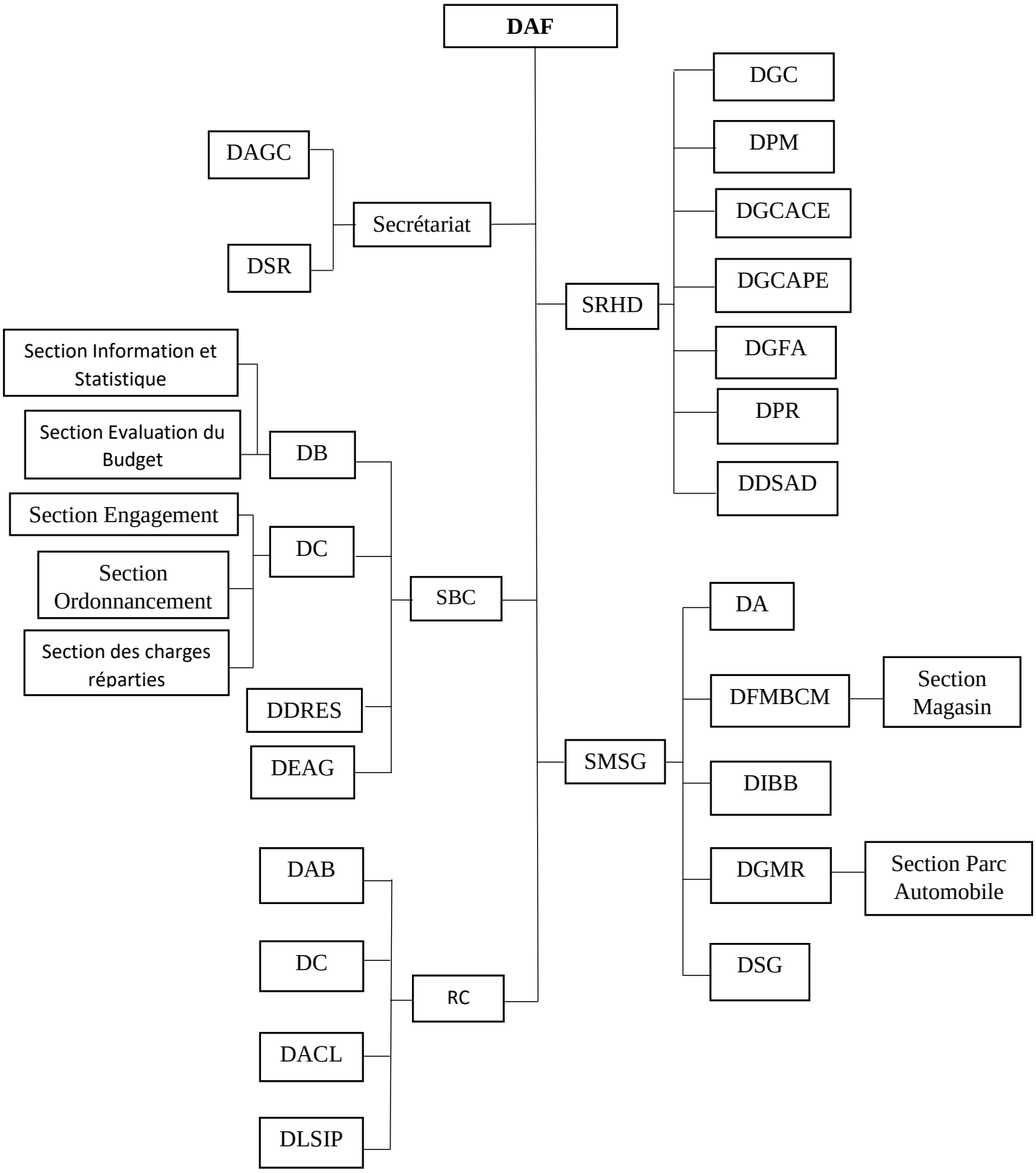
West P. (1987) « La gestion territoriale de la santé : l'allocation des ressources dans les systèmes décentralisés ou centralisés » in « L'allocation régionale des ressources de santé au Canada : les indicateurs de besoins » *Cahier de Sociologie et de Démographie Médicales,* XXXXIIème année, n°1, P.75-96

West P. (1991) « Rethinking the health selection explanation for health inequalities ». *Social Science and Medecine*, 32(4), P. 373- 384

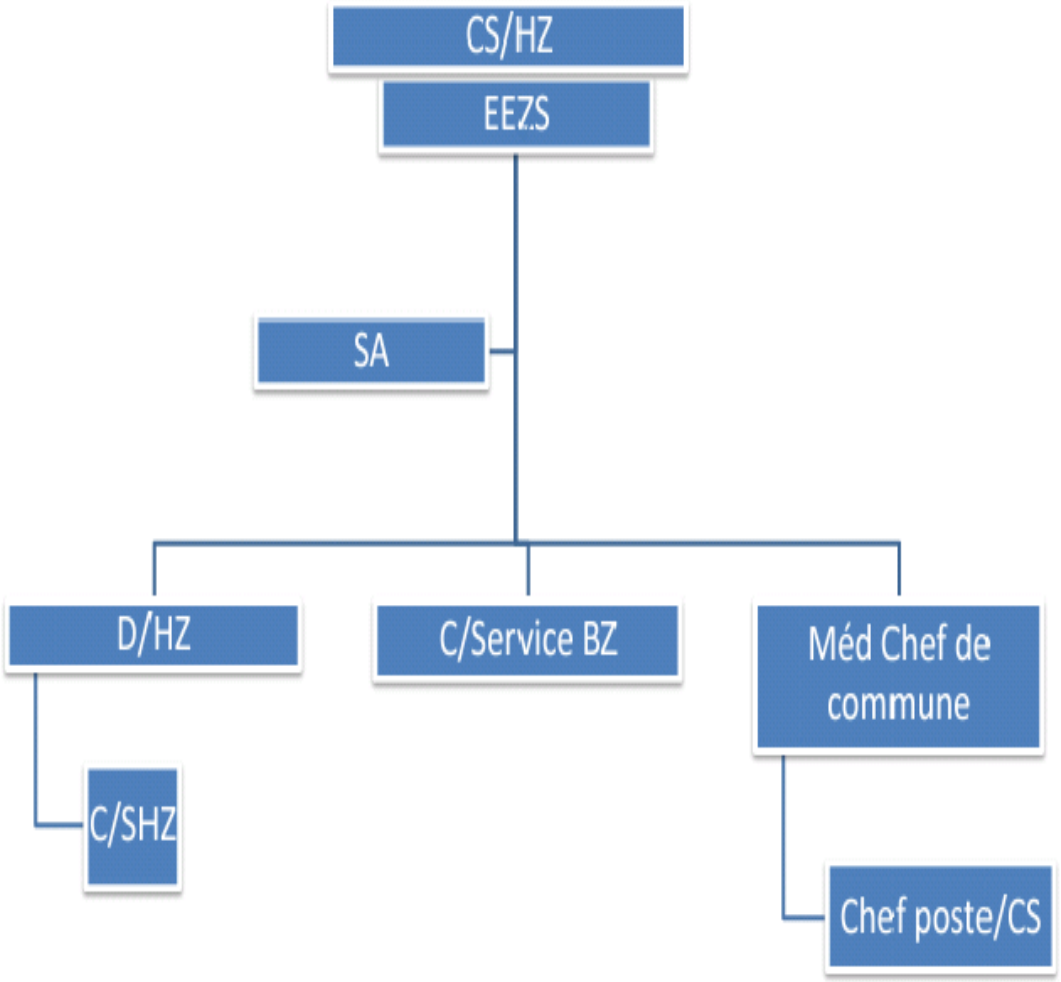
Whitehead M (1990). « The concepts and principles of equity and health ». Copenhagen, in « Quelles approches de financement de la santé pour atteindre les pauvres des pays en développement ? La nouvelle formule d'allocation des ressources et d'achats des services (ou rap) et l'équité » *Master Economie de la Santé.*

ANNEXE

Annexe 1 : Organigramme de la Direction de l'Administration et des Finances



Annexe 2 : Organigramme des zones sanitaires



Annexe 3: Répartition des crédits délégués par zones sanitaires de 2004 à 2016

zone sanitaires	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Banikoara	38.220.000	60.917.000	60.917.000	45.000.000	56.800.000	58.800.000	44.860.000	28.700.000	45.600.000	39.900.000	39.900.000	39.900.000	24.050.000
Kandi/Gogounou/Ségbana	52.240.000	86.594.000	86.594.000	72.500.000	98.531.000	100.231.000	72.180.000	40.900.000	73.300.000	62.600.000	62.590.000	67.590.000	33.800.000
Malanville/Karimama	39 .760.000	60.637.000	60.637.000	49.279.000	70.670.000	76.770.000	75.170.000	40.000.000	73.700.000	64.400.000	64.400.000	65.230.000	44.180.000
Kouandé/Péhunco/Kérou	75.122.000	99.060.000	104.693.000	82.923.000	100.323.000	96.523.000	73.670.000	62.900.000	69.800.000	70.000.000	70.000.000	70.000.000	38.870.000
Natitingou/Boukoumbé/Toucountouna	91.157.000	114.067.000	114.067.000	83.000.000	100.450.000	98.650.000	91.720.000	67.300.000	89.400.000	79.300.000	79.300.000	90.500.000	48.250.000
Tanguiéta/Cobli/Matéri	87.861.000	107.261.000	110.960.000	81.468.000	113.656.000	100.150.000	78.970.000	57.300.000	75.000.000	66.300.000	63.300. 000	71.300.000	37.920.000
Abomey-Calavi/Sôava	58.520.000	79.960.000	84.260.000	74.420.000	88.620.000	88.620.000	70.940.000	58.500.000	65.900.000	57.800.000	57.800.000	59.070.000	28.530.000
Allada/Toffo/Zé	55.898.000	91.360.000	105.800.000	82.360.000	92.980.000	91.980.000	72.930.000	54.200.000	67.100.000	58.700.000	58.700.000	64.700.000	31.850.000
Ouidah/Kpomassé/Tori-Bossito	143.611.000	162.109.000	171.408.000	106.008.000	115.280.000	118.980.000	96.350.000	81.100.000	89.800.000	78.400.000	78.400.000	78.400.000	39.630.000
Bembérèké/Sinendé	44.260.000	70.850.000	72.983.000	65.220.000	74.000.000	95.900.000	89.440.000	65.400.000	92.300.000	82.600.000	82.570.000	87.200.000	41.600.000
Nikki/Pérèré/Kalalé	77.740.000	117.750.000	127.450.000	94.390.000	105.620.000	112.530.000	102.820.000	72.400.000	111.100.000	97.100.000	97.100.000	101.100.000	49.050.000
N'Dali/Parakou	57.410.000	80393.000	89.193.000	66.300.000	76.100.000	80.300.000	58.610.000	38.300.000	63.400.000	50.400.000	50.400.000	54.420.000	26.960.000
Tchaourou	37.320.000	55.165.000	56.965.000	44.500.000	54.550.000	59.290.000	43.590.000	36.800.000	51.100.000	47.000.000	47.000.000	55.700.000	32.580.000
Dassa-Zoumé/Glazoué	94.000.000	105.580.000	109.280.000	85.000.000	103.110.000	107.210.000	75.050.000	53.000.000	68.800.000	62.800.000	62.800.000	65.150.000	31.570.000
Savalou/Banté	75.050.000	100.350.000	101.850.000	81.980.000	96.970.000	98.770.000	74.910.000	55.600.000	71.900.000	70.000.000	70.000.000	73.700.000	36.850.000
Savé/Ouesse	36.610.000	83.420.000	82.340.000	67.220.000	85.630.000	88.230.000	67.990.000	51.700.000	62.400.000	59.200.000	59.200.000	62.840.000	31.420.000
Aplahoué/Dagbo/Toviklin	96.397.000	132.477.000	134.827.000	102.800.000	123.800.000	119.800.000	83.860.000	63.200.000	77.400.000	68.400.000	68.400.000	74.990.000	39.000.000
Klouékanmé/Lalo/Tovoklin	59.997.000	97.777.000	104.677.000	87.300.000	99.050.000	103.050.000	75.470.000	57.600.000	70.500.000	68.000.000	68.000.000	68.000.000	35.850.000
Bassila	52.837.000	68.397.000	68.397.000	53.400.000	66.700.000	70.400.000	52.800.000	45.800.000	48.700.000	45.000.000	45.000.000	47.000.000	26.550.000
Djougou/ouaké/Copargo	82.428.000	103.026.000	103.026.000	86.000.000	99.000.000	108.806.000	111.580.000	88.100.000	105.500.000	95.100.000	95.100.000	105.100.000	56.630.000
Cotonou 1 et 4	18.370.000	29.200.000	30.200.000	26.200.000	43.700.000	42.700.000	40.540.000	39.000.000	42.500.000	37.800.000	37.800.000	41.800.000	20.900.000
Cotonou 2 et 3	15.717.000	42.217.000	66.420.000	47.860.000	85.07. 000	86.570.000	80.300.000	47.900.000	80.300.000	68.800.000	68.800.000	80.000.000	38.500.000
Cotonou 5	12.830.000	30.730.000	30.730.000	26.120.000	36.520.000	35.520.000	31.760.000	23.500.000	37.800.000	38.100.000	38.100.000	50.300.000	22.150.000
Cotonou 6	13.062.000	27.330.000	27.330.000	26.860.000	43.390.000	45.390.000	45.630.000	41.200.000	50.600.000	38.900.000	38.900.000	38.900.000	19.450.000
Lokossa/Athiémé	38.819.000	58.676.000	60.276.000	50.000.000	57.800.000	79.200.000	74.280.000	53.400.000	69.700.000	65.200.000	65.200.000	70.610.000	35.300.000
Comé/Bopa/Grand-Popo/Houéyogbé	101.061.000	133.270.000	136.238.000	98.340.000	105.540.000	111.340.000	79.750.000	56.500.000	76.300.000	73.200.000	73.200.000	83.600.000	41.800.000

Adjohoun/Dangbo/Bonou	58.936.000	94.700.000	95.980.000	75.000.000	86.250.000	96.250.000	73.050.000	60.100.000	80.000.000	70.900.000	70.900.000	75.900.000	37.950.000
Akpro-Missérété/Avrankou/Adjarra	47.200.000	79.500.000	80.440.000	48.800.000	73.400.000	71.900.000	56.330.000	45.500.000	52.600.000	47.700.000	45.700.000	47.950.000	23.970.000
Porto-novo/Sémé-podji/Aguégué	70.702.000	91.858.000	89.818.000	73.400.000	84.700.000	84.800.000	53.290.000	50.000.000	52.000.000	45.300.000	45.300.000	47.770.000	22.890.000
Pobé/Kétou/Adja-Ouèrè	107.484.000	137.940.000	146.960.000	114.220.000	124.650.000	130.350.000	91.250.000	73.800.000	83.200.000	75.100.000	75.100.000	75.100.000	36.300.000
Sakété/Ifangni	41.198.000	65.598.000	113.960.000	79.800.000	84.800.000	90.150.000	64.210.000	49.400.000	73.600.000	64.200.000	64.200.000	70.200.000	33.100.000
Djida/Abomey/Agbangnizoun	90.290.000	105.940.000	109.540.000	84.040.000	95.020.000	95.930.000	78.320.000	62.600.000	73.500.000	67.100.000	67100.000	68.520.000	33.760.000
Bohicon/Zakpota/Zogbodomé	45.280.000	63.720.000	64.120.000	49.500.000	66.650.000	65.150.000	50.510.000	36.000.000	44.300.000	37.500.000	37.500.000	39.040.000	19.020.000
Cové/Ouinhi/Zangnanado	67.170.000	97.640.000	98.040.000	80.760.000	98.890.000	98.590.000	88.860.000	77.900.000	82.900.000	71.900.000	71.900.000	73.410.000	36.710.000
Total	2.084.557.000	2.935.469.000	3.100.376.000	2.391.970.007	2.908.220.000	3.008.830.000	2.420.990.000	1.835.600.000	2.372.000.000	2.124.700.000	2.119.660.000	2.196.470.000	1.156.940.000

Source : Réalisé à bases des données tirées des annuaires des statistiques sanitaires de 2004 à 2016.

Annexe 4 : Répartition de la population par zones sanitaires de 2004 à 2016

zone sanitaires	2004	2005	2006	2007	2008	2009	.2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Banikoara	162.317	173.472	180.856	188.539	184.696	190.831	197.137	203.614	210.296	217.189	217.189	231.643	273.382
Kandi/Gogounou/Ségbana	243.279	161.127	271.062	282.582	276.821	286.015	295.467	305.175	315.189	325.521	325.521	347.185	427.848
Malanville/Karimama	150.764	259.998	167.984	175.122	171.549	177.248	183.105	189.121	195.327	201.730	201.730	215.156	260.542
Kouandé/Péhunco/Kérou	211.373	220.735	228.668	237.603	240.516	248.505	256.717	265.152	273.853	282.830	282.830	301.652	321.477
Natitingou/Boukoumbé/Toucountouna	177.600	185.459	192.122	199.619	202.087	208.798	215.698	222.785	230.096	237.638	237.638	253.453	250.650
Tanguiéta/Cobli/Matéri	197.628	206.370	213.782	222.119	224.874	232.344	240.022	247.908	256.043	264.436	264.436	282.035	284.093
Abomey-Calavi/Sôava	410.052	448.274	470.138	492.564	466.587	482.085	498.016	514.379	531.259	548.673	548.673	585.188	859.151
Allada/Toffo/Zé	255.505	279.321	292.931	306.896	290.732	300.389	310.316	320.511	331.029	341.880	341.880	364.633	372.540
Ouidah/Kpomassé/Tori-Bossito	190.382	208.128	218.277	228.688	216.631	223.826	231.222	238.819	246.656	254.742	254.742	271.695	318.550
Bembérèkè/Sinendé	168.643	179.889	187.986	196.125	191.895	198.268	204.820	211.549	218.492	225.654	225.654	240.671	247.163
Nikki/Pérèrè/Kalalé	258.557	275.800	288.213	300.691	294.205	272.634	314.023	324.340	300.443	345.965	345.965	368.389	442.492
N'Dali/Parakou	231.898	247.362	258.493	269.687	263.869	303.978	281.644	290.897	334.984	310.292	310.292	330.942	409.208
Tchaourou	114.084	121.691	127.169	132.675	129.813	134.124	138.557	143.109	147.805	152.650	152.650	162.809	247.397
Dassa-Zoumé/Glazoué	196.925	207.002	215.308	224.139	224.075	231.518	239.169	247.027	255.133	263.496	263.496	281.032	262.271
Savalou/Banté	199.525	209.736	218.155	227.104	227.035	234.576	242.327	250.289	258.503	266.976	266.976	284.744	279.098
Savé/Ouesse	175.743	184.737	192.189	200.073	199.973	206.615	213.443	220.456	227.690	235.154	235.154	250.804	254.111
Aplahoué/Dagbo/Toviklin	310.338	330.755	344.549	357.037	353.126	364.855	376.912	389.296	402.071	415.251	415.251	442.886	452.572
Klouékanmé/Lalo/Tovoklin	249.751	266.181	277.280	287.330	284.184	293.623	303.326	313.292	323.573	334.180	334.180	356.420	373.786
Bassila	76.351	79.166	81.746	84.081	86.877	89.763	92.729	95.776	98.919	102.162	102.162	108.961	144.334
Djougou/ouaké/Copargo	297.403	308.367	318.415	327.510	338.407	349.647	361.201	373.069	385.311	397.942	397.942	424.425	457.944
Cotonou 1 et 4	110.984	110.244	112.516	114.783	126.286	130.480	134.792	139.221	143.790	148.503	148.503	158.386	105.744
Cotonou 2 et 3	222.037	220.557	225.102	229.639	252.650	261.042	269.669	278.529	287.669	297.099	297.099	316.871	250.546
Cotonou 5	189.171	187.909	191.782	195.647	215.253	222.402	229.752	237.701	245.088	253.122	253.122	269.967	173.375
Cotonou 6	187.921	186.666	190.513	194.353	213.829	220.931	228.232	235.731	243.467	251.447	251.447	268.181	223.168

Lokossa/Athiémé	124.434	265.265	272.560	279.209	295.812	305.638	315.738	326.112	336.814	347.855	347.855	177.580	178.996
Comé/Bopa/Grand-Popo/Houéyogbé	259.970	126.968	130.459	133.642	141.590	146.293	151.127	156.092	161.215	166.499	166.499	371.005	372.306
Adjohoun/Dangbo/Bonou	162.464	168.308	174.166	180.139	184.864	191.004	197.316	203.799	210.487	217.386	217.386	331.854	239.592
Akpro-Missérété/Avrankou/Adjarra	227.593	235.779	243.985	252.352	258.971	267.573	276.416	285.497	294.866	304.532	304.532	324.799	391.070
Porto-novo/Sémé-podji/Aguégué	390.172	404.206	418.275	432.619	443.966	458.713	473.871	489.441	505.502	522.073	522.073	556.817	589.376
Pobé/Kétou/Adja-Ouèrè	282.834	290.983	300.432	309.853	321.829	332.519	343.508	354.794	366.437	378.448	378.448	403.634	440.506
Sakété/Ifangni	151.835	156.209	161.282	166.283	172.769	178.507	184.406	190.465	196.715	203.163	203.163	216.684	249.529
Djida/Abomey/Agbangnizoun	232.681	297.173	244.655	251.980	331.062	273.556	282.596	364.971	301.459	311.341	311.341	332.061	319.707
Bohicon/Zakpota/Zogbodomé	290.947	119.431	305.919	315.063	133.050	342.058	353.361	146.678	376.948	389.304	389.304	415.213	440.753
Cové/Ouinhi/Zangnanado	116.930	237.660	122.945	126.649	264.761	137.469	142.012	291.881	151.492	156.457	156.457	166.870	183.702

Source : Réalisé à bases des données tirées des annuaires des statistiques sanitaires de 2004 à 2016.

Annexe 5 : Répartition des centres de santé par zones sanitaires de 2004 à 2016

zone sanitaires	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Banikoara	7	10	10	10	10	10	13	13	13	13	14	18	15
Kandi/Gogounou/Ségbana	19	19	19	21	21	21	20	19	20	20	20	58	22
Malanville/Karimama	10	9	9	9	10	10	9	9	9	9	9	26	10
Kouandé/Péhunco/Kérou	13	13	13	13	13	13	13	13	16	19	18	21	21
Natitingou/Boukoumbé/Toucountouna	17	17	17	18	18	18	18	18	27	25	22	18	21
Tanguiéta/Cobli/Matéri	13	14	14	15	15	15	15	15	21	22	23	24	24
Abomey-Calavi/Sôava	13	15	15	15	15	15	14	14	16	16	17	16	16
Allada/Toffo/Zé	27	28	28	28	28	28	26	26	28	29	29	29	29
Ouidah/Kpomassé/Tori-Bossito	23	28	28	28	28	28	25	25	26	26	26	26	26
Bembérèké/Sinendé	9	9	9	9	9	9	15	15	15	15	14	24	24
Nikki/Pérèré/Kalalé	18	18	18	19	19	19	35	35	20	20	21	45	14
N'Dali/Parakou	10	10	10	10	10	10	12	12	12	12	14	65	22
Tchaourou	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	54	13
Dassa-Zoumé/Glazoué	17	17	17	17	17	17	17	17	18	18	18	18	18
Savalou/Banté	17	17	17	18	18	18	18	18	18	21	21	21	21
Savé/Ouesse	15	15	15	15	15	15	15	15	15	14	14	15	15
Aplahoué/Dagbo/Toviklin	19	19	22	20	20	20	20	20	20	23	23	22	23
Klouékanmé/Lalo/Tovoklin	22	22	24	31	24	24	24	24	24	25	25	26	26
Bassila	3	3	3	6	6	6	6	6	7	8	8	8	9
Djougou/ouaké/Copargo	23	23	24	22	22	22	23	23	21	25	25	33	37
Cotonou 1 et 4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4
Cotonou 2 et 3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	4	3	3
Cotonou 5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Cotonou 6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Lokossa/Athiémé	10	10	10	12	12	12	12	12	12	11	11	11	11
Comé/Bopa/Grand-Popo/Houéyogbé	22	22	22	26	26	26	26	26	26	28	28	28	27
Adjohoun/Dangbo/Bonou	19	19	19	29	29	19	20	20	20	21	21	21	42
Akpro-Missérété/Avrankou/Adjarra	17	17	17	21	21	21	18	18	18	18	18	18	23
Porto-novo/Sémé-podji/Aguégué	21	21	21	28	28	28	27	27	27	27	27	27	29
Pobé/Kétou/Adja-Ouèrè	17	17	17	32	32	18	22	22	22	19	19	19	37
Sakété/Ifangni	11	11	11	17	17	17	14	14	14	15	15	15	25
Djida/Abomey/Agbangnizoun	19	24	24	24	24	24	24	24	22	23	23	22	22
Bohicon/Zakpota/Zogbodomé	21	21	21	21	21	21	21	21	21	22	22	23	25
Cové/Ouinhi/Zangnanado	11	14	14	14	14	14	14	14	14	12	12	13	13
Total	484	503	509	569	563	539	558	557	563	577	579	779	675

Source : Réalisé à bases des données tirées des annuaires des statistiques sanitaires de 2004 à 2016.

Annexe 6 : Taux de fréquentation en pourcentage par zone sanitaire.

zone sanitaires	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Moyenne
Banikoara	47	40	42	34,4	38	44,8	46,8	47	50,3	51,7	55,3	40,8	34,3	44
Kandi/Gogounou/Ségbana	49	42	48	40,9	41,1	44,9	46,9	50,5	61,6	61,3	60,9	53,5	41,6	49,4
Malanville/Karimama	25	77	24	25,2	26,6	25,6	41,8	40	49,7	49,4	49,1	43,1	32,5	39,2
Kouandé/Péhunco/Kérou	27	15	30	27,8	36	28,8	24,3	24,7	28,3	28	27,6	29,3	29,5	27,4
Natitingou/Boukoumbé/Toucountouna	41	32	32	41,7	38,2	31,1	48,7	52,7	57,4	48,6	51,1	50,6	51	44,3
Tanguiéta/Cobli/Matéri	43	50	50	56,3	57	68,4	67,3	65,9	62,9	60,5	63,5	73,2	69,5	60,6
Abomey-Calavi/Sôava	26	22	22	23,5	25,2	26	36,6	35,6	51,7	53	55,3	53,6	38,9	36,1
Allada/Toffo/Zé	32	26	26	23,5	26,2	23,4	31	24,3	36,4	38	47	43,8	44,9	32,5
Ouidah/Kpomassé/Tori-Bossito	31	30	30	29,7	33,4	35,7	30,8	35,2	45,9	46,4	35,5	42,9	37,7	35,7
Bembérèké/Sinendé	46	60	60	66,6	78	87,5	91,3	80,2	85,2	85,2	75,5	76,8	71,4	74,1
Nikki/Pérèré/Kalalé	39	37	37	45,7	44,8	48,9	37	37,1	55	60,5	71,6	63,3	51,4	48,3
N'Dali/Parakou	42	49	49	41,3	47,2	46,6	60,7	60,9	80,2	81	63,7	73,3	52,4	57,5
Tchaourou	34	34	34	44,3	51,1	47,4	67,7	66,1	116	130	114	132	74,5	72,7
Dassa-Zoumé/Glazoué	39	32	32	31,6	29,1	25,7	29,8	25,2	37,9	41	39,7	38,9	45	34,4
Savalou/Banté	27	20	20	20,8	23,6	23,2	25,9	26,2	33,2	40,9	40,9	40,7	35,4	29,1
Savé/Ouesse	35	33	33	28,5	24,7	19	22,3	29,4	42,2	36,7	31,4	32,4	28,9	30,5
Aplahoué/Dagbo/Toviklin	31	23	23	25,3	25,1	25,1	27,3	26	32,6	32,3	28,8	30,2	27,2	27,5
Klouékanmé/Lalo/Tovoklin	21	18	18	27,6	22,5	18,6	21,6	19,9	23,8	26	27	32,5	37,2	24,1
Bassila	33	28	28	34,9	36,7	57,4	60	55,5	65,8	83,3	91,3	93,4	70,3	56,7
Djougou/ouaké/Copargo	28	27	27	24,8	23,8	21	34,4	41,6	49	52,7	52,2	51	47,9	37
Cotonou 1 et 4	67	56	56	68,2	54,4	47,5	52,1	49,8	55,5	53,7	52,1	53,7	71,3	56,7
Cotonou 2 et 3	49	42	42	53,9	52,1	55,3	49,1	42,6	55,5	55	55,1	49,8	57,9	50,7
Cotonou 5	59	71	71	77,2	64,7	70,9	93,8	82,6	94,1	85,1	79,5	73,4	65,4	76
Cotonou 6	77	48	48	60,3	37,6	27	56,6	45,3	54,4	54,1	46,5	46	60,5	50,9
Lokossa/Athiémé	36	41	41	51,8	36,9	40,9	37,9	35,3	56,1	53,6	59,1	55,4	51,7	45,9
Comé/Bopa/Grand-Popo/Houéyogbé	41	33	33	38,7	34	35,7	37,2	29,6	47,4	50,5	48,2	43,2	50,2	40,1
Adjohoun/Dangbo/Bonou	26	25	25	34,1	24,3	29,4	24,7	22,5	38,4	36,3	35,1	39,1	37,5	30,6
Akpro-Missérété/Avrankou/Adjarra	27	22	22	23,7	21,8	22,2	24,9	23,6	41,3	40,4	36,1	37,4	29,1	28,6
Porto-novo/Sémé-podji/Aguégué	71	62	62	55,9	47,3	46,8	39,4	45	64,4	69,9	51	41,5	40,8	53,6
Pobé/Kétou/Adja-Ouèrè	21	21	21	20,3	16,8	18,6	17,3	12,8	30,1	32,8	29,6	28,6	23,7	22,6
Sakété/Ifangni	35	28	28	28,7	21,7	20,2	28,7	20,1	29,9	31,9	26,9	23,7	21,6	26,5
Djida/Abomey/Agbangnizoun	53	23	39	45,4	21,4	20,6	41,2	28,6	41,7	40,5	50,9	74,7	43,8	40,3
Bohicon/Zakpota/Zogbodomé	37	26	26	30,1	71	35	29,6	69	118	120	49,7	26	126,7	58,8
Cové/Ouinhi/Zangnanado	52	77	45	46,9	23,5	42,7	47,6	21,1	25,7	30,1	53,4	88,8	30	44,9

Source : Réalisé à bases des données tirées des annuaires des statistiques sanitaires de 2004 à 2016.

Annexe 7 : Moyennes des crédits délégués, de la population et du nombre de centres de santé de chaque zone sanitaire sur la période de de 2004 à 2016

zone sanitaires	Crédits moyens	Population moyenne	Moyenne de CS	Crédits per capita	Crédits délégués par CS	Taux moyens de fréquentation
Banikoara	44.889.538	202.397	12	222	3.740.795	44
Kandi/Gogounou/Ségbana	69.973.077	297.138	23	235	3.042.308	49,4
Malanville/Karimama	60.371.769	196.106	11	308	5.687.196	39,2
Kouandé/Péhunco/Kérou	77.991.077	259.378	15	301	5.094.894	27,4
Natitingou/Boukoumbé/Toucountouna	88.243.154	216.434	20	408	4.516.382	44,3
Tanguiéta/Cobli/Matéri	80.880.462	241.238	18	335	4.571.504	60,6
Abomey-Calavi/Sôava	67.149.231	527.311	15	127	4.431.168	36,1
Allada/Toffo/Zé	71.427.538	316.043	28	226	2.558.011	32,5
Ouidah/Kpomassé/Tori-Bossito	104.575.077	238.643	26	438	3.963.487	35,7
Bembérèké/Sinendé	74.178.692	207.447	14	358	5.479.108	74,1
Nikki/Pérèré/Kalalé	97.396.154	317.824	23	306	4.206.478	48,3
N'Dali/Parakou	60.937.385	295.657	16	206	3.790.364	57,5
Tchaourou	47.812.308	146.503	11	326	4.316.389	72,7
Dassa-Zoumé/Glazoué	78.719.231	239.276	17	329	4.528.097	34,4
Savalou/Banté	77.533.077	243.465	19	318	4.147.860	29,1
Savé/Ouesse	64.476.923	215.088	15	300	4.343.005	30,5
Aplahoué/Dagbo/Toviklin	91.180.846	381.146	21	239	4.373.989	27,5
Klouékanmé/Lalo/Tovoklin	76.559.308	307.470	25	249	3.100.533	24,1
Bassila	53.152.385	95.617	6	556	8.746.595	56,7
Djougou/ouaké/Copargo	95 338.154	364.429	25	262	3.837.139	37
Cotonou 1 et 4	34.670.000	129.556	4	268	9.198.163	56,7
Cotonou 2 et 3	62.188.769	262.193	3	237	23.778.059	50,7
Cotonou 5	31.858.462	220.330	3	145	10.619.487	76
Cotonou 6	35.149.385	222.760	5	158	7.029.877	50,9
Lokossa/Athiémé	59.881.615	274.913	11	218	5.331.925	45,9
Comé/Bopa/Grand-Popo/Houéyogbé	90.010.692	191.051	26	471	3.513.931	40,1

Adjohoun/Dangbo/Bonou	75.070.462	206.059	23	364	3.263.933	30,6
Akpro-Missérété/Avrankou/Adjarra	55.460.769	282.151	19	197	2.942.816	28,6
Porto-novo/Sémé-podji/Aguégué	62.448.308	477.470	26	131	2.401.858	53,6
Pobé/Kétou/Adja-Ouèrè	97.804.154	346.479	23	282	4.339.433	22,6
Sakété/Ifangni	68.684.667	187.001	15	367	4.555.616	26,5
Djida/Abomey/Agbangnizoun	80.261.667	296.506	23	271	3.489.638	40,3
Bohicon/Zakpota/Zogbodomé	47.560.769	309.079	22	154	2.200.320	58,8
Cové/Ouinhi/Zangnanado	80.359.231	173.483	13	463	6.038.555	44,9

Source : Réalisé à bases des données tirées des annuaires des statistiques sanitaires de 2004 à 2016