

**REPUBLIQUE DU BENIN**

~~~~~

**MINISTERE DE LA SANTE**

~~~~~

**Cabinet**

Secrétariat Général du Ministère

**DIRECTION DE LA  
PROGRAMMATION  
ET DE LA PROSPECTIVE**

**DIRECTION DU  
DEVELOPPEMENT  
DES ZONES SANITAIRES**

~~~~~

**Projet d'appui au renforcement des zones de santé dans les départements  
du Mono, du Couffo, de l'Atacora et de la Donga**

**MAI 2009**



## 1. TITRE, CONTEXTE, ET PERSPECTIVES

### 1.1 TITRE : **Projet d'appui au renforcement des zones de santé dans les départements du Mono, du Couffo, de l'Atacora et de la Donga (PARZS)**

La présente fiche d'identification concerne un Projet d'appui au renforcement des zones de santé dans les départements du Mono, du Couffo, de l'Atacora et de la Donga (PARZS) et s'inscrit dans le Programme **bénino-belge d'Appui au Secteur de la Santé**, tel que défini dans le PIC 2008-2011.

L'intervention s'inscrit dans le cadre d'une approche sectorielle, visant à induire des changements allant dans le sens du renforcement des capacités des institutions du secteur, tant des structures opérationnelles chargées de la dispensation des soins (Zones Sanitaires) que des structures chargées de les appuyer (Direction Départementale de la Santé, Centres hospitaliers départementaux et services centraux du Ministère de la Santé).

### 1.2 CONTEXTE SECTORIEL (situation actuelle)

#### 1.2.1 Profil épidémiologique

Le profil épidémiologique du Bénin est caractérisé par la prédominance de problèmes majeurs classiques liés à une écologie particulière et à des conditions de vie défavorables: paludisme, infections respiratoires aiguës, diarrhées, anémies, et affections gastro-intestinales. Les traumatismes et les maladies non transmissibles (hypertension artérielle, diabète) sont de plus en plus prévalents. Le taux de prévalence du VIH/SIDA pour la population entre 15 et 49 ans, qui est de 1.8 %<sup>1</sup>, ne semble pas être un problème majeur de santé publique, et il faut tout mettre en œuvre pour qu'il ne le devienne pas.

En 2006 selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS 3), le taux de mortalité infanto-juvénile était de 125 pour 1000 naissances vivantes et le ratio de mortalité maternelle était de 397 pour 100 000 naissances vivantes contre 474,4 pour 100.000 en 2001. Ce ratio est bien en dessous de l'OMD 4 pour 2015 qui est de 125 pour 100 000 naissances vivantes. Malgré les progrès accomplis au cours des dix dernières années, ces taux de mortalité maternelle et infantile demeurent élevés au regard des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) pour 2015.

Environ 35% des décès d'enfants surviennent dans les 7 jours qui suivent la naissance. Les causes de mortalité néonatale sont par ordre de fréquence : les infections sévères 34%, la prématurité 26%, les asphyxies 20% et les causes congénitales 8%. Passé la période néonatale, les enfants béninois meurent prioritairement des causes suivantes : le Paludisme/fièvre (29%), les Infections Respiratoires Aiguës (IRA) (9.5%), les maladies diarrhéiques (9%). La couverture vaccinale a chuté passant de 59% en 2001 à 47% en 2006, selon les données de l'EDS-3. Le Couffo connaît un taux particulièrement bas (40%).

Les principales causes de décès maternels sont les hémorragies du post-partum dans 24% des cas, les infections puerpérales (15%), les avortements à risque (13%), les éclampsies (8%), les dystocies (8%), les autres causes directes (8%) et les causes indirectes (20%).

Avec un taux de prévalence d'insuffisance pondérale stationnaire (23%) et un taux de retard de croissance des moins de cinq ans en augmentation (de 31% en 2001 à 38% en 2006), la malnutrition reste encore la cause sous-jacente de près de la moitié des décès des enfants de moins de cinq ans. Une amélioration de l'état nutritionnel des enfants et des femmes en âge de procréer pourrait faire évoluer favorablement la situation.

Malgré un niveau élevé de connaissance des méthodes modernes de contraception (90% par les femmes et 96% par les hommes), le taux de prévalence contraceptive demeure encore très bas et est

---

<sup>1</sup>(Source : Rapport UNAIDS 2006)

en déclin (de 7% à 6% de 2001 à 2006). Avec un taux de fécondité de 5,7 et un taux d'accroissement annuel de la population de 3,2 %, la faiblesse des services en matière de planification familiale apparaissent évidentes. Dans les zones concernées par cette intervention, les taux sont encore très inférieurs.

Quelques indicateurs pour les départements concernés par l'intervention :

| Indicateurs                                                      | Mono | Couffo | Atacora | Donga | Moyenne nationale |
|------------------------------------------------------------------|------|--------|---------|-------|-------------------|
| Ratio de mortalité maternelle (pour 100.000 Naissances Vivantes) | -    | -      | -       | -     | 397               |
| Mortalité Infanto-juvénile (pour 1.000)                          | 101  | 122    | 176     | 184   | 136               |
| Indice synthétique de fécondité (enfant par femme)               | 5,6  | 5,8    | 7,0     | 6,4   | 5,7               |
| Taux de prévalence contraceptive (pour 100)                      | 4,3  | 4,5    | 5,1     | 3,9   | 6,1               |

EDS 2006

Tous ces indicateurs montrent que l'état de santé des populations béninoises et l'état des services de santé peuvent encore faire l'objet d'importantes améliorations.

### 1.2.2 Les principaux constats et les enjeux du système de santé

Suite à l'Initiative de Bamako de 1987 et à la tenue de la Table Ronde de la Santé du Bénin en 1995, le Bénin a mis en place des Zones Sanitaires dès 1998. Les Etats Généraux de la Santé, qui se sont tenus en 2007, ont réaffirmés les Soins de Santé Primaires (SSP) et le développement des Zones Sanitaires (ZS) comme priorités de la politique sanitaire du Pays qui vise à répondre aux besoins fondamentaux de tous les Béninois.

#### a. La situation de l'offre de services de santé

##### L'offre publique

L'offre de soins assurée par le secteur public au Bénin présente des problèmes à différents niveaux. On constate ainsi un taux de fréquentation des formations sanitaires publiques bien en dessous de 40%. Parmi les obstacles majeurs à une fréquentation plus grande des formations sanitaires publiques figurent le manque de ressources financières, le coût élevé des consultations médicales et des médicaments, la distance et le manque de moyens de transport. Le système de référence-recours est toujours peu opérationnel malgré les efforts fournis pour l'équipement des Zones Sanitaires en moyens de transport (ambulance) et de communication (réseau aérien de communication (RAC)).

Ces obstacles sont aggravés par la mauvaise qualité des soins, le manque de considération de la part du personnel de santé, les prestations parfois inefficaces en raison du manque de compétences des agents concernés et l'inaccessibilité temporelle des centres de santé (qui ne sont pas ouverts 24 h/ 24). De plus, le manque d'hygiène dans certaines formations sanitaires expose les patients au risque d'infections nosocomiales, tandis que l'insuffisance de blocs opératoires dans les hôpitaux et / ou leur sous-équipement en matériels techniques constituent un obstacle à une offre de soins de qualité aux populations.

Offre publique dans les zones concernées par l'intervention :

| Zones Sanitaires                  | Taux de fréquentation (%) | Taux d'occupation des lits (%) |
|-----------------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| 1. Comè/Bopa/Grand-Popo/Houéyogbé | 38,7                      | -                              |
| 2. Klouékanmè/Lalo/Toviklin       | 27,6                      | 43,4                           |
| 3. Aplahoué/Dogbo/Djakotomey      | 25,3                      | 40,2                           |
| 4. Bassila                        | 34,9                      | 22,9                           |
| 5. Djougou/ouaké/Copargo          | 24,8                      | 66,8                           |
| <b>Bénin (Moyenne nationale)</b>  | <b>46,01</b>              | <b>50,6</b>                    |

*Annuaire des statistiques sanitaires 2007*

### **L'offre privée**

A côté de l'offre de soins assurée par des structures publiques, des structures privées, souvent confessionnelles, existent également. Celles-ci offrent des soins de meilleure qualité aux populations et devraient être intégrées dans le système national de santé.

L'offre privée à but lucratif est pour sa part en augmentation considérable. Ses activités échappent aux contrôles et nécessiteraient d'être régulées.

### **b. Le contexte de la décentralisation**

On constate une prise en compte insuffisante dans le secteur de la santé de la politique de déconcentration et de décentralisation. Les différents acteurs du processus de déconcentration et de décentralisation à l'œuvre dans le secteur de la santé n'ont pas une compréhension correcte de leur rôle. Il serait nécessaire de clarifier ou de redéfinir ce rôle notamment en tenant compte du contexte de décentralisation et de déconcentration politico-administrative, dans lequel ces acteurs s'insèrent. Les compétences des communes et des préfectures sont encore trop peu prises en considération, ce qui a des conséquences sur la qualité de la gouvernance, de la couverture sanitaire, de la planification des investissements et de la maintenance, ou encore de l'usage du Fonds des Indigents. Le lancement de la mise en œuvre de la Politique nationale de déconcentration et de décentralisation, prévu pour 2009, aura des implications dans le secteur de la santé.

### **c. Le financement du secteur de la santé**

#### **Evolution de l'enveloppe budgétaire**

Après avoir connu une baisse ces dernières années, la part du budget de l'Etat (lui-même en forte croissance ces trois dernières années) consacrée à la santé s'est sensiblement accrue en 2009.

Part du secteur de la Santé dans le budget de l'Etat :

| Année                        | 2006         | 2007         | 2008         | 2009         |
|------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Budget Santé                 | 48 917       | 64 881       | 73 921       | 111 415      |
| Budget Etat                  | 611 216      | 812 561      | 1 023 000    | 1 268 000    |
| Budget Santé/<br>Budget Etat | <b>8,00%</b> | <b>7,98%</b> | <b>7,23%</b> | <b>8,79%</b> |

Les ressources disponibles et susceptibles d'être mobilisées pour le fonctionnement du Ministère de la Santé sont importantes. Le budget du Ministère de la Santé est structuré en programmes liés à des maladies spécifiques ou à des aspects particuliers de la santé publique. Un des points positifs de la déconcentration vers la Zone Sanitaire est que les crédits délégués augmentent en volume d'année en année.

Crédits délégués (budget de fonctionnement) (en milliers F CFA) :

| Zones Sanitaires          | Année<br>2006 | Année<br>2007 | Année<br>2008 | Année<br>2009 |
|---------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Bassila                   | 68 397        | 53 400        | 66 700        | 70 400        |
| Djougou Ouaké Copargo     | 103 026       | 86 000        | 99 000        | 108 806       |
| CHD Atacora (Natitingou)  | 103 438       | 76 000        | 103 000       | 103 000       |
| Klouekanmey Toviklin Lalo | 104 677       | 87 300        | 99 050        | 103 050       |
| CHD Mono (Lokossa)        | 165 600       | 123 500       | 155 000       | 155 000       |
| Apiahoué Djakotomè Dogbo  | 134 827       | 102 800       | 123 800       | 119 800       |

Source : DPP/DRFM MS

Des efforts significatifs en matière d'investissements ont été faits pour combler les manquements constatés en matière d'infrastructures et d'équipements. La prise en compte des compétences communales en matière d'investissement et de maintenance des infrastructures et équipements reste par contre encore très insuffisante.

#### d. La répartition de la dépense de santé

Selon les comptes nationaux de la santé, la dépense globale de santé en 2003 était estimée à près de 96 milliards FCFA, soit environ 13.742 FCFA par habitant (21 €). Elle était assurée à hauteur de 52,5% par les ménages, de 31% par l'Etat, et de 16,5% par l'aide extérieure. Elle n'a pas sensiblement évolué depuis. Des objectifs ambitieux sont cependant fixés pour 2015 (respectivement 20%, 40% et 40%).

Dès 2005, un fonds pour les indigents a été alloué aux zones de santé les plus pauvres ; il a aujourd'hui été étendu aux trente quatre (34) Zones Sanitaires. Ses mécanismes d'utilisation doivent cependant être évalués et révisés.

Plus récemment, des nouvelles mesures de gratuité ont été prises, visant les femmes enceintes (gratuité de la césarienne) et les jeunes enfants (gratuité des 0-5 ans).

Malgré le développement d'initiatives mutualistes, la part du financement communautaire organisé est encore très marginale.

#### e. L'évolution de l'aide

Au Bénin, bien que la politique officielle se fonde sur les SSP et la Zone Sanitaire, des changements significatifs ont eu lieu dans l'aide au secteur de la santé : on est passé du concept de SSP, centré sur le concept d'**intégration** (aussi bien des services que des soins, dans la communauté...) au financement de **programmes verticaux**, plus ou moins importants, avec leur logique propre, peu ou pas intégrés. Le mode de financement des bailleurs suit ainsi deux logiques différentes : le **financement d'importants programmes** verticaux de lutte contre la maladie et le **financement du système, principalement à travers quelques projets géographiquement ciblés**. Depuis un an, les Partenaires Techniques et Financiers du Bénin se sont cependant engagés à rechercher une intégration de ces programmes verticaux dans les programmes nationaux en vue du renforcement du système global, notamment autour du PNDS et de sa déclinaison en un Plan Triennal opérationnel.

#### f. La gestion du personnel

La planification du personnel est rendue difficile par la **non maîtrise des effectifs**, la **multiplicité des statuts** en relation avec l'origine des financements et une insuffisante **estimation des besoins**, y compris une absence de critères de définition de ces besoins. La politique en matière de gestion du personnel, en donnant plus d'avantages aux fonctions administratives qu'aux fonctions techniques, entraîne l'aspiration du personnel clinique vers des postes administratifs qui offrent plus d'opportunités. Suite aux opportunités représentées par différents programmes, les cadres quittent le Bénin (diaspora externe) ou bien travaillent à l'intérieur du Bénin pour des agences de coopération ou des ONG (diaspora interne). Le nombre de médecins, infirmiers, sages-femmes et pharmaciens demeure largement en deçà des besoins et la répartition de ce personnel dans le système sanitaire est faite de manière inéquitable principalement au détriment des zones rurales.

Des tendances contradictoires sont aussi encore très vives concernant le profil de médecins nécessaire pour les hôpitaux de zone : **spécialistes** (auquel cas il en faudrait un grand nombre et ils ne sont pas disponibles) ou **généralistes** formés aux besoins prioritaires des populations. Le Ministère de la Santé, avec l'appui de l'AIMS (Appui Institutionnel au Ministère de la Santé), est toutefois engagé dans une réflexion approfondie sur cette question.

### 1.3 POLITIQUES ET STRATEGIES SECTORIELLES

Le **Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018** ouvre de nouvelles perspectives en insistant notamment sur le **développement et le renforcement à moyen terme des 34 zones de santé du pays**. **La zone de santé est un enjeu important du développement des services de santé.**

La vision et le sens de la réforme présentés dans ce document sont décrits dans les extraits suivants :

« Le Bénin dispose en 2025 d'un système de santé performant basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, pour l'**offre et la disponibilité permanentes de Soins de qualité, équitables et accessibles aux populations de toutes catégories**, fondées sur les **valeurs de solidarité et de partage de risques** pour répondre à l'ensemble des besoins du peuple béninois. (...) »

Pour favoriser l'émergence d'un système performant de service et de soins de santé de qualité à toute la population, le gouvernement réaffirme la **nécessité de renforcer à l'horizon 2018 la base de la pyramide sanitaire**. Il s'agira de rendre toutes les Zones Sanitaires fonctionnelles pour leur permettre d'être la cheville ouvrière de la mise en œuvre au niveau opérationnel du présent plan. Dans cette perspective, le secteur privé sera également encouragé et renforcé pour lui permettre de jouer



pleinement son rôle dans l'offre de soins. L'Etat ne sera plus l'Etat providence, mais celui qui joue le rôle de régulateur, de conception de la politique, du suivi des normes. Cette ambition requiert du secteur une optimisation des ressources et des potentialités disponibles ».

La présente intervention de la coopération bénino-belge est conçue dans cette perspective et appuiera le Ministère de la Santé, conjointement, en coordination et en complémentarité avec les autres partenaires techniques et financiers du secteur, pour sa mise en œuvre.

#### **1.4 BREVE PRESENTATION DE L'INTERVENTION**

##### **a. Principes de base de l'approche**

Le projet s'inscrit dans le **PNDS 2009-2018 dont le développement et le renforcement à moyen terme des 34 zones de santé du pays constitue un enjeu important.**

L'intervention s'inscrit également dans le renforcement des acquis des PAZS KTL et Bassila, et tiendra compte des progrès, mais aussi des limites constatés. Elle prendra également en compte les premières leçons du projet PASZ Comé.

Au vu des moyens disponibles et des possibilités de concourir à l'atteinte de résultats similaires, il est de surcroît proposé d'étendre l'intervention à d'autres zones que celles de KTL et Bassila, dans les mêmes Départements, déjà appuyés dans le cadre de l'AIMS et précédemment dans le cadre du PASTAM. Les nouvelles zones sont contigües aux zones déjà appuyées, ce qui facilitera les synergies et de permettra des économies d'échelle.

L'intervention s'inscrit dans une nouvelle approche, évoluant vers un appui global au système. A cette fin, les acquis des Projets d'Appui aux Zones Sanitaires (PAZS), mais aussi du PASTAM (Projet d'Amélioration de la Sécurité Transfusionnelle dans les Départements de l'Atacora, de la Donga, du Mono et du Couffo) et de l'AIMS seront capitalisés pour être répercutés en temps utile sur toutes les zones du Pays.

##### **b. Inscription dans la poursuite des PAZS KTL et Bassila (Projet d'Appui à la Zone Sanitaire de Klouekanme-Toviklin-Lalo et Projet d'Appui à la Zone Sanitaire de Bassila)**

Les zones de santé de KTL et Bassila ont bénéficié d'un appui de la coopération belge sur le Programme Indicatif de Coopération 1998-2003, et ont pris fin en août 2008. Les PAZS ont pendant les 04 années d'exécution opéré des changements qualitatifs et quantitatifs dans les zones :

- La mise en place des organes de gestion et la collaboration avec les élus locaux,
- Le renforcement des capacités de gestion et l'amélioration du savoir faire,
- Le renforcement du PMA avec la mise en place des infrastructures, des équipements et des ressources humaines formées,
- L'amélioration du paquet complémentaire d'activités au niveau de l'hôpital de zone,
- Le renforcement de la référence – contre référence, la formation continue, la supervision formative et le tutorat,
- Le renforcement du sous-secteur pharmacie de zone,
- L'organisation du système de transfusion sanguine à travers le PASTAM,

Néanmoins, le taux d'utilisation des soins curatifs n'y a augmenté que très faiblement, sans grande corrélation avec l'augmentation de l'offre et l'amélioration des indicateurs clés y est restée en-deçà des attentes.

D'importants changements restent ainsi à introduire dans ces Zones Sanitaires en particulier dans les domaines suivants :

- La gouvernance de la zone, avec une participation communautaire plus active, une prise en compte correcte des compétences communales et des mécanismes de redevabilité

- efficaces, transparents et orientés sur les résultats, et des mécanismes de suivi et de contrôle appropriés.
- Le renforcement des capacités managériales de l'Equipe d'Encadrement des zones sanitaires, avec un accent sur la planification avec tous ses corollaires, le système d'information et de suivi-évaluation, mais aussi le renforcement de la politique de communication et la mise en œuvre d'un appui-conseil efficient auprès des communes.
  - La rationalisation des soins et de l'offre de santé dans les centres de santé et à l'Hôpital de Zone (HZ) pour une qualité améliorée : définition de la qualité négociée entre prestataires et bénéficiaires, référence et contre-référence avec une attention particulière à la question des urgences obstétricales, la supervision formative, la mise en place des outils de protocoles thérapeutiques et la rationalisation des services.
  - Le renforcement des Ressources Humaines des zones concernées, tenant compte des appuis prévus dans le cadre du projet AIMS, et s'inscrivant dans l'opérationnalisation du Plan National Stratégique de Développement des Ressources Humaines en Santé.
  - Les mécanismes et stratégies de financement des services dans le respect de l'équité : tarification optimale, gestion de la problématique des indigents (fonds d'indigents), renforcement de la part organisée du financement communautaire (mutuelles), tenant compte des mécanismes de gratuité (césarienne et enfants de 0-5ans) et d'une contribution souhaitable à la mise en place progressive d'un Régime d'Assurance Médicale Universelle (RAMU).
  - La mise en place des équipements et le renforcement des systèmes de maintenance tant des infrastructures que des équipements et véhicules.
  - Le renforcement et l'extension des acquis du PASTAM dans ces Zones Sanitaires

L'accompagnement de ces dynamiques pourra bénéficier des résultats de l'audit institutionnel des niveaux départemental et de zones, en particulier pour les zones concernées, avec l'appui du projet AIMS.

**L'expérience a démontré la nécessité de combiner les approches visant à renforcer l'offre et la demande, exigeant cependant de réduire pour la première le champ d'activité sur le renforcement des acquis en ce qui concerne l'offre, tout en mettant l'accent sur le développement d'un partenariat pour la santé avec les élus locaux et les acteurs de la société civile.**

**A cet égard, les acquis de PAZS Comé pourront être capitalisés pour le volet de renforcement de la demande dans les zones d'intervention du PARZS.**

### **c. Elargissement de l'intervention à d'autres zones de santé**

Il est proposé d'étendre l'intervention à d'autres Zones Sanitaires :

- dans le Couffo, à la Zone Sanitaire d'Aplahoué-Djakotomè-Dogbo,
- dans la Donga, à la zone de Djougou-Ouake-Copargo,

compte tenu de l'importance du budget disponible et de la nature des besoins qui seront couverts par ce projet (essentiellement en terme de renforcement des capacités : formation-accompagnement, expertises et dans une moindre mesure équipement, activités de fonctionnement liées à la recherche-action, contribution au financement de la performance et de l'accès solidaire et équitable).

Cette proposition se fonde donc sur l'existence de besoins relativement similaires dans ces zones ; la contribution pour chaque zone sera adaptée à ses besoins spécifiques, liés à l'état de l'offre qui y prévaut, aux initiatives de structuration de la demande, à son étendue et à sa population. Elle tiendra compte des appuis récents et des appuis programmés par les autres partenaires dans l'ensemble des zones concernées.

Dans chaque département, synergies et recherche d'économies d'échelle seront ainsi facilitées, et les possibilités de comparaison et de validation renforcées. Ce nouveau calibrage de l'appui à chaque zone devrait ainsi en renforcer la pérennité et en faciliter les possibilités de dissémination des leçons retenues des expériences antérieures.



#### **d. Prise en compte des CHD de Lokossa et Natitingou**

En complémentarité avec les actions de renforcement prévues dans le cadre du projet AIMS, et de la contrepartie nationale, des appuis limités seront apportés à ces hôpitaux en vue de rendre leurs blocs chirurgicaux fonctionnels.

#### **e. Intégration des thèmes transversaux : égalité hommes-femmes, droits de l'enfant et environnement**

Lors de la formulation de l'intervention, une attention particulière sera portée à la prise en compte des aspects spécifiques liés au genre, aux droits des enfants, au sida et à l'environnement. Cette attention devra se traduire par la budgétisation d'actions spécifiques et par l'établissement d'un cadre approprié de suivi.

En matière de genre, la coopération bénino-belge encouragera la mise en place de mesures incitatives pour attirer et maintenir un plus grand nombre d'agents de santé féminins dans les zones sanitaires, que cela soit par des primes ou par l'organisation de services appropriés (crèches à proximité du lieu de travail). En ce qui concerne l'offre des soins, le suivi s'intéressera particulièrement à la fréquentation des consultations prénatales, au taux d'accouchements assistés, aux pratiques de planification familiale, ainsi qu'à la réduction de la mortalité maternelle, infantile et néonatale. Ces quatre critères font d'ailleurs partie des contrats de performance que le Ministère de la Santé a commencé à introduire dans certaines zones sanitaires. Plus concrètement ils seront mis en œuvre à travers la surveillance nutritionnelle des mères et des enfants de 0-5 ans ; la vaccination intégrale des mères et des enfants ; l'amélioration de la qualité des services de santé, surtout en zone rurale ; le développement des mutuelles de santé ; la promotion de la santé de la reproduction ; le maintien ou la réduction du taux de prévalence du sida et de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH ; la garantie d'une offre appropriée de services de santé de reproduction ; le renforcement de la lutte contre l'insalubrité et la promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées.

Dans le cadre du renforcement de la demande de santé, les appuis aux actions de promotions et de préventions veilleront à privilégier la mère et l'enfant, notamment quant à leur surveillance nutritionnelle, leur vaccination intégrale, les consultations pré- et néonatales, comme la santé de la reproduction. La participation active des femmes au développement des mutuelles de santé et celle des femmes et des enfants aux bénéficiaires des mutuelles et du fonds d'indigences sera encouragée et fera l'objet d'un suivi spécifique ; ciblé et intégré dans les mécanismes de suivi de la performance.

En matière d'environnement, les actions de promotion en matière d'hygiène et de salubrité seront développées et des actions spécifiques viseront, entre autres, à l'élimination appropriées des déchets bio-médicaux.

Des activités spécifiques devront être prévues et budgétisées dans cette intervention afin d'assurer l'intégration des différents thèmes transversaux.

## **2. MINISTERE RESPONSABLE DE LA PREPARATION ET DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME**

*Le Ministère de la Santé (MS) est désigné pour la préparation et la mise en œuvre de la prestation.*

Au sein du Ministère de la santé, deux directions sont particulièrement appropriées pour prendre le leadership du programme, sa préparation et sa mise en œuvre :

- la DDZS au vu de la responsabilité qui lui incombe dans le développement des ZS et



- la DPP dans sa responsabilité générale de la récolte et du traitement des informations stratégiques en provenance de la périphérie, et du rôle central de coordination qu'elle doit jouer pour aider le MS à remplir les fonctions qui sont les siennes.

### 3. OBJECTIFS DE L'INTERVENTION

#### 3.1 Objectif Général

- L'état de santé de la population est amélioré dans les zones d'intervention du projet .

#### 3.2 Objectif spécifique

- L'accessibilité des populations des zones sélectionnées, en particulier des groupes les plus vulnérables, à des soins de santé de qualité est améliorée

### 4. GROUPES-CIBLES ET LOCALISATION DE LA PRESTATION.

#### Bénéficiaires

- Populations des Zones Sanitaires d'Aplahoué-Djakotomè-Dogbo, de Kouékanmé-Toviklin-Lalo, de Bassila et de Djougou-Ouaké-Copargo, avec une attention particulière aux groupes vulnérables : femmes enceintes, enfant de 0-5 ans, personnes âgées et indigents.
- L'ensemble des populations des départements de l'Atacora, de la Donga, du Mono et du Couffo, au travers de l'appui aux hôpitaux départementaux de Natitingou et Lokossa
- Les ONG actives dans la santé et les mutuelles de santé de ces zones
- Les communes de ces zones pour ce qui concerne leurs compétences
- Les Prestataires privés de ces zones
- Les bénéficiaires finaux du Programme seront l'ensemble de la population et des institutions béninoises.

On peut estimer qu'environ 1.071.680 personnes pourraient au total bénéficier directement de cette intervention.

### 5. LIENS AVEC LE DOCUMENT STRATEGIQUE DE CROISSANCE POUR LA REDUCTION DE LA PAUVRETE (DSCR), LES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT (OMD) ET LE PNDS

#### 5.1- Politique de développement du pays bénéficiaire et OMD

Le *Document de Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté 2007-2009 (DSCR)* est le résultat d'un exercice de planification stratégique auquel ont participé toutes les composantes de la société béninoise et les partenaires techniques et financiers.

Le lien entre l'intervention et les orientations stratégiques du DSCR2007-2009, se situe au niveau du renforcement du capital humain (axe 3 du DSCR).

Les domaines prioritaires de l'axe 3 sont : (i) le développement et l'équipement des infrastructures sanitaires ; (ii) la sécurisation des produits pharmaceutiques et des consommables médicaux ; (iii) le développement d'une offre de santé de référence à vocation régionale ; (iv) l'amélioration de l'alimentation et de la nutrition ; et (v) la promotion des activités sportives et ludiques. Ils intègrent trois des Objectifs du Millénaire pour le Développement : (i) **réduire la mortalité des enfants de**

moins de 5 ans ; (ii) **améliorer la santé maternelle** ; et (iii) **combattre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose**.

La faible performance du système de santé peut expliquer, en partie, le peu de progrès observés en matière de mortalité maternelle et de la mortalité infantile - deux des Objectifs du Millénaire pour le Développement - au cours des quinze dernières années. Ceci a justifié le ciblage des groupes à hauts risques que sont les femmes enceintes et les urgences obstétricales, ainsi que les enfants de 0 à 5 ans.

Dans la perspective d'améliorer l'accès aux populations les plus vulnérables, la mise en œuvre d'actions spécifiques vers ces groupes comme vers les indigents (Fonds des Indigents -FI), doivent compléter et peuvent épauler le renforcement des systèmes mutualistes en vue de la construction progressive d'un Régime d'assurance maladie universel (RAMU).

## **5.2- Inscription dans le PNDS:**

Le Projet s'inscrit parfaitement dans la vision du PNDS et dans ses cinq domaines prioritaires, à savoir :

- Prévention et lutte contre les principales maladies et amélioration de la qualité des soins ;
- Valorisation des ressources humaines ;
- Renforcement du partenariat dans le secteur, promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale ;
- Mécanisme de financement et gestion des ressources du secteur ;
- Renforcement de la gestion du secteur.

## **6. SYNERGIES AVEC LES AUTRES BAILLEURS DE FONDS BILATERAUX ET MULTILATERAUX – AGENDA D'HARMONISATION ET D'ALIGNEMENT**

### **6.1- Coordination des bailleurs de fonds**

Les partenaires au développement dans le secteur de la santé au Bénin forment un **groupe de coordination** (dont la Belgique a été le chef de file de 2006 à 2007 et l'USAID l'est depuis 2008) qui sert de plateforme commune pour mener la concertation avec les autorités nationales. Ce groupe réunit tous les partenaires du secteur de la santé (y inclus les acteurs du secteur privé). Le Ministère de la Santé (MS) organise également des réunions de tous les partenaires. Le **Ministre** préside en personne des réunions trimestrielles organisées à son initiative.

De plus, une **revue conjointe de performance du secteur de la santé** a lieu chaque année, réunissant les partenaires techniques et financiers, le ministère et des représentants du secteur privé et de la société civile. Les conclusions de cette revue alimentent la revue budgétaire conjointe. La Belgique y participe activement.

Ces cadres de concertation et de suivi conjoint devraient évoluer pour une meilleure prise en compte des problèmes systémiques et des approches conjointes.

Ainsi depuis 2008, sur base du principe d'une approche sectorielle, une concertation est en cours entre le Ministère de la Santé et les principaux partenaires techniques et financiers pour une meilleure coordination, un alignement et une harmonisation des appuis donnés au secteur autour d'un plan triennal de mise en œuvre du PNDS (SWAP et IHP +). Ces partenaires sont la Banque Mondiale, la Commission européenne, l'UNICEF, l'USAID et la Belgique.

Dans les départements et les zones de l'intervention, des synergies et complémentarités pourront être recherchées avec d'autres partenaires qui y sont actifs, notamment la coopération chinoise, le FNUAP et la BAD.

## 6.2- Autres acteurs belges

En dehors des zones de santé appuyées jusqu'ici par la coopération bilatérale (Comé, Bassila et Klouékanmé-Toviklin-Lalo), la coopération belge appuie, en synergie avec la coopération suisse, les zones de santé de Boko et Papané (dans le Borgou) grâce au programme de la Fondation Hubi et Vinciane dans le cadre d'un cofinancement (Plan d'action de l'ONG **CDI-Bwamanda**).

Par ailleurs, le programme de l'**APEFE** au Bénin est axé principalement sur le secteur de la Santé, à savoir actuellement sur la transfusion sanguine, la kinésithérapie, la réadaptation à base communautaire et la formation des infirmières et sages-femmes.

D'autres acteurs indirects belges sont présents, principalement pour le développement des mutuelles de santé : **Louvain Développement, Solidarité Mondiale**. Le programme STEP du BIT, actif dans le soutien au RAMU est également financé depuis de nombreuses années par la Belgique.

Les actions de promotion de la santé visant à lutter contre la malnutrition (principalement les carences) et à développer un meilleur assainissement pourront également rechercher des synergies avec les interventions de la coopération belge dans le domaine de la sécurité alimentaire.

Enfin pour tout ce qui concerne l'appui-conseil aux communes, des synergies pourront être initiées avec le *Programme* (bilatéral belge) *d'appui à la mise en œuvre des PDC dans les départements du Mono, du Couffo, de l'Atacora et de la Donga (PAPDC)* démarré en juillet 2008 pour une période de 4 ans.

## 7. BUDGET BELGE ET LA DUREE INDICATIVE DE LA PRESTATION

- Le budget attribué par la partie belge au financement de cette intervention est de **dix millions huit cent mille (10 800 000) Euro maximum**.
- La durée de mise en œuvre du programme est estimée à quatre années; la Convention Spécifique aura quant à elle une durée de cinq années.

## 8. MESURES POUR ASSURER LA DURABILITE

Le fait que la stratégie belge dans le secteur de la santé s'inscrive dans le long terme, en continuité avec et en renforcement des actions antérieures, est en soi une garantie de pérennisation. La stratégie belge d'intervention dans ce secteur, par son appui au renforcement du système sanitaire béninois à tous les échelons de la pyramide sanitaire, vise en effet à **instaurer des changements systémiques irréversibles** (sauf en cas de catastrophe majeure).

L'inscription de l'intervention dans un cadre concerté et harmonisé avec les autres PTF autour de la mise en œuvre du PNDS devrait en faciliter le suivi, l'évaluation, ainsi que **l'appropriation et la dissémination des acquis**. La démarche d'accompagnement à l'autonomisation prévue dans l'intervention (mise en place d'un système de recherche-action appuyé par un suivi scientifique extérieur), permettra de procéder aux adaptations nécessaires et de profiter des opportunités qui pourraient se présenter.

Cette intervention renforcera les différents maillons du système sanitaire au niveau le plus bas de la pyramide sanitaire : centres de santé, hôpitaux de zone et équipes d'encadrement des Zones Sanitaires, mais également ses cadres de gestion et les acteurs qui y sont impliqués.

Les volets de l'intervention relatifs au renforcement de la gouvernance du secteur (y compris le renforcement des organes de gestion) et de la structuration de la demande, à travers une participation

accrue des communautés et une prise en compte correcte des compétences communales, contribueront à en maintenir durablement les acquis.

En ce qui concerne les ressources humaines, les démarches testées dans le cadre des zones d'intervention, devraient permettre d'opérer une transition raisonnée vers un système de soins de qualité et une utilisation optimale des ressources à ce niveau.

L'intervention prévoit que la demande de soins soit renforcée par la mise en place d'outils de financement des soins de santé (mutuelles). La signature de conventions entre ces mutuelles et les institutions de santé sera également favorisée.

---



13 

