



RAPPORT ANNUEL 2007

**PROJET D'APPUI À LA ZONE SANITAIRE DE COME , PAZS/COME-
VOLET APPUI INSTITUTIONNEL**

BEN 05 012 11

Table des matières

1	Fiche projet	4
2	situation actuelle en bref	5
3	Bilan de la planification des activités	6
	3.1 <i>Aperçu des activités</i>	6
	3.2 <i>Analyse de la planification des activités</i>	10
4	Bilan des finances	11
	4.1 <i>Aperçu des dépenses par rapport au planning financier</i>	11
	4.2 <i>Analyse du planning financier</i>	11
5	Suivi des indicateurs	12
	5.1 <i>Objectif spécifique</i>	12
	5.1 <i>Résultats</i>	12
	5.2 <i>Évolution des indicateurs (graphique)</i>	12
6	Appréciation des critères de suivi	12
	6.1 <i>Efficienc</i> e	12
	6.2 <i>Efficacit</i> é	12
	6.3 <i>Durabilit</i> é	13
7	Mesures et recommandations	13
	7.1 <i>Synthèse des critères d'appréciation</i>	13
	7.2 <i>Recommandations</i>	13
8	Nouveau Planning	14
	8.1 <i>Planning des activités de l'année</i>	14
	8.2 <i>Planning financier de l'année</i>	15
9	Conclusions	15
	9.1 <i>Activités et Finances</i>	15
	9.2 <i>Critères de suivi</i>	15
	9.2.1 <i>Efficienc</i> e	15
	9.2.2 <i>Efficacit</i> é	15
	9.2.3 <i>Durabilit</i> é	15
	9.3 <i>Avis de la SMCL sur les recommandations</i>	15
	9.3.1 <i>Recommandations relatives au planning des activités</i>	15
	9.3.2 <i>Recommandations relatives au planning financier</i>	15
	9.3.3 <i>Recommandations relatives au Cadre logique</i>	15
	9.3.4 <i>Autres recommandations</i>	15

10	Annexes.....	16
	<i>10.1 Constats importants concernant le système de soins de santé béninois.....</i>	<i>16</i>
	<i>10.2. Rapport de visites de terrain.....</i>	<i>18</i>
	<i>10.3 TDR de l'Assistant Technique du niveau Central.....</i>	<i>35</i>
	<i>10.4 Propositions d'une stratégie d'appui institutionnel au niveau central.....</i>	<i>39</i>
	<i>10.5 Annexes financières.....</i>	<i>42</i>

1 FICHE PROJET

Projet d'Appui à la Zone Sanitaire de Comé (PAZS Comé) - volet appui institutionnel.

Le présent rapport porte sur le volet « appui institutionnel au niveau central (DDZS) au profit du projet Appui à la Zone sanitaire de Comé, le PAZS/Comé.

Ce volet « appui institutionnel » a démarré en août 2006, bien avant le projet PAZS/Comé proprement dit, formulé en fin 2006 et démarré début 2008 (notification de la CMO en janvier 2008). Le volet appui institutionnel au niveau central est repris dans le résultat 5 du cadre logique de la formulation du Projet PAZS Comé.

Le présent rapport qui couvre la période 2007 ne suivra donc pas la démarche classique se référant au cadre logique du projet, mais plutôt aux TDR de l'assistant technique du niveau central, (en annexe 3), dont les grandes lignes sont:

1. Préparation du Projet PAZS Comé
2. Amélioration de l'ancrage institutionnel
3. Appui au Ministère pour améliorer la Coordination sectorielle
4. Suivi des 2 PAZS KTL et Bassila et PASTAM (pour préparer une approche programme dans le futur PIC)

Ce qui était prioritaire dans les tâches de l'assistance technique, en attendant le démarrage effectif du projet de terrain était:

1. Participer à la formulation du projet avec son originalité (mais qui est une approche de plus en plus suivie au niveau de la Coopération belge) de double ancrage au niveau opérationnel (terrain) et institutionnel (niveau central) afin de traduire les expériences de terrain en politiques de santé nationales. Cette priorité a été pleinement atteinte en 2006, l'AT étant arrivé au Bénin un peu avant la formulation.
2. Il s'agissait ensuite de faire une analyse de la situation, avec comme principaux objectifs d'analyser les documents de politique sectorielle, l'organisation générale du MSP, les performances des services opérationnels et le profil des différents PTF, ceci afin de situer l'intervention belge dans un cadre plus général du système de santé béninois et ses différents acteurs. L'intention étant de développer au sein du ministère de la santé une stratégie de renforcement de son système de santé autour de laquelle les partenaires pourraient s'aligner.
3. Du point 2, il devient évident que les cibles de l'Assistance Technique au niveau central sont prioritairement: l'ensemble du MS (ou tout du moins les directions clés dont la Direction de la Planification, des Ressources Humaines, des Finances), l'Ambassade de Belgique, responsable des différents volets de la coopération belge au Bénin, les différents PTF, les écoles de formation...et les autres Ministères, dont le Plan, et les Finances.

2 SITUATION ACTUELLE EN BREF

Il faut d'abord signaler le très long délai entre la formulation du projet (septembre-octobre 2006) et le démarrage effectif début 2008. Mais ce délai a été mis à profit pour mener une analyse appropriée de la situation, établir des liens avec les différents intervenants et partager des visions.

L'organisation actuelle du service de santé au Bénin, met en évidence des dysfonctionnements majeurs que l'on peut caractériser de la façon suivante : prédominance de l'organisation du système en programmes de lutte contre les maladies et budgétisation afférente, ce qui entraîne des inefficiences majeures dans l'allocation des ressources et des interférences des programmes dans la possibilité d'organiser des systèmes de soins intégrés répondant aux problèmes fondamentaux des gens.

Cette approche se voit également dans les documents de politique sanitaire où la zone de santé, qui devrait être le centre autour duquel s'organise tout le système, est réduite à un énième sous programme, pratiquement vidée de contenu.

La conception des projets PAZS, appuyés par la Belgique, est parfaitement en contradiction avec le fonctionnement actuel du secteur de la santé. Il était urgent de donner une « légitimité » aux projets que nous appuyons en remettant la zone de santé au centre des préoccupations de la politique de santé (et des PTF) et de continuer (recommencer ?) la réforme qui avait commencé en 97 mais qui se trouvait complètement dévoyée en 2007. Le système de zone n'était plus à l'ordre du jour (bien qu'il existe une Direction des Zones de Santé à laquelle le projet est rattaché) mais bien un développement inflationniste de programmes, ayant comme conséquence une inflation de structures administratives au niveau central et intermédiaire.

Quelques résultats intéressants ont été obtenus depuis le démarrage du volet:

- la création d'un comité technique restreint des PTFs qui a permis :
 - d'introduire dans les documents de politique (PNDS) la Zone de santé en en faisant la pierre angulaire du système
 - de faire en sorte que le nouveau projet appuyé par l'UE soit aussi orienté vers le renforcement du système de santé en appuyant les zones sanitaires
 - d'amener le Ministère à parler de nouveau en termes de développement système plutôt que programme.

Il est évident que ces avancées fragiles ne pourront se concrétiser et aboutir à des points de non retour (DURABILITE) que si une véritable stratégie de renforcement du système de santé est élaborée et si les PTF, ne s'alignent pas massivement à cette stratégie.

Une réforme de cette ampleur, qui implique un « shift » d'un financement programme à un financement système et à une négociation déplacée vers la périphérie (zone de santé) plutôt qu'une négociation au niveau central (ce qui est par ailleurs parfaitement cohérent avec le processus de décentralisation mis en place) va nécessiter de la part du gouvernement une volonté politique sans faille et de la part des bailleurs un soutien très fort à cette politique de réforme.

Le Projet PAZS ou le futur « programme » d'appui de la coopération belge est ambitieusement conçu pour cet appui. Il faudra que les diverses autorités belges continuent à appuyer le programme bénino-belge comme ils l'ont fait jusqu'à présent dans le secteur.

3 BILAN DE LA PLANIFICATION DES ACTIVITES

3.1 Aperçu des activités

1. Prévisions.

Hors du Bénin:

- Participation à une mission conjointe OMS, BM, CTB... en RDC en fin février.
- Dispensation de cours à l'ULB

Au Bénin

Priorité : Comé ZS :

- Suivi rapport de formulation et présentation aux différents partenaires
- Etudes financement zones KTL et Comé
- Etude utilisation temps du personnel
- Faire ou préparer éventuellement d'autres études pertinentes
- Préparer le démarrage du projet
- Préparation recrutements

Visites à faire sur le terrain :

- Programme Socio Sanitaire Borgou - Alibori (Suisse)
- Dr Dossouvi
- Qualité des soins – Formation et utilisation des Relais communautaires
- Zou – Projet d'intégration des SS Familiaux – Bohicon
- Dr Tankouanou
- Atacora – ZS de Tanguieta (appui UNIDEA ?)
- Soins de santé communautaires
- Visite de la zone sanitaire de Kandi

PTF.

Participer avec l'Ambassade et la RR au travail de chef de file des PTF

Développer les relations avec les PTF (techniciens) en charge du policy dialogue et chercher des points de convergence dans la vision du système de santé.

CTB/RR

- Participation au suivi des autres projets sectoriels appuyés par la CTB
- Renforcer le travail d'équipe des différents projets santé, dans le cadre du développement d'une approche sectorielle
- continuer la réflexion sur l'organisation CTB pour mieux définir place et rôle des projets, en rapport avec leur mission d'aide au développement, leurs relations avec les différentes structures de l'organisation, et en priorité la Représentation Résidente.

Ambassade de Belgique

Participation aux activités préparatoires au nouveau PIC et appui technique dans les relations avec les acteurs multilatéraux et la coopération décentralisée

MS/DDZS

- Participation aux activités de la DDZS.
- Participation aux activités du Ministère, prioritairement celles en relation avec la zone de santé et les activités générales du MSP comme la Revue Annuelle, la préparation de propositions de financement
- Participer à la préparation de la proposition GAVI qui devrait permettre :
 - i. Faire une analyse partagée des problèmes systémiques du secteur
 - ii. Aboutir à une proposition de financement qui devrait contribuer à lever des goulots d'étranglement au fonctionnement des ZS

2. Activités principales exécutées**Hors du Bénin.**

Participation à une mission conjointe OMS, BM, CTB... en RDC en avril 2007

Du 14 au 21 décembre, participation à Bruxelles à un atelier sur la santé urbaine. Le DDZS a également participé à cet atelier.

Au Bénin**ZS Comé**

Visites fréquentes à Comé et participation à des activités clé de gestion de la zone (revues, monitoring...) qui ont permis de mieux comprendre le mode de fonctionnement de la zone sanitaire.

Participation à la préparation des TDR pour l'Assistance technique et le suivi scientifique du projet.

Les études financement zones KTL et Comé et sur l'utilisation temps du personnel n'ont pas encore commencé pour des raisons indépendantes de la DDZS.

Visites de Terrain

- Visites à une série de projets de terrain (voir annexe 2 – Tanguieta, Save, Dassa, Houegbey –Bornefonden-, Lokossa, – Borgou et Collines, appuyés par la coopération suisse)

- Autres visites rapides : Ouémé

PTF

- Préparation et participation des réunions des Partenaires Techniques et Financiers (Dont la Belgique est chef de file)
- Participation aux travaux de la commission des PTF au sujet de la préparation des Etats Généraux de la Santé, l'approche programme vs approche système, l'harmonisation...et des sujets divers
- Continuation des démarches pour élaborer, par un processus inclusif, le MS et les PTF, une proposition de financement pour GAVI. Une analyse approfondie du système de santé a été élaborée par des consultants nationaux et un consultant international financé par la coopération belge. Une proposition de financement agréant PTF et Ministère n'a finalement pas pu être élaborée, mais le Bénin pourra toujours soumettre plus tard une proposition pour financement

à GAVI/RSS. Des démarches ont encore été entreprises en fin d'année pour reprendre le processus d'élaboration de la proposition GAVI, notamment lors de la visite en novembre d'un fonctionnaire GAVI. Pas de vraie suite jusqu'à présent.

- Collaboration importante avec l'UE pour la formulation de leur futur projet IX FED, qui va dans le sens d'un renforcement du système de santé.

RR /CTB

- Mise sur pied d'un groupe de travail composé des AT des différents projets pour réfléchir sur différents aspects de conception et d'organisation des relations à l'intérieur de la CTB et à l'extérieur envers les partenaires, à partir de l'expérience vécue de chacun. Plusieurs réunions ont eu lieu.
- Participation à Abomey à l'atelier destiné à étudier les conditions d'une prolongation éventuelle des projets KTL et Bassila
- Participation aux SMCL des projets KTL et Bassila
- Contribution à la note d'appréciation produite par la Représentation de la CTB
- Suivi administratif du projet avec la CTB-RR, pendant toute la période.

Ambassade

• Préparation pic

Participation avec l'Ambassade à la préparation du prochain PIC, notamment : préparation d'un document « Fiche d'identification d'un programme d'appui au secteur de la santé » après discussions avec les différentes parties et présentation au comité des partenaires.

Contributions lors de la mission DGCD Bruxelles, préparatoire au prochain PIC.

- Appui technique à l'Ambassade lors de discussions avec des partenaires de la coopération multilatérale, décentralisée et ONG belges

MS/DDZS

Participation aux activités de routine de la DDZS.

MS

- Accompagnement de la Ministre de la Santé pendant une tournée et présentation d'un exposé sur la problématique de développement des zones sanitaires
- Politique de santé. Participation à des réunions en petits et plus grands comités destinés à définir la politique de santé nationale. La zone de santé est placée au centre des préoccupations des plans de développement pour les 10 années à venir.
- Préparation et Participation à la revue du secteur santé
- Participation aux Etats Généraux de la Santé

Divers

1. Réunion à l'IRSP de Ouidah

Participation à une réunion internationale organisée à Ouidah par l'OMS Genève et Brazzaville sur le leadership en matière de santé. Des thèmes comme GAVI, plans nationaux de développement sanitaire ont également été discutés au cours de cette réunion. Coté MS béninois, ont participé à cette réunion le DDZS, le DPP et un représentant de la Direction des ressources humaines. Ce type de réunion est d'importance pour affermir les liens entre MSP, IRSP et les institutions internationales.

2. Participation avec l'équipe CTB Bénin à un atelier à Abomey préparatoire au Plan d'action de la Représentation**3. Contacts avec BM** dans le cadre de la préparation de leur future intervention sur le renforcement du Système de Santé. Une mission sur le terrain a été faite avec le responsable de cette préparation (voir en annexe 2)**4. Contacts avec la direction de l'IRSP** pour une future collaboration entre le Programme et l'Institution régionale de formation.**5. Contributions** lors de diverses missions du siège de la CTB siège (dont celle du Dr Paul Verlé)**6. Dispensation de cours** à L'ULB (Gestion des ressources humaines) la semaine du 5 juin 2007**7. Participation** à l'IRSP de Ouidah au séminaire international FORESA III et modération d'une partie de cet atelier**8. Participation** à un atelier à Bohicon sur le statut des hôpitaux de zone du Bénin**9. Facilitation** d'une demande du MS au Dr Elisabeth Paul, économiste, pour faire une mission préparatoire à une étude exhaustive du financement du secteur, aussi bien au niveau central qu'en périphérie. Des financements pour cette étude sont recherchés.

CTB R ?

3.2 Analyse de la planification des activités.

Les activités planifiées et exécutées sont cohérentes avec la démarche suivante:

Le projet vise, par son double ancrage, au renforcement du système de santé national qui devrait être fondé sur le district sanitaire (zone de santé au Bénin) plutôt que sur une série de programmes de lutte contre des maladies, jugées plus ou moins prioritaires, comme c'est le cas actuellement.

Pour atteindre ces objectifs, qui nécessitent une réforme profonde, une implication de tous les acteurs sectoriels (et au-delà, une volonté politique nationale) est nécessaire.

Il fallait au préalable faire une analyse du système actuel d'où devaient découler des approches de solution. L'analyse a commencé par des visites de terrain, de préférence là où des partenaires externes sont également actifs, afin de partager les observations et les mettre dans un cadre systémique. Et engager un premier dialogue avec ces partenaires à partir des réalités de terrain. Une analyse systématique du système de santé du Bénin a ensuite été réalisée par des consultants externes dans le cadre de la proposition GAVI. Cette analyse débouchait sur des orientations pour une réforme du secteur qui ne pourrait se faire que sur le long terme.

Pour traduire les recommandations de l'analyse systémique en opérations, il reste un travail important à faire: formuler une stratégie de développement progressive du service de santé (et des zones de santé) du Bénin en considérant aussi bien les structures opérationnelles que administratives (aussi bien centrales qu'intermédiaires).

Cette stratégie n'existe pas encore. Or, une telle stratégie pourrait permettre un alignement des divers partenaires. Les projets appuyés par la Coopération belge sont conçus pour aider à l'élaboration d'une telle stratégie. C'est ce qui est attendu du futur programme bénino-belge.

La première étape consiste donc à avoir une vision partagée, à l'intérieur de la coopération belge, sur ce qui était attendu des projets. Nous pouvons dire que cette vision commune existe en 2007. Ce qui permet à l'attaché d'avoir des informations stratégiques importantes pour le dialogue politique qu'il mène avec les autorités nationales et les autres partenaires. Le futur « programme bénino-belge » va fournir ces informations.

Mais, aussi excellente que soit la contribution belge, il est nécessaire de partager également une vision du système avec les autres PTF et le MS : Ceci était l'objectif de la constitution du comité technique restreint des PTF qui doit progressivement s'élargir aux directeurs clés du MSP (voir annexe 4 la description de la démarche). Cette démarche a recueilli un succès au vu de la formulation du projet UE, très cohérent avec la formulation du projet PAZS Comé. Le succès se mesurera également dans la suite à l'intérêt et à l'engagement du MS et des autres partenaires.

Le succès se mesurera objectivement dans l'avenir, au contenu des formulations des projets des partenaires et aux changements dans la politique sectorielle du MS

4 BILAN DES FINANCES

4.1 Aperçu des dépenses par rapport au planning financier

4.2 Analyse du planning financier

Pour le volet appui institutionnel au niveau central : les dépenses sont en très forte proportion constituées par le salaire de l'AT et quelques frais de fonctionnement. Voir annexes financières au point 10.5

5 SUIVI DES INDICATEURS

5.1 Objectif spécifique

Sans objet pour le moment, le projet en tant que tel n'ayant pas encore démarré en 2007.

5.1 Résultats

Les résultats les plus probants du volet appui institutionnel ont été pour l'année :

- renforcement de l'ancrage institutionnel au MSP avec comme résultat concret la préparation de la proposition GAVI avec le MS. Dans ce cadre, une analyse sectorielle a été faite par des experts extérieurs sur financement belge. Cette analyse constitue un document de référence pour toute action sur le système de santé.
- demande de la part du MSP d'une étude sur le financement du secteur, et plus spécialement sur les mécanismes au niveau central
- prise en compte dans les documents de politique sectorielle de la zone de santé comme élément structurant du système de santé
- mise en place d'une commission technique restreinte des PTF chargée d'étudier les éléments du policy dialogue (voir en annexe 4 la stratégie proposée pour améliorer l'appui institutionnel des PTF au MSP)
- appui technique à l'Ambassade de Belgique, chef de file des bailleurs dans le secteur

5.2 Évolution des indicateurs (graphique)

6 APPRÉCIATION DES CRITÈRES DE SUIVI

6.1 Efficience :

6.2 Efficacité :

6.3 Durabilité

Les résultats obtenus sont encore très fragiles. Pour ce genre d'intervention nécessitant une réforme en profondeur, la durée est nécessaire. Le projet est d'ailleurs prévu pour un horizon à long terme.

7 MESURES ET RECOMMANDATIONS

7.1 Synthèse des critères d'appréciation

Après analyse des contraintes et des potentiels du système de santé béninois (voir annexe 1 mais aussi l'analyse sectorielle faite dans le cadre de la préparation de la proposition à GAVI), pour apprécier les résultats de ce genre d'intervention, il faudrait pouvoir analyser comment évolue le système. Jusqu'à présent, un résultat tangible est constitué par la formulation du projet UE « aligné » et complémentaire à l'intervention de la Belgique au Bénin. Si d'autres partenaires, dont la BM qui doit préparer un projet de renforcement du système de santé opte pour une démarche analogue, on pourra dire que l'on avance vers une stratégie de renforcement du système de santé.

D'autres critères pour apprécier le volet appui institutionnel ne pourront naturellement être définis que lorsque le projet de terrain fournira les éléments nécessaires à l'amélioration des politiques de santé (quand il aura montré comment résoudre une série de problèmes actuels induisant inefficience et inefficacité –notamment- dans la prestation de soins) et que ces informations « monteront » au niveau central pour être utilisées.

7.2 Recommandations

Le Projet est ambitieux et se déroule dans un environnement très délicat. Il est important pour le Bénin. Si ce dernier ne l'utilise pas à bon escient pour réfléchir à son système de santé, il risque fort de se retrouver rapidement avec un système coûteux avec un rendement faible.

Le Projet devra être jugé à l'aune des succès obtenus dans l'avancement de la réforme.

Les acteurs belges, essentiellement les AT en contact avec les différentes structures à réformer, auront un travail très délicat à accomplir. Devront faire preuve d'initiative, d'intuition et d'esprit « opportuniste » pour profiter des conditions favorables qui ne manqueront tout de même pas de se présenter. La planification devra saisir les priorités conditionnelles qui se dessineront dans le système en évolution. Ceci nécessitera l'utilisation du cadre logique de manière flexible, en répondant plus à une démarche de recherche action qu'à l'exécution d'activités prédéterminées. La cohérence de la planification des trois volets (et de l'ensemble du programme) sera capitale.

Pour ce travail délicat, ils auront besoin de tout l'appui de la CTB, aussi bien des structures chargées de l'appui logistique (Représentation) que celles chargées de l'appui technique (EST).

L'Ambassade de Belgique, récipiendaire des informations stratégiques que le projet doit lui fournir pour alimenter le dialogue politique devra apporter tout le soutien qu'elle pourra apporter au Projet.

8 NOUVEAU PLANNING

8.1 Planning des activités de l'année

Prévu hors du Bénin:

- l'AT continuera à donner des cours à l'ULB

Au Bénin

Priorité :

Comé ZS :

- Préparation du démarrage du projet
- Organisation du travail au sein de l'équipe du projet (3 volets)
- Définition des priorités de travail (planification en commun des trois volets)
- Etudes financement zones KTL et Comé
- Etude utilisation temps du personnel

PTF.

Continuer à activer le comité technique restreint des PTF
Améliorer les relations avec les différents partenaires

MS/DDZS

- définir des priorités de travail en relation avec le développement des zones de santé
- Aider au développement des zones de santé, aussi bien celles appuyées par la Belgique que toutes les autres, à travers la collaboration entre MS et PTF (Notamment, UE, Suisse, USAID, GAVI et confessionnels)
- Alimenter la réflexion politique en matière de santé à partir des expériences de terrain
- Aider à produire des documents de politique et de stratégie sur lesquels aligner les bailleurs
- Aider à l'alignement des bailleurs autour d'une stratégie nationale de développement d'un système de santé répondant aux besoins fondamentaux de la population

Visites à faire sur le terrain :

- Zou – Projet d'intégration des SS Familiaux – Bohicon
- Dr Tankouanou
- Visite de la zone sanitaire de Kandi

CTB :

Continuer la réflexion sur l'organisation CTB pour mieux définir place et rôle des projets, en rapport avec leur mission d'aide au développement, leurs relations avec les différentes structures de l'organisation
Renforcer le travail d'équipe des différents projets santé, dans le cadre du développement d'une approche sectorielle

8.2 Planning financier de l'année

Voir annexe 10.5

9 CONCLUSIONS

9.1 Activités et Finances

Pertinentes : à continuer.

9.2 Critères de suivi

9.2.1 Efficience

Voir plus haut

9.2.2 Efficacité

Voir plus haut

9.2.3 Durabilité

Voir plus haut

9.3 Avis de la SMCL sur les recommandations

9.3.1 Recommandations relatives au planning des activités

Non soumis à la SMCL ,

9.3.2 Recommandations relatives au planning financier

Non soumis à la SMCL

9.3.3 Recommandations relatives au Cadre logique

Sans objet

9.3.4 Autres recommandations

10 ANNEXES

10.1 Constats importants concernant le système de soins de santé béninois.

Les constats ci après découlent des lectures, discussions, entretiens et observations faites sur le terrain ; ils peuvent se résumer ainsi :

Aspects favorables :

- Il existe un processus de réforme qui a abouti à la création de 34 zones de santé, (découpage qui paraît raisonnable, en termes ressources existantes et taille des populations couvertes par les zones)
- Il existe également un processus de décentralisation qui devrait donner plus de responsabilités aux autorités locales (et donc aux utilisateurs) sur la gestion des services de santé périphériques.
- Il existe un personnel avec une formation de base solide et de bons potentiels de développement.
- Le financement du secteur n'est pas insignifiant, avec une dépense de santé d'environ 25 USD/hab./an.
- Il existe une ossature d'hôpitaux et de centres de santé confessionnels qui paraît tout à fait solide pour aider le public de façon complémentaire dans la couverture des besoins de la population
- Il existe un groupe de bailleurs qui se réunissent régulièrement
- Il existe également des actions de terrain de grande qualité : confessionnels, ONGs de développement...etc.

Aspects défavorables, mais vulnérables

- il ne semble pas exister une vision globale de développement d'un système de santé basé sur la zone de santé
- le concept d'un service répondant aux besoins fondamentaux (donc importants) des gens et constitué par un premier échelon polyvalent (et compétent) assurant un paquet de soins en complémentarité avec un échelon plus technique constitué par l'hôpital de zone ne semble pas encore tout à fait partagé. Au contraire, le premier échelon par exemple semble se multiplier et éclater en une série de formations sanitaires à compétence douteuse, mais capables de réaliser quelques actions connectées à un quelconque programme.
- le choix entre développement système (à long terme et durable) et développement programme (résultats à court terme mais sans durabilité garantie) ne semble pas encore tranché. De ce point de vue, il est intéressant de constater comment les bailleurs, avec un apport d'environ 10% de la dépense de santé, peuvent influencer de façon très significative le système : le financement de formations/activités perdiemisées par des programmes voulant une visibilité et des résultats à court terme font que le personnel clé pour la

dispensation des soins est (presque) perpétuellement hors de son lieu de travail et remplacé (ou pas du tout) par du personnel incompetent. **En fait, le budget national sert aussi exactement à cela, la promotion du personnel étant surtout basée sur l'atteinte de postes (notamment au niveau intermédiaire et central) qui permettent d'avoir accès à des avantages sous forme de formations, perdiems importants (comparés aux salaires) ...etc.**

- Les PTF semblent manquer d'une ligne stratégique claire sur laquelle s'aligner. De ce point de vue, le document de politique sanitaire devrait permettre de clarifier la situation. Les réunions qui commencent et les discussions plus ciblées vont probablement permettre de mieux définir une vision commune

10.2. Rapport de visites de terrain

1. Visite à la Zone sanitaire de Tanguieta le 16/01/2007

L'objectif de la visite était triple :

1. Voir si l'hôpital St Jean de Dieu était, comme celui visité par le rapporteur à Afagnan (Togo) en 2001, entouré par un réseau de centres de santé intégrés, dispensant un paquet de soins à une population bien définie autour du Centre
2. Visiter zone – Hôpital confessionnel et quelques centres de santé- et échanger avec les diverses autorités de la zone.
3. Tirer des informations générales et spécifiques, utiles pour la DDZS (et le MS)

Le Coordonnateur de la zone, Dr Ali, était en mission pour une semaine à Cotonou. Il n'a pas été possible de le joindre à Cotonou par téléphone, au retour du rapporteur.

La visite a commencé par un entretien avec le Major de zone, et la détermination du programme de la visite – 3 centres de santé- la direction d l'hôpital St Jean de Dieu et le projet UNIDEA qui donne un appui à la zone.

Description succincte de la zone :

Population pauvre et peu dense -200.000 habitants vivant principalement de l'agriculture et produisant un peu de coton. Eleveurs Peul.

Hôpital de Référence : St Jean De Dieu, dont la couverture va bien au-delà de la zone de Tanguieta.

Assure aussi bien des soins de 1^{er} échelon que des soins de référence

Centres de santé : 18 CS + 1 CS isolé, très peu fréquenté.

1CS Associatif très fréquenté- appuyé par une ONG- AGOBLI

1 CS confessionnel, à 52 KM de Tanguieta (1/2 heure de route) à Porga, sur la frontière avec le Burkina.

1 EEZS

1 Coordonnateur (Dr Ali) + 3 médecins de commune + diverses catégories

A l'Hôpital : 2 Chirugiens, 5 Généralistes, 1 Gynécologue, 1 Pédiatre (+ 3 médecins en spécialisation)

L'équipe fait la supervision des CS , l'inventaire , contrôle le financement communautaire, met en œuvre les actions décidées par le MS.

Les relations avec l'hôpital de zone sont cordiales depuis 2 ans, mais peu structurées

L'équipe a récemment décidé de revacciner des enfants parce qu'elle n'était pas sûre de la validité des vaccins utilisés précédemment.

TB : 1 CDT. Pas de microscope dans les CS d'arrondissement

Problèmes formulés par l'équipe

- crédits délégués difficiles à utiliser

– Suppression de la ligne médicaments (17 Millions. Env. 10% du budget)
Le budget du crédit national est d'environ 107 Millions et le partenaire fournit 145 millions (y compris pour l'hôpital de référence). (Env. 500.000 euros /an si on inclut le financement communautaire)

Visites de terrain.

1. Centre de santé communal de Dassari. 12.000 hab.

Personnel : 1 Major 1 Infirmier superviseur Lèpre (il y aurait encore beaucoup de nouveaux cas)

1 sage femme qui est en congé – les accouchements se font par les matrones (en tout, 8 personnels + gardien)

121 NC depuis début janvier (15 jours)

Consultations PN Lundi, mardi et jeudi

Vaccinations le vendredi en poste fixe

Tous les jours en stratégie avancée.

Pour augmenter l'utilisation de la maternité, amende de 1500 FCFA pour les femmes qui accouchent à domicile !!!!

En place dans la communauté il y a des secouristes qui font des pansements (mais probablement plus !) et des relais communautaires qui donnent des informations, font de l'éducation (mais probablement plus !).

UNIDEA fait une étude sur la mortalité Maternelle et infantile, naissances à domicile, prospective, après avoir mis en place 157 sites sentinelles dans la zone.

2. Centre de santé de Tantega. 20.000 Hab.

Major en congé.

7 personnels – 2 infirmiers, 1 SF, 2 matrones

Pharmacie de « gros » : 4 commandes annuelles

NC en 2006 : non encore disponible

Accouchements en 2006 : idem

Coûts d'une évacuation par ambulance : 10.000 FCFA

Le RAC fonctionne bien, mais les gens n'ont pas les moyens de joindre l'hôpital.

Les guérisseurs traditionnels (appelés charlatans par le personnel de santé) font les consultations sous le Baobab en face du centre. Ils ont du monde...

3. Centre de santé de Porga. Confessionnel.

A la frontière avec le Burkina, énorme, doit devenir hôpital...actuellement des médecins de Tanguieta viennent faire des consultations, certains jours, dans centre. Un médecin y sera bientôt affecté à demeure.

Ce centre est donc tout à fait hors normes

4. Visite hôpital de zone (St Jean de Dieu) de Tanguieta.

Rencontre avec le Directeur/gestionnaire –M. Boniface Sambieni-
Hôpital de 250 lits

Aire de couverture très grande (au-delà de la zone et du Pays)

Spécialistes.

Reçoit régulièrement des missions médicales spécialisées de différents pays d'Europe

Assure la formation de médecins en collaboration avec la faculté de médecine de Parakou.

Le pédiatre de l'hôpital participe à des supervisions.

Très bonne impression.

5. Discussion.

1. Le système de zone n'est pas intégré. L'hôpital suit sa logique, les centres de santé la leur. Il y a des bonnes relations entre l'équipe de zone et l'hôpital (ils transmettent les rapports !), mais aucune réflexion commune sur le développement de la zone, c'est-à-dire, arriver dans ce cas à une meilleure définition des rôles de chaque niveau pour améliorer la qualité des soins au niveau des centres de santé (et aussi à l'hôpital pour les soins qui devraient se faire au 1^{er} échelon). De même, il n'existe pas une véritable équipe responsable de l'ensemble des structures opérationnelles de la zone
2. L'hôpital possède donc un potentiel important pour le développement de la zone de Tanguieta. On pourrait imaginer que les prestations des CS sont progressivement améliorées à partir de l'hôpital (à partir des supervisions faites par les médecins de l'hôpital) après une mise en commun d'une vision de la zone, notamment la répartition des tâches entre échelons et une « unification » du commandement (EEZS qui devrait nécessairement inclure les superviseurs de l'hôpital).
3. Autres potentiels de l'hôpital :
 - Comme centre de formation des généralistes aux interventions d'urgence : chirurgie notamment
 - Formation des infirmiers des CS à certaines techniques qu'ils devront appliquer dans les CS
 - Formation des SF à des techniques à utiliser dans les CS
 - Centre spécialisé, avec un plateau technique suffisant, pour une série d'Hôpitaux de zone à déterminer (au lieu de se cantonner à cette vision purement administrative d'hôpital départemental).
4. la visite des centres de santé n'a pas permis de retrouver le type de centres de santé fonctionnant autour de l'hôpital d' Afagnan. Dommage, car ils auraient pu constituer un lieu de stage pour les futurs centres de santé à rationaliser...
5. **Tanguieta constituerait un bon exemple de zone dans laquelle la responsabilité du développement de la zone pourrait être confiée à un privé à finalité publique qui a déjà fait ses preuves. C'est une situation où une contractualisation « public privé » devrait être tentée.**
6. Problèmes de financement et contradictions du système :
 - le major nous dit que les moustiquaires à 500 FCFA sont trop chères pour la population très pauvre.
 - Des amendes de 1500 FCFA sont infligées aux femmes qui accouchent à domicile

- Le prix de l'évacuation, pour les référés est fixé à 10.000 FCFA pour les centres éloignés.

2 Visite aux zones sanitaires de Save et Dassa le 9/02/2007. Zones recevant un appui de la Coopération Suisse

2.1. Visite de Save

L'objectif de la visite était double :

4. Visiter zone – Hôpital et un centre de santé- et échanger avec les responsables de l'hôpital et de la zone.
5. Tirer des informations générales et spécifiques, utiles pour la DDZS (et le MS)

Zone de Save.

Le Coordonnateur de la zone était en mission à Bohicon pour une formation sur la grippe aviaire. Il n'a pas été possible de le rencontrer.

La visite rapide du centre de santé communal dans lequel le bureau de zone est situé, et ensuite la visite de l'hôpital de zone, situé à 3,5 KM du bureau de zone. La visite s'est terminée par un entretien avec l'Administrateur Comptable de la Zone Mme AHOUISSOU Léa, vue après la visite de l'hôpital.

La zone reçoit un appui de la Coopération suisse

Description succincte de la zone :

Population 160.000 habitants.

15 Centres de santé. Pas de confessionnels mais des privés.

Population vivant principalement de l'agriculture. Eleveurs Peul.

Hôpital de Référence : 60 lits (Dr Yaya Boubakar – chirurgien)

1 Médecin généraliste et 1 infirmier qui fait de la chirurgie d'urgence.

Assure aussi bien des soins de 1^{er} échelon que des soins de référence.

Si nécessaire, référence vers Cotonou

Niveau des soins à l'hôpital

L'hôpital comporte les 4 services généraux.

Radiographie et Echographie

Réseau RAC en place avec ambulance appelable.

A Ouessé, centre de santé communal avec chirurgien qui fait des césariennes notamment.

1 EEZS

1 Coordonnateur de zone, médecin + 1 médecins de commune + diverses catégories

Constats :

Séparation nette entre gestion de l'hôpital et gestion de la zone

Zone non considérée comme entité avec 1 hôp. de référence (on opère à divers endroits). **Les populations de la zone vont vers différents points de référence (Papané, Nikki, Savalou....). On se demande quelle est la justification de la création de cette zone.**

L'hôpital de zone a été construit en 1983.

Budget de la zone : crédits délégués

- 40 millions FCFA hôpital
- 40 Millions pour le reste de la zone
- FI : 15 Millions

Certains programmes ont leurs crédits propres et leur plan d'action propre (TBC)

Certains programmes se déroulent indépendamment de l'EEZS (Onchocercose)

Financement ascendant : 10% de recettes brutes de tous les services, y compris l'hôpital, vont au bureau de zone

20% de ces 10% vont à la DDS

Quelle en est la justification ?

Projet d'appui de la coopération suisse va finir.

Il a notamment consisté en la mise en place partout du RAC, de matériel médico-technique...inputs importants.

2.2. Visite de la ZS de Dassa.

Coordonnateur absent (formation grippe aviaire)

Gestionnaire de zone Mme OKE.

Zone : 2 communes pour environ 220.000 habitants

28 formations sanitaires publiques, 3 confessionnels, 1 centre de traitement lèpre et 1 privé reconnu (+ beaucoup de privés non reconnus) + UVS + cases...

Sentiment qu'il y a trop de centres

Pas de plan de couverture

Centre de santé communal. **Clôture commune avec l'hôpital de zone de Dassa.**

Personnel : 6 aides, 2 commis, 1 garde, 1 comptable, 2 sages femmes, 3 infirmiers...

800.000 FCFA salaires mensuels ; environ 1 million de recettes. Couvre environ 27.000 habitants (qu'il « partage » avec les différents privés installés à proximité !)

Abrite l'EEZS

Activités 337 accouchements/an (1/jour)

3061 NC/an 10/jour

Accroissement important de privés non qualifiés

PSS : construction, aménagement hôp. Matériel médico-technique, véhicules, RAC

Hôpital :

4 services.

80 lits

900 accouchements/an

23 césariennes/mois

600 interventions majeures en 2006

Coordonnateur de zone ne travaille pas à l'hôpital

Le chirurgien (Dr Clément AGBOSSOU) s'est spécialisé en urologie (pathologie prostatique)

Echographie (trouve important, permet de faire presque toutes les explorations)

Grâce à l'appui PSS, amélioration de la qualité de l'hôpital et une réorganisation en Unités fonctionnelles a été entamé en juillet 2004.

Cette réorganisation s'est largement préoccupée de systèmes de motivation du personnel dépassant largement les aspects de primes.

Les aspects de qualité de soins touchent notamment à la prévention des infections nosocomiales et à la satisfaction des clients.

Pour les systèmes de recouvrement, le Dr Agbossou est largement favorable au forfait.

L'hôpital sert déjà de centre de formation pour les étudiants en médecine de la faculté de Parakou.

Budget 330 Millions/an.

Après le retrait des suisses, 100 millions vont manquer à ce budget. Qu'est-ce qui est prévu pour pallier à ce manque ?

Bonne impression de la visite de l'hôpital, une collaboration avec les projets appuyés par la Belgique doit être envisagée.

Problèmes récurrents constatés pour Savé et Dassa :

1. Séparation hôpital/zone
2. Concurrence CSC/Hôp. pour les malades (notamment accouchements)
3. CSC parfaitement inefficent
4. Multiplication anarchique de privés douteux

3. Visite au Centre 403 de Bornefonden à Houyegbe le 15/03/2007.

Objectifs de la visite :

1. prendre connaissance des activités d'un futur partenaire dans la zone de Comé
2. Voir l'apport spécifique de Bornefonden en ce qui concerne les mutuelles de santé de la zone et la possibilité d'une collaboration directe avec la future PSCS du projet PAZS Comé

Introduction.

Il y a 27 centres Bornefonden au Bénin. Celui-ci est le 3^{ème} (403).

Le principe de l'action Bornefonden est le parrainage : une famille danoise parraine un enfant au Bénin et verse donc régulièrement une contribution. Le parrainé profite de certains services, mais les membres de sa famille également, bien qu'à une moindre hauteur que le parrainé direct.

Secteurs d'action :

1. Education
2. Santé
3. Autonomie des familles à travers des activités génératrices de revenus, microfinance...

1. Education

- Payement des frais scolaires
- construction d'écoles
- alphabétisation des adultes
- bibliothèque publique au niveau du centre

2. Santé

- tous les membres de famille d'un enfant parrainé jouissent d'une prise en charge
100% pour l'enfant
50% pour les autres

Pour les soins offerts dans les CS de la zone

Au départ, subsides de Bornefonden + 500 FCFA par famille

Actuellement : 5000 FCFA de cotisation par famille de 5 personnes (+ 1000 FCFA par membre supplémentaire)

Remboursement de 70% (Ticket modérateur 30%)

Hospitalisation : remboursement de 50% à condition que l'évacuation soit justifiée par la décision d'un professionnel santé

Enfants parrainés subsidiés à 100% par Bornefonden.

A partir de 2007, la mutuelle va rembourser, y compris pour les enfants parrainés

La mutuelle devient autonome

Administration de la mutuelle : gérant payé 15.000 FCFA

Couvre 5 villages - 636 familles – 3000 adhérents

BF donne encore une subvention de 1.500.000 FCFA/an

Revoir dans 2 ans

Problème : pas de contrôle sur l'offre (efficience ? Efficacité...préoccupations de la PSCS)

3. Activités génératrices de revenus

- agriculture : fourniture de semences sélectionnées

- plants forestiers et fruitiers
- techniques d'élevage et aide à l'installation, aide à la commercialisation → organisés en association par filière

4. Micro finance

- 120.000 FCFA de plafond
 - crédit par groupe de solidarité (cinq femmes qui se garantissent l'une l'autre)
 - remboursement en 6 mois à un taux annuel d'environ 1%
- En 2006 a distribué 6 millions de crédit
Prévisions pour 2007 15 millions.
Les remboursements vont sur un fonds de réserve qui est actuellement de 22 millions (certains centres sont à 40 millions)

Objectifs : autonomisation

Les mutuelles sont par ailleurs reconnues officiellement (Voir : Journal Officiel)

Relations avec l'état :

1. La mairie a fourni le terrain : environ 1,5 Ha
2. aider à la légalisation des statuts

Aide du niveau central par les Ministères concernés : ?

Relations avec les centres de santé : plaintes sur l'accueil des malades (mais on n'est pas allés plus loin.

Préfinancement des soins par les patients et remboursement ultérieur

1. Visite au centre de formation (situé au centre BF) inspiré par l'ONG Songhay de Porto Novo.

- Centre de couture
- Elevage des volailles, de porcs et d'agoutis et lapins
- Cultures maraîchères (en friche pour le moment)

2. Visite à deux familles d'enfants parrainés.

L'une fait de l'élevage d'agoutis (ce qui paraît relativement facile, pas de maladies importantes, et mangent de tout.

La famille est bien nourrie (enfants y compris).

L'autre, un tailleur qui continue son métier, a commencé l'élevage de porcs

3. Visite à la mutuelle pendant une séance de remboursement des clients.

Bien organisé.

Conclusions.

- Impression générale excellente. Très professionnels
- Les Communautés à la base sont prêtes à participer.
- Appui par le niveau central ??? A voir avec le projet Comé en ce qui concerne amélioration de l'offre des soins et organisation de la demande

4 Visite à la DDS de Lokossa le 13/03/2007.

Objectifs de la visite :

3. Voir la structuration du niveau intermédiaire et ses fonctions
4. Voir les structures de santé départementales

1. Visite de la DDS, avec le Dr Alphonse, Directeur Départemental de la santé.
Les services de la DDS reproduisent largement les directions centrales sous forme de services correspondants (sauf la DDZS qui n'a pas de service à ce niveau.

On peut dire que les fonctions des différents services sont principalement d'aller dans les zones chargées des préoccupations des différents programmes du niveau central (un suivi des activités n'a pas encore été fait) mais il est clair que ces services sont en contact direct avec les structures opérationnelles des zones (court-circuitage des EEZS ? Est-ce de là que vient le sentiment des coordonnateurs de zone (ceux qui l'on exprimé) d'être des exécutants ???).

D'autre part, il semble qu'une partie importante du travail de la DDS est la transmission vers le MS des données récoltées au niveau des zones.

Rôle opérationnel :

- Centre départemental de transfusion sanguine (appuyé par PASTAM-CTB)
- hôpital départemental
- projet palu (Africare), intégré ?? Un médecin à temps plein est consacré à ce projet !

Personnel : 40 personnes, dont 5 médecins. Ce sont les plus compétents qui montent au niveau du DDS, et ils y trouvent des avantages, comme des possibilités de formation à l'extérieur...etc.

Visite du CSC.

Constats majeurs.

Très grand,

Mauvais état

Bloc de chirurgie (des interventions sont pratiquées de temps à autre par un chirurgien qui est en même temps le maire de la ville.

Les conditions du bloc ne semblent pas idéales...

Hospitalisations dans différents services – parce qu'il fait fonction d'hôpital de zone-

Situé à 1 km de l'HDS

Il y a également un médecin chef

Abrite également l'EEZS (Coordonnateur absent)

Visite HDS

Entièrement indépendant de la zone, alors qu'il reçoit des malades venant de la zone de Lokossa. Aucune relation avec l'EEZS

Hôpital en bon état -1997

120 lits – TOM 80%

Personnel : 5 gynécologues, 2 chirurgiens, 1 pédiatre, 1 ophtalmo, 1 stomatologue, 1 ORL et 3 généralistes

Pratiquement le même plateau technique que Comé (qui est déjà assez élevé par ailleurs)

Questionnement

Problèmes posés par les DDS

1. Mélanges manifeste de fonctions administratives et opérationnelles
2. Niveau administratif efficient ?
3. Quel rôle pourrait-il jouer pour soutenir le développement des ZS ?

Hôpital départemental

1. Non intégré dans système
2. ambiguïtés par rapport à la zone, alors qu'il est « l'hôpital de référence » de la zone, dans les faits
3. myopie dans cette volonté de mettre « en plus » un hôpital de zone à côté de l'hôpital départemental (idem Djougou où, en plus, il y a un hôpital confessionnel).
4. myopie d'autant plus grave que nous sommes dans un contexte de ressources rares.
5. Est-il nécessaire d'avoir un hôpital « spécialisé » dans chaque département ? Démarche bureaucratique, calquée sur le découpage administratif, et très probablement en contradiction avec les vrais besoins et d'autres alternatives pour offrir des soins spécialisés.

4. Visite au Projet appuyé par la coopération suisse (Borgou-Zou) 20 au 22/05/2007.

La visite a commencé par un entretien avec l'équipe d'appui dirigée par le Dr Christophe DOSSOVI :

1. Dr Say Alain Dieudonné, AT responsable de la qualité des soins
2. Dr Galibert TOLOME, AT responsable du Zou
3. M. AMADOU AT Economiste, Appui à la gestion et administration
4. M. Souley ABOUBACAR , Socio Anthropologue
5. Mme Adjabo Béatrice, sage feme. Appui aux maternités.

Exposé fait par Dr Dossouvi. Conception de l'appui aux deux Départements (Dans le Borgou, 5 hôpitaux en tout, tous confessionnels ou privés et dans le Zou, hôpital de Dassa et Save, déjà visités)

- médiation sociale : directement en contact avec la population (peu d'appui aux structures de 1^{er} échelon)
- Qualité des soins (à l'hôpital)
- Dialogue politique : à Cotonou, par quelqu'un d'autre, Mme Adjou Moumouni.

21/05/ Visite à la Zone de Nikki

EEZS

Dr Toko, Coordonnateur de zone.

Agriculture et élevage : excellent (cette année en tout cas)

Pas de multisectoriel (quelle vision de développement du niveau central ?)

Population peu dense -20 hab/km2. 300000 habitants.

Quelques caractéristiques su système de santé.

Au **premier échelon** 36 formations sanitaires + 2 privés confessionnels

Privés informels en augmentation...non comptabilisés

Nous parle du prix des médicaments qui a diminué ce qui a diminué la hauteur du recouvrement

Le préventif reste gratuit

Les crédits de l'Etat ont diminué de 30 Millions/137 millions reçus l'année précédente. Ce qui entraine une diminution des activités, notamment les supervisions à partir de la zone. Par contre, les supervisions à partir de la DDS et du MS continuent.

Le PEV fait une recherche active des cas à vacciner dans le but de maximiser la couverture.

Conséquences : curatif en difficulté mais « préventif », notamment la couverture vaccinale prospèrent

Le « préventif » fonctionne très bien

Le curatif, dans les structures de 1^{er} échelon est en difficulté

Médicaments : dépôt répartiteur pour la ZS et l'hôpital (parfois).

Informatisé. Donne une bonne impression

Centre de santé communal (effectif de 35 personnes)

Maternité : bien tenue 80/100 acc./mois

Dispensaire 5-6 NC/jour
Recettes mensuelle : 1.200.000/mois

Sur la route, visite d'un grand centre de santé d'arrondissement construit par la BAD (aucune activité, personnel en place)

Hôpital de Nikki

Hôpital de zone. 1 seul partenaire extérieur, la Coopération Suisse.

A l'origine, initiative de la population de Nikki, soutenue par MEMISA et Medicus Mundi Hollande.

Depuis 1996, soutien par la Coopération Suisse et l'Etat béninois.

C'est un hôpital privé. 75% des salaires du personnel sont payés par les recettes de l'hôpital
103 lits dont 33 de pédiatrie (construction et agrandissements progressifs)

1 chirurgien, 1 pédiatre, 1 gynéco-obst, 1 dentiste,

1 ingénieur en imagerie médicale, 1 techn. Labo

1 kinésithérapeute mis en place par l'APEFE

20 infirmiers

40 contractuels

Stagiaires/occasionnels/mesures sociales 32

En tout, 72 personnels

1 médecin de l'hôpital fait de la supervision des CS

Problèmes d'approvisionnement en médicaments.

Recettes en millions de FCFA

	Recettes propres	Appui
suisse		
2002	71	10
2003	83	10
2004	106	12
2005	118	12
2006	133	12

Fonctionne à 76 sur recettes propres

Origine des malades 20% du Nigéria

Collaborent avec la Faculté de Médecine de Parakou.

Font des audits médicaux, notamment l'audit des décès maternels

Gros effort pour améliorer la qualité des prestations

Tarification « Forfait ! » :

130.000 FCFA pour une prostate

55.000 pour une hernie

52.500 pour une césarienne

Visite du CS Communal de Perere

Le médecin est en stage de formation en Belgique et n'a pas été remplacé

Disproportionné à tous points de vue : taille, équipement, ambitions diverses... !

10 malades/jour

30 acc./mois

Personnel : 15 agents

22/05 Visite au Centre de santé d'Arrondissement de Tchatchou

Couvre théoriquement 32.000habitants mais répartis dans 3 agglomérations bien distinctes et distantes.

La planification de l'infrastructure ne tient pas compte de la réalité : elle suit simplement des normes administratives.

Personnel : 11 personnes dont 4 infirmiers et 1 sage femme

30 accouchements/mois

Hôpital St Martin de Papané

Hôpital confessionnel aidé par la coopération suisse, par la DGCD via une fondation belge « Hubi et Vinciane », l'UE a construit un bloc opératoire

Est à la limite de deux zones de santé, et est donc l'hôpital de référence pour deux zones (problème de situation géographique)

L'hôpital s'est développé dans le temps et dans l'espace.

Assure les 4 services

120 lits

1 chirurgien directeur de l'hôpital et 2 médecins chefs de service

1 médecin est en formation de spécialiste en Belgique

Accent sur l'amélioration de la qualité des prestations, sur une meilleure utilisation des ressources humaines, sur l'amélioration de l'infrastructure et l'équipement

Tarifcation « semi-forfaitaire »

Prostate : 80.000

Césarienne : 45 à 60.000

Financement du fonctionnement

Crédits délégués de l'Etat : ??? millions

Hubi et Vinciane : 10 millions

Projet suisse : 12 millions

Recouvrement direct : 120 millions.

Les deux EEZS des zones couvertes sont « très loin » de l'hôpital...

5. Visite à la zone d'Aplahoué. Vendredi 16/11/2007

L'une des trois zones où une expérience pilote de contractualisation est en cours.

Visite conjointe avec Monsieur C. Lemièrre, fonctionnaire de la Banque Mondiale en mission au Bénin.

Avant la visite : lecture du contrat qui lie l'EEZS au MS.

Constats sur place : Le coordonnateur de la Zone et le Médecin Directeur de l'hôpital sont tous les deux absents (assistent à des ateliers). Le médecin directeur de l'hôpital est dans un atelier dans les environs et nous pouvons le contacter. Il nous propose d'avoir un entretien avec Monsieur Edouard, Administrateur de la zone et membre de l'EEZS.

Entretien.

Quelques données :....

Tableau n°38 Durée moyenne de séjour et le taux d'occupation des lits

Services	Nombre de lits	Hospitalisés	Journées d'hospitalisation	Durée moyenne de séjour	Taux d'occupation des lits
Médecine	18	161	452	2,81	27,52
Chirurgie	20	74	451	6,09	24,71
Gynéco Obstétrique	25	225	1007	4,48	44,14
Pneumo- phtisiologie	13	21	800	38,1	67,44

Rapport 1^{er} trimestre 2007

EEZS : 14 personnes

Nombre de médecins dans la zone 7 (aucun à l'hôpital au moment de la visite) dont 3 à l'hôpital (y inclus 1 gynéco-obstétricien).

Nombre de lits : 76

Petit hôpital, situé à 15 Km de l'hôpital St Camille de Dogbo, qui n'est pas encore entièrement fonctionnel mais en voie de l'être)

Fonctionnalité de la zone.

Problèmes relevés par le gestionnaire :

1. Impraticabilité des voies
2. Dysfonctionnement du RAC
3. Pas assez de spécialistes à l'hôpital de zone
4. L'utilisation des services, ainsi que les recettes sont en diminution

Aspects relevés par la mission.

1. Pas de carte sanitaire : les privés ne sont pas pris en compte comme dispensateurs. L'EEZS se contente d'avoir les statistiques de ceux qui les fournissent

2. Les privés sont en augmentation rapide, sans autorisation à exercer pour la majorité (23 sont connus et 2 ont une autorisation légale à exercer)
3. La permanence des services est un problème pour l'hôpital
4. Que pensent-ils de la gratuité pour les femmes enceintes et les enfants ? Cela risque d'être problématique si les subsides n'arrivent pas rapidement
5. Ne semblent pas bien connaître le document du contrat. Ne semblent pas considérer comme irréalistes les améliorations des indicateurs telles que figurant dans le contrat.

Quel support reçoivent-ils du niveau intermédiaire et central (sous forme de supervision) pour améliorer leurs performances : notre interlocuteur ne semble pas bien au courant.

Ils devaient recevoir du matériel et du personnel supplémentaire. Ne savent pas trop si c'est arrivé, en tout cas le pédiatre n'est pas arrivé.

Pas de financement supplémentaire, notamment pour les primes (en tout cas à sa connaissance)

(Pour ces informations, nous n'avons malheureusement pas pu discuter avec le coordonnateur, qui est l'interlocuteur principal pour ces aspects au niveau de la zone)

Visite rapide de l'hôpital.

Maternité : 5 sages femmes pour environ 800 accouchements par an

Petit Hôpital peu fréquenté

Discussion.

Expérience pilote (ce qui impliquerait recherche et protocole ?) se déroule avec un suivi peut-être non suffisamment documenté...quelles conclusions pourrions nous tirer de cette expérience ? La discussion sur la démarche pour améliorer la fonctionnalité de la zone n'a pu être menée, à cause de l'absence des médecins responsables de la zone...existe-t-il une stratégie de développement de la zone ?

Enfin, l'approche elle-même est critiquable sur les points suivants:

Cette contractualisation des zones de santé vise à asseoir en partie leur financement – incluant des primes au personnel – sur l'obtention de résultats **ciblés de certains programmes**, spécialement dans le domaine de la mortalité maternelle et infantile dans ce cas. On ne sort pas de la logique des primes, mais au lieu d'être liées à l'assistance à des événements particuliers¹, elles sont liées à la performance, mesurée par quelques indicateurs épidémiologiques. La variation de ces indicateurs, figurant dans le contrat, paraît par ailleurs particulièrement irréaliste.

Quatre remarques méritent d'être faites :

- Ces primes à la performance comportent les mêmes désavantages que les primes liées à la participation à divers événements
- Il n'y a aucune preuve scientifique dans les sciences du management que des primes à la performance atteignent leur but
- Ces primes liées à des programmes n'ont évidemment que la viabilité de ces mêmes programmes

¹ Notons que tous les médecins étaient absents au moment de la visite. Si les primes à la performance sont attribuées, elles n'excluent pas les autres modes d'attribution des primes.

- Enfin et surtout, la contractualisation basée sur la performance, telle qu'elle est conçue, ne sort pas de la logique « programme » : c'est l'atteinte d'un nombre restreint d'objectifs des programmes qui est visée et non le renforcement du système de santé. Quand le renforcement du système de santé est évoqué, il est identifié à des investissements supplémentaires en bâtiments, en matériel ou en véhicules (voir le contrat)

Et pourtant, des formes de contractualisation semblent indispensables dans le secteur.

Démarche à améliorer, et certainement à étudier systématiquement dans les projets appuyés par la coopération belge.

La BM est également intéressée par ces aspects.

Des questions supplémentaires concernent la planification de l'infrastructure et du personnel et semblent des erreurs:

- Ne pas tenir compte de l'offre du privé
- Multiplier de petits hôpitaux sans avoir les ressources nécessaires (dont le personnel)
- Utilisation du personnel : 5 sages femmes pour 800 accouchements/an ?
- 7 médecins dans la zone, mais aucun à l'hôpital au moment de notre visite
- Pas de carte sanitaire sur laquelle réfléchir à la couverture effective de la population

10.3 TDR de l'Assistant Technique du niveau Central

REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

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

DIRECTION DE DEVELOPPEMENT DES ZONES SANITAIRES

**TERMES DE REFERENCE POUR LE RECRUTEMENT D'UN
ASSISTANT TECHNIQUE AU NIVEAU CENTRAL (DDZS) AU PROFIT
DU PROJET D'APPUI A LA ZONE SANITAIRE DE COME
PAZS-COME**

Février 2006

II – OBJECTIF

Il s'agira principalement :

- ✓ d'approfondir l'appui technique à la phase de formulation du projet ;
- ✓ d'améliorer l'ancrage institutionnel et d'assurer ainsi un meilleur pilotage du PAZS-Comé et une coordination sectorielle cohérente.

A cet effet, l'Assistant Technique assistera la DDZS dans :

- ✓ la mise en œuvre réelle des stratégies sanitaires nationales par le projet ;
- ✓ la coordination des différents acteurs du projet tant au niveau central, intermédiaire que périphérique ;
- ✓ le rôle de l'interface institutionnel entre le Ministère de la Santé Publique, les structures décentralisées (publiques et privées) d'une part et entre le MSP et les autres ministères d'autre part ;
- ✓ le suivi du projet ;
- ✓ les rapports et comptes rendus réguliers de l'évolution de la mise en œuvre du projet ;
- ✓ l'organisation de toutes autres tâches s'inscrivant dans l'efficacité et la viabilité du projet ;
- ✓ la création d'une synergie entre les projets;
- ✓ les analyses, commentaires et recommandations sur une meilleure harmonisation des intervenants et leur alignement sur les politiques et système de santé du pays ;
- ✓ la coordination de l'ensemble des interventions sanitaires belges au Bénin (PAZS-Comé, PAZS-BASSILA, PAZS-KTL et PASTAM);
- ✓ l'harmonisation et la capitalisation des acquis des projets.

III – EXIGENCE DU POSTE

- ✓ Avoir des compétences avérées en matière de gestion et de suivi des projets et programmes du secteur de la santé ;
- ✓ Avoir une solide connaissance de la politique sanitaire nationale ;
- ✓ Avoir des compétences en communication pour la santé ;
- ✓ Avoir la maîtrise de l'outil informatique, notamment les logiciels de suivi et gestion ;
- ✓ Être capable de travailler en équipe et sous pression.

VI – PROFIL

- ✓ Être un médecin de santé publique ;
- ✓ Être un expert international ;
- ✓ Avoir au moins 10 ans d'expérience dans l'organisation des services de santé et la dynamique des zones sanitaires ;
- ✓ Avoir une formation en planification, économie de santé ou être expert en financement des systèmes de santé ;
- ✓ Avoir une expérience dans l'appui institutionnel.

VII – TACHES

Pour toutes les tâches décrites ci-dessous, l'Assistant Technique fonctionne en appui au Ministère, sous la responsabilité du Directeur de Développement des Zones Sanitaires (DDZS) et en concertation avec la Coopération Technique Belge (CTB). Plus spécifiquement, il (elle) sera chargé(e) de :

- ✓ Contribuer à la formulation du projet;
- ✓ Appuyer la coordination et la mise en œuvre du projet;
- ✓ suivre l'exécution des projets ;
- ✓ rédiger des rapports d'analyse et de synthèse réguliers y relatifs ;
- ✓ suivre la mise en œuvre des recommandations issues des différentes évaluations du projet ;
- ✓ coordonner les interventions des différents acteurs du projet
- ✓ recueillir les aspirations des bénéficiaires en vue de la pérennisation des acquis du projet ;
- ✓ ventiler les résultats au niveau des autres projets ;
- ✓ collaborer avec les responsables des différents niveaux sanitaires ;
- ✓ coordonner les aspects de recherche opérationnelle et élaborer des rapports scientifiques en vue de la capitalisation des expériences pour l'ensemble des interventions sanitaires belges au Bénin ;
- ✓ coordonner un suivi scientifique avec une institution de santé publique internationale pour l'ensemble des projets santé au Bénin ;
- ← ✓ créer des liens de travail et d'échange entre le ministère de santé publique et l'institut de santé publique régional ;
- ← ✓ organiser pour le ministère de la santé des ateliers de réflexion sur les acquis des projets au niveau national.

VIII – RELATION AVEC LES NIVEAUX CENTRAL, INTERMEDIAIRE ET PERIPHERIQUE

L'Assistant Technique est mis à la disposition de la Direction de Développement des Zones Sanitaires où il (elle) appuiera la coordination des différentes actions du projet.

Il (elle) doit rendre compte régulièrement à la DDZS et transmettre par voie hiérarchique un rapport trimestriel à la DPP et à la CTB.

IX – OBLIGATION DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE

La DDZS mettra à la disposition de l'Assistant Technique un bureau qui sera équipé par le projet pour l'accomplissement de sa mission.

10.4 Propositions d'une stratégie d'appui institutionnel au niveau central.

Appui Institutionnel au MS.

DRAFT I/ 9-05-2007

Constats/exposé du problème.

Le Bénin a entamé il y a quelques années un processus de réforme en divisant son territoire en zone de santé.

La zone de santé, est l'unité opérationnelle chargée d'offrir à sa population de couverture les soins répondant aux besoins fondamentaux des gens.

Elle est constituée par un hôpital où sont référés les patients à partir du réseau des centres de santé qui constitue le premier échelon de soins en contact avec les gens et qui est chargé d'offrir un paquet intégré de soins.

Une équipe d'encadrement intégrée, l'EEZS, est chargée de gérer (faire fonctionner), les services de zone, c'est-à-dire l'hôpital et les centres de santé.

Les niveaux administratifs supérieurs, DDS et MS et politiques MS, sont chargés d'appuyer le développement des zones afin que les soins offerts augmentent en qualité. Développer des zones signifie donc en priorité, lever contraintes et obstacles qui empêchent un fonctionnement optimal de la zone et qui en diminuent donc le degré de fonctionnalité.

Force est de constater que :

1. Les réflexions sur la poursuite de la réforme, notamment la nouvelle définition de la place et le rôle du niveau intermédiaire n'ont pas suffisamment continué, dans le contexte d'un appui au développement des zones de santé
2. la structuration du niveau central, caractérisée par une fragmentation des pôles de décision, se répercute sur une difficulté de développer une vision commune de ce que devraient être le système de santé béninois, avec deux grandes divergences :
 - vision développement système, long terme, durable
 - vision résultats court terme, visant des indicateurs quantifiables facilement, avec peu de durabilité et sans réel développement systémique
3. ce manque de cohérence dans la vision s'est par exemple concrétisé lors de la production des documents de Politique (PNS et PNDS), qui ressemblaient plus à une juxtaposition des différents programmes élaborés par les directions et programmes, qu'à une vision de développement systèmes où les préoccupations des ces différentes Directions et Programmes auraient été prises en compte par les services de zone. Ce manque de cohérence se répercute au niveau de la zone, par toute une série de distorsions, dues au manque d'intégration (au lieu d'avoir un plan de zone, chaque programme a tendance à faire son plan –de formation, de supervision, d'action...etc. ce qui crée énormément de dysfonctionnements au niveau de la zone et certainement des inefficiences à tous les niveaux.
4. Le Ministère reste ouvert à la discussion, ce qui a permis notamment, par une collaboration étroite avec les PTF, de réintroduire, dans les documents de politique, l'objectif de développer à terme (horizon 2016) les 34 zones de santé du Pays.

Question toujours sans réponse claire : comment développer les zones de santé ? Comment développer une stratégie de développement, partagée, et qui permettrait un alignement des PTF ? Quels nouveaux rôles devraient jouer les niveaux d'appui ?

Rôle des PTF.

Les relations entre MS et PTF peuvent être caractérisées comme bonnes. Des réunions régulières se tiennent, à intervalles réguliers, et, la constitution de petites commissions ad hoc chargées de traiter des problèmes spécifiques (PNS-PNDS, GAVI...) semble d'un apport intéressant. Il semble cependant important de renforcer cette relation afin de préparer les dossiers techniques en commun, en vue d'une harmonisation et d'un alignement acceptables. Actuellement, les interventions des PTF, dans la réalité du terrain, semblent contribuer à la fragmentation observée au sein du Ministère et au niveau de la zone.

Tentative de caractérisation des PTF.

On peut utiliser comme critère leur mode de financement :

- Financement système, c'est-à-dire appui au développement d'un service de santé pérenne.
- Financement programme, c'est-à-dire préoccupation particulière pour l'atteinte de résultats mesurables en un temps donné (augmentation de taux de couverture). Peu de souci de renforcement et de durabilité.

Double shift de la part du MS et des PTF.

On peut déjà, dans une vision à long terme de développement de services de santé pérennes, capables d'assurer les soins de santé primaires, imaginer la nécessité d'un double shift de la part du MS et des PTF :

- Passer d'un financement programme à un financement système
- Déplacer la négociation entre partenaires du niveau central vers la zone de santé et renforcer le pouvoir de décision à ce niveau.

Remarque Observation : certains partenaires font du financement système, d'autres du financement programme, d'autres encore, une combinaison des deux (la Belgique par exemple)

Des éléments intéressants sont déjà réalisés : les crédits délégués vers les zones. Les crédits d'investissement vers les DDS. Ces aspects ouvrent la voie à une aide sectorielle au niveau de la zone...

Des interrogations doivent se poser: de gros financements programme, notamment les deux projets qui seront financés par la BM pour plus de 15 milliards de FCFA chacun. Quelle conséquence si une stratégie de développement du système n'est pas clairement partagée ?

Démarche proposée pour améliorer la cohésion des PTF et rentabiliser le contact avec le Ministère de la Santé.

Création d'un Groupe Technique permanent, rattaché à la DPP/DDZS.

Ce groupe serait composé par des techniciens travaillant dans des projets financés par des PTF, si possible béninois mais aussi expatriés, et des cadres de haut niveau, si possible les directeurs eux-mêmes (DPP et DDZS) et d'autres directeurs selon le sujet de l'ordre du jour. On y traiterait les différents problèmes (ressources humaines, financement...etc.) à partir de données pertinentes fournies par le terrain.

Ce groupe recevrait également toutes les missions de formulation de nouveaux projets.

Technique, conseil, pas de pouvoir de décision ... fourniture d'éléments pour la prise de décision.

Groupe de pilotage de la réforme.

Aurait comme objectif de piloter la réforme : les zones se développent ? Le niveau intermédiaire joue-t-il un rôle d'appui ? La coordination centrale s'améliore ? Tous les éléments de mise en œuvre de la réforme.

Constitution : Ministère, présidé par le Ministre, autres Ministères impliqués dans la santé, secteur privé, syndicats, institution de recherche et formation, PTF (niveau politique...)

Le groupe technique en constituerait le secrétariat.

Le pouvoir de décision final, restant évidemment au Gouvernement Béninois.

Démarche pour améliorer la cohésion des partenaires.

Il faut admettre que les partenaires, probablement pour des raisons diverses et variées, connaissent mal ce que l'autre fait effectivement. Ceci aussi favorise la fragmentation. Et on veut aller vers une harmonisation et un alignement.

La première étape est donc d'entamer un dialogue, en bilatéral, en petits groupes, pour partager des informations et une vision. Des visites conjointes de terrain aux projets appuyés par les uns et les autres, la participation à des ateliers qui devraient passer progressivement d'ateliers individuels à des ateliers collectifs (MS + 1 partenaire à MS + plusieurs partenaires).

Partenariat Belgique Suisse.

C'est dans le cadre des motifs exposés ci-dessus, que la CTB, soucieuse de s'inscrire dans un processus d'harmonisation et d'alignement avec les différents PTF, demande à la Coopération Suisse de pouvoir mettre à sa disposition, pour deux jours, le Dr Dossouvi, actuellement employé par elle.

Le Dr Dossouvi facilitera un atelier qui se tiendra à Bohicon entre le 29 et le 31 mai.

Des dispositions pratiques seront discutées avec l'intéressé si sa présence à l'atelier est confirmée.

Les TDR de l'atelier ont été envoyés par courrier séparé.

10.5 Annexes financières

Budget vs Actuals (Year to Date) of BEN0501211

Project Title : Projet d'appui à la zone sanitaire de Comé - phase II

Budget Version: **C01**

Currency : EUR

YTD : Report includes all valid transactions, registered up to today

	Status	Fin Mode	Amount	Start - 2007	Expenses 2008	Total	Balance	% Exec
Z MOYENS GENERAUX								
01			486.000,00	248.311,20	63.411,94	311.723,14	174.276,86	64%
01 General means								
01		REGIE	421.200,00	198.784,36	56.488,09	255.272,45	165.927,55	61%
02		REGIE	27.500,00	31.783,88	962,66	32.746,54	-5.246,54	119%
03		REGIE	2.500,00	5.234,34	0,00	5.234,34	-2.734,34	209%
04		REGIE	2.700,00	1.605,04	1.035,13	2.640,17	59,83	98%
05		REGIE	12.600,00	5.154,40	1.271,05	6.425,45	6.174,55	51%
06		REGIE	19.500,00	5.749,18	3.655,01	9.404,19	10.095,81	48%

REGIE			486.000,00	248.311,20	63.411,94	311.723,14	174.276,86	64%
COGEST								
TOTAL			486.000,00	248.311,20	63.411,94	311.723,14	174.276,86	64%