

**REPUBLIQUE DU BENIN**

-----

**MINISTERE DE LA SANTE**

-----

**COOPERATION BENINO-BELGE**

-----

**PROGRAMME INDICATIF DE COOPERATION BILATERALE  
BENINO-BELGE (PIC 2013-2017)**

**FICHE D'IDENTIFICATION**

**Programme d'Appui au secteur de la Santé (PASS)**

**« Programme SOUROU »**

**Février 2013**

FD

PM

## **Abréviations et acronymes**

AT	: Assistance Technique
ATI	: Assistant Technique International
BAD	: Banque Africaines de Développement
CAME	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels
CDTS	: Centre Départemental de Transfusion Sanguine
CHD	: Centre Hospitalier Départemental
CNHU	: Centre National Hospitalier Universitaire
COGECS	: Comité de Gestion de Centre de Santé
CS	: Centre de Santé
CTB	: Coopération Technique Belge
CUS	: Couverture Maladie Universelle
DDS	: Direction Départementale de la Santé
DIEM	: Direction des Infrastructures Equipements et Matériels
ANPEV Primaires	: Agence Nationale du Programme Elargi de Vaccination et des Soins de Santé Primaires
DDS	: Direction Départementale de Santé
DPMED	: Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Explorations Diagnostiques
DPP	: Direction de la Programmation et de la Prospective
DRH	: Direction des Ressources Humaines
DTF	: Dossier Technique et Financier
DTS	: Dépenses Totales de Santé
EDS IV	: Enquête Démographique et de Santé III
EEZS	: Equipe d'Encadrement des Zones Sanitaires
FED	: Fonds Européen de Développement
IHP+	: International Health Partnership
HZ	: Hôpital de Zone
INSAE	: Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
IRPSP	: Institut Régional de Santé Publique
MCZS	: Médecin Coordonnateur de Zone Sanitaire
MMI	: Mortalité Maternelle et Infantile
MS	: Ministère de la Santé
MTFP	: Ministère du Travail et de la Fonction Publique
NV	: Naissances Vivantes
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PASS	: Programme d'Appui Sectoriel Santé
PASTAM	: Projet d'Appui à la Sécurité Transfusionnelle dans les départements de l'Atacora/Donga et du Mono/Couffo
PIC	: Programme Indicatif de Coopération
PIP	: Programme d'Investissement Public
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PRPSS	: Programme de Renforcement de la Performance du Système de Santé
PSCS	: Plateforme Société Civile et Santé
PTF	: Partenaire Technique et Financier
RAMU	: Régime d'Assurance Maladie Universelle
SCRP	: Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté
SSP	: Soins de Santé Primaires
SYLOS	: Système Local de Santé
USAID	: United States Agency for International Development
ZS	: Zone Sanitaire

## Table des matières

<b>I. CADRE GENERAL DU PROGRAMME D'APPUI SECTORIEL SANTE BENINO-BELGE - PASS.....</b>	<b>4</b>
<b>I.1. Programme global d'appui au secteur santé.....</b>	<b>4</b>
<b>I.2 Stratégie globale d'intervention .....</b>	<b>6</b>
<b>II. CONTEXTE SECTORIEL (Situation actuelle).....</b>	<b>7</b>
<b>II.1. Gouvernance du secteur .....</b>	<b>7</b>
<b>II.2. Financement du secteur de la santé.....</b>	<b>8</b>
<b>II.3 Gestion du personnel .....</b>	<b>8</b>
<b>II.4. Prestation des services .....</b>	<b>9</b>
<b>II.5. Produits pharmaceutiques et médicaux .....</b>	<b>10</b>
<b>II.6. Système d'information sanitaire .....</b>	<b>10</b>
<b>Principaux défis du secteur.....</b>	<b>11</b>
<b>III. IDENTIFICATION DU PROGRAMME D'APPUI AU SECTEUR DE LA SANTE - 'PASS - SOUROU'.....</b>	<b>12</b>
<b>III.1 Titre, contexte, perspectives et description .....</b>	<b>12</b>
<b>III.1.1. Titre.....</b>	<b>12</b>
<b>III.1.2. Description succincte du PASS.....</b>	<b>12</b>
III.1.2.1 Projets en cours .....	12
III.1.2.2 Description de l'intervention.....	13
III.1.2.3 PASS et la logique de développement.....	14
<b>III.2. Ministère de tutelle .....</b>	<b>18</b>
<b>III.3. Objectif général – Objectif spécifique.....</b>	<b>19</b>
III.3.1 Objectif Général : .....	19
III.3.2 Objectif spécifique.....	19
<b>III.4 Impacts indicatifs du PASS .....</b>	<b>19</b>
<b>III.5. Localisation - Groupes cibles - Bénéficiaires .....</b>	<b>19</b>
III.5.1 Localisation .....	19
III.5.2 Groupe cible.....	20
III.5.3 Bénéficiaires.....	20
<b>II.6. Relation de la prestation avec les OMD et la CUS .....</b>	<b>20</b>
<b>III.7. Relation de la prestation avec le cadre de la SCRP .....</b>	<b>21</b>
<b>III.8.Synergies avec les autres bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux – Agenda d'harmonisation et d'alignement .....</b>	<b>21</b>
<b>III.9. Budget et durée de la prestation.....</b>	<b>22</b>
<b>III.10. Mesures pour assurer la durabilité .....</b>	<b>22</b>

# I. CADRE GENERAL DU PROGRAMME D'APPUI SECTORIEL SANTE BENINO-BELGE - PASS

## I.1. Programme global d'appui au secteur santé

La Belgique et le Bénin connaissent une longue histoire de partenariat et de coopération dans le secteur santé. Cette coopération a évolué graduellement, suivant les nouveaux concepts d'aide internationale, vers une approche programme.

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) est l'épine dorsale du programme de cette coopération dans le secteur de la santé. En effet, l'appui de la Belgique aux axes stratégiques du PNDS présente des avantages comparatifs certains à travers notamment :

- le caractère holistique et intégré de l'appui au système de santé dont les atouts sont évidents pour l'amélioration de sa performance ;
- la longue expérience de la CTB dans le secteur de la santé au Bénin (3 PIC : 1998-2002, 2004-2007 et 2008-2012) ;
- le développement des capacités des acteurs pour une gestion axée sur les résultats et un renforcement institutionnel qui va au-delà du seul service delivery (substitution);
- la pertinence, la qualité des interventions et de l'expertise mise à disposition largement reconnues doublées de la confiance réitérée au sein du secteur;
- une plus grande flexibilité des interventions qui s'illustre par la capacité d'adaptation aux évolutions du secteur et d'orientation conséquente des ressources ;
- des signes évidents («marqueurs de progrès») témoignant de l'effet positif du programme bénino-belge sur les stratégies et politiques sectorielles (définition et opérationnalisation sur le terrain), la coordination et gestion du secteur, l'harmonisation et l'alignement, le partenariat et l'expertise (mobilisation, capacité de tester des idées innovantes, capitalisation/gestion des connaissances).

Fort de ces avantages, la santé a été retenue comme un des deux secteurs de concentration au Bénin pour le PIC 2013-2017. La Belgique compte ainsi poursuivre l'appui aux réformes/stratégies pertinentes du secteur dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS. Il s'agit à travers ce choix, de consolider et étendre les acquis essentiels des interventions précédentes et en cours mais aussi d'exploiter le potentiel existant pour contribuer au développement d'une véritable approche sectorielle. Pour ce faire, le futur programme bénino-belge dans le secteur santé apportera un appui systémique holistique et intégré à la pyramide sanitaire. Il interviendra de façon simultanée sur l'offre et la demande.

**Principe de base du programme :** un appui global au système de santé national pour évoluer vers une approche sectorielle santé Bénin. Dans ce cadre, l'appui de la coopération bilatérale à la mise en oeuvre du PNDS sera réalisé en accompagnant :

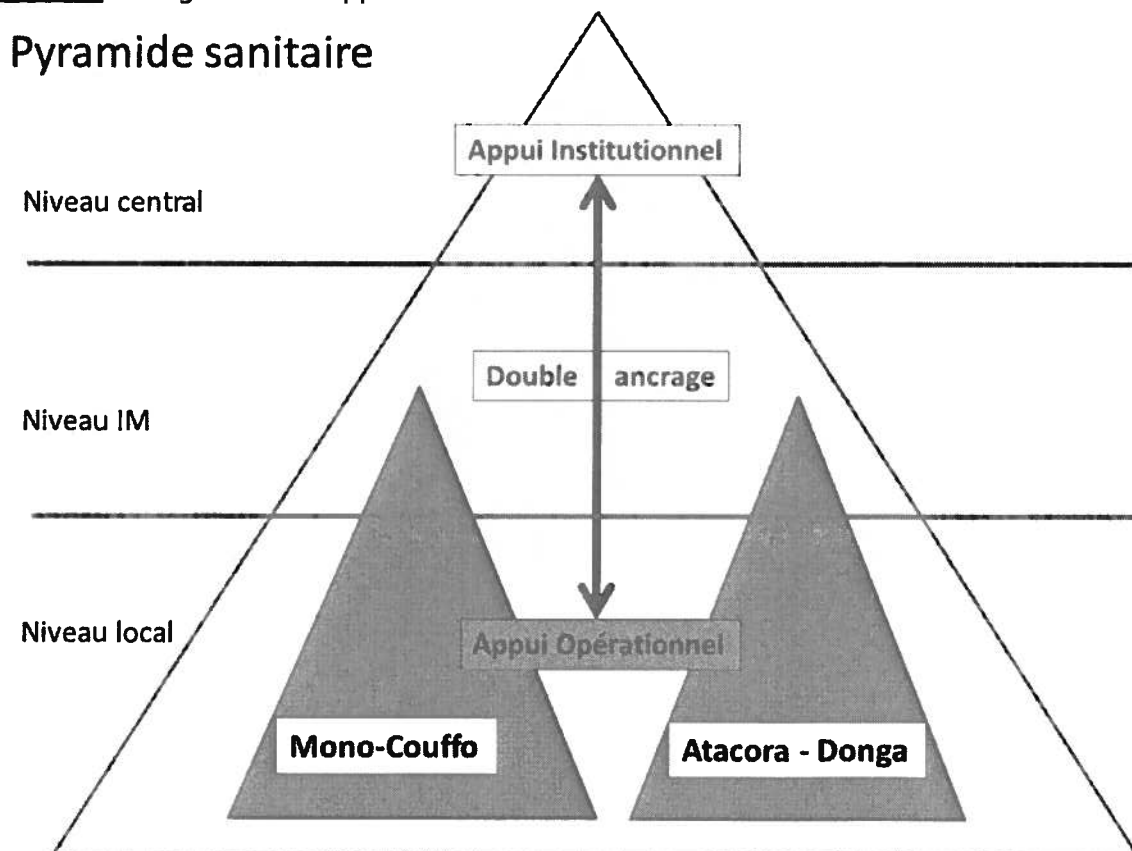
- le développement d'une politique sanitaire rationnelle via un appui institutionnel aux différents niveaux de la pyramide sanitaire d'une part et
- d'autre part l'opérationnalisation de cette politique à travers le renforcement de la base de la pyramide sanitaire et le développement des services à base communautaire.

L'intervention à ces deux (2) niveaux s'inscrit dans le cadre institutionnel, programmatique et de mise en œuvre du PNDS 2009-2018. Ce soutien au PNDS vise non seulement à consolider et à compléter les acquis des interventions antérieures et/ou en cours de la coopération bénino-belge, mais aussi à développer un dialogue structuré dans la perspective d'une véritable approche sectorielle santé.

Depuis le PIC 2008-2012, la coopération belge appuie le secteur de la santé du Bénin à travers deux interventions : l'une contribuant au développement des politiques sanitaires rationnelles au niveau central (AIMS) et l'autre accompagnant l'opérationnalisation de ces politiques dans les Départements de l'Atacora-Donga et de Mono Couffo (PARZS), deux des six anciens Départements que compte le Bénin. Le présent programme constitue ainsi une suite logique à ces interventions. Il vise à contribuer:

- d'une part au renforcement de la gouvernance sanitaire via un appui aux domaines prioritaires du PNDS 2009-2018 dont les angles d'entrée (leviers) seront déterminés par la formulation. Il s'inscrit ainsi intégralement dans la politique sanitaire et les plans nationaux qui la déclinent ;
- d'autre part au développement des zones sanitaires ciblées en véritables Systèmes Locaux de Santé (SYLOS) avec 2 logiques complémentaires, celle de l'offre et celle de la demande de soins. Cela de manière à renforcer de façon durable l'accès équitable de la population à des soins de santé de qualité.

**Figure 1** : Programme d'Appui au Secteur de la Santé – PASS



*PM*

## **I.2 Stratégie globale d'intervention**

L'objectif global du programme bénino-belge en appui au secteur santé est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population béninoise à travers le renforcement de la pyramide sanitaire dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS. De façon spécifique, il cherchera à renforcer les capacités de planification, de coordination et de suivi/évaluation du Ministère de la Santé, le rôle du niveau intermédiaire départemental (Directions Départementales de Santé - DDS et Centres Hospitaliers Départemental - CHD de la zone d'intervention) et la base de la pyramide sanitaire (ZS) à travers un appui systémique global du secteur.

Le programme global s'inscrit dans un dialogue critique et continu avec le MS comme porte d'entrée l'appui aux fonctions régaliennes du secteur. Ce dialogue constructif portera sur les enjeux et les faiblesses du système afin de faciliter des décisions stratégiques sur la politique sectorielle.

De par sa flexibilité et son alignement, le programme bénino-belge en appui au secteur «Santé» sera, par principe, en mesure de se réorienter selon les évolutions récentes et continues du système de santé national afin de répondre de façon dynamique aux besoins changeants. Ceci pour dire que le PASS prendra en compte le cadre institutionnel changeant (processus décentralisation, réforme finances publiques etc..) et les (nouveaux) rôles et mandats qui en découlent.

La Coopération bénino-belge n'est pas la seule coopération qui appuie le secteur de la santé. Elle doit clairement s'inscrire dans un ensemble d'interventions coordonnées entre partenaires au développement, guidées par le MS et sa politique.

Etant donné que le programme s'inscrit intégralement dans la politique et les stratégies nationales, il suivra les indicateurs nationaux retenus afin de mesurer le progrès global au sein du système de santé national. Les résultats nationaux seront comparés avec ceux obtenus au niveau des départements appuyés.

Les indicateurs nationaux seront complétés par des indicateurs de processus à proposer dans le cadre logique afin de permettre de suivre spécifiquement les activités réalisées et surtout les résultats atteints.

Les acteurs du PASS aux différents niveaux de la pyramide sanitaire travailleront de façon concertée sur la planification, la budgétisation de leurs activités, le suivi et l'évaluation ainsi que sur les normes ou stratégies de mise en œuvre des initiatives. L'unité de gestion du programme, en appui à l'ATI en charge des décisions stratégiques permettra de libérer l'expertise technique des tâches administratives et de gestion, lui donnant de ce fait plus de temps pour les activités techniques en appui au développement du système de santé. L'AT aura comme rôle de faciliter une dynamique plutôt que d'exécuter des activités préprogrammées selon un cahier de charge établi. Travailler sur des interactions implique une flexibilité afin de saisir les opportunités qui se présentent

## II. CONTEXTE SECTORIEL (Situation actuelle)

La brève analyse du secteur ci-dessous est valable pour l'ensemble du programme sectoriel santé bénino-belge. Elle est tirée de l'évaluation la plus récente du système de santé du Bénin (juin 2012) réalisée par l'Institut Régional de Santé Publique de Ouidah (IRSP), avec l'appui du Projet Health Systems 20/20 (HS 20/20), évaluation dont le rapport a été officiellement validé par le cabinet du Ministère de la Santé.

### II.1. Gouvernance du secteur

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) pour la période de 2009 à 2018 constitue le document stratégique de référence du secteur. Le Compact National, qui est aligné sur le PNDS, formalise la collaboration avec les Partenaires Techniques et Financiers (PTF). L'élaboration du PNDS s'est faite de manière participative, mais les processus annuels de planification ascendante ne sont pas effectifs. L'insuffisante vulgarisation des textes handicape leur application par les professionnels de santé.

Le système de santé du Bénin est organisé sous une forme pyramidale à trois niveaux, avec, au niveau opérationnel, des zones sanitaires dont la fonctionnalité est encore relative. Les communautés, la société civile et les collectivités locales sont impliquées dans la gestion des services de santé mais l'exercice des compétences transférées par ces dernières années reste encore faible suite à la non décentralisation des ressources.

Le secteur privé, le secteur libéral et le secteur à vocation humanitaire sont très actifs. Cependant, il se pose des problèmes liés à la réglementation de l'exercice de la profession dans le secteur privé et au respect des textes.

La protection du consommateur est légalement garantie au Bénin, la société civile est très active, les médias sont libres et les libertés syndicales sont respectées, mais le contrôle citoyen dans le secteur de la santé reste encore faible. Ce qui contribue au développement des pratiques de corruption et de mal gouvernance dans les structures de santé. Cependant, l'Etat s'efforce de mettre en place des mécanismes de contrôle pour la gestion au niveau des structures de santé parfois créées hâtivement pour répondre à des récriminations des populations.

La gouvernance du secteur connaît quelques contraintes liées notamment au faible respect/application des normes, standards et procédures en vigueur d'une part et l'absence presque généralisée de l'obligation de redevabilité et de la gestion axée sur les résultats. La déconcentration/décentralisation au sein du système demeure encore très largement réduite, circonscrite à une certaine déconcentration avec une autonomie de gestion limitée des ressources humaines et un transfert des crédits.

## **II.2. Financement du secteur de la santé**

Les dépenses faites par le secteur privé (ménages et entreprises) constituent la principale source de financement du secteur de la santé avec 52% en 2003 et 44% en 2008. La part de l'Etat est passée de 31% en 2003 à 28% en 2008, alors que les PTF ont augmenté leur contribution aux dépenses en santé.

La part du budget de Ministère de la Santé dans le budget général de l'Etat a baissé de 9,3 à 6% entre 2002 et 2010, alors qu'il était prévu qu'elle augmente jusqu'à 10 % du budget de l'Etat. Le respect des engagements d'Abuja, qui préconisent de porter la part du budget de la santé à 15% du budget national, devient donc très problématique. Les taux d'exécution budgétaires sont encore faibles à cause de la non-disponibilité à temps des ressources et de la lourdeur des procédures de décaissement. Les dépenses d'investissement sont souvent restées inférieures aux dépenses de fonctionnement. Les PTF et les ONG étrangères apportent une contribution annuelle qui varie entre 14,5 milliards et 20 milliards FCFA entre 2003 et 2008 (soit de 17% à 19% des dépenses totales de santé) ; ce qui pose la question de la trop forte dépendance du Ministère de la Santé vis-à-vis des partenaires.

L'élaboration du budget de l'Etat obéit au processus de la planification ascendante et intégrée, mais les déficiences notées dans cet exercice de planification handicapent l'élaboration du budget qui est toujours faite sur une base historique, et non sur la base de la performance. L'adoption en 2005 du Cadre de Réforme Budgétaire Axée sur les Résultats n'a pas produit d'effet, car la gestion budgétaire par programme n'a pas encore un cadre légal.

Le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) prévoit de répondre aux problèmes d'accessibilité financière, en se servant des mutuelles de santé comme plate-forme pour le secteur informel, d'une part, et en instituant un système de couverture pour les secteurs formels public et privé, d'autre part.

Les critères d'allocation budgétaire aux zones sanitaires ne sont pas clairs et les allocations par zones sanitaires révèlent de grandes différences et iniquités. En outre, le niveau central et le niveau intermédiaire absorbent l'essentiel des ressources financières alors que l'objectif du PNDS est d'arriver en 2013 à 30% pour le niveau central, 30% pour le niveau intermédiaire et 40 % pour le niveau périphérique. En 2018, le niveau périphérique devrait recevoir 60% du financement.

L'absence d'une politique/stratégie nationale du financement de la santé se fait sentir dans la duplication des fonctions administratives et la fragmentation excessive du financement.

## **II.3 Gestion du personnel**

Les effectifs des ressources humaines de santé (RHS) étaient estimés en 2010 à 18.078 personnes, dont 75% des personnes dans le secteur public et 25% dans le secteur privé. Ce personnel se concentre au sud du pays et dans les villes. Les mesures incitatives utilisées jusqu'à présent n'ont pas permis de motiver les personnels pour les maintenir de manière durable dans les zones défavorisées. Pour la plupart, les effectifs du personnel médical et du



personnel de soins paramédical sont très insuffisants, avec moins de la moitié du personnel requis.

Le système de recrutement dans la fonction publique est jugé globalement peu transparent. La gestion des ressources humaines de l'Etat reste encore centralisée, dépendant pour l'essentiel de la responsabilité exclusive du Ministère du Travail et de la Fonction Publique (MTFP). La Direction des Ressources Humaines (DRH) du Ministère de la Santé (MS) dispose d'une faible autonomie en matière de gestion des ressources humaines. Le système d'information sur les RHS est déficient et les critères d'évaluation des agents ne sont pas suffisamment objectifs, ou ne sont pas liés à la performance. Ils souffrent d'une transparence insuffisante et d'un caractère peu participatif.

Des efforts sont faits pour impliquer le MS dans l'élaboration des curricula de formation des sages-femmes, infirmiers et médecins, mais les programmes enseignés dans les instituts de formation initiale ne sont pas toujours en adéquation avec les politiques ou les normes et dispositions réglementaires des prestations de services de santé.

Le premier plan stratégique de développement des RHS (2009-2018) a été validé en décembre 2008, mais sa non-application explique les écarts considérables entre ses objectifs et l'état actuel de la situation des RHS.

#### II.4. Prestation des services

L'organisation des services est marquée par l'existence au niveau périphérique de zones sanitaires dont seules 79% sont fonctionnelles. La couverture en infrastructures sanitaires publiques est relativement bonne et l'accessibilité géographique s'en est trouvée améliorée, avec 66% des ménages qui ont accès à une formation sanitaire dans leur localité dans un rayon de 5 km. Mais les normes et standards en matière d'infrastructures et d'équipements ne sont pas respectés. La référence n'est ni structurée, ni standardisée et la contre-référence est peu fonctionnelle.

La qualité des soins offerts est globalement faible malgré les efforts fournis. Les expériences mises en œuvre dans certaines zones, avec l'appui des PTF, ne font malheureusement pas l'objet d'une appropriation par le niveau central pour un passage à l'échelle. Malgré la mise en place du Fonds sanitaire des indigents et la décision de rendre gratuites la césarienne et la prise en charge des cas de paludisme chez les enfants de moins de cinq ans, l'iniquité dans l'accès financier aux soins persiste. Les structures de santé privées à but lucratif s'installent dans une anarchie totale.

Des résultats encourageants ont été obtenus dans les domaines du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme mais, dans ces trois domaines, la dépendance par rapport aux financements extérieurs, notamment ceux du Fonds Mondial, est inquiétante. Le taux de mortalité maternelle qui était de 397 décès pour 100.000 naissances vivantes (NV) en 2006, a connu une diminution d'au moins 20% en 10 ans, mais il reste à un niveau trop élevé pour permettre l'atteinte de l'OMD 5. La mortalité infantile qui demeure élevée 67‰ en 2006 (EDS III) est très prononcée en zones rurales et dans les milieux les plus pauvres.

## **II.5. Produits pharmaceutiques et médicaux**

Une politique pharmaceutique nationale du Bénin existe depuis 1991, mais elle n'est pas très connue des acteurs. Le système d'enregistrement des produits pharmaceutiques est relativement bien défini, mais le Service de l'inspection et de la pharmacovigilance de la Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Equipements Médicaux (DPMED) peine à accomplir sa mission du fait de l'insuffisance des ressources.

La capacité de stockage du dépôt central et des dépôts régionaux de la Centrale d'Achats des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux (CAME) reste insuffisante, mais les conditions de stockage dans la plupart des formations sanitaires visitées sont acceptables. Les dépôts répartiteurs des zones sanitaires qui couvrent l'essentiel du pays, et qui sont approvisionnés par la CAME, souffrent de l'absence de textes précisant leur cahier des charges et la nature de leurs relations avec les autres acteurs institutionnels. La disponibilité des médicaments essentiels au niveau des formations sanitaires s'est améliorée grâce à la mise en service des dépôts régionaux de la CAME et des dépôts répartiteurs dans certaines zones sanitaires. Cependant les ruptures de stock de médicaments restent très fréquentes, du fait essentiellement de la faible qualification du personnel impliqué dans la gestion des médicaments au niveau périphérique qui se répercute sur la CAME qui n'arrive pas à planifier son approvisionnement.

La vente de produits pharmaceutiques est la principale source de financement pour les formations sanitaires publiques et cette dépendance vis-à-vis des produits pharmaceutiques conduit au non-respect des directives en matière de prix de cession des médicaments dans ces formations sanitaires.

Le sous-secteur privé intervient dans les domaines de l'importation, de la production et de la distribution, avec 205 officines de pharmacie dénombrées en 2010, dont la moitié est concentrée dans les villes de Cotonou, Porto-Novo et Parakou.

## **II.6. Système d'information sanitaire**

Le Système National d'Information et de Gestion Sanitaire (SNIGS) est organisé en un sous-système principal de routine et en d'autres sous-systèmes intégrés à des degrés divers. Le SNIGS est un système présent à tous les niveaux, mais sa base institutionnelle est faible. La faiblesse de la coordination handicape le système et limite l'intégration des données issues des autres sous systèmes d'information. L'intégration de ces données dans un système unique faciliterait le partage et l'utilisation optimale des informations.

Bien que le PNDS prévoit la création d'un cadre institutionnel du SNIGS et que le plan de renforcement 2011-2015 a été finalisé, le SNIGS ne dispose toujours pas dudit cadre institutionnel, parce qu'il n'existe pas de texte réglementant son fonctionnement. Ce qui crée un déficit de coordination des interventions. Cependant, certains sous-systèmes sont organisés par des textes réglementaires. Par ailleurs, aucun texte n'oblige les établissements de santé privés à fournir au SNIGS les rapports sur des prestations et des activités précises.

La qualité des données a depuis toujours été identifiée comme un des maillons faibles du SNIGS, mais les mesures correctives tardent à être apportées. Aussi, le SNIGS est handicapé

par une insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Cependant du matériel informatique est disponible dans la plupart des zones sanitaires et la base de données du SNIGS est installée dans les unités statistiques de la plupart des zones sanitaires ; ce qui n'est pas le cas dans beaucoup d'hôpitaux. Par ailleurs, les supervisions ont montré, à suffisance, que les données collectées sont insuffisamment exploitées par les utilisateurs dans la prise de décisions.

## Principaux défis du secteur

La synthèse de l'évaluation du système de santé du Bénin ci-dessus, fait ressortir quatre défis essentiels dont chacun touche à toutes les composantes ou à la quasi-totalité des composantes du système de santé :

- L'existence de limites au niveau du cadre institutionnel, ainsi qu'une faiblesse dans la mise en œuvre ou l'application de certains textes et lois en vigueur ;
- des déficiences dans la coordination et la planification ;
- l'insuffisance remarquable de la disponibilité des ressources en général, ainsi que leur utilisation inefficace ;
- des insuffisances dans la déconcentration/décentralisation de la gestion des ressources et des activités.

### **III. IDENTIFICATION DU PROGRAMME D'APPUI AU SECTEUR DE LA SANTE – 'PASS - SOUROU'**

#### **III.1 Titre, contexte, perspectives et description**

##### **III.1.1. Titre**

###### **« Appui au Secteur de la Santé – PASS »**

Partant d'une vision systémique, l'appui proposé travaillera selon une logique de double ancrage : i) au niveau central et ii) au niveau périphérique. L'intervention vise à renforcer les capacités des institutions du secteur, à savoir le niveau opérationnel de la pyramide sanitaire en charge de la dispensation des soins et les structures chargées de les appuyer. Ces dernières concernent le niveau central du Ministère de la Santé (MS) et les Directions Départementales de Santé (DDS) au niveau intermédiaire.

Le PASS constitue la suite du projet d'Appui Institutionnel au Ministère de la santé et du Programme de Renforcement des Zones sanitaires, deux projets du PIC 2008-2012 avec ancrage au Secrétariat Général du Ministère (SGM) et Directions Départementales de santé de l'Atacora Donga et Mono-Couffo.

##### **III.1.2. Description succincte du PASS**

###### **III.1.2.1 Projets en cours**

Actuellement deux projets sont en cours dans le secteur : l'Appui Institutionnel au Ministère de la Santé (l'AIMS) et l'Appui au Renforcement des Départements et Zones Sanitaires (PARZS). Ce binôme, en interrelation/interaction permanente, s'inscrit dans la logique d'apprentissage institutionnel et organisationnel

Il ne s'agit pas des interventions centrées prioritairement sur l'apport d'« inputs » et la réalisation des « produits » à travers la mise en œuvre des activités préprogrammées. Elles se focalisent plutôt sur le processus (« le comment mieux faire») et le changement des attitudes et comportements des acteurs impliqués comme leviers des progrès et améliorations visés par la coopération.

Ces deux interventions mettent tout en œuvre pour que le Ministère de la santé devienne « une organisation apprenante », c'est-à-dire une organisation qui base le développement de ses politiques, stratégies et normes sur la disponibilité et l'analyse de l'information à jour, de qualité et bien organisée (accessible) et sur la valorisation des réflexions critiques et des bonnes pratiques venant du terrain, du niveau central du MS et des acteurs externes. La stratégie spécifique pour le développement d'une organisation apprenante est constituée par des échanges, alimentés particulièrement par les évidences résultant du travail de terrain, en particulier de la recherche-action intégrée sur le développement de la zone sanitaire.

AIMS clôture en novembre 2013 et PARZS arrive à terme en octobre 2014, soit un an après AIMS.

S'inscrivant dans la logique des interventions en cours (AIMS et PARZS), le PASS a pour objet de consolider les acquis mais aussi d'étendre l'appui vers d'autres services stratégiques du secteur.

### III.1.2.2 Description de l'intervention

#### ***L'intégration dans le PNDS***

L'intervention s'inscrit complètement dans le PNDS et se concentrera en particulier sur ses programmes stratégiques et sous-programmes, **les points d'entrée (les leviers) étant à déterminer par la formulation:**

- La réduction de la MMI, prévention, lutte contre la maladie et amélioration de la qualité des soins
  - Promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base
  - Amélioration de la santé de la reproduction
  - La lutte contre la maladie
  - Développement hospitalier
- Le renforcement de la gestion du secteur :
  - Le renforcement des capacités de Coordination, de Planification et d'Evaluation ;
  - Le renforcement de la base de la pyramide sanitaire.
- Le renforcement du partenariat dans le secteur et promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale :
  - Le partenariat entre le Ministère de la Santé et les autres Ministères ;
  - Le partenariat entre le Ministère de la Santé et les collectivités locales ;
  - Le partenariat entre le secteur privé/associatif et le secteur public ;
  - La promotion et développement de l'assurance qualité ;
  - Le partenariat entre le Ministère de la santé et les PTF
- La valorisation des ressources humaines, des aspects spécifiques concernant :
  - L'amélioration de la production et du développement des compétences ;
  - L'amélioration du système de management des ressources humaines.
  
- Des mécanismes de financement du secteur

De façon générale, les activités à développer contribueront au développement d'une politique sanitaire plus rationnelle et d'une approche sectorielle. Cette approche est également cohérente avec la stratégie d'appui de la Coopération belge en santé.

Le PNDS fera l'objet d'un suivi continu et des évaluations ponctuelles sur la base du plan de suivi évaluation revue élaboré à cet effet avec l'appui de la CTB via le PASS.

#### ***Principes du PASS***

Une politique sanitaire rationnelle se développe en se basant sur les besoins et les inputs du terrain. Le renforcement de l'accompagnement, de l'administration et de la régulation du MS nécessite un renforcement et une redynamisation de l'ensemble des trois niveaux du MS (central, intermédiaire et opérationnel). L'appui institutionnel s'intègre naturellement au processus de déconcentration des structures du MS. Le PASS est appelé à s'harmoniser avec la réalité de la décentralisation territoriale en

*PM*

cours au Bénin. En ce domaine, il veillera à travailler en intelligence avec le FAREC. L'interaction entre le niveau central et le niveau opérationnel doit ainsi être développée. Pour cette raison, l'appui institutionnel accompagnera également les DDS en charge de la mise en œuvre au niveau départemental de la politique sanitaire définie par le Gouvernement. Ceci afin de leur permettre d'accomplir leur mission de soutien aux fonctions de planification, d'intégration et de coordination de toutes les actions de santé au niveau du département. Le PASS s'investira aussi dans le développement des zones sanitaires vers des véritables systèmes locaux de santé.

Ainsi, un soutien général sera apporté à l'ensemble des DDS du pays et plus particulièrement à 2 d'entre elles, celles du Mono-Couffo et de l'Atacora-Donga en vue de poursuivre et consolider les acquis du PIC 2008-12.

Des stratégies opérationnelles seront testées dans les DDS de Mono-Couffo et de l'Atacora-Donga pour renforcer le fonctionnement interne de la direction départementale de santé, son rôle envers les ZS et plus général dans le système de santé. L'objectif est que, à terme, ces stratégies puissent bénéficier aux autres DDS du pays de manière à renforcer la gouvernance entière du système de santé en travaillant sur le rôle spécifique du niveau intermédiaire.

Cet appui institutionnel est conçu en fonction de quatre principes :

- le renforcement des interactions internes et externes au secteur de la santé suivant une approche systémique ;
- l'appui orienté vers le développement de la base sanitaire : les zones sanitaires avec la notion de qualité centrée sur le patient ;
- la promotion des savoirs, des compétences et attitudes pour faire face au changement (compétences "transformationnelles") ;
- la promotion de la mémoire institutionnelle à travers la mobilisation d'une expertise mixte, c'est à dire d'experts nationaux, régionaux et internationaux qui vont appuyer diverses expertises dans des groupes thématiques mis en place au niveau central et intermédiaire. Cette expertise mixte et les groupes thématiques sont sous l'autorité du SGM et de la Conférence des Directeurs.

### ***Stratégie commune et complémentarité des PTF***

Dans l'esprit de la Déclaration de Paris, la complémentarité des interventions des différents partenaires au développement du secteur sera stimulée en vue de préparer une approche sectorielle pour le secteur santé au Bénin.

#### II.1.2.3 PASS et la logique de développement

L'appui proposé concerne le renforcement des capacités à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

### **Principaux axes du programmer d'appui sectoriel santé:**

Comme signalé plus haut, la formulation identifiera des points d'entrée (les leviers) au niveau de chacun des axes du PNDS qui feront l'objet de l'appui du PASS.

A titre indicatif :

**Axes 1 : Réduction de la mortalité maternelle et infantile, Prévention et la lutte contre la maladie ainsi que l'amélioration de la qualité des soins**

Il s'agit essentiellement de :

- renforcement de l'offre de soins de santé de qualité dans les ZS sélectionnées (en ce compris la sécurité nutritionnelle en tant que l'une des principales composantes du Paquet d'Interventions à Haut Impact – PIHI) ;
- renforcement de la coopération multi bailleurs autour du thème de la gestion des médicaments et du contrôle de la qualité des produits pharmaceutiques entrant au Bénin (avec l'appui de QUAMED) ;
- la sécurité transfusionnelle à travers un appui à l'ANTS et aux CDTS ;
- développement de l'offre chirurgicale et du système d'orientation-recours à travers un appui aux CHD
- la planification familiale

**Axe 2 : Valorisation des ressources humaines**

Il s'agit ici de d'appuyer la gestion des ressources humaines (gestion prévisionnelle des emplois et compétences, orientations pertinentes et propositions pour une gestion rationnelle). Cela passera par :

- l'appui à l'actualisation du plan stratégique de développement des ressources humaines en santé (PSDRHS) du Bénin ;
- le soutien à l'opérationnalisation de ce plan, avec un accent particulier sur la planification des RH (en temps réel), la production et le développement des compétences ainsi que le management en général (plans de carrières). La planification et le management viseront toutes les catégories socioprofessionnelles du secteur de la santé tandis que la production et le développement des RH aura pour cible le personnel paramédical (formation de base de qualité pour tous les profils professionnels paramédicaux différents avec la création de spécialités pour certains d'entre eux et harmonisation des formations continues).
- l'appui au système d'information de la gestion des ressources humaines

**Axe 3 : Renforcement du partenariat dans le secteur et promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale**

La Belgique est signataire depuis 2010 du Compact et doit à ce titre contribuer au développement de l'approche sectorielle en santé en apportant son appui à la mise en œuvre des principales réformes du secteur (le RSS via la stratégie FBR, le RAMU, les GTT, la planification ascendante etc.). Il sera question ici de renforcer les partenariats entre le secteur privé/ associatif (ONGs, le secteur privé confessionnel, associations, mutuelles, privé lucratif, médecine traditionnelle) et le secteur public, les collectivités locales, les PTF et autres Ministères concernés par la santé.

De façon concrète, il s'agira de :

- renforcer les principes, méthodes et outils de la gestion du changement et de l'organisation apprenante ;
- promouvoir la vision systémique et le double ancrage auprès des acteurs et partenaires.

*PM*

- renforcer les plates-formes de concertation au niveau intermédiaire et central, y compris avec les PTF et le privé ;
- renforcer les liens de collaboration entre tous les acteurs concernés par la santé dans les ZS et DDS sélectionnées
- impliquer l'IRSP ainsi que les autres expertises dans la recherche action et les mécanismes de suivi évaluation.

**Axe 4 : Mécanismes de financement du secteur (financement/assistance médicale aux populations pauvres)**

Il s'agira essentiellement ici de renforcer l'accessibilité et la qualité des soins telles que perçues par la population ("la demande") via un appui à l'opérationnalisation de la stratégie de mise en œuvre du régime d'Assurance Maladie Universelle.

Au nombre de principales actions auxquelles la contribution du PASS est requis, on retiendra :

- la réalisation de l'état des lieux exhaustif des mutuelles de santé sur l'ensemble du territoire
- l'élaboration d'un document de stratégie nationale du financement de la santé (y compris le RAMU)
- la réactualisation du plan stratégique de développement des mutuelles de santé en tenant compte de l'état des lieux, du contexte du RAMU et du nouveau cadre réglementaire de l'UEMOA
- l'élaboration d'un plan d'appui à la mise en œuvre de la stratégie de développement des mutuelles de santé en tant que gestionnaires délégués du RAMU pour le secteur informel ;
- contribution à la réalisation et l'utilisation des conclusions d'un certain nombre d'études relatives au financement de la santé (état des lieux des coûts des soins de santé au Bénin et propositions d'alternatives des mécanismes de paiement des soins, définition de nouveaux critères d'éligibilité au FSI et d'une nouvelle procédure d'identification des indigents, analyse du financement de la santé et élaboration de la stratégie nationale de financement de la santé-SNFS etc.)



### **Axe 5 : Renforcement de la gestion du secteur**

Le renforcement de la gestion du secteur se résumera au renforcement des capacités de Planification, de Coordination et de Suivi Evaluation. Parmi les principales actions indicatives de cet axe on retiendra :

- l'accompagnement en gestion du changement (change management) pour les cadres du niveau central et intermédiaire ;
- la poursuite des réformes recommandées par les 2 audits organisationnels du niveau central et déconcentré de la pyramide sanitaire ;
- l'appui continu au processus de planification ascendante à partir du niveau central et du niveau déconcentré de la pyramide sanitaire (réaliser un seul PTA intégré du MS) ;
- le soutien à la dynamisation de la capacité de coordination du MS par la mise à disposition d'une expertise mixte rattachée au SGM à destination de l'ensemble de l'axe institutionnel du MS (central, intermédiaire ou opérationnel).
- la contribution au développement des capacités d'analyse, de suivi et d'évaluation du MS par l'opérationnalisation de groupes techniques de travail avec la participation aux plateformes de concertation du MS
- le renforcement des capacités administratives et de gestion
- la maintenance des équipements et d'hygiène hospitalière
- accompagnement à la mise en œuvre de la réforme hospitalière
- accompagnement au renforcement du sous-système hospitalier d'information (système d'informations hospitalier)
- l'appui technique du CHD
- renforcement de la base de la pyramide sanitaire à travers le développement des ZS
- développement des services à base communautaire

Complémentairement à ce qui précède, le PASS s'intéressera également :

- au rôle du MS dans la coordination des bailleurs (alignement critique autour d'une stratégie élaborée au niveau central et qui constituerait son référentiel pour la réforme du système de santé). **La mise en œuvre du Compact devra évoluer vers une réelle approche sectorielle santé.**
- à la mise en œuvre de la politique sanitaire avec une attention particulière à l'intégration des programmes verticaux dans les services opérationnels de routine en périphérie (une redéfinition de la place et rôles des programmes verticaux aux niveaux national et intermédiaire).
- au renforcement de la capacité du Ministère dans son rôle normatif.
- au processus de déconcentration : déconcentrer les moyens financiers et humains, le pouvoir de décision au niveau des EEZS pour une autonomie relative renforcée (concept fondamental de zone de santé), articuler le processus de déconcentration/décentralisation avec le processus de décentralisation politique et administrative.
- aux liens opérationnels et complémentaires du MS avec les services privés à but social et contractualiser leur performance.
- au renforcement du rôle du niveau intermédiaire pour que ce dernier soit effectivement en appui aux zones de santé.

### **Intégration de l'approche genre**

L'intégration de la dimension genre dans le système de gouvernance de la santé est avant tout un principe qui traduit un souci d'égalité de droit et d'équité sociale. S'il est vrai que, comme toute bonne gouvernance, elle doit être démocratique, inclusive, transparente et efficace, la gouvernance sanitaire ne saurait ignorer le problème de la diversité et de l'équité des sexes dans le fonctionnement du système et dans l'offre des services sanitaires.

Un tel modèle de gouvernance est donc basé sur l'acceptation des principes de participation et de contrôle des activités comme des processus par les acteurs (hommes et femmes) à l'intérieur et à l'extérieur du système

Le genre renvoie tout simplement à une égalité de droits, des chances, des opportunités dans tous les domaines, en vue d'un développement économique et social durable

Avec l'appui du Ministère de la famille, il sera procédé à une analyse SWOT de la situation du Genre au niveau du secteur, analyse à la suite de laquelle il sera développé et mise en place une stratégie au sein du MS.

### **Protection de l'environnement**

En ce qui concerne l'environnement, il sera question de se centrer sur ce qui constitue à ce niveau l'impact environnemental majeur de l'intervention, à savoir la gestion des déchets biomédicaux, qui constitue également un problème de santé publique. Au niveau plus stratégique, le PASS accompagnera l'élaboration et la diffusion des normes environnementales relatives aux infrastructures sanitaires au Bénin.

Les constructions et réhabilitations prendront en compte la dimension environnementale à travers l'utilisation des énergies renouvelables là où c'est possible. Egalement, une réflexion environnementale sera intégrée à la démarche sur la maintenance préventive et curative des équipements, (rationalisation des consommations d'eau, d'énergie, de carburants, choix des équipements, tri des déchets...).

### **III.2. Ministère de tutelle**

Le Ministère de la Santé est l'entité responsable de la préparation et de la mise en œuvre de l'ensemble du futur programme santé bénino-belge – PASS.

Au sein du Ministère de la Santé, le PASS sera rattaché au Secrétariat Général et travaillera avec les Directions nationales (à apprécier par la formulation).

Au niveau intermédiaire de la pyramide sanitaire, le programme sera rattaché à la Direction Départementale de Santé au vu de la responsabilité qui lui incombe dans le développement des zones de santé, cœur de la politique sectorielle.

Au niveau de la base de la pyramide sanitaire, le PASS appuiera les équipes d'encadrement des zones sanitaires.

### **III.3. Objectif général – Objectif spécifique**

#### **III.3.1 Objectif Général :**

Contribuer à l'amélioration de la performance du système de santé du Bénin

#### **III.3.2 Objectif spécifique**

Augmenter l'accessibilité des populations à des soins de santé de qualité, grâce à un appui aux fonctions régaliennes du MS en vue d'une efficacité accrue des structures périphériques (en particulier celle des zones sanitaires sélectionnées dans l'Atacora Donga et le Mono-couffo).

### **III.4 Impacts indicatifs du PASS**

- L'essentiel des réformes recommandées à travers les audits organisationnels du MS et de ses services déconcentrés sont réalisées ;
- Les différentes politiques, stratégies et textes réglementaires au niveau du secteur sont rédigés, disséminés et utilisés (correctement) partout où cela est requis
- Le processus de planification ascendante intégrée est effectif au sein du secteur de la santé ;
- La gestion des ressources du secteur gagne en efficacité ;
- Les informations utiles pour le secteur et les productions intellectuelles sont sauvegardées (mémoire institutionnelle), sécurisées, accessibles et gérées de façon fluide ;
- La coordination et la synergie des interventions au niveau du secteur sont assurées de manière satisfaisante ;
- Le Compact est opérationnel, l'évolution vers le SWAp est effective et les cycles d'apprentissage institutionnels promus selon le principe de double ancrage ;
- Les zones sanitaires ont un niveau d'évolution vers des véritables Sylos ;
- Le RAMU est opérationnel et répond de façon satisfaisante à la demande des soins ;
- L'offre chirurgicale et le système d'orientation-recours sont renforcés ;
- Les services de maintenance hospitalière sont en place et fonctionnels

### **III.5. Localisation - Groupes cibles - Bénéficiaires**

#### **III.5.1 Localisation**

Le PASS couvrira les trois échelons de la pyramide sanitaire. En plus de son ancrage au Secrétariat Général du MS, le PASS travaillera avec un certain nombre de structures centrales (Directions centrales et Techniques, programmes et agences nationales)

Au niveau intermédiaire, le PASS sera localisé à la DDS et au niveau des CHD. Au niveau opérationnel, c'est l'EEZS et les organisations de la société civile qui bénéficieront de l'appui du PASS.

PM

### III.5.2 Groupe cible

Le groupe cible direct de PASS est représenté par les différents niveaux de la pyramide sanitaire : le Ministère de la Santé au niveau central, les Directions départementales de la santé et les Centres Hospitaliers départementaux au niveau intermédiaire de l'Atacora Donga et Mono-Couffo, les EEZS et organisations de la société civile sélectionnées. Indirectement, par l'amélioration du fonctionnement de la pyramide sanitaire, l'appui institutionnel à travers le PASS induira des bénéfices pour tout le territoire national et l'ensemble de la population béninoise.

### III.5.3 Bénéficiaires

Les différents groupes d'acteurs au niveau des services ciblés sont des bénéficiaires directs. Les populations du Bénin et particulièrement celles des départements d'interventions de la coopération belge constituent la cible finale de l'intervention PASS.

## II.6. Relation de la prestation avec les OMD et la CUS

Les stratégies sectorielles énoncées 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 observé 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 justifie le ciblage des groupes à hauts risques tels que les femmes enceintes et les urgences obstétricales, dans la perspective d'améliorer l'accès aux populations des plus vulnérables, incluant les indigents.

Le nouveau programme santé offre assez de chantiers qui permettent de faire une contribution effective au renforcement des services de santé sexuelle et reproductive, y compris le VIH et le sida, comme par exemple, la sécurité transfusionnelle, les services chirurgicale (soins obstétricaux d'urgence), l'intégration des programmes verticaux (VIH, santé de la reproduction, vaccination, etc.), le partenariat avec le secteur privé, la maintenance des équipements (y compris les précautions universelles), la décentralisation (des services de santé maternelle), etc. Ces chantiers correspondent avec les lignes d'action prévues par le PNDS 2009-2018 en matière de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale, la lutte contre la mortalité infantile et juvénile et la lutte contre la maladie. Il est recommandable de grouper les mesures prises dans le domaine de la SSR et le VIH dans un cluster qui permet de faire un meilleur suivi de leur impact.

Le Bénin s'est engagé dans la mise en œuvre de la stratégie de renforcement du système de santé dont un des axes concerne la réforme du financement dans l'optique de la couverture universelle. Le PASS s'inscrit dans la logique du projet de loi portant institution d'un régime d'assurance maladie universelle en République du Bénin, un régime qui vise l'accès de tous à des soins de santé de qualité. Dans cette perspective, il consolidera et étendra son appui actuel au RAMU à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (en complémentarité et synergie avec ceux d'autres coopérations).

### III.7. Relation de la prestation avec le cadre de la SCRP

Le gouvernement dispose d'un Document de Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté pour la période 2011-2015. Par rapport à la santé, le PNDS reprend les grands axes du DSCRCP et les traduit en action à travers des plans opérationnels sectoriels.

#### **Politique de développement du pays bénéficiaire**

Le lien entre l'intervention et les orientations stratégiques du **Document Stratégique de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté** (DSCRCP, 2010-2015) est évident. Rappelons que le DSCRCP 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 présent appui se situe au niveau du domaine prioritaire 3 du DSCRCP : renforcement du capital humain et de l'axe : « **l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des services de santé** », et principalement du programme 3.14. qui concerne le renforcement du partenariat entre les acteurs et notamment la déconcentration de la gestion du secteur.

### III.8. Synergies avec les autres bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux – Agenda d'harmonisation et d'alignement

#### **Eléments du contexte**

L'IHP+ (International Health Partnership) a pour objectif principal d'améliorer la cohérence des politiques et des stratégies sanitaires dans les pays, d'accélérer la mise en œuvre des interventions et d'augmenter l'efficacité de l'aide pour améliorer les résultats relatifs à la couverture universelle en soins de santé et aux OMD.

Dans le cadre de l'IHP+, le gouvernement béninois (à travers le Ministère de la Santé (MS) et le Ministère de l'Economie et des Finances (MEF)) a signé le 12 novembre 2010 un Compact national (« *Accroître les efforts et les ressources dans le secteur de la santé en vue d'accélérer l'atteinte des OMD* ») avec cinq partenaires techniques et financiers (PTF) : l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, la Banque Mondiale et la Belgique. Le Compact est accompagné d'un *Protocole d'accord relatif à la mise en œuvre du PTD 2010-2012*. L'objectif fondamental du Compact est de constituer un cadre unique de programmation, de suivi-évaluation et de dialogue politique pour le développement du secteur de la santé. A cet effet, il scelle l'engagement des parties signataires à s'aligner sur le PNDS et plus précisément, sur le PTD 2010-2012. Les principes généraux du Compact se fondent sur : (i) la redevabilité et la responsabilité mutuelles des signataires ; (ii) l'harmonisation progressive des procédures de gestion ; (iii) la prévisibilité à moyen terme du financement du secteur ; et (iv) les mécanismes de coordination et de suivi.

Depuis la signature du Compact, plusieurs avancées notoires en matière de mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide ont été enregistrées au Bénin.

#### **Coordination des bailleurs de fonds**

Les partenaires au développement dans le secteur de la santé au Bénin forment un **groupe de coordination** (dont l'OMS est le chef de file depuis septembre 2012) qui sert de plateforme commune pour mener la concertation avec les autorités nationales. Ce groupe réunit tous les partenaires du secteur santé. Le Ministère de la Santé (MS) participe occasionnellement (sur invitation) aux réunions du groupe de coordination.

Dans ce contexte, la présente intervention de la coopération belge, en traduisant en action et de façon structurée les principes fondamentaux énoncés dans la Déclaration de Paris, propose des actions ciblées de renforcement de la coordination, le partage des informations et des actions conjointes entre les partenaires techniques et financiers (PTF) eux-mêmes.

Parmi ces partenaires au développement, ceux qui apportent principalement un appui au système de santé sont : l'**UNICEF**, la **BM**, la **Coopération Suisse**, l'**USAID**, l'**UNFPA** et la **Belgique**. A ceux-là faut-il ajouter d'autres partenaires de la plateforme RSS qui sont, le Fonds Mondial et l'Alliance GAVI

La synergie la plus importante du présent programme aura lieu essentiellement entre ces partenaires stratégiques.

La synergie entre PTF se ne situe pas uniquement au niveau central mais aussi au niveau opérationnel. Entre autres à travers le système des groupes techniques de travail au sein du MS, les expériences entre les différents appuis au niveau du DDS et/ou ZS seront échangées et mises en valeur en vue de rationaliser la politique sanitaire.

### ***Autres acteurs belges***

Au Bénin, le programme de l'**APEFE** est axé sur le secteur de la Santé : formation des paramédicaux. Des synergies sont souhaitables avec cette institution pour le développement des ressources humaines en général et le renforcement des compétences des paramédicaux en particulier.

Sur le terrain, des synergies se sont développées avec d'autres acteurs indirects belges, principalement pour le développement des mutuelles de santé : **Louvain Développement**, **Solidarité Mondiale**.

### **III.9. Budget et durée de la prestation**

La contribution belge à l'appui au secteur de la santé est de 20 millions d'EUR et sa ventilation sera déterminée lors de la formulation.

La durée de mise en œuvre du programme est estimée à cinq années, la convention spécifique aura quant à elle une durée de six ans (72 mois).

### **III.10. Mesures pour assurer la durabilité**

Le PASS vise des changements institutionnels allant vers le renforcement des capacités d'institutions aussi bien au niveau central et intermédiaire qu'en périphérie.

La pérennité se trouve dans les institutions dont l'existence perdure à travers les soubresauts conjoncturels : les structures du Ministère de la Santé qui prennent des décisions plus rationnelles, une politique sanitaire qui se rationalise, des équipes d'encadrement de zones de santé qui acquièrent progressivement un réel pouvoir de décision et qui prennent des décisions allant vers une meilleure fonctionnalité de la zone, des partenaires qui s'alignent de façon critique sur une politique nationale visant le renforcement du système à long terme, des associations diverses qui voient le jour ou se renforcent... etc. A cet égard, les groupes existants de concertation (Gouvernement et partenaires), et des groupes à renforcer, comme les différents cadres de concertation regroupant des représentants du PTF et des partenaires béninois, l'organe paritaire public/privé et d'autres structures existantes donnent des garanties de pérennité.

Au niveau des bénéficiaires, des collectivités locales qui s'engagent dans le secteur, un réseautage communautaire fonctionnel assurant une représentativité de la population cible du programme et qui les aide à s'organiser en mutuelles viables.

*Handwritten mark*

*PK*

