

REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTÈRE DE LA PROSPECTIVE, DU DÉVELOPPEMENT, DE L'ÉVALUATION
DES POLITIQUES PUBLIQUES ET DE LA COORDINATION DE L'ACTION
GOUVERNEMENTALE

EVALUATION
DE LA POLITIQUE DE
DEVELOPPEMENT DU SECTEUR
DE LA SANTE AU BENIN
(2002-2006)

RAPPORT FINAL

BeCG

BENIN CONSULTING GROUP

03.BP 2739 Jéricho Cotonou

Tel: 21.30.24.50

Fax: 21.30.24.50

E. Mail: becg@intnet.bi

Février 2010

SOMMAIRE

Sigles et abréviations.....	3
Liste des tableaux.....	5
Liste des figures.....	6
RESUME.....	7
<i>INTRODUCTION</i>	9
I : ETAT DES LIEUX.....	11
II : DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	13
2.1. La phase de préparation et cadrage de l'étude.....	13
2.2. Briefing des experts avec le Responsable Bureau d'Evaluation des Politiques Publique.....	14
2.3. La recherche documentaire.....	15
2.4. La phase de collecte des données.....	15
2.5. La phase de traitement et d'analyse de données recueillies	16
2.6. Finalisation du rapport	17
III : DESCRIPTION DE LA PDSS.....	18
3.1. Définition.....	18
3.2. Structuration.....	18
3.3. Stratégie de mise en œuvre	22
IV : ANALYSE DE LA POLITIQUE	44
4.1. Pertinence et cohérence de la mise en œuvre de la PDSS.....	44
4.2. Efficacité.....	45
4.3. Efficience.....	51
4.4. Impact.....	54
V : RECOMMANDATIONS.....	60
5.1. Sur le plan organisationnel.....	60
5.2. Sur le plan de la conception des projets/programmes.....	61
5.3. Sur le plan institutionnel.....	61
5.4. Sur le plan du financement du secteur.....	61
ANNEXES	62

SIGLES ET ABREVIATIONS

ADMAB :	Association pour le Développement de la Mutualité Agricole au Bénin
AQ :	Assurance Qualité
ARV :	Anti Rétroviraux
CAME :	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux
CDMT :	Cadre des Dépenses à Moyen Terme
CIDR :	Centre International pour le Développement et la Recherche
CIPEC :	Centre d'Information, de Prospective et de Conseil
COGES :	Comité de Gestion de Centre de Santé
CPN :	Consultations Prénatales
CREC :	Centre de Recherche Entomologique de Cotonou
CSA :	Centre de Santé d'Arrondissement
CSC :	Centre de Santé de Commune
CTJ :	Conseiller Technique Juridique
DDSP :	Direction Départementale de la Santé Publique
DIEM :	Direction des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance
DIVI :	Direction de l'Inspection et de la Vérification Interne
DNPS :	Direction Nationale de la Protection Sanitaire
DPP :	Direction de la Programmation et de la Prospective
DSF :	Direction de la Santé Familiale
DSIO :	Direction des Soins Infirmiers
DSRP :	Document de Stratégies de Réduction de la Pauvreté
EDSB-2 :	Enquête Démographique et de Santé
FSS :	Faculté des Sciences de la Santé
GTT :	Guéri avec Traitement Terminé
HZ :	Hôpital de Zone
IBC :	Information à Base Communautaire

IDE :	Infirmier Diplômé d'Etat
IRSP :	Institut Régional de Santé Publique
MFE :	Ministère des Finances et de l'Economie
MI :	Moustiquaires Imprégnées
MSP :	Ministère de la Santé Publique
MTI :	Matériaux Traités aux Insecticides
OEV :	Orphelins et Enfants Vulnérables
OMD :	Objectifs du Millénaire pour le Développement
PADZS :	Projet d'Appui au Développement des Zones Sanitaires
PCA :	Paquet Complémentaire d'Actions
PIP :	Programme d'Investissement Public
PMA :	Paquet Minimum d'Actions
PNLP :	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPLS :	Programme Plurisectoriel de Lutte contre le SIDA
PPTE :	Pays Pauvre Très Endetté
PSDSS :	Politiques et Stratégies de Développement du Secteur de la Santé
PSS :	Programme Socio Sanitaire Suisse
PTD :	Plan Triennal de Développement
PVVIH :	Personnes Vivant avec le VIH/SIDA
SGM :	Secrétariat Général du Ministère
SONU :	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SR :	Santé de la Reproduction
SRP :	Stratégies de Réduction de la Pauvreté
TFP :	Tuberculose à Frottis Positif
TPM+ :	Tuberculose Pulmonaire à Microscopie (positif)
ZS :	Zone Sanitaire

LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau 1</u> : Evolution du budget du PDSS selon les axes (<i>les montants sont exprimés en millions de F CFA</i>).....	28
<u>Tableau 2</u> : Taux d'exécution annuel des activités des différents axes	31
<u>Tableau 3</u> : Taux d'engagement par rubrique.....	33
<u>Tableau 4</u> : Pourcentages des dépenses par département	33
<u>Tableau 5</u> : Evolution de la participation communautaire	34
<u>Tableau 6</u> : Aides Internationales par source de financement du secteur (en million).....	35
<u>Tableau 7</u> : Recrutement de personnel dans le secteur de la santé.....	36
<u>Tableau 8</u> : Principaux ratio du personnel de santé (Nombre d'habitants /Personnel soignant).....	37
<u>Tableau 9</u> : Principaux ratio du personnel soignant	37
<u>Tableau 10</u> : Personnel soignant au CNHU – HKM de 2002 – 2006.....	38
<u>Tableau 11</u> : Répartition du personnel du secteur de la santé par catégorie.....	39
<u>Tableau 12</u> : Taux de couverture en centres de santé de commune et d'arrondissement par zone sanitaire	40
<u>Tableau 13</u> : Evolution du nombre de lits par département de 2002 à 2006.....	42
<u>Tableau 14</u> : Couverture des zones sanitaires en incinérateurs fonctionnels.....	42
<u>Tableau 15</u> : Points des activités et projets de la PDSS	48
<u>Tableau 16</u> : Evolution des indicateurs de performance de la PDSS.....	49
<u>Tableau 17</u> : Analyse des stratégies.....	54
<u>Tableau 18</u> : Impact direct de la PDSS (secteur santé).....	56
<u>Tableau 19</u> : Impact direct de la PDSS (autres secteurs).....	57
<u>Tableau 20</u> : Achèvement du cycle primaire.....	59

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Représentation schématique de la méthodologie de l'évaluation	13
Figure 2 : Représentation de la pyramide sanitaire.....	24
Figure 3: Variation des ressources financières de la PDSS	27
Figure 3 .1 : Variation des ressources financières de l'axe 1.....	28
Figure 3.2 : Variation des ressources financières de l'axe 2.....	29
Figure 3.3 : Variation des ressources financières de l'axe 3.....	29
Figure 3.4 : Variation des ressources financières de l'axe 4.....	30
Figure 3.5 : Variation des ressources financières de l'axe 5.....	30

RESUME

La Politique et Stratégie de Développement du Secteur Santé (PDSS) 2002 – 2006 traduit la vision du Bénin dans le secteur de la santé et consiste à « améliorer les conditions socio-sanitaires des familles sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes ». Cette politique a pour objectifs de :

- Améliorer l'organisation de la pyramide et la couverture sanitaire
- Améliorer la gestion des ressources du secteur
- Améliorer la qualité des soins et la lutte contre les maladies

Son élaboration est conçue selon une approche participative qui devrait associer tous les acteurs au niveau périphérique, intermédiaire et central. Il a été retenu cinq (5) principaux axes stratégiques qui sont :

- ***Axe stratégique 1*** : réorganisation de la base de la pyramide sanitaire et renforcement de la couverture sanitaire ;
- ***Axe stratégique 2*** : financement du secteur et amélioration de la gestion des ressources ;
- ***Axe stratégique 3*** : prévention et lutte contre les principales maladies et amélioration de la qualité des soins ;
- ***Axe stratégique 4*** : prévention et lutte contre les maladies prioritaires : SIDA, Paludisme et Tuberculose ;
- ***Axe stratégique 5*** : promotion de la Santé Familiale.

Les ressources allouées à l'exécution de cette politique proviennent de l'Etat et des partenaires techniques au développement du secteur. Les crédits alloués pour la mise en œuvre de la PDSS s'élèvent à environ 214 milliards de F CFA. Les fonds alloués varient d'un axe à un autre avec les montants les plus élevés aux deux premiers axes et le montant le plus faible à l'axe 5.

Dans le cadre de l'évaluation de cette politique mise en œuvre par le gouvernement du Bénin de 2002 à 2006, une étude systémique basée sur l'analyse du contexte, la compréhension des groupes d'intérêt, l'exploration des systèmes d'appui et la proposition des options de développement ont été menées à travers une recherche documentaire, une enquête sur toute l'étendue du territoire national auprès des responsables de stratégie, des praticiens dans les Directions Départementales de Santé (DDS), dans les centres hospitaliers, les hôpitaux de zone et les structures décentralisées et par une enquête auprès des bailleurs, impliqués dans le système de santé au Bénin. Cette collecte d'informations a été suivie du dépouillement et de l'analyse des données collectées.

La mise en œuvre de cette politique a souffert des difficultés d'ordre technique, financier, matériel et humain. Le financement du secteur reste insuffisant pour une réelle opérationnalisation des sous – axes.

Le document de la PDSS, constitue un bon outil de référence pour les acteurs du secteur de la santé. L'effort budgétaire fait pour le secteur de la Santé par l'Etat Béninois est important et approche les recommandations de l'OMS, dans la perspective de l'amélioration de la couverture sanitaire. La PDSS prend largement en considération les OMD et les SCRP.

La contribution de la PDSS au niveau de la réorganisation de la base de la pyramide sanitaire et le renforcement de la couverture sanitaire est globalement satisfaisante. La politique mise en place a permis l'installation de beaucoup d'infrastructures ayant permis de rapprocher les services de santé des populations. La création de nouveaux centres de santé a aussi caractérisé cette politique. La PDSS 2002-2006 a permis d'acquérir un potentiel humain à exploiter grâce aux nombreuses formations dispensées, mais elle n'a pas pu résoudre le déficit des ressources humaines. Plusieurs formations sanitaires publiques et confessionnelles voient leurs plateaux techniques renforcés. La couverture d'infrastructures sanitaires sur le territoire offre une répartition au niveau périphérique 34 zones de santé. Au niveau communal, 70 centres de santé de commune existent, mais seuls 40 sont conformes aux normes et standards admis dans le secteur, soit 57%. Au niveau arrondissement, 441 centres d'arrondissement sont érigés pour les 546 arrondissements et 347 sont conformes (78,68%). La pyramide sanitaire n'a pas pris en compte les villages.

Des points faibles de la PDSS ont été relevés tant aux niveaux organisationnel, fonctionnel (ressources humaines, infrastructures et équipements) que des outils de mise en œuvre (partenariat public – privé, mutuelles, etc.). Les indicateurs fixés au début de la politique n'ont pas été clairement énoncés et ceux atteints en 2006, ne couvrent pas tous les sous-programmes de chaque axe. Ce qui ne permet pas d'évaluer tous les objectifs à atteindre.

Des recommandations sur le plan organisationnel et institutionnel ont été formulées pour une meilleure capitalisation des acquis du PDSS.

INTRODUCTION

L'ambition de faire du Bénin un pays émergent exige une série de réformes pour une gestion axée sur les résultats. Des Orientations Stratégiques du Développement du Bénin ont été conçues pour la réalisation de cette vision, avec un investissement permanent dans le capital humain. Cela se justifie par le souci des gouvernants de baser le développement du Bénin sur les femmes et les hommes de ce pays. Il s'agit d'investir dans leur santé tant physique que morale pour soutenir l'œuvre de développement amorcée. En effet, la santé apparaît comme déterminante dans le bien-être des populations et sur leur capacité à produire des biens et services de qualité indispensables à la formation d'un PIB conséquent par habitant.

Dans ces conditions, l'interaction entre le domaine de la santé avec les autres domaines de la vie économique concourt à lutter contre les effets prononcés de la pauvreté. Selon des études¹, l'incidence nationale de la pauvreté globale en milieu rural est de 37% où les dépenses de santé représentent près de 17% des dépenses non alimentaires. Ainsi, le facteur économique constitue une limitation à l'accès aux soins puisque le prix des services de santé constitue un luxe pour les populations les plus démunies. Ceci pose avec acuité le problème de la prise en charge sanitaire des populations les plus pauvres. Malheureusement, les crises économiques et financières qui se suivent, aggravent le phénomène de pauvreté déjà répandu. Ces crises agissent de ce fait sur l'état de santé des populations et accroît encore plus leur vulnérabilité à la pauvreté. Dès lors la lutte contre la pauvreté par l'amélioration de la santé des populations est devenue une préoccupation majeure aussi bien des gouvernements que des organisations internationales.

La réponse du gouvernement du Bénin à cet état de la situation sanitaire, a été d'initier « La Politique de Développement du Secteur de la Santé (PDSS) de 2002 à 2006 », un ensemble de mesures visant l'amélioration de la situation sanitaire des populations aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural, en particulier celle des populations pauvres et indigentes. Cette politique s'articule autour de cinq grands axes qui ont proposé entre autres la réorganisation de la base de la pyramide sanitaire en zones sanitaires avec la création des hôpitaux de zone qui constituent des hôpitaux de référence autour desquels graviteraient les centres de santé périphériques. La nécessité de la prise en charge des populations pauvres et indigentes d'une part et l'introduction de la bonne gouvernance dans les services de santé d'autre part afin d'assurer des services de qualité en favorisant le dialogue entre les acteurs devient dès lors une priorité.

Ainsi pour chacun des cinq axes, des projets, des programmes et des actions sont confiés à diverses structures et à différents responsables. Des réformes dans de multiples domaines ont été mises en route pour permettre la réussite de la mise en œuvre des stratégies conçues. Les réformes, les actions et la mise en œuvre des politiques et stratégies ont permis d'obtenir des résultats qu'il s'avère nécessaire d'évaluer afin d'améliorer les politiques et stratégies des années à venir.

Le présent rapport d'évaluation présente dans une première partie un état des lieux de la situation sanitaire dans le pays avant la mise en route de la politique de développement du

¹ EMICOV, 2007

secteur de la santé, ainsi que les composantes de cette politique. L'objectif est d'en acquérir une meilleure connaissance afin d'apprécier la pertinence et la cohérence des choix stratégiques faits et de mesurer l'efficacité des différentes stratégies et actions menées au cours de cette période allant de 2002 à 2006.

Dans une deuxième partie le rapport présente l'évaluation de la mise en œuvre de la PDSS à travers les aspects technique et financier, l'examen de la stratégie de mise en œuvre, l'analyse des acteurs et l'évaluation de leur contribution en vue d'apprécier les acquis de la stratégie en termes d'effets sur le bien être des populations.

Enfin, dans la troisième et dernière partie, des suggestions et des recommandations relatives à l'amélioration des politiques futures sont proposées. Des mesures et actions d'accompagnement seront proposées dans le but d'une amélioration du bien-être des béninois.

I : ETAT DES LIEUX

L'analyse de la situation de la santé au Bénin avant 2002 montre que le profil épidémiologique est la conséquence, entre autre de l'évolution démographique et est caractérisé par une variété de pathologies tropicales avec une prédominance des affections endémo-épidémiques.

Sur le plan démographique, le rythme de croissance de la population est élevé confirmé par les statistiques indiquant le doublement de la population tous les 25 ans. Cette croissance démographique rapide constitue une contrainte majeure pour le développement des services de santé. La répartition de la population sur le territoire national est déséquilibrée et les départements du Sud concentrent à eux seuls près de 71% sur 25% de la superficie du pays avec une forte évolution de la population urbaine.

La répartition de la population montre une population jeune : les moins de 15 ans correspondent à 50% de la population totale, tandis que ceux âgés de 15 à 59 ans représentent 46% et les enfants de moins de 5 ans représentent à eux seuls 18% de la population totale et constituent la couche la plus vulnérable.

La situation économique du pays caractérisée par des poches d'insécurité alimentaire influence indirectement la situation sanitaire en ce sens que ces poches d'insécurité constituaient un terrain favorable pour les maladies enregistrées chez les enfants et leurs mères. Selon une estimation de l'EDSB-II, 2001, la malnutrition et l'anémie occupent une place de choix parmi les problèmes de santé maternelle et infantile. Parmi les affections endémo épidémiques fréquemment relevées le paludisme vient en tête (avec 35%). Ces affections représentent 77% des cas déclarés au sein de la population générale et 85% chez les enfants de moins de cinq ans. Les régions frontalières sont les plus exposées du fait du trafic transfrontalier qui y est particulièrement dense.

Par ailleurs, les infections sexuellement transmissibles telles que le VIH/SIDA et la tuberculose constituent des menaces permanentes pour la santé des populations, en particulier celle de la population active. En effet, l'incidence moyenne des IST est de 3,2% pour 1.000 habitants en 2000 et le taux de prévalence générale du VIH/SIDA de 4,1%. Les jeunes de 15 à 59 ans sont les plus touchés (91% des malades déclarés). Aussi, la tuberculose reste-t-elle un problème de santé. Son incidence en 2000 est de 37 pour 100.000 habitants et touche la population active de 15 à 54 ans. Elle se révèle la première affection opportuniste qui se greffe sur le SIDA et de ce fait, mérite une surveillance particulière.

La recrudescence des maladies infectieuses et parasitaires interpelle non seulement la qualité des services offerts et les aptitudes d'hygiène dans les ménages, mais surtout révèle le niveau d'accès aux services socio sanitaires en raison de la pauvreté des populations. En effet, les couvertures en eau potable et assainissement restent encore très faibles malgré les efforts déployés, seulement 61% de la population ont accès à l'eau potable et à peine 32% utilisaient des latrines selon l'EDSB II (2001). Ces différents facteurs énumérés expliquent la forte mortalité générale, surtout infantile et la fécondité élevée.

En ce qui concerne l'utilisation des services de santé, le taux de fréquentation est bas. Il est de 19,1% en 1991 pour l'ensemble du pays. De 1997 à 2000, ce taux est resté constant et s'évalue à 34%. Ce faible taux est dû à l'accessibilité financière limitée et le mauvais accueil des patients. D'où la nécessité de la prise en charge des populations pauvres et indigentes d'une part, et l'introduction de la bonne gouvernance dans les services de santé d'autre part afin d'assurer des services de qualité en favorisant le dialogue entre les acteurs. La couverture en infrastructures sanitaires a connu un taux de 80% en 2001. Ce taux pourrait s'améliorer avec la stratégie de développement des zones sanitaires et leur mise en conformité aux normes et standards dans le secteur.

La faiblesse du financement du secteur de la santé expliquait cet état des lieux. En effet, la part du budget du secteur santé dans le budget général de l'Etat est de 6% depuis 1997 ; encore largement en deça des 10% préconisés par l'OMS. Les ressources financières du secteur proviennent de l'Etat, des PTF et des communautés.

La gestion des ressources humaines du secteur est caractérisée par la concentration du personnel dans les centres urbains au détriment des centres ruraux, le manque de personnel spécialisé, le vieillissement du personnel du secteur public et l'absence de marge de manœuvre des structures intermédiaires et périphériques sur la gestion du mouvement du personnel. De même, la gestion des ressources matérielles laisse à désirer malgré les efforts du gouvernement pour construire et équiper les infrastructures sanitaires. La gestion des ressources informationnelles doit également être améliorée afin d'assurer une qualité des données, gage de durabilité des acquis actuels du secteur.

L'absence de partenariat public-privé a engendré certains problèmes auxquels le sous-secteur privé libéral est confronté tels que les difficultés d'accès à la formation continue qui pourrait contribuer à l'amélioration de la qualité et au développement professionnel.

Cet état des lieux peu reluisant de la situation sanitaire au Bénin, explique la grande implication de l'Etat et des bailleurs de fonds dans la formulation de la Politique de Développement des Secteurs de Santé 2002-2006. Cette politique devrait contribuer au bien être des populations de notre pays, d'où l'examen de son profil et ses contours avant l'évaluation proprement dite.

II : DEMARCHE METHODOLOGIQUE

L'évaluation de la Politique de Développement du Secteur de la Santé (PDSS) a suivi une méthodologie en cinq (05) phases. Outre la recherche documentaire, deux autres procédures ont été utilisées pour recueillir l'information auprès des différents responsables en charge des axes stratégiques et de la mise en œuvre de la Politique de Développement du Secteur de la Santé.

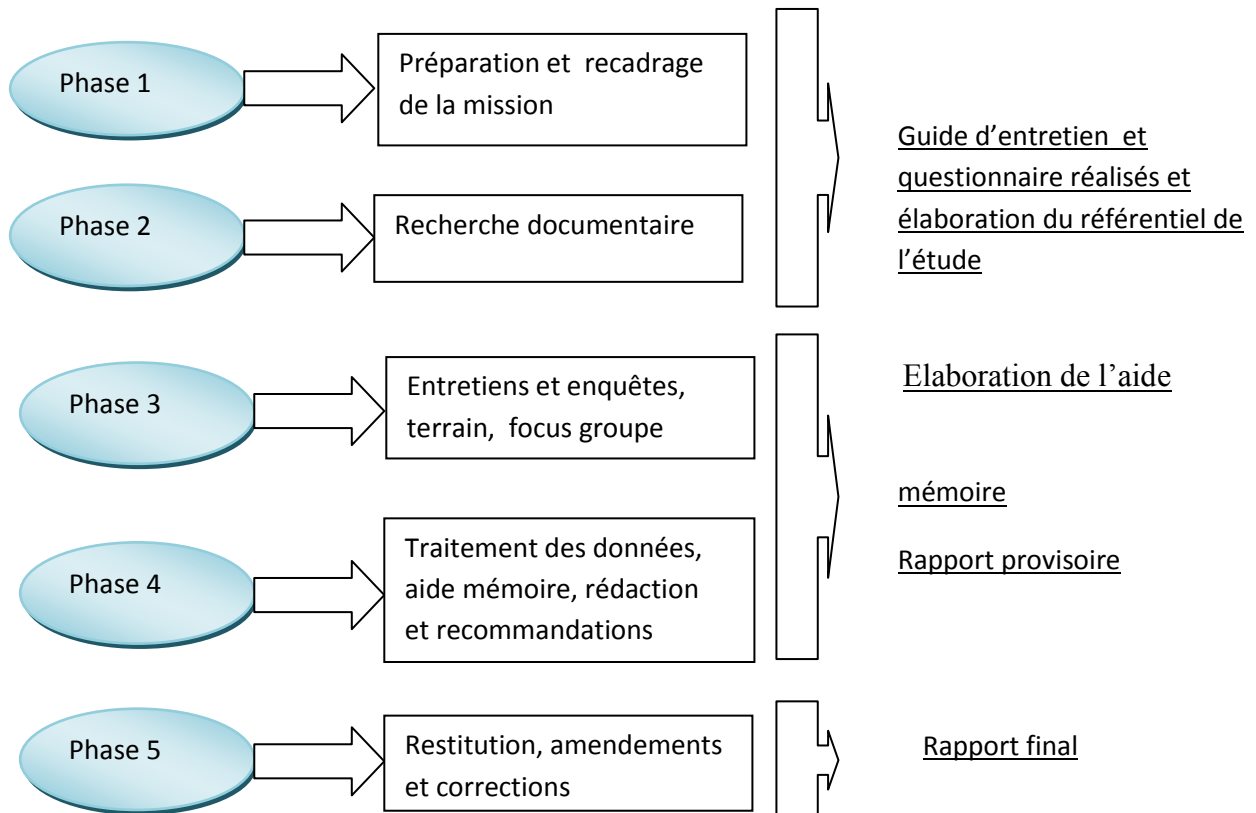


Figure 1 : Représentation schématique de la méthodologie de l'évaluation

2.1. La phase de préparation et cadrage de l'étude

Le Cabinet BeCG a démarré l'étude par une session de planification de l'intervention. Au cours de cette phase, les experts ont :

- passé en revue les différents documents de base de l'étude (termes de référence, offre de service, etc.) et établi la liste des documents nécessaires à consulter et à exploiter ;
- réexaminé et approfondi la méthodologie et les outils méthodologiques ;
- précisé à nouveau les rôles respectifs des membres de l'équipe de consultants et constitué les groupes pour les recherches de terrain ;
- préparé et tenu une séance de briefing avec le commanditaire.

Au terme de cette étape, un plan de travail et un calendrier² de déroulement de la mission ont été élaborés.

2.2. Briefing des experts avec le Responsable Bureau d’Evaluation des Politiques

Publiques

Cette étape a permis aux experts de BeCG de discuter des modalités et de convenir des grandes questions évaluatives et le schéma global d’exécution de l’étude. À cette séance, tous les experts de la mission, le Responsable du BEAP et son Assistant étaient présents.

Il a été question de passer en revue le contenu des termes de référence afin de s’assurer que toutes les parties ont la même compréhension de l’étude et de sa démarche de mise en œuvre. Ladite réunion a été aussi l’occasion pour évoquer les modalités d’exécution de la mission et les stratégies adéquates pour la mise en œuvre diligente de la mission. Un point sur la documentation disponible a été fait. Un profil des différents acteurs et structures concernés par l’étude a été précisé.

Les acquis de cette rencontre ont permis de finaliser le plan de l’intervention de la mission d’évaluation. Un calendrier définitif du déroulement de la mission, qui vient améliorer le calendrier proposé par les experts a été soumis au BEAPP.

Certaines questions évaluatives ont été précisées et remises au Consultant. Il s’agit de :

1. Les choix de la Politique Nationale de Développement de la Santé (PNDS) 2002-2006 étaient-ils cohérents ? Quelles ont été les principales faiblesses de leur mise en œuvre ?
2. Quel est l’état des ressources humaines, des infrastructures sanitaires et des équipements médicaux du secteur de la santé ? Quels sont les niveaux de ressources allouées dans le cadre de la PNDS ?
3. Quel est l’état des projets, programmes du système de suivi-évaluation du secteur ?
4. Dans quelle mesure la PDSS a-t-elle contribué à :
 - améliorer la prévention et l’offre de santé dans les zones urbaines et rurales ?
 - améliorer le système d’approvisionnement et de fourniture des populations en médicaments et en matériel médical ?
 - résoudre les dysfonctionnements institutionnels relevés dans le diagnostic du secteur de la santé au Bénin ?
 - assurer la disponibilité des ressources humaines et matérielles nécessaires dans les structures de santé ?

² En annexe

- permettre la mise en œuvre efficiente des sous-stratégies (SIDA, maladies endémiques) visant la réduction des affections sanitaires et la réduction de la pauvreté ?
5. Quels sont les impacts directs et indirects de la politique sur les populations ? Quels sont les revers de sa mise en œuvre ?
 6. Quelles mesures doit-on retenir au regard des choix stratégiques de la politique de développement du secteur 2007-2015 pour une meilleure mise en œuvre ?

D'autres concertations ont eu lieu, notamment avec l'Assistant du Responsable du BEAPP tout au long de l'étude.

Cette étape, a été suivie de la recherche documentaire et l'affinement des différents outils de collecte de données pour garantir une collecte efficiente des données pertinentes pour l'évaluation.

2.3. La recherche documentaire

La recherche documentaire a permis de faire un état des lieux de la documentation produite par le MS et ses partenaires pour apprécier les impacts de la Politique de Développement du Secteur de la Santé sur la population béninoise. Elle a été menée principalement au Ministère de la Santé (MS) et au Ministère de la Prospective du Développement et de l'Evaluation de l'Action Publique (MPDEAP). Dans ce cadre, un inventaire exhaustif des documents produits lors de la mise en œuvre de la PDSS a été fait et les rapports de performance ainsi que les annuaires statistiques du MS pendant la période d'exécution de la PDSS ont été collectés. Aussi, plusieurs documents de la politique, plusieurs rapports d'études et revues ont été consultés. Des documents d'évaluation faite entre 2003 et 2008 ont été exploités.

2.4. La phase de collecte des données

L'enquête de terrain, dans le cadre de cette étude, a pour but de vérifier de façon empirique les données secondaires, mais aussi d'appréhender l'impact de cette politique sur les populations, les structures déconcentrées et décentralisées. En effet beaucoup de sous axes ont appesanti leurs activités sur le relèvement du niveau des prestations à l'endroit des populations et du renforcement des unités de santé. La finalité étant de dégager des indicateurs pertinents à partir des activités réalisées et de leurs effets de changement quantitatif et qualitatif, sur les bénéficiaires de toutes les actions réalisées dans la mise en œuvre des différentes stratégies.

Elle a visé deux cibles, essentiellement. Il s'agit des bénéficiaires directs (les populations) des actions réalisées dans le cadre de la mise en œuvre de la PDSS, puis les structures décentralisées et déconcentrées.

Pour ce faire, il a été procédé dans un premier temps, à un échantillonnage raisonné des unités de santé qui ont participé à la mise en œuvre de la PDSS. Par contre il a été difficile d'avoir les bénéficiaires réelles des projets et activités réalisées pendant la période d'exécution de la PDSS. Ensuite, un deuxième échantillonnage a été fait par strate. Cet échantillonnage a permis d'avoir d'une part, un ensemble représentatif de communes bénéficiaires de projets et activités exécutées dans la mise en œuvre de la PDSS. Un échantillonnage a été constitué pour les enquêtes de terrain.

La collecte des données a été faite suivant deux (02) grands axes :

- les entretiens avec les responsables qui ont eu à conduire les différentes stratégies dans les zones sanitaires choisies (voir la liste) et
- les enquêtes de terrain dans les zones sanitaires auprès des bénéficiaires directs des actions des diverses stratégies.

Au total, l'équipe de consultants a sillonné les six anciens (6) départements.

Dans chaque département et commune, les enquêteurs ont rencontré :

- le responsable de la Direction Départementale de Santé et ses collaborateurs,
- les coordonnateurs de zones,
- les responsables des différentes stratégies nationales et départementales,
- les responsables des centres de santé spécialisés,
- les responsables d'ONG impliquées dans la mise en œuvre de la PDSS.
- les bénéficiaires directs et indirects des actions et prestations pendant la mise en œuvre de la PDSS.

Ils ont en outre fait le point des infrastructures réalisées dans la période 2003-2008. Les supports utilisés sont les guides d'entretien pour les autorités du secteur de la santé, les responsables des stratégies et les bailleurs de fonds. Les tableaux des cinq axes ont servi à faire le point des réalisations physiques et organisationnelles de la politique.

Ces enquêtes ont permis d'avoir une vue globale des impacts de la PDSS sur les conditions de vie des bénéficiaires.

2.5. La phase de traitement et d'analyse de données recueillies

Les données collectées sont d'ordre qualitatif et quantitatif. Leur analyse a consisté en un regroupement des informations par catégorie d'acteurs et en un croisement de ces informations pour en dégager des informations fiables, les insuffisances et les lacunes. Ces résultats sont présentés dans un rapport provisoire.

Les données recueillies ont été dépouillées et analysées suivant les grandes étapes ci-après:

- Le nettoyage des données : Il a consisté à faire des vérifications préliminaires se traduisant par l'élimination de tout élément risquant de fausser ou d'infléchir le sens des

résultats: élimination des réponses comportant des incompatibilités, vérification de l'uniformité des réponses données, surtout celles qui impliquent des qualités.

- La préparation des données : Le traitement informatique a consisté à codifier chaque questionnaire.
- Le commentaire des données : Il a été à la fois *qualitatif* (analyse d'ordre psychosociologique, sociologique éthique, normative avec interprétation ou extrapolation, dénombrement avec des ratios plus ou moins élémentaires) et *quantitatif* (regroupements quantitatifs directs liés à des indices statistiques descriptifs tels que fréquences, moyenne variance, etc.).

L'interprétation des résultats a été suivie pour faire parler les données agrégées et les coefficients tirés du traitement.

2.6. Finalisation du rapport

Lors d'une séance de restitution, le rapport provisoire sera amendé et l'équipe de consultants apportera les corrections nécessaires afin de livrer un rapport final.

III : DESCRIPTION DE LA PDSS

3.1. Définition

La Politique de Développement du Secteur de la Santé (PDSS) au Bénin se veut une politique quinquennale, élaborée au niveau central, mais qui prend en compte les collectivités et structures depuis la base. Elle traduit la vision du Bénin dans le secteur de la santé et consiste à « améliorer les conditions socio-sanitaires des familles sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes ». Elle constitue le cadre de référence unique pour coordonner les interventions de tous les acteurs (publics, privés et partenaires au développement) du secteur santé.

3.2. Structuration

La PDSS est décrite à travers les objectifs spécifiques qu'elle poursuit, les ressources dont elle dispose pour réaliser ses objectifs et les résultats attendus en vue de dégager les conditions socio-sanitaires des familles.

Pour atteindre ces objectifs, le document de PDSS a été élaboré pour mieux orienter les actions susceptibles de satisfaire les besoins des populations. Pour cette raison, la Politique est structurée en cinq (5) principaux axes stratégiques qui sont :

- *Axe stratégique 1* : réorganisation de la base de la pyramide sanitaire et renforcement de la couverture sanitaire ;
- *Axe stratégique 2* : financement du secteur et amélioration de la gestion des ressources ;
- *Axe stratégique 3* : prévention et lutte contre les principales maladies et amélioration de la qualité des soins ;
- *Axe stratégique 4* : prévention et lutte contre les maladies prioritaires : SIDA, Paludisme et Tuberculose ;
- *Axe stratégique 5* : promotion de la Santé Familiale.

Axe stratégique n°1 : Réorganisation de la base de la pyramide sanitaire et renforcement de la couverture sanitaire.

Le système de santé au Bénin est organisé et repose sur une forme pyramidale dont la base est constituée de zones sanitaires. Il y a 33 zones sanitaires sur l'ensemble du territoire national. Chacune est constituée d'un ensemble de formations sanitaires périphériques (publiques et privées) et d'un hôpital dit de zone qui constitue la structure sanitaire de référence. Cet axe vise à garantir au système un fonctionnement harmonieux avec une intégration des

programmes et services. Son objectif spécifique est donc d'Améliorer l'organisation de la pyramide et la couverture sanitaires, afin d'atteindre les résultats suivants :

- la couverture sanitaire est améliorée en quantité et en qualité ;
- la gestion du secteur est décentralisée ;
- la participation communautaire est efficace.

Pour réaliser cet objectif et atteindre les résultats, trois sous-axes ont été identifiés afin de mieux réorganiser la base de la pyramide sanitaire et au renforcement de la couverture. Chaque sous axe est décliné en objectifs spécifiques avec des résultats attendus à travers une stratégie de mise en œuvre et des actions précises. Pour des raisons pratiques, il sera présenté dans le présent rapport uniquement les axes stratégiques des sous axes décrits. Il s'agit donc du :

- 1.1. renforcement de la décentralisation de la pyramide sanitaire et développement des zones sanitaires ;
- 1.2. développement du partenariat entre les secteurs public et privé ;
- 1.3. renforcement de la participation communautaire et de la collaboration avec les collectivités locales.

Le sous-programme 1.3 a été reformulé dès 2003 et est devenu « Renforcement de la participation communautaire et des capacités d'intervention des communautés ».

Axe stratégique n°2 : Financement du secteur et amélioration de la gestion des ressources.

Cet axe vise une meilleure gestion des ressources financières, humaines et matérielles d'une part et celle de l'information sanitaire d'autre part en vue de garantir une bonne condition de la réussite de la politique de santé. Il s'agit spécifiquement d'améliorer la gestion des ressources du secteur pour que les résultats suivants soient atteints :

- les programmes et les activités sont mieux coordonnés ;
- la gestion prévisionnelle du personnel est mise en œuvre avec une perspective de carrière ;
- la gestion des ressources financières est optimisée ;
- la tarification des soins est adaptée aux conditions socio-économiques des familles ;
- l'entretien et la maintenance des infrastructures et des équipements sont améliorés.

Cet axe comprend six (6) sous axes qui concourent au financement, à la mobilisation et à l'amélioration de la gestion des ressources du secteur que sont :

Sous-programme 2.1 : Renforcement des capacités de planification et de coordination

Sous-programme 2.2 : Développement des ressources humaines

Sous-programme 2.3 : Diversification du financement du secteur

Sous-programme 2.4 : Amélioration de la gestion des crédits

Sous-programme 2.5 : Maintenance des infrastructures et équipements

Sous-programme 2.6 : Autres charges de fonctionnement

Les sous programmes ont évolué d'une année à l'autre. En 2002 ce programme comportait 4 sous-programmes. Seuls les deux premiers sous programmes ont été formulés dès 2002. Les 4 sous-programmes suivants, ont été redéfinis à partir des anciens sous-programmes (Renforcement des Services Financiers et Comptables et Politique de financement du secteur).

Axe stratégique n°3 : Prévention et lutte contre les principales maladies et amélioration de la qualité des soins.

Cet axe stratégique vise à prendre des mesures pour améliorer l'environnement de façon générale et le cadre de vie en particulier à travers la promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base. Il s'agit de contribuer à lutter efficacement contre les maladies infectieuses, parasitaires et environnementales, telles que : les maladies dites transmissibles (la lèpre, l'ulcère de Buruli), les maladies cibles du PEV (Programme Elargi de Vaccination) et les maladies dites non transmissibles. Aussi, propose-t-on une meilleure prise en compte de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle dans les stratégies du secteur. C'est pourquoi, cet axe ambitionne d'améliorer la qualité des soins et la lutte contre les maladies et les résultats attendus sont :

- la stratégie de surveillance intégrée des maladies transmissibles est mise en œuvre à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- la promotion des activités d'hygiène et d'assainissement de base est assurée ;
- les programmes de lutte contre les maladies non transmissibles sont renforcés ;
- le secteur hospitalier est renforcé ;
- la disponibilité et l'accessibilité aux médicaments de qualité sont renforcées ;
- les mécanismes de prise en charges des personnes indigentes sont rationalisés.

Les domaines et sous axes qui concourent à la prévention et à la lutte contre les principales maladies et à l'amélioration de la qualité des soins sont :

- la lutte contre les maladies transmissibles ;
- la lutte contre les maladies non transmissibles ;
- le renforcement du système hospitalier ;

- le renforcement du sous secteur de la pharmacie, des explorations diagnostiques et de la transfusion sanguine ;
- la promotion de la médecine traditionnelle et de la pharmacopée ;
- l'amélioration de la prise en charge des pauvres et des indigents.

Ces sous-programmes ont évolué au cours de la période : le sous programme, promotion de l'hygiène et de l'assainissement n'a existé qu'en 2003. Le renforcement du sous secteur pharmacie, laboratoire et transfusion sanguine, initié en 2003 est resté au programme jusqu'en 2006. La prise en charge des urgences et l'amélioration de la qualité des soins dans les structures de références semble avoir évolué vers deux (2) sous programmes :

- le renforcement du système hospitalier et
- l'amélioration de la prise en charge des populations pauvres indigentes

Trois (3) sous-programmes ont été reconduits entre 2002 et 2006 :

- Lutte contre les maladies transmissibles
- Lutte contre les maladies non transmissibles
- Pharmacopée et médecine traditionnelle.

Axe stratégique n°4 : Prévention et lutte contre les maladies prioritaires.

Les maladies prioritaires sont le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme dont les souffrances qu'elles engendrent au sein des populations sont avant tout d'ordre économique, social et sanitaire. C'est pourquoi, cet axe vise à initier des actions hardies afin de lutter efficacement contre ces maladies, afin d'améliorer la qualité des soins et la lutte contre les maladies. Les résultats attendus sont :

- la prise en charge médicale des IST/SIDA est assurée ;
- la surveillance épidémiologique est assurée ;
- l'accès à un traitement rapide et adéquat des personnes avec une présomption de paludisme est assurée ;
- les mesures de protection contre le paludisme en faveur des personnes à risque sont renforcées ;
- les cas de tuberculose à frottis positif traités sont déclarés guéris.

Les domaines et sous axes qui concourent à la prévention et à la lutte contre les maladies prioritaires sont :

- prévention et lutte contre les IST/SIDA ;
- prévention et lutte contre le paludisme ;

- prévention et lutte contre la tuberculose.

La tuberculose qui était jusqu'en 2002 logée au programme 3 a été ciblée comme maladie prioritaire lors de l'élaboration des politiques et stratégies 2002-2006. Ces trois sous-programmes ont été permanents durant toute la période.

Axe stratégique n°5 : Promotion de la santé familiale.

Cet axe vise la promotion des composantes de la santé de la reproduction qui désigne le bien-être général, tant physique que mental et social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Il s'agit spécifiquement d'améliorer la qualité des soins et la lutte contre les maladies pour atteindre les résultats suivants :

- la mortalité maternelle est réduite ;
- la mortalité infantile est réduite ;
- des comportements sexuels responsables sont adoptés ;
- la prise en charge des maladies gériatriques est améliorée.

Pour atteindre ces buts, un total de 27 actions ont été retenues. Sept indicateurs principaux ont été sélectionnés pour le suivi de la mise en œuvre, dont 6 indicateurs de processus et 1 indicateur d'impact. Ce programme prévoit 4 sous-programmes à savoir :

- Sous-programme 5.1. : Promotion de la santé de la femme ;
- Sous-programme 5.2. Promotion de la santé de l'enfant ;
- Sous-programme 5.3. Promotion de la santé des adolescents et des jeunes ;
- Sous-programme 5.4. Promotion de la santé des hommes.

En 2002 seuls deux programmes : Santé de la reproduction et soins aux personnes âgées étaient inscrits. Le second sous-programme de 2002, n'a finalement pas été exécuté et le premier a été reformulé par la suite en 4 sous-programmes.

3.3. Stratégie de mise en œuvre

Cette politique a été élaborée avec une approche participative qui associe tous les acteurs au niveau périphérique, intermédiaire et central. En ce qui concerne la méthodologie d'élaboration, il a été retenu la planification américaine adoptée par tous les partenaires (les cadres du Ministère, les directeurs départementaux et centraux, les médecins coordonnateurs, les élus locaux, les bailleurs, etc.). Les besoins des populations étaient formulés sous forme de projets par les directions départementales de santé. Des concertations étaient organisées de façon périodique entre les directeurs départementaux suivis des échanges avec les cadres du ministère de la santé. Ces rencontres ont abouti à la validation du document final. Des rencontres avec les élus locaux (les maires, les délégués de la localité) ont été organisées pour

faire le point des besoins et aspirations des populations, des besoins en centres de santé. Son élaboration a nécessité la formation des cadres du secteur santé par l'USAID à travers les différentes stratégies.

3.3.1. Contexte de mise en œuvre de la PDSS

Plusieurs outils ont été élaborés pour accompagner la mise en œuvre de cette politique

Décentralisation : La loi n°97-028 du 15 janvier 1999 portant organisation de l'administration territoriale de la République du Bénin dispose en son article 6 que le territoire national est découpé en douze départements qui prennent les dénominations ci-après : Alibori, Atacora, Atlantique, Borgou, Collines, Couffo, Donga, Littoral, Mono, Ouémé, Plateau et Zou.

Chaque commune, subdivisée en arrondissements, est dotée de la personnalité morale, de l'autonomie financière et gérée par des organes élus que sont le maire et le conseil communal/municipal. L'arrondissement est divisé en villages ou quartiers de ville. Chaque village ou quartier de ville constitue l'unité administrative de base autour de laquelle s'organisent la vie sociale et les activités de production.

Le système national de santé a une structure pyramidale calquée sur le découpage territorial. Il comprend trois niveaux différents que sont :

- le niveau central ou national ;
- le niveau intermédiaire ou départemental ;
- le niveau périphérique.

Comme représenter ci-dessous.

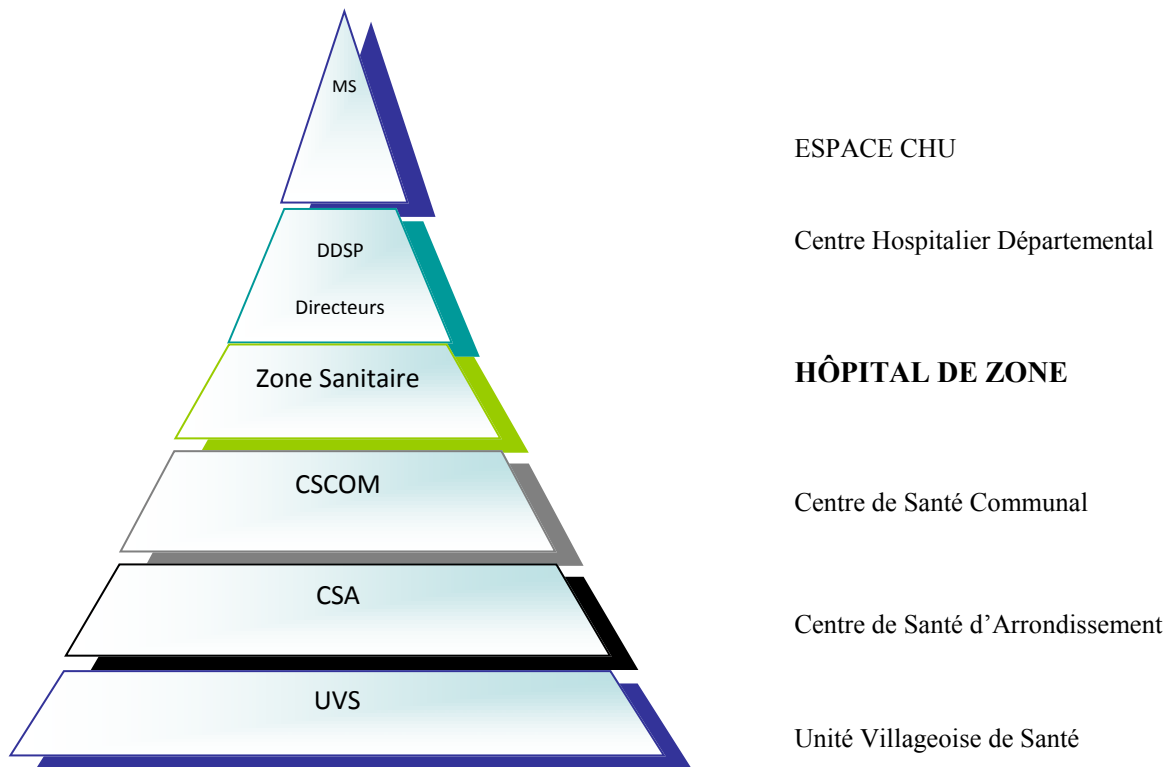


Figure 2 : Représentation de la pyramide sanitaire

L'axe stratégique n°1 a consisté au renforcement et à la réorganisation des services de santé suivant l'approche zone sanitaire, à l'appui à la réforme sectorielle et à la décentralisation de tout le système de santé, au renforcement des capacités d'intervention, de coordination, d'appui méthodologique et de contrôle à tous les niveaux et à l'appui aux activités de planification de suivi et évaluation aux niveaux intermédiaire et périphérique.

Education Sept institutions participent à la formation du personnel de santé au Bénin. Ces différentes institutions de formation sont sous tutelle de deux Ministères différents autres que le Ministère de la Santé. Il s'agit de : Faculté des Sciences de la Santé (FSS/UAC), Ecole de Médecine de l'Université de Parakou, Institut Régional de Santé Publique (IRSP), Institut National Médico-social (INMES), Ecole Nationale des Infirmiers et Infirmières Adjoints du Bénin (ENIAB), Ecole Nationale des Agents d'Assainissement et d'Hygiène (ENAAH), Ecole Nationale de Formation des Infirmiers (ères) et Sages-femmes en Anesthésie Réanimation (ENAFISAR).

Partenariat Public – Privé (PPP) : En ce qui concerne l'évaluation du partenariat entre les organismes privés et le MS, il concerne essentiellement l'Axe 1 et plus précisément le sous-axe 2 « Développement du partenariat entre secteur public et privé » qui a beaucoup flotté au cours de l'exécution de la période. En 2006, 50.000.000 FCFA étaient consacrés au fonctionnement de ce sous axe, sans qu'aucune ressource n'ait été consacrée ni pour le

renforcement des capacités des structures représentatives du secteur privé, ni pour appuyer le fonctionnement du cadre légal et réglementaire en vigueur.

L'Organe de Partenariat avec les Privés (OPP) créé par le MS, qui devrait être le cadre de concertation entre l'Etat et les centres de santé pour discuter de leurs problèmes et proposer à l'autorité des éléments de décisions, n'a jamais véritablement fonctionné.

Mutualisation

Une mutuelle de santé est une association facultative dont la base de fonctionnement est la prévoyance et la solidarité entre les biens portants et les malades. La mutuelle est une organisation sociale et donc un mouvement social.

La Direction Nationale de la Protection Sanitaire (DNPS) est la direction qui s'occupe du développement des mutuelles au Bénin. Les mutuelles réalisent des activités sur tout le territoire national avec l'aide et la collaboration des partenaires au développement. Notamment, le CIDR avec l'appui financier de la Coopération Suisse dans le Borgou et les Collines et dans les tous prochains jours dans les autres départements. L'ONG BØRNfondem soutient des mutuelles dans le Mono-Couffo et l'Atlantique, le Zou le Littoral et l'Ouémé. Aussi l'Etat a créé à Cotonou et à Parakou la mutuelle sécurité sociale et santé pour tous. Un réel engouement est a remarqué dans le secteur de la santé pour le développement des mutuelles. Cependant il n'existe pas encore un cadre juridique pour organiser le secteur

Contractualisation des services

La contractualisation est un mode par excellence de gestion, qui permet à l'usager de connaître ces droits et permet une implication et une responsabilisation des bénéficiaires.

Ceci devra être concrétisé par l'établissement d'un cadre de conventionnement entre les différentes parties représentatives des intérêts des centres de santé et les demandeurs de soins (les populations). Plusieurs dispositions sont à prendre en compte dans le cadre de conventionnement. A savoir :

- Les droits et obligations des parties ;
- Les signataires ;
- Le mode de résiliation et le règlement des différends ;
- Le suivi-évaluation (audits interne et externes).

Fonds sanitaires des indigents : Le fonds sanitaire des indigents est un fonds public qui trouve son fondement juridique dans la loi de finances. Son but est la prise en charge sanitaire des indigents, dans le cadre de la réduction de la pauvreté. Sa mise en place et son utilisation obéissent aux règles d'exécution du Budget Général de l'Etat. Ce fonds est alimenté chaque année par les crédits du Ministère de la Santé Publique sur la rubrique identifiée à cet effet. Il doit être logé près des bénéficiaires et être utilisé de façon juste, équitable, réglementaire et suivant les règles de transparence. Les crédits sont mis à la disposition de chaque zone

sanitaire, formation sanitaire ou autre structure assimilée, par procédure de délégation-engagement et ce conformément aux dispositions du décret 2000-601 du 29 novembre 2000. Pour ce faire des comités d'identification sont mis en place selon les niveaux de la pyramide sanitaire.

Les ressources du Fonds Sanitaire des Indigents servent au remboursement des structures sanitaires ayant fourni des prestations dans le cadre de la prise en charge des indigents. Les dépenses imputables ou non imputables au fonds sont clairement énoncées dans les manuels de procédures.

Système de suivi – évaluation : Les indicateurs de suivi évaluation sont en générale ceux retenus sur le plan national :

- Nombre de personnes ayant bénéficié de formation pour la période.
- Nombre de protocole définis et atteints

Les infrastructures installées au cours de la période. Nombre de matériels acquis par rapport à la quantité initialement prévue, Niveau physique d'atteinte :

- Les taux de prévalence des maladies.
- Le nombre de recrues.
- Les formations et recyclages au cours de la période.
- Le nombre de malades en provenance des structures d'Etat sollicitant des soins dans les centres de santé privés.
- le nombre de décès dans les centres de santé.
- le nombre de cas guéris définitivement ;
- les zones de provenance des patients

Pour le calcul des indicateurs de performance du secteur, le Ministère de la Santé utilise des groupes d'âge précis vers lesquels sont orientés les différents programmes et services offerts par les centres de santé, selon que l'on désire observer la surveillance épidémiologique ou la santé familiale.

3.3.2. Les moyens

3.3.2.1 Ressources financières

Dans le secteur de la santé, le financement provient :

- Du Budget de l'Etat : c'est la source de financement la plus importante. Le financement du budget national se fait à travers le Programme d'Investissement Public (PIP). Depuis 1990, il est d'au moins un milliard par an.
- Des partenaires au développement : l'apport des partenaires constitue une manne importante pour le développement du sous secteur.
- Des communautés locales : elles participent au financement des infrastructures de leur localité à partir des plans élaborés par elles-mêmes.

- Des organisations non gouvernementales (ONG) qui interviennent de plus en plus dans ce secteur.

Budget national

Le budget de l'Etat béninois est utilisé dans le cadre du Programme d'Investissement Public (PIP). Le budget est l'expression des moyens à mettre en œuvre pour atteindre des objectifs socio-économiques. La mise en œuvre de la PDSS 2002-2006 est donc rendue possible grâce au financement du Gouvernement béninois.

Les crédits globalement alloués pour la mise en œuvre de la PDSS s'élèvent à près de deux cent quatorze (214) milliards de F CFA. Les fonds alloués varient d'un axe à l'autre (tableau 1), avec les montants les plus élevées aux deux premiers axes et le montant le plus faible à l'axe 5.

Globalement le montant des crédits consommés s'établit à 164 milliards de F.CFA. Ceci donne un taux de consommation pour l'ensemble de la PDSS sur la période de 77,37 %. L'axe 2 a connu le meilleur taux de consommation de crédit de 93,4% alors que l'axe 1, le taux le plus faible à savoir 63%. Ce taux est assez satisfaisant si l'on considère que pendant la période 2002-2006 la plupart des Ministères ont été confrontés à certaines difficultés causant des perturbations et le non respect des plans d'actions. L'on peut citer :

- le retard dans la mise en place du budget de l'état ;
- les amputations en cours d'année en raison de difficultés budgétaires.

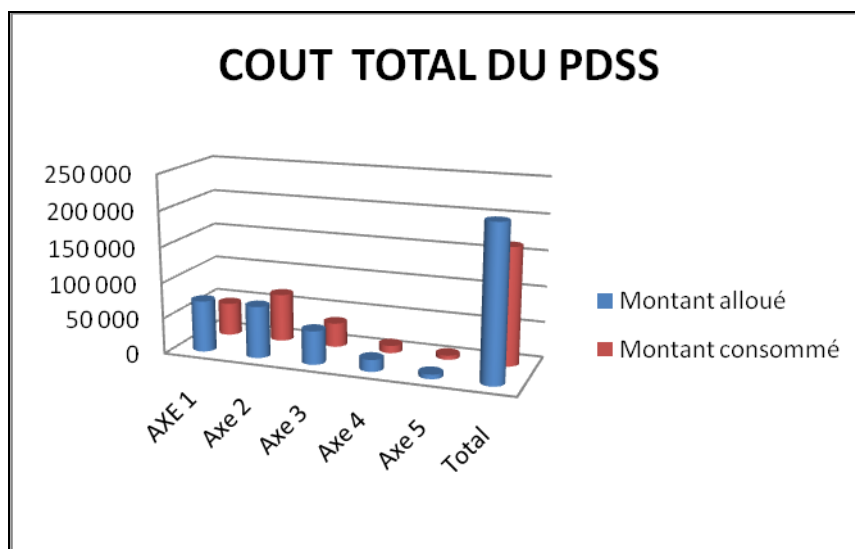


Figure 3 : Variation des ressources financières de la PDSS

Le tableau ci-dessous fait le point des budgets mise en place par axe, de 2002 à 2006.

Tableau 1 : Evolution du budget du PDSS selon les axes *(les montants sont exprimés en millions de F CFA)*

	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4	Axe 5	TOTAL
Montants alloués	72.067	72.393	46.974	16.503	6.221	214.159
Montants consommés	46.382	67.428	33.932	10.473	5.813	164.029
Taux de consommation	63%	93,4%	74,2%	70%	86%	77.32%

Les Figures 3.1 à 3.5 indiquent la variation du financement des différents axes sur le Programme d'Investissement Public (PIP).

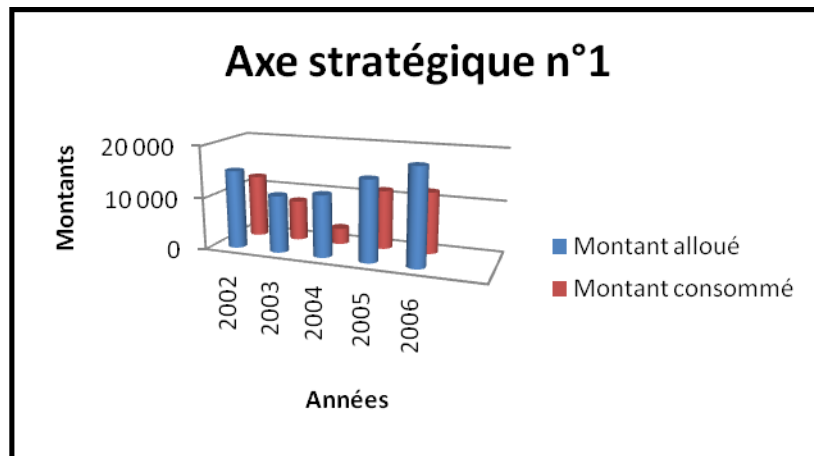


Figure 3.1 : Variation des ressources financières de l'axe 1

Les ressources financières allouées à l'axe stratégique N°1 ont varié d'une année à l'autre avec un niveau minimum en 2003 (10 978 000 FCFA), et un niveau maximum en 2006 (18 5446 000 F CFA). Le taux de consommation a évolué avec à la baisse (80 à 64%), sachant que l'année 2004 a connu le taux le plus faible de consommation (26%).

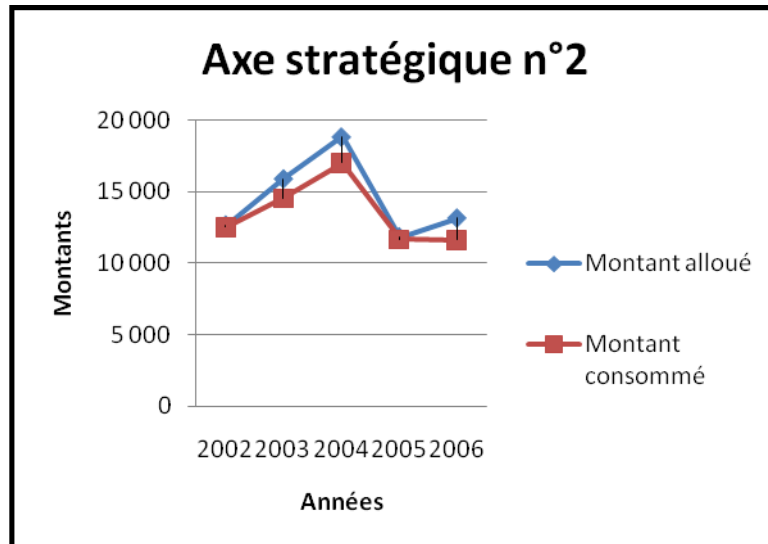


Figure 3.2 : Variation des ressources financières de l'axe 2

Le financement de l'axe stratégique n°2, évalué à 12 658 000 F CFA en 2002, a augmenté sensiblement jusqu'en 2004 avant de diminuer pour s'établir à 13 143 000 F CFA en 2006. Le taux de consommation des crédits de cet axe est le plus élevé dans le secteur de santé et tourne autour de 90%.

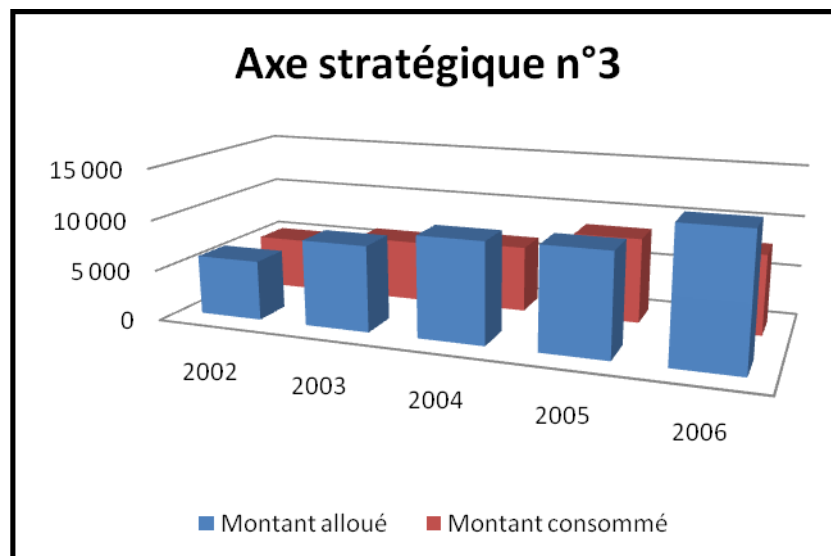


Figure 3.3 : Variation des ressources financières de l'axe 3

Les montants alloués à l'axe stratégique 3 sont plus faibles que ceux des deux premiers axes mais connaissent une évolution constante, passant de 5 854 000 en 2002 à 12 862 000 en 2006. Les taux de consommation ont évolué en dents de scie : 88% et 84% respectivement en 2002 et 2005. Ces taux ont connu une baisse de 72% à 61% en 2003, 2004 et 2006.

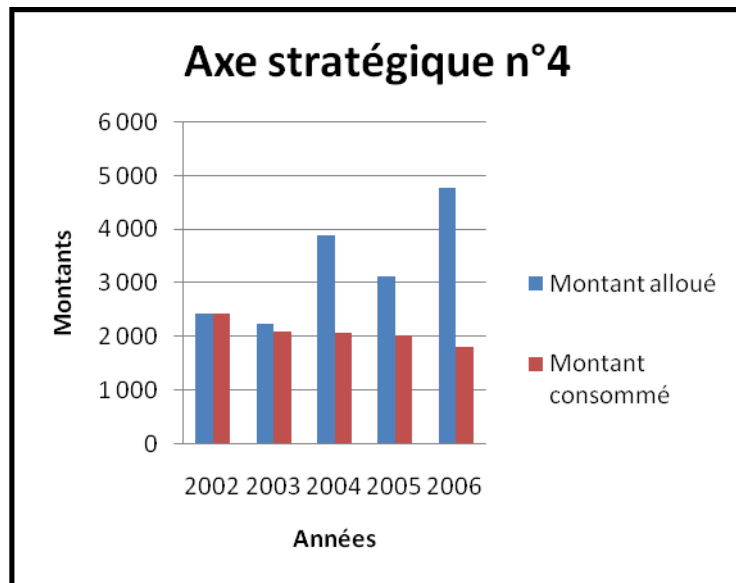


Figure 3.4 : Variation des ressources financières de l'axe 4

Cet axe a bénéficié de façon graduelle du financement de l'Etat. Avec un financement total de 16 503 000 FCFA, la moyenne de consommation des crédits alloués à cet axe stratégique tourne autour de 70%

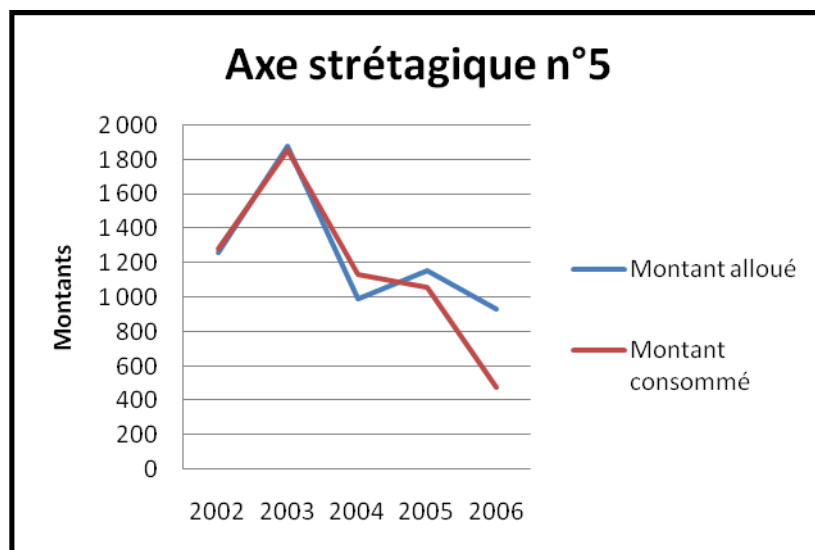


Figure 3.5 : Variation des ressources financières de l'axe 5

La consommation des crédits alloués est de 86%. Malgré l'intérêt de la promotion de la santé familiale seulement 6 221 000 ont été accordés au développement des activités de cet axe stratégique sur les 5 ans avec un minimum en 2006 (931 000) et un maximum en 1 263 000 (2002).

Tableau 2 : Taux d'exécution annuel des activités des différents axes

Axes	Sous-programmes	2002	2003	2004*	2005	2006
Axe 1	Développement du partenariat secteur public/secteur privé	78	72		73,56	64,39
	Développement du partenariat secteur public/secteur privé	100	72		69,71	47,24
	Renforcement du sous secteur pharmaceutique	100				
	Renforcement de la participation communautaire		33		77,83	52,03
	Global Axe 1	80	71	93	73,54	64,08
Axe 2	Renforcement des capacités de planification et de coordination	78,72			94,06	87,41
	Développement des ressources humaines	82,23	97		97,06	98,12
	Diversification du financement du secteur	30,28	41,2		38,53	60,00
	Amélioration de la gestion des crédits	93	98		88,71	73,82
	Maintenance des infrastructures et équipements					19,87
	Autres charges de fonctionnement		83		98,32	92,37
	Global Axe 2	91,20	92		98,76	88,44
Axe 3	Promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base		89%			
	Lutte contre les maladies transmissibles	92	53%		85,62	84,14
	Lutte contre les maladies non transmissibles	129	96		87,3	51,06
	Prise en charge des urgences et amélioration de la qualité des soins dans les structures de références	69	78			
	Renforcement du système hospitalier				72,87	37,80
	Renforcement du sous secteur pharmacie, laboratoire et transfusion		115		82,86	50,66

	sanguine					
	Pharmacopée et médecine traditionnelles.	100	62		100,38	83,20
	Amélioration de la prise en charge des populations pauvres indigentes				93,60	99,83
	Global Axe 3	86	72	66	83,61	60,86
Axe 4	Prévention de lutte contre les IST/SIDA	100	96,87		88,25	53,68
	Prévention contre le paludisme		76,66		43,27	32,07
	Prévention de lutte contre la tuberculose	95	88,83		61,49	83,57
	Global Axe4	100	81,89		64,94	38,11
Axe 5	Promotion de la santé de la femme	100	100		88,82	94,08
	Promotion de la santé de l'enfant	100	100		89	99,68
	Promotion de la santé des adolescents et des jeunes				101	54,05
	Promotion de la santé des hommes	54	56,31		95	88,62
	Global Axe 5	102	99	87	86,38	86,08

** Les informations ne sont pas disponibles*

Source : Revue documentaire BeCG, 2009

Le taux d'exécution des différentes activités dans le cadre de la mise en œuvre de la PDSS, varie d'un axe à un autre et d'un sous axe à l'autre dans le même axe. Il est au-dessus 50% dans tous les axes.

En effet, au sein de l'axe n°1, les taux d'exécution des sous axes ont baissé d'année en année. D'un fort taux en 2002, atteignant parfois les 100% (renforcement du sous secteur pharmaceutique), ces taux sont pour la plupart en-dessous de la moyenne en 2006 (42% de l'exécution des activités du développement du partenariat secteur public/ secteur privé). Dans l'axe N°2, c'est le sous axe « Diversification du financement du secteur » qui est le moins performant.

Tableau 3 : Taux d'engagement par rubrique

Rubriques budgétaires <i>(en million de francs CFA)</i>	2002	2003	2004	2005	2006
Frais de personnel	6 667	7 355	7 189	7 189	8 224
Achat de biens et services	6 732	7 501	11 521	11 040	19 369
Transfert et subvention d'exploitation	7 201	8 334	9 263	11 244	10 144
Budget d'Equipement Socio – Administratif	211	198	217	217	217
Programme d'Investissements Publics	17 517	16 042	17 480	16 765	18 963
Total Budget Santé (1)	38 328	39 430	45 670	46 855	48 917
Budget Général de l'Etat (2)	477 609	401 908	546 138	556 923	611 216
Ratio (1)/ (2) en %	8,03	9,81	8,36	8,41	8,00

Source : CSE/DPP, 2006

Le financement du secteur reste très insuffisant pour une réelle opérationnalisation des sous – axes. Même si la tendance est à l'augmentation, le ratio Budget Santé sur Budget national a considérablement diminué par rapport au PDSS 1997-2001.

Tableau 4 : Pourcentages des dépenses par département

Départements	2002	2003	2004	2005	2006	Moyenne
Alibori	10	12	16	13	13	12,8
Atacora	5	6	5	6	5	5,4
Atlantique	9	8	9	9	9	8,8
Borgou	8	8	8	9	9	8,4
Collines	12	11	12	11	10	11,2
Couffo	7	8	8	8	9	8
Donga	6	9	4	4	5	5,6
Littoral	6	6	8	8	9	7,4
Mono	8	7	5	6	6	6,4
Ouémé	15	9	12	12	15	12,6
Plateau	6	5	5	6	4	5,2
Zou	9	11	8	9	6	8,6
TOTAL	100	100	100	100	100	

Source : Revue documentaire BeCG, 2009

Les dépenses de santé sont stables au sein de chaque département. Cependant, elles varient d'un département à un autre avec des taux supérieurs à 10% dans les départements de l'Alibori, des Collines et de l'Ouémé.

Contribution communautaire

Tableau 5 : Evolution de la participation communautaire

Départements / zones sanitaires	2002	2006
Alibori	411 870 936	549 410 869
Atacora	183 377 725	226 153 136
Atlantique	312 000 172	396 818 430
Borgou	266 649 778	379 652 549
Collines	459 760 303	496 751 696
Couffo	251 626 043	367 268 712
Donga	187 860 135	222 136 953
Littoral	230 205 774	385 406 239
Mono	292 257 914	266 129 168
Ouémé	505 934 815	696 904 291
Plateau	229 534 799	195 714 619
Zou	325 501 576	282 990 567
Total	3 656 581 973	4 098 070 523

Source : Revue documentaire BeCG, 2009

La participation des communautés au financement des activités dans le secteur santé de 2002 à 2006 s'est accrue pendant la mise en œuvre de la PDSS, passant de 3 656 581 973 FCFA en 2002 à 4 098 070 523 FCFA en 2006. Soit une augmentation de 11% (441 488 550 FCFA).

En 2002, le département de l'Atacora présentait le plus faible apport communautaire (183 377 725 FCFA), à l'opposé du département de l'Ouémé lequel présentait le plus fort apport (505 934 815 FCFA). En 2006, le département de l'Ouémé, présente toujours le plus fort apport des communautés (696 904 291 FCFA), pendant que le département du Plateau présente le plus faible apport des communautés (195 714 619). Dans le département du Zou, l'apport des communautés a baissé de 2002 à 2006.

Contribution des donateurs

La contribution des partenaires techniques et financiers à la mise en œuvre du PDSS sur la période 2002-2006 s'élève à quarante deux milliards huit cent soixante treize millions FCFA. Elle représente environ 20 % des ressources financières globales allouées à la PDSS. Au titre des partenaires techniques au développement on peut citer : OMS, UNICEF, FNUAP, FED, IDA, FAC, JAPON, USA, FAD, SUISSE, BID, KFW, PAYS BAS, ONG, GTZ, PNUD, BELGIQUE, FBB, FC, AFRIF, BADEA ; BM

Les ressources extérieures ont globalement augmenté dans le temps passant de 6 432 000 (2002) à 11 338 000 F CFA (2006). L'apport des PTF varie d'un partenaire à un autre et d'une année à une autre. Les contributions de la BADEA, de l'OMS, du FNUAP et de la coopération Suisse ont été régulières pendant la durée tout au long de la mise en œuvre de la politique. Certains partenaires comme le FED et l'IDA sont intervenus massivement à la première année et pendant les deux dernières années de la mise en œuvre de la PDSS.

D'autres partenaires comme l'UNICEF et les USA sont intervenus les trois dernières années.

Tableau 6 : Aides Internationales par source de financement du secteur (en million)

Partenaires	2002	2003	2004	2005	2006
AFRF	35		39	39	39
ACDI	0	0	235	444	0
BAD	0	0	0	0	800
BADEA	200	76	2000	725	1500
BELGE	50	0	56	1472	1349
BID	0	300	34	200	
DANIDA	0	0	0	0	700
DED	75	0	0	0	0
FAC	45	0	110	0	0
FED	1210	0	0	737	737
FONDS MONDIAL	0	0	0	1295	1979
FED ARIVA	0	0	0	56	0
GTZ	221	486	83	0	234
IDA	2077	0	0	200	200
JAPON	0	0	0	0	0
KFW	0	520	817	150	0
OMS	181	275	295	992	430
PAYS BAS					
SUISSE	1373	770	757	700	790
UNICEF	631	0	695	135	135

USA	0	0	1430	540	100
FNUAP	305	131	138	138	300
ONG	240	63	66	0	0
FBB	0	0	186	0	0
FC	0	0	1354	0	0
FAD	334	0	0	0	0
AUTRES PAYS	35	0	39	39	39
RESSOURCES EXTERIEURES	6432	4898	10 338	9 867	11 338

Source : Revue documentaire BeCG, 2009

3.3.2.2 Ressources humaines

Le secteur de la santé s'est doté d'une politique de développement des ressources humaines afin de disposer progressivement d'un personnel suffisant, bien réparti, compétent, motivé et performant. Au total en 2004, 2906 nouveaux agents ont été recrutés pour une masse salariale de 2.152.000.000 F.CFA. Quatorze (14) bourses de formation ont été accordées pour le renforcement des compétences des agents (spécialisation paramédicales) et 27 bourses de spécialisations cliniques. Le tableau ci-dessous détaille le nombre des agents recrutés pour le compte du Ministère de la Santé en 2006.

Tableau 7 : Recrutement de personnel dans le secteur de la santé

	Personnels		Prévisions	Effectif Recruté	Ecart
1	Spécialistes	gynécologue	3	0	3
2		Pédiatre	3	1	2
3		chirurgien	2	0	2
4		ophtalmologue	1	0	1
	Généralistes	Médecin	12	11	1
	Paramédical	Autres	23	23	0
5		Pharmacien	1	0	1
6	Administratif		6	7	-1
	TOTAL		51	42	9

Source : Revue documentaire BeCG, 2009

Le PDSS 2002-2006 n'a pas pu résoudre le déficit en ressources humaines dans le secteur de la santé : Le manque de ressources humaines, malgré l'augmentation du personnel de la santé à la période 1997 – 2001 reste préoccupant.

Tableau 8 : Principaux ratio du personnel de santé (Nombre d'habitants /Personnel soignant)

Années	Médecins	Infirmiers	Sage Femmes	Techniciens de laboratoire
2002	7210	2440	1555	17493
2003	7153	3259	1591	16081
2004	7135	2648	1705	16027
2005	7377	2446	1451	17381
2006	7006	1920	1736	16132
Moyenne (variation)	7176 ± 134 (1,9%)	2542 ± 482 (19%)	1607 ± 115 (7,2%)	16622 ± 745 (4,5%)

Source : Revue documentaire BeCG, 2009

Globalement, le nombre d'habitants par personnel soignant a peu évolué au cours de 2002-2006, avec une tendance à la diminution, en considérant le début et la fin du programme dans tous les corps, sauf celui des sages-femmes.

Tableau 9 : Les principaux ratios du personnel soignant

	Médecins		Infirmiers		Sages-femmes*		Techniciens	
	2003	2008	2003	2008	2003	2008	2003	2008
Alibori	44733	35170	7063	3537	6646	4426	41 292	42204
Atacora	18866	18541	6738	3476	4925	2275	29788	26699
Atlantique	8096	8935	3371	2347	1091	1116	28477	27827
Borgou	21941	12750	4363	1763	3365	2169	24064	11889
Collines	27604	32554	3730	2668	2073	2808	30671	32554
Couffo	27020	21976	8586	3705	6979	3916	49127	45522
Donga	20034	20252	8586	3797	4109	3846	32783	30377
Littoral	1243	1456	1093	1006	614	596	4725	4514
Mono	11964	12497	3673	2266	1711	1605	14265	18225
Ouémé	9180	7461	2484	2318	1177	1074	12759	12162
Plateau	20969	15955	7625	3925	2765	1035	46978	49460

Zou	11237	13752	3044	2113	1622	981	12361	16197
Bénin	7153	7511	3259	3663	1591	1392	16081	15577

Source : annuaire des statistiques de la santé 2003 - 2008

Le personnel soignant est inégalement réparti dans les différents départements. Les départements de la Donga, de l'Alibori, du Couffo semblent les plus dépourvus de médecins au début du programme ; un équilibre semble avoir été rétabli à la fin du programme. En ce qui concerne les sages-femmes et techniciens, la situation s'est détériorée dans la majorité des départements sauf dans le Littoral, le Zou et le Mono où la situation s'est exceptionnellement améliorée pour les sages-femmes. Ceux de l'Alibori et du Couffo ont été les plus affectés pour cette catégorie de personnel soignant. Dans l'Alibori et la Donga, le déficit en techniciens s'est creusé davantage.

Au niveau central, le ratio Paramédical / Médecin est passé de 4 (2002) à 5 (2006), alors qu'il est demeuré à 6 de 2003 à 2005.

Tableau 10 : Personnel soignant au CNHU – HKM de 2002 – 2006

Catégories	Corps	2002	2003	2004	2005	2006
Médecin	Professeurs titulaires	19	18	16	15	17
	Professeurs Agrégés	19	21	22	21	21
	Professeurs Assistants	29	29	32	31	29
	Médecins spécialistes	15	23	21	20	11
	Chirurgiens dentistes	4	2	2	2	3
	Pharmaciens	3	2	2	1	2
	Médecins généralistes	6	11	7	7	3
	Maîtres Assistants	6	1	10	11	26
Total médecins		161	107	112	108	112
Paramédical	Inspecteurs d'Actions Sanitaires	10	5	7	0	10
	Infirmiers	349	291	318	294	238
	Sages-femmes	53	48	41	46	46
	Aides soignants	141	243	231	249	196
	Techniciens de laboratoire	52	60	59	52	52
	Techniciens de radiologie	12	8	8	9	8
	Assistants sociaux	3	2	2	2	3
	Contrôleurs d'action sociale	4				

	Autres techniciens	15	33	33	13	28
Total paramédical		639	690	679	665	590

Source : annuaire des statistiques de la santé 2002 - 2006

Ce tableau indique que le personnel médical a diminué de 30% de 2002 à 2006 et le personnel paramédical de 8% dans la même période. Le personnel soignant sert aussi bien dans le secteur public que privé. Toutefois, si on dénombre plus de médecins dans le secteur privé (58%), les autres catégories servent plutôt dans le secteur public (69 à 74%).

Tableau 11 : Répartition du personnel du secteur de la santé par catégorie

Années	Médecins			Infirmiers			Sages-femmes			Techniciens		
	Public	Privé	% public	Public	Privé	% public	Public	Privé	% public	Public	Privé	% public
2002	363	576	38,66	1917	807	65,75	668	361	64,92	261	126	67,44
2003	386	589	39,59	1407	733	86,48	675	361	65,15	261	126	67,44
2004	439	571	43,47	2361	369	73,31	820	173	82,58	397	54	88,03
2005	431	594	42,05	2266	825	76,85	873	357	70,98	303	132	69,66
2006	494	595	45,36	2738	825	65,75	642	357	64,26	185	132	58,36
Moyenne			41,8			74,5			69,6			71,2

Source : Revue documentaire BeCG, 2009

De 2002 à 2006, malgré les recrutements successifs, la situation est restée préoccupante à cause de plusieurs facteurs dont :

- le vieillissement du personnel de la fonction publique en général ;
- l'insuffisance du personnel qualifié et spécialisé (clinicien) ;
- l'insuffisance de formation et de recyclage ;
- le manque de motivation du personnel ;
- la concentration du personnel dans les centres urbains au détriment des centres ruraux ;
- l'insuffisance de la marge de manœuvre des structures intermédiaires et périphériques sur, la gestion des mouvements du personnel.

3.3.2.3 Infrastructures sanitaires

Les infrastructures sanitaires sont réparties sur tout le territoire national selon la pyramide sanitaire basée elle-même sur le découpage territorial. Les différents types d'infrastructures observés dans le secteur public sont :

Au niveau national ou central :

- le Centre Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoucou Maga (CNHU-HKM),
- le Centre National de Pneumo-phthysiologie,

- le Centre National de Psychiatrie,
- le Centre National de Gériatrie,
- l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune.

Au niveau départemental ou intermédiaire :

- Les Centres Hospitaliers Départementaux (CHD)
- Les Centres de Traitement de l'Ulcère de Buruli

Au niveau périphérique :

- L'Hôpital de Zone ou la référence de premier niveau
- Les Centres de Santé de Commune (CSC) dont certains contiennent des unités d'hospitalisation, le Centre de Santé d'Arrondissement (CSA) et les Unités Villageoises de Santé (UVS) ;
- Les maternités isolées ;
- Les dispensaires isolés ;
- Le centre de détection de la tuberculose (CDT).
- Il existe également des infrastructures privées (privées confessionnelles et privées à but lucratif). Ces dernières n'ont pas été catégorisées mais on distingue particulièrement :
 - Les hôpitaux ;
 - Les cliniques ;
 - Les cabinets médicaux et d'accouchement ;
 - Les cabinets de soins infirmiers.

Tableau 12 : Taux de couverture en centres de santé de commune et d'arrondissement par zone sanitaire

Départements / zones sanitaires	Nombre d'arrondissements couverts en CSC ou en CSA		Taux de couverture sanitaire en %		Nombre de centres de santé privés	
	2003	2006	2003	2006	2003	2006
Alibori	36	38	88	93	nc	nc
Atacora	43	44	93	94	nc	24
Atlantique	63	71	85	96	nc	nc
Borgou	42	42	98	98	nc	nc
Collines	50	49	83	82	108	108
Couffo	40	42	80	84	nc	nc
Donga	26	25	96	96	30	32
Littoral	12	12	92	92	nc	nc

Mono	32	34	91	97	nc	nc
Ouémé	46	50	88	96	nc	nc
Plateau	27	28	93	97	nc	nc
Zou	52	54	69	71	141	141
Bénin	469	489	86	90	279	305

Source : Revue documentaire BeCG, 2009

nc = Non connu

Les taux de couverture ont sensiblement augmenté de 2003 à 2006, passant de 86% en 2003 à 90% en 2006. Tous les départements ont connu une augmentation par rapport à la couverture de leur territoire en infrastructures sanitaires. A titre d'exemple : le département de l'Alibori est passé de 88% de taux de couverture en 2003 à 93% en taux de couverture en 2006 ; dans la Donga, le taux de couverture est resté stable à 96%. Le département des Collines présente le taux de couverture le plus bas en 2006 (82%), tandis que le département du Borgou présente le taux de couverture le plus élevé (98 %). Ce taux de couverture est influencé par le nombre d'infrastructures construites sur la période. Ces infrastructures sont passées de 469 en 2003 à 489 en 2006, soit 30 nouveaux centres construits sur la période de l'étude.

Quant au nombre de centres de santé privés, il a connu une augmentation, passant de 279 centres privés en 2003 à 305 centres de santé en 2006 soit un accroissement de 29%. Toutefois, il faut noter que les statistiques précises ne sont pas disponibles à cette date.

3.3.2.4. Equipements médicaux

Chaque année, avec le concours des partenaires au développement, le gouvernement consacre une partie substantielle du budget national à la construction et à l'équipement des infrastructures sanitaires. Mais faute de maintenance adéquate les bâtiments et équipement se dégradent.

Les équipements d'origines diverses, ne répondent pas toujours aux besoins sanitaires. Le matériel séjourne parfois longtemps dans leur emballage. Aussi, la chaîne de froid et de la maintenance n'est pas maîtrisée. En 2003 plusieurs formations sanitaires publiques ont vu leur plateau technique renforcé : ce paragraphe dénonce des insuffisances et présente des progrès. Les séparer au besoin et donner plus d'exemples concrets illustrant les constats.

- Le CNHU a bénéficié des équipements d'explorations diagnostiques ;
- L'Hôpital de Zone de Ouidah a reçu un échographe ;
- L'hôpital HOMEL et l'hôpital de zone de Suru Léré ont reçu des équipements médico-techniques dans l'Atlantique et le Littoral.
- Dans l'Ouémé et le Plateau, le CHD Ouémé a eu un autoclave de grande capacité L'hôpital de zone de Sakété et celui de Pobè des équipements médico – technique ;

Tableau 13 : Evolution du nombre de lits par département de 2002 à 2006

Années	CHD Atacora /Donga	CNHU- HKM Atlantique /Littoral	CHD Borgou /Alibori	CHD Mono /Couffo	CHD Ouémé /Plateau	CHD Zou/ Colline	Total
2002	119	609	125	100	392	405	1345
2003	119	610	177	121	342	405	1369
2004	119	606	167	117	370	382	1379
2005	118	606	172	117	370	382	1383
2006	115	608	161	121	368	371	1373

Source : Revue documentaire BeCG, 2009

Le nombre total de lits par département est resté globalement le même sur toute l'étendue du territoire national. Cependant, le constat qui se dégage est celui d'une augmentation dans le Mono/Couffo, alors qu'on note une régression dans le département du Zou/Collines.

Quatre services se retrouvent dans tous les départements: Médecine générale, chirurgie, gynéco-obstétrique et pédiatrie. Ils comptent à eux seuls 80 à 100 % des lits. Les autres services tels que : ORL, Service Polyvalent d'Anesthésie – Réanimation (SPAR), Hématologie, Cardiologie, Néonatalogie et Neuropsychiatrie n'étaient présents que dans l'Atlantique/Littoral au début de la politique. Mais dès 2003, la situation s'est améliorée et le SPAR s'est installé dans les départements du Mono/Couffo et de l'Ouémé/Plateau. Il y a dans le Mono/Couffo quelques lits (4) en cardiologie. Les quatre départements du Nord n'ont toujours pas de service ORL en 2006.

Tableau 14 : Couverture des zones sanitaires en incinérateurs fonctionnels

Départements /zones sanitaires	2002*	2003*	2004	2005	2006
Atlantique	04	00	20	19	19
Littoral			6	6	6
Atacora	00	02	11	11	11
Donga			12	12	12
Borgou	03	00	37	37	44
Alibori			22	22	16
Mono	00	10	18	18	18

Couffo			12	12	12
Ouémé	20	00	5	5	5
Plateau			6	6	6
Zou	03	00	37	41	41
/ Collines			10	10	10
Bénin	30	12	196	196	197

* En 2002 – 2003, seuls les incinérateurs construits ont été mentionnés dans les rapports

Source : Revue documentaire BeCG, 2009

IV : ANALYSE DE LA POLITIQUE

4.1. Pertinence et cohérence de la mise en œuvre de la PDSS

Il s'agit d'une part d'examiner l'adéquation entre les objectifs de la PDSS et le contexte sanitaire au Bénin et d'autre part d'analyser la cohérence entre les stratégies et méthodes de mise en œuvre de la PDSS.

En 1982, la mise en place du PSP (Programme Sanitaire par Pays courant 82 – 91 a été demandé à tous les Etats membre de l'OMS. En 1986, la première évaluation de ce document (PSP) a révélé un faible taux de réalisation des activités. Ce taux des activités non réalisées avoisine les 25% pour plusieurs raisons :

- Absence de prise de conscience par les acteurs de la pertinence des actions ;
- Insuffisance des ressources financières, matérielles et humaines pour les réalisations ;
- Absence de synergie avec des actions isolées et non cohérentes ;
- Absence de boussole claire ;
- Inexistence d'indicateurs objectivement vérifiables (IOV).

Face à une telle situation, l'appui technique et financier de la Banque Mondiale a été sollicité. Sur les exigences de celle-ci une politique cohérente d'intervention a été prévue. Ainsi, une étude diagnostique de 1986 à 1989 a été effectuée. Aussi, Conformément aux conclusions de la Table Ronde du Secteur de la Santé tenue les 12 et 13 Janvier 1995 à Cotonou, le MS a calqué sa politique de développement du secteur sur le processus de décentralisation qui en cours dans le pays. Il a été retenu le rapprochement de l'offre de santé des populations pour accroître leur bien-être sanitaire. Selon plusieurs études économétriques, il existe une corrélation positive entre l'amélioration de la qualité de vie et les différentes performances de l'économie. En effet, les stratégies et politiques dans le secteur permettent de réduire la pauvreté grâce à l'amélioration de la qualité et l'efficacité du capital humain.

Tout ce processus a abouti à l'élaboration de la première politique réalisée pour la période 1997 – 2001. Son évaluation a conduit à la mise en place de celle de 2002 – 2006. Cette deuxième politique a eu pour fondement le Programme d'Actions Gouvernementales-II (PAG-II).

L'analyse du Programme d'Actions Gouvernementales-II (PAG-II), surtout en son domaine 6 qui exprime les orientations nationales du gouvernement sur la période 2001-2006 en matière de santé, démontre une cohérence et une adéquation avec la Politique de Développement du Secteur de la Santé (2002-2006). Cette Politique de Développement du Secteur de la Santé 2002-2006, élaborée en 2001 et mise en œuvre à partir de 2002, cadre parfaitement avec les stratégies dont les objectifs et les sous objectifs sont déclinés en actions. Ces objectifs, et sous objectifs ainsi que la plupart des actions sont globalement inscrits dans le PAGII.

Le Programme d'Actions Gouvernementales-II (PAG-II) a été adopté à l'issue d'un séminaire tenu du 07 au 09 juin 2001 et dont les conclusions ont été validées le 28 juillet 2001. Ce Programme d'Actions Gouvernementales-II dans son domaine 6 relatif au "renforcement de la lutte contre la pauvreté" fixe notamment comme objectifs :

- Améliorer les indicateurs de santé ;
- Améliorer la qualité des soins et la prise en charge des urgences ;

- Organiser la protection civile et sociale ;
- Promouvoir la santé de la reproduction ;
- Faire passer le taux de couverture en infrastructures sanitaires de 80% de 2001 à 100% en 2006 ;
- Lutter contre le SIDA ;
- Lutter contre le paludisme et les principales maladies.

Ce programme est en parfaite adéquation avec la vision, l'approche et les objectifs de développement dégagés par les Etudes Nationales de Perspectives à Long Terme initiées par le Gouvernement en 1996.

Ainsi, la PDSS a été mise en œuvre à travers cinq axes stratégiques qui découlent des objectifs du PAG II. Toutefois, son installation a souffert des difficultés d'ordre technique, financier, matériel et humain. Ces difficultés sont dues à l'inexistence d'un plan de mobilisation des ressources pour la mise en œuvre de la PDSS et les procédures administratives lourdes de décaissement. La mauvaise planification des activités ne tient pas toujours compte de l'ampleur des tâches à exécuter. Des choix politiques ont été opérés pour répondre à certains problèmes ponctuels et certaines zones privilégiées lors de la mise en place. Selon les acteurs, ils rencontrent dans l'exécution de la PDSS plusieurs difficultés dont au premier plan, le manque de ressources humaines notamment des planificateurs et gestionnaires compétents. A tout cela s'ajoutent :

- La mauvaise évaluation due aux enquêtes mal conduites sur le terrain ;
- L'insuffisance de recherche scientifique dans le secteur santé
- Le manque de recyclage et de motivation des ressources humaines
- La vision imposée des partenaires au développement ;
- La non prise en compte des points de vue de la base dans la confection du document final
- L'insuffisance de ressources financières et matérielles pour suivre les actions
- Des axes ou sous axes inexplorés faute de ressources ;
- L'indisponibilité des informations sur certains investissements par les partenaires.

Suite à ces constats, on peut affirmer que la PDSS (2002 – 2006) est pertinente. Toutefois la mise en œuvre participative prévue et l'approche intégrée de résolution des problèmes n'ont pas été une réussite.

4.2. Efficacité

Malgré les nombreuses difficultés qui ont jalonné la mise en œuvre de la Politique de Développement du Secteur de la Santé, les acteurs estiment que cette Politique est indispensable et constitue un début pour la modernisation et l'efficacité du secteur de la santé. Globalement il s'agit d'un bon départ au regard des acquis enregistrés.

L'efficacité de la PDSS se traduit à travers ses réalisations effectives en comparaison avec celles prévues initialement.

Amélioration et offre de santé dans les zones urbaines et rurales

Toutes les personnes rencontrées (voir liste en annexe) dans les centres de santé affirment que la réorganisation de la pyramide a permis la mise en place de nouveaux centres de santé et les nombreuses formations sanitaires, surtout en zone périphérique. Cette politique a permis d'avoir des agents de santé plus aptes à faire face aux soins de santé et d'installer des infrastructures au cours de la période.

Au niveau de la réorganisation de la base de la pyramide sanitaire et le renforcement de la couverture sanitaire (axe 1), la politique est globalement satisfaisante. Elle a permis l'installation de beaucoup d'infrastructures afin de rapprocher les soins des populations. Selon les acteurs, la création de nouveaux centres de santé a caractérisé aussi la politique 2002-2006. Ils ont noté une collaboration entre secteur privé et secteur public. En effet, certains agents du secteur privé ont participé au programme de renforcement de capacité durant cette période. Ainsi, il existe un partenariat entre le centre de léproserie et le CHD de GOHO ; ceci permet de référencer assez rapidement les patients de cette léproserie et mieux de leur appliquer un tarif à la baisse sur les frais d'analyse biomédicale.

En matière d'utilisation des services de santé, le taux de fréquentation de ces services de santé s'est stabilisé à 35%. La disponibilité et l'accessibilité aux médicaments de qualité sont renforcées, le sang et les dérivés sanguins de qualité sont accessibles ; le plateau technique est par endroit renforcé.

Concernant l'axe 2, les praticiens rencontrés dans les centres de santé publics témoignent de la grande mobilisation de ressources financières destinées surtout à la formation en zone périphérique. Ainsi, plusieurs formations à la gestion budgétaire et à l'élaboration des cartes sanitaires ont été organisées à l'intention des chefs service des affaires administratives et économiques. Ils affirment qu'il existe un manuel de procédure toujours respecté dans la gestion des ressources hospitalières. Quant au renforcement de la participation communautaire et de la collaboration avec les collectivités locales, les populations se sont senties impliquées mieux que par le passé à la politique de santé. Toutefois, l'appui aux activités de planification de suivi évaluation a rencontré des difficultés au plan organisationnel.

Au niveau de la prévention et de la lutte contre les principales maladies et l'amélioration de la qualité des soins (axe 3), la stratégie de surveillance intégrée des maladies transmissibles est mise en œuvre à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. La sécurité transfusionnelle a été renforcée par la dotation des CHD et des hôpitaux de zone de plateau technique de diagnostic nécessaire. Par ailleurs des séances de sensibilisation des populations sur les facteurs de risque des affections bucco-dentaires, drépanocytose et diabète ont été organisées. La promotion des activités d'hygiène et d'assainissement de base est assurée. La promotion de la

médecine traditionnelle et de la pharmacopée a souffert d'inefficacité au plan organisationnelle. Par contre les systèmes de sécurité sociale et de mutuelles de santé sont mis en place et les mécanismes de prise en charge des personnes indigentes sont rationalisés.

Au niveau de la prévention et lutte contre les maladies prioritaires (axe 4) ; l'évolution de la prévalence du VIH/SIDA est quelque peu maîtrisée (1,9 -2,2%), les risques de transmission des IST/VIH SIDA et les moyens de prévention sont connus du grand public. La prise en charge médicale de PV VIH/SIDA et la surveillance épidémiologique sont assurées grâce aux partenaires tels que PNLS2, AGEFIB, CRAD, PAM et FNUAP. La politique a permis à la DDS d'appuyer des associations impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA.

S'agissant de la prévention et la lutte contre le paludisme, l'accès à un traitement rapide et adéquat est assuré grâce au renforcement de la capacité de gestion du PNLP et la prise en charge des cas dans les formations sanitaires. L'accès à un traitement rapide du paludisme est assuré. Les mesures de protection telles que les moustiquaires imprégnées et autres interventions en faveur des personnes à risques surtout les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, sont renforcées.

Quant à la prévention et la lutte contre la tuberculose les cas de suspicion sont référés au niveau de la DDS et traités. Nos interlocuteurs n'ont pas pu se prononcer sur le développement et la surveillance de l'épidémie. Toutefois, les rapports annoncent 100% de prise en charge et de guérison.

Au niveau de la promotion de la santé familiale (axe 5), la sensibilisation et la forte médiation de populations ont marqué la promotion de la planification familiale. A cet égard, l'utilisation des moyens d'espacement des naissances avec les méthodes de collier, la promotion de l'utilisation des préservatifs ont constitué selon nos interlocuteurs les cibles de cet axe. La promotion de la maternité à moindres risques, la prise en charge des affections gynécologiques sont des actions continues. La priorité a été accordée à la sensibilisation des adolescents et des jeunes sur l'éducation à la vie familiale responsable. Il est à noter que dans le cadre de la promotion de la jeune fille, un centre de promotion sociale a été créé en 2004 à DAVOUGON pour former les jeunes filles, à la couture et au tricotage. Ce centre reçoit de jeunes adolescentes, les forme et les prépare à être mères.

La politique a contribué au renforcement de la couverture vaccinale aujourd'hui supérieure à 90% pour la population cible (mère - enfants). En ce qui concerne la santé maternelle et infantile, la mortalité générale est de 13/1000 et la mortalité infantile (89,1/1000 naissances vivantes) ainsi que la fécondité (5,6 enfants/femme) sont encore trop élevées. Il en est de même pour la mortalité maternelle 498 décès maternels/100.000 NV. Les niveaux de mortalité générale de 474 /100.000 NV et infanto- juvénile de 107,2/10.000 sont toujours élevés.

Etat des projets ou programmes

Plusieurs programmes ont été élaborés et mis en exécution. Dans l'ensemble, les activités sont variées :

- Sensibilisation sur les modes de contamination des IST ;
- Promotion de l'utilisation de moustiquaires imprégnées ;
- Promotion de la prise de chloroquine par la femme enceinte.

Tableau 15 : Points des activités et projets de la PDSS

	Années	Projets	Observations
Axe 1	2002	12 activités	2 au SP11, 3 au SP12 et SP 13 ; 4 activités prévues au budget de fonctionnement. 7 projets ont une performance > 90% et 6 projets ont une performance < 50%
	2003	17 projets	2 nouveaux pour appuyer la décentralisation et renforcer le plateau technique
	2004	21 projets	
	2005	20 projets	
	2006	14 projets	
Axe 2	2002	32 activités	Les activités de ce programme (1 au PIP, 6 au BESA et 21 au BF) au cours de cette année n'ont pas été élaborées sous formes de projets
	2003	3 projets	
	2004	21 projets	
	2005	156 activités	Les activités de ce programme au cours de ces deux années n'ont pas été élaborées sous formes de projets
	2006	1 activité	
Axe 3	2002	34 projets	27 ont connu un taux de consommation supérieur à 90% et 7 ont un taux de consommation inférieur à 70%
	2003	31 projets	5 nouveaux projets ont été créés en 2003 dont : Renforcement de la sécurité transfusionnelle, Promotion de l'hygiène et de l'assainissement et construction et équipement du CHD Couffo
	2004	50 projets	22 actions (44%) ont été largement réalisées, 14 (28%) ont été partiellement réalisées et 14 restent non encore réalisées
	2005	26 projets	Projets inscrits au PIP
	2006	25 projets	Projets inscrits au PIP
Axe 4	2002	3 projets / 34 activités	5 activités non prévues ont été réalisées
	2003	4 projets	Un nouveau projet a été enregistré (Corridor Abidjan -Cotonou - Lagos)
	2004	4 projets	
	2005	4 projets	
	2006	4 projets	
Axe 5	2002	3 projets	Avec des taux de réalisation supérieurs à 90%
	2003	4 projets	Un nouveau intitulé « Etude architecturale pour le Centre National de Gérontologie de Ouidah »

	2004		
	2005	5 projets	
	2006	5 projets	

Source : Revue documentaire BeCG, 2009

Toutefois, il a été très difficile d'identifier toutes les activités exécutées dans chaque axe et de déterminer l'état des projets menés. Quelles que soient les sources primaires ou secondaires auxquelles nous avons eu accès, nos recherches sur le terrain n'ont pas permis de nous renseigner sur tous les projets exécutés dans le cadre de la PDSS.

Système de suivi - évaluation

Le système de suivi – évaluation est basé sur plusieurs indicateurs qui permettent de mesurer le bien-être de la population. Certains de ces indicateurs ont varié d'une année à l'autre et d'autres sont restés stables pendant la même période.

Tableau 16 : Evolution des indicateurs de performance de la PDSS

Axes	Sous – programme	Indicateurs	2002	2003	2004	2005	2006
Axe 1		Taux de fréquentation des services de soins	35%	38%	39	37	43,9
		Taux de fréquentation des services de soins par les enfants de moins de 5 ans	77%	78%	86	76,2	79
Axe 2		Pourcentage de crédits du Budget National affectés au niveau périphérique (CSSP/CSCU/ZS)	100	100	100		
		Délai de passation de marché pour - appels d'offres nationaux - appels d'offres internationaux	3 mois 6 mois	3 mois 6 mois	3 mois 6 mois	3 mois 6 mois	3 mois 6 mois
		Pourcentage d'audits réalisés dans les centres de coût	100	100	100		
Axe 3		Nombre de cas de lèpres dépistées	389	377	453	397	404
		Taux de couverture du PEV (DTCP3)	93	105	87	93	93
		Taux de couverture vaccinale (VAR)	87	97	86	85	89
Axe 4	IST/SIDA	Taux de séroprévalence du VIH chez les consultantes prénatales au Bénin	< 1,9	2,2	2,0	2,1	
		Taux d'utilisation de préservatif par la population	70	75	75		

	Paludisme	Pourcentage d'habitants dormant sous moustiquaires imprégnées	-	35	27,82	60	
		Pourcentage de femmes enceintes dormant sous moustiquaires imprégnées		28,65	35	31,17	19,7
		Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaires imprégnées		31,29	37	40,6	20,2
		Taux de létalité due au paludisme pour 10000 habitants	70	116	135	140	
	Tuberculose	Taux de succès thérapeutiques	79	80	81	87	
Axe 5	Promotion de la santé de la femme	Taux d'accouchement assistés (%)	63	76	92	90	82
		Taux de consultations prénatales (%)	76,5	91	92	90	91
		Taux Brut de Natalité (TBN)	41,2	41,17	39,9	39,2	
		Indice synthétique de fécondité (ISF) enfant/femme	5,53	5,44	5,38	5,31	
		Espérance de vie à la naissance des femmes	61,3	61,6	61,9	62,2	
	Promotion de la santé de l'enfant	Taux de couverture en vitamine A			93	92	80
		Taux de faible poids à la naissance		12	12	12	
		Taux de Mortalité Infantile (TMI)	90	90	66,8	65,6	
		Taux de Mortalité Infanto – juvénile	146,4	146,4	105,1	102,9	
	Promotion de la santé des adolescents et des jeunes	Taux d'utilisation de méthodes contraceptives modernes (%)	15,6	13	16	10,6	9,9
	Promotion de la santé des hommes	Espérance de vie à la naissance des hommes	Ans	57,2	57,1	57,4	57,7
		Taux Brut de Mortalité (TBM)	12,3	12,27	10,8	10,5	

Source : Revue documentaire BeCG, 2009

Toutes ces tendances montrent que la PDSS, a permis une amélioration sensible du bien-être sanitaire des populations. Il s'avère pertinent de relever quelques points faibles et points forts qu'il faudra analyser pour les expériences futures. Toutefois, le fait que les indicateurs des axes ne couvrent pas tous les sous-programmes de l'axe, rend difficile l'évaluation de l'atteinte des objectifs dans leur ensemble.

Les donateurs (UNICEF, UE.....) ont un regard positif sur la politique de développement du secteur de la santé jugée comme une aubaine pour le secteur, vu les difficultés que rencontrent les populations à la base pour accéder aux soins de qualité. L'UNICEF, dont le rôle est d'aider à une prise en charge intégrée de l'enfant, estime que la mise en œuvre de la politique

de santé au Bénin a donné de bons résultats comme dans le cas des PTME et inspire nombre de pays de la sous région.

Nous pouvons conclure que la PDSS a quelques points forts

- Le document de la PDSS, constitue un bon outil de référence pour les acteurs du secteur de la santé.
- L'effort budgétaire fait pour le secteur de la Santé par l'Etat béninois est important et approche les 10% du budget recommandé par l'OMS.
- La PDSS prend largement en considération les OMD et les SCRP.

4.3. Efficience

Malgré les acquis de la PDSS, les résultats obtenus n'ont pas toujours été en rapport avec les moyens mobilisés. Les rapports annuels de performance consultés font rarement mention des taux de réalisation des activités prévues. Ce qui ne permet pas d'établir un rapport coût / résultats. Cependant, ces rapports indiquent des écarts entre les prévisions et les réalisations. Ces décalages seraient dus entre autre au dysfonctionnement institutionnel, organisationnel et technique.

La Politique de développement du Secteur de Santé 2002-2006 n'est pas connue de la plupart des personnes rencontrées et est diversement appréciée par les acteurs, allant des appréciations très honorifiques à des avis très critiques. Les structures déconcentrées, au niveau de financement du secteur et de l'amélioration de la gestion des ressources, ont l'impression que toutes les ressources sont encore concentrées à Cotonou (au Ministère) où toute mission d'évaluation des actions vient du niveau central (Cotonou). Cette appréciation reflète une mauvaise répartition des ressources entre certains CHD bénéficient de plus de financement que les hôpitaux de zone alors qu'ils accueillent moins de malades.

Les résultats seraient meilleurs si les ressources humaines et financières appropriées accompagnaient la volonté politique. Selon les acteurs, le rapprochement des soins de la population par la création des Hôpitaux de Zone n'a pas été suivi des moyens adéquats.

La délimitation des zones de santé permet un rapprochement des ressources des centres de santé, ce qui n'était pas le cas par le passé. Les bureaux de Zone Sanitaire, sont devenus des gestionnaires de crédits. Ils deviennent ordonnateurs délégués des crédits. Cependant, cet effort de rapprochement des crédits auprès des bénéficiaires souffre quasiment des mêmes problèmes de procédures et du taux de consommation des crédits assez bas (environ 30%).

Au niveau communal, 70 centres de santé de commune existent, mais seuls 40 sont conformes, soit 57%. Au niveau arrondissement, 441 centres d'arrondissement sont érigés pour les 546 arrondissements et 347 sont conformes (78,68%). La pyramide de santé n'a pas pris en compte les villages, ce qui affecte l'accès aux soins des populations rurales.

La nomination à la tête des hôpitaux des directeurs administrateurs au lieu des cliniciens, pose quelques difficultés de fonctionnement. Le clinicien est plus approprié à détecter les dysfonctionnements contrairement à l'administrateur qui ne peut maîtriser le fonctionnement d'un hôpital dans son ensemble sans se mettre à l'école du praticien. . Il serait plus indiqué de fournir aux cliniciens des compétences administratives pour gérer ces structures sanitaires.

L'Organe de Partenariat avec les Privés (OPP) créé par le MS, qui devait être le cadre de concertation entre l'Etat et les centres de santé pour aborder les problèmes fonctionnels et proposer à l'autorité des éléments de décisions, n'a jamais véritablement fonctionné. En ce qui concerne l'évaluation du partenariat entre les organismes privés et le MS, il concerne essentiellement l'Axe 1 et plus précisément le sous-axe 2 « Développement du partenariat entre secteur public et privé » dont les objectifs n'ont pas totalement été atteints car les résultats obtenus sont encore très limités. . En 2006, 50.000.000 FCFA étaient consacrés au fonctionnement de ce sous axe, sans un financement ni pour le renforcement des capacités des structures représentatives du secteur privé, ni pour appuyer le fonctionnement du cadre légal et réglementaire en vigueur.

Cet état de fait est dû à une mauvaise interprétation des structures étatiques qui craignent, à tort, une concurrence du secteur privé. Or, à la différence d'un concurrent, le secteur privé devrait être considéré comme un partenaire, comblant de fait le vide laissé par le secteur public en matière de couverture des besoins en santé et dans la qualité de l'accueil et des prestations sanitaires. Ainsi, les partenaires privés dans leur grande majorité ont le sentiment d'une mauvaise volonté des structures d'Etat à promouvoir réellement le partenariat public-privé en matière de développement du secteur de la santé.

Les praticiens des hôpitaux de zone mettent encore en doute la qualité de soin car le problème de plateau technique constitue une entrave à celle-ci. En effet, selon eux, le matériel mis à la disposition de l'hôpital de zone est de mauvaise qualité. Ceci influe sur la qualité des soins. Le problème majeur que rencontre les praticiens à ce niveau est relatif à la maintenance des appareils acquis à grands frais. De plus l'instabilité du personnel aidant oblige les centres à un renouvellement constant de ce personnel auxiliaire. La conséquence en est que les agents nouvellement venus ont souvent les difficultés dans la manipulation des appareils dont la maîtrise requiert un apprentissage préalable. A cela s'ajoute, le manque d'infrastructures adéquates pour abriter ces appareils et équipements très souvent sensibles. Les équipements achetés tombent en panne régulièrement avec des tables d'anesthésie qui ne sont plus fonctionnelles en moins de 3 ans, le groupe électrogène défectueux en moins de deux ans pour ne citer que ces exemples.

Les responsables de stratégie enquêtés ont confié que la promotion de la multisectorialité des actions de lutte contre le SIDA est inachevée. En effet, des comités de lutte contre les IST/SIDA existent mais ils ne sont pas tous fonctionnels à cause du manque de financement.

Certains responsables, notamment ceux de la stratégie paludisme de GOHO, soulignent que la promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées ne résout qu'une partie du système de prévention. En effet, la population reste exposée aux piqûres de moustique avant le coucher. Il serait souhaitable de prévenir le paludisme de manière plus systémique.

L'administration et les médecins ne s'accordent pas toujours sur le délai du traitement. En effet, les C/SAAE évaluent la santé de façon pécuniaire tandis que les médecins essayent de réduire au mieux la durée d'hospitalisation du malade. La chimioprophylaxie n'est pas correctement observée.

La nutrition des enfants est une dimension de la santé encore préoccupante, car cet aspect de la santé infantile s'est détérioré en 2006. Quarante pour cent des enfants sont décédés cette année à cause de la malnutrition et le problème est plus accentué au Nord (Alibori). L'UNICEF soutient que le Bénin n'a pas une politique claire en matière de malnutrition. Au-delà de ce problème de nutrition, les bailleurs estiment qu'il y a un relâchement de la supervision dans le cadre de la PEV. Ceci est peut être dû aux facteurs motivants qu'étaient la possibilité pour les superviseurs de conserver dans le cadre de la campagne leurs moyens de transport (motos) qui restent désormais la propriété du programme.

Au regard de ces constats nous pouvons conclure que la PDSS a quelques points faibles situés à différents niveaux que sont :

Au niveau organisationnel

- La délégation des pouvoirs de décision et de gestion n'a pas suivi la décentralisation des activités de la stratégie ;
- Le problème de décaissement (SIGFIP non vite renseigné) donc faibles consommation des crédits ;
- Les médecins coordonnateurs de zone n'ont pas toujours la psychologie de l'obligation de résultats et fournissent parfois des données non fiables. Ce qui rend difficile l'utilisation des outils de suivi et évaluation.

Au niveau des ressources humaines

- L'insuffisance et la mauvaise répartition des médecins spécialistes
- L'utilisation massive du personnel contractuel, d'agents communautaires
- La mauvaise gestion des ressources humaines
- L'anachronisme des textes réglementant le personnel et les statuts des formations sanitaires

Au niveau des infrastructures et équipement

- La mauvaise conception de certaines infrastructures et leur mauvaise implantation
- La vétusté des infrastructures et des équipements des formations sanitaires
- Mauvaise maintenance des appareils techniques, roulants et des matériels
- La distribution inadéquate et inefficace des équipements
- Le manque d'entretien et la gestion inadéquate du matériel médicaux-technique
- Le faible niveau du plateau technique
- L'absence de la démarche qualité dans les formations sanitaires

Au niveau des mutuelles

- La faible adhésion de la population au système d'assurance maladie
- Le faible développement des mutuelles de santé

- La faiblesse de la prévention non médicale.

A l'issu de cette analyse, nous proposons le tableau de synthèse suivant :

Tableau 17 : Analyse des stratégies

Axes	Pertinence	Résultats	Rentabilité	Durabilité
Réorganisation de la base de la pyramide sanitaire et renforcement de la couverture sanitaire	Pertinent	Insuffisant	Partielle	Peu durable*
Financement du secteur et amélioration de la gestion des ressources	Pertinent	Insuffisant	Pas rentable	Pas durable
Prévention et lutte contre les principales maladies et amélioration de la qualité des soins	Pertinent	Insuffisant	Rentable	Trop tôt
Prévention et lutte contre les maladies prioritaires : SIDA, Paludisme et Tuberculose	Pertinent	Insuffisant	D'une certaine façon	Trop tôt
Promotion de la Santé Familiale	D'une certaine façon	Pas d'avis	Pas rentable	Peu durable*

** une note intermédiaire entre « Pas durable et Durable »*

Les performances atteintes n'ont donc pas été à la hauteur des espérances. Ceci a conduit à l'analyse de la stratégie de mise en œuvre pour mieux comprendre les raisons de ces contre performances.

4.4. Impact

L'analyse des impacts a consisté en la détermination des principaux paramètres à évaluer et s'est appuyée sur l'identification des différentes composantes de la politique potentiellement affectées par les activités de celle-ci. Elle résulte du croisement des activités de la politique marquant les différents axes de la politique avec des éléments socio-économiques susceptibles d'être touchés. Le croisement devant traduire l'incidence réciproque que pourrait avoir une catégorie de facteurs sur l'autre.

Les composantes de la vie socio-économiques qui sont affectées par la mise en œuvre de la PDSS sont essentiellement le secteur de la santé elle-même, l'économie nationale et le secteur de l'éducation.

En effet, la PDSS répond parfaitement à la maxime « il n'y a de richesse que d'hommes » qui suppose par ailleurs la mobilisation des ressources humaines de qualité autour des objectifs de

développement. Il s'agit donc pour l'Etat béninois de disposer de ses enfants afin de réaliser les Objectifs du Millénaire pour le Développement de façon globale et plus spécifiquement ceux de la SCRP.

4.4.1. Les nouvelles orientations de la politique de la santé

A la fin de l'année 2006, une nouvelle politique de développement de la santé devait prendre le relais de la PDSS. Elle devait avoir pour fondement les Orientations Stratégiques de Développement du Bénin, élaborées en 2007. Contrairement à la PDSS qui était caractérisée par un cloisonnement des activités proposées afin de résoudre les contraintes du secteur santé, surtout dans l'axe stratégique 5 de la PDSS qui a élaboré des programmes en fonction du sexe et de l'âge, la nouvelle politique propose une approche plus systémique capable d'une gestion plus globale et efficace des contraintes.

Selon les Orientations Stratégiques de Développement du Bénin, l'organisation de la pyramide sanitaire qui avait pour but la réorganisation de la pyramide de santé en améliorant l'accès aux soins de santé des populations est un sous axe d'un programme plus vaste de renforcement des services de santé. Cet axe prend en compte la qualité des soins à travers le recrutement de personnel qualifié et l'offre des services de santé maternelle et infantile.

Le sous axe « Renforcement du sous secteur pharmaceutique » est érigé en un axe stratégique « Sécurisation des médicaments et des produits » qui doit développer un système de financement intégré et sécurisé. L'approvisionnement permanent des produits pharmaceutiques et la promotion de la pharmacopée traditionnelle contribueront ainsi efficacement à traiter les différentes pathologies. Cet axe se base sur les acquis de l'axe 2 « Financement du secteur et amélioration de la gestion des ressources ».

Les deux axes de la PDSS touchant aux maladies ont été fusionnés en un seul axe stratégique qui vise la « maîtrise de la prévalence du VIH/SIDA, du paludisme et des maladies endémiques », avec un accent particulier sur les maladies les plus fréquentes et la prise en charge des enfants de moins de 5 ans. Une telle démarche s'explique par le fait que dans les services décentralisés au niveau des départements, les responsables de stratégies ont des difficultés à séparer les gestions et à fournir des informations fiables.

Le développement de l'offre sanitaire de référence prend aujourd'hui une autre dimension en mettant plus l'accent sur le cadre législatif et réglementaire, le renforcement des capacités et des compétences des acteurs du secteur.

Cette nouvelle Politique Nationale de Développement de la Santé (PNDS) a été mise en œuvre à partir de 2009. Pendant la période transitoire 2006 – 2008, les rapports de performances n'ont plus fait état des résultats des différents axes. Ces derniers ont été abandonnés, au profit d'une approche globaliste des projets et programmes nationaux :

- PNCEFFS : Programme National de Construction, d'Equipement et de Fonctionnalité des Formations Sanitaires.
- PAASR : Projet d'Appui aux Activités de la Santé de la Reproduction.
- Projet d'Appui au Développement du Système de Santé.
- PISF : Projet Intégré de Santé Familiale

- PNLMT : Programme National de lutte contre les Maladies Non Transmissibles.
- PNLMT : Programme National de Lutte contre les Maladies Transmissibles.
- PPHA : Programme de la Promotion Hygiène Assainissement.
- PNLT : Programme Nationale de lutte contre la Tuberculose

La mesure de l'impact de la PDSS est celle des effets directs, indirects et induits des résultats de la politique mis en œuvre entre 2002 et 2006. Mais cette mesure ne peut se faire qu'a posteriori de ces résultats. Selon les normes d'évaluation cette analyse ne peut être significative qu'après une période d'au moins cinq ans. Cette mesure nécessite souvent des études spécifiques qui permettent de comparer les situations AVANT et celles d' APRES. Cette mesure nécessite aussi la réponse aux questions :

- La politique a-t-elle atteint les objectifs spécifiques qu'elle s'était fixés ?
- Quels ont été les autres effets induits de la politique ?

Cependant, nous nous proposons de fournir quelques éléments qui permettent d'apprécier l'impact de cette politique sur différents secteurs .Les effets directs sont à rechercher sur la situation sanitaire de notre pays le Bénin, alors que les effets indirects et induits sont sur les autres secteurs de l'économie nationale.

4.4.2. Impact direct de la PDSS : le secteur de la santé

L'effet direct de la PDSS peut être apprécié à travers le tableau ci-dessous, où nous nous proposons d'analyser l'allure des différents indicateurs retenus pour mesurer l'impact.

Tableau 18 : Impact direct de la PDSS (secteur santé)

Indicateurs	Cibles	2006	2008	Ecart
Taux de fréquentation des services sanitaires	45	44	45,3	1,3
Taux de fréquentation des services sanitaires par les enfants de 0 à 5 ans	85	79	76,5	-2,5
Nombre de zones sanitaires fonctionnelles	28	26	28	2
Taux de couverture vaccinale	> 90	92	94	2
Taux d'accouchement	> 80	83,3	82	-1,3
Taux de consultation prénatale	> 90	91	93	2
Utilisation des méthodes contraceptives	15	12,5	11	-1,5
Taux de femmes dormant sous moustiquaire		19,7	54,8	35,1

Ainsi le tableau ci-dessus montre que certains indicateurs ont évolué positivement tandis que d'autres sont restés stables. Mieux plusieurs ont évolué négativement.

Globalement, la fréquentation des services sanitaires a augmenté en 2008, preuve que les populations comprennent de plus en plus l'utilité des services de santé. Aussi, le nombre de zones sanitaires fonctionnelles s'est-il amélioré en 2008 ainsi que le taux de couverture vaccinale, il en est de même des consultations prénatales qui ont augmenté en 2008. La stratégie des responsables de santé de coupler la distribution des moustiquaires avec les consultations prénatales et la bataille médiatique pour l'utilisation des moustiquaires imprégnées a fait augmenter le taux de femmes dormant sous moustiquaires en 2008, passant de 19,7 en 2006 à 54,8 en 2008. Cet indicateur n'ayant pas de référence, il est heureux de constater l'évolution positive des chiffres.

Cependant, l'analyse des données montre que les enfants fréquentent de moins en moins les centres de santé. Ceci est dû sans doute aux mesures préventives liées à la couverture vaccinale qui fait reculer les maladies de l'enfance. Il en est de même de l'utilisation des méthodes contraceptives. Les femmes ont utilisé moins de méthodes contraceptives en 2008. Ceci peut avoir une double explication. Soit les conséquences induites par ces méthodes sur la santé des femmes (obésité, maladies non expliquées), soit aussi par les cas de grossesse non désirés et surtout les coûts des produits contraceptifs qui ne sont pas à la portée des populations les plus démunies. Par ailleurs, le recul de l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes peut également être expliqué par une prise de conscience de celles-ci et de leurs compagnons. En effet, l'information, l'éducation et la communication autour des maladies sexuellement transmissibles telles que le VIH/SIDA ont tôt fait de convaincre les populations sur les dangers de cette maladie et les conséquences qu'elle peut avoir : contraintes dans le traitement à base des anti rétro viraux, stigmatisation (même si de plus en plus, les porteurs de cette maladie sont acceptés), le manque d'énergie à consacrer à une activité soit intellectuelle mais surtout physique. Au point où, il est préférable de s'abstenir que de vouloir même s'engager avec l'aide des méthodes contraceptives.

De façon globale, avec le recul de certains indicateurs on peut aisément conclure à l'impact positif de la PDSS dans le domaine de la santé. En témoigne en effet, la part du budget de l'Etat consacrée au secteur de la santé. En effet, on note une évolution de ce budget depuis quelques années. A l'intérieur de celui-ci, la part réservée à la prévention des maladies qui paralysent fortement la contribution des ressources humaines aux objectifs du développement ne cesse de croître dans les mêmes proportions que celles du budget lui-même. Ce qui explique le recul des indicateurs de certaines maladies. La conséquence positive, c'est le nombre d'enfants scolarisés sur la période et l'évolution du PIB du pays qui trouve aussi un sens dans les activités d'hygiène et d'assainissement de base. Les activités liées à l'hygiène et l'assainissement expliquent également le recul des consultations.

4.4.3. Impact indirect de la PDSS : les autres secteurs de l'économie.

a)- le secteur de l'économie nationale

Le Produit Intérieur Brut (PIB) est le principal indicateur qui évalue la richesse produite par l'économie nationale.

Tableau 19 : Impact direct de la PDSS (autres secteurs)

Année	Produit Intérieur Brut en milliards de FCFA		Tx de croissance économique(en %)	PIB par tête (1000 FCFA)	Déflateur du PIB en %
	Prix courant	Prix constant de 1985			
1999	1532,4	768,2	5,3	244	0,4
2000	1679,6	805,6	4,9	259	4,5
2001	1832,1	855,9	6,2	273	2,7
2002	1956,8	893,7	4,4	283	3,2
2003	2068,1	928,4	3,9	289	1,7
2004	2140	957,4	3,1	289	0,4
2005	2299	984,9	2,9	300	4,4
2006	2460,2	1021,8	3,8	311	3,2
2007	2641,3	1069,1	4,6	323	2,6
2008	2973,9	1122,3	5	351	7,2

Sur la base du tableau ci-dessus, on enregistre une augmentation du PIB au prix courant. Le PIB par tête a suivi la même tendance pour passer de 311.000 F.CFA par tête en 2006 à 351.000 F.CFA par tête en 2008.

Sans établir un lien direct avec la situation sanitaire de notre pays, nous pouvons sans nous tromper affirmer que l'amélioration de cette situation influe sur l'augmentation de la production des richesses de notre pays. En effet, l'amélioration des conditions sanitaires permet de disposer des hommes valides, en bon état de santé physique et mental donc capables de participer à l'œuvre de construction économique du pays. Cette participation s'analyse notamment dans quelques secteurs clés de l'économie nationale à savoir le secteur primaire, le secteur industriel et le secteur tertiaire. Si les indicateurs du secteur primaire ont évolué ces dernières années, c'est nul doute dû à l'amélioration des techniques de production, à la mécanisation mais avant tout à la disponibilité des hommes susceptibles de les manipuler. Il est de même dans le secteur industriel ainsi que dans le secteur tertiaire où le nombre de femmes par exemple travaillant dans ce secteur ne cesse d'augmenter. Cela s'explique par la situation sanitaire qui a vu leur santé s'améliorer. Beaucoup de femmes délaissent les activités liées au sexe au profit d'activités génératrices de revenu surtout avec la politique de micro crédits aux femmes qui permet de les lancer. Cette occupation des femmes explique sans aucun doute, le fait qu'il y ait plus de femmes qui n'utilisent plus aujourd'hui les méthodes contraceptives.

b)- l'éducation nationale

La scolarisation universelle est atteinte lorsque tous les enfants vont à l'école et acquièrent un minimum de connaissances et de compétences fondamentales. L'achèvement du cycle primaire est nécessaire pour la pérennisation de l'alphabétisation. Le taux d'achèvement est l'indicateur qui nous permet de suivre les progrès vers la scolarisation universelle. Le taux

d'achèvement ou taux d'accès au CM2 étant le nombre de nouveaux entrants au CM2 divisé par la population de 11 ans.

Malgré que d'importants progrès aient été réalisés depuis 2005 en termes d'accès et de capacité d'accueil, seuls 66 enfants sur 100 atteignent le CM2, soit un taux d'achèvement de 66% comme l'illustre le tableau ci-dessous :

Tableau 20 : Achèvement du cycle primaire

	1994	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Total	26%	41%	41%	46%	49%	49%	54%	60%	66%
Filles	17%	29%	30%	31%	36%	37%	42%	49%	56%

Le tableau montre en effet l'évolution croissante du taux d'achèvement du cycle primaire de 2002 à 2007. Dans ce sens, on note une augmentation positive de la proportion des filles scolarisées. Cette situation peut s'expliquer de deux manières : la première serait liée à la situation démographique du pays où la proportion de filles est supérieure par rapport à celle des garçons ; la deuxième serait liée à la politique mise en place par le gouvernement pour assurer la scolarisation des filles. Mais de façon plus approfondie, cette évolution du taux d'achèvement (notamment chez les filles) s'explique par les mesures de la PDSS. En effet, nous avons démontré à l'aide de certains indicateurs, l'effet positif de la PDSS sur la santé et le bien-être des populations à savoir : recul des maladies liées à l'enfance, le recul des taux de décès des enfants de moins 5 ans, amélioration de la situation sanitaire des femmes et prise de conscience des conditions d'hygiène et d'assainissement. Ce sont autant de facteurs qui influent positivement le taux de scolarisation des enfants et partant le taux d'achèvement du cours primaire par ceux-ci. Il en est de même pour les taux d'achèvement des élèves du secondaire et du supérieur qui ont sensiblement évolués par rapport aux années d'avant la mise en œuvre de la politique.

V : RECOMMANDATIONS

Il est impérieux pour les autorités Béninoises d'apporter des réponses urgentes et efficaces aux problèmes sanitaires aux populations. D'où la nécessité d'établir un consensus pour des réformes conséquentes dans le secteur. Ainsi, les nouvelles politiques du secteur de la santé doivent faire le choix de construire une collaboration franche avec tous les acteurs (populations, secteur privé, Services et Directions du Ministère...)

5.1. Sur le plan organisationnel

- Il serait nécessaire de clarifier les domaines de compétence et les rapports entre les élus locaux et les comités de gestion des ZS, en répondant aux questions classiques de planification que sont : Qui fait quoi ? avec qui ?, quand ? et comment ?
- Il serait souhaitable de calquer pour les prochaines politiques dans le secteur, le développement de la pyramide sanitaire sur les réalités géographiques et surtout démographiques et non sur le découpage administratif qui ne cadre pas toujours avec les besoins des populations ;
- Renforcer les capacités managériales de l'équipe d'encadrement des zones sanitaires, avec un accent sur la planification avec ses corollaires que sont :
 - le système d'information,
 - le dispositif de suivi-évaluation (en tant que dispositif et outil de décisions). Ce dispositif de suivi-Evaluation devra procéder à la fois de : du suivi au sens strict, pour permettre une bonne gestion des moyens, des activités et des résultats de la politique, mais aussi au sens global en s'appuyant sur une analyse de l'action et de ses résultats, pour juger de la pertinence, de la cohérence et de l'efficacité du processus de mise en œuvre.
 - le dispositif de suivi-évaluation, doit préciser les indicateurs de changement et les indicateurs de suivi au démarrage de la politique.

Il serait judicieux d'élaborer des manuels de procédures de gestion tant dans la gestion des ressources humaines, des finances, des équipements que du matériel.

- La gestion des ressources humaines
- Les principes généraux de la procédure
- La procédure de gestion budgétaire
- La procédure comptable et financière
- Il est souhaitable que, les différentes politiques axent leurs interventions sur une bonne gouvernance dans le secteur de la santé, avec une participation communautaire plus active, une prise en compte correcte des compétences communales et des mécanismes de recevabilité efficaces, transparents et orientés sur les résultats et les mécanismes de suivi et de contrôle appropriés ;

- Les prochaines politiques doivent axer leurs interventions dans un cadre cohérent de planification et de gestion stratégique, afin d'améliorer la responsabilité des acteurs.

5.2. Sur le plan de la conception des projets/programmes

Le phasage de l'exécution des projets et programmes de longues durées ne sont toujours pas faits. En effet, il serait opportun que certains projets/programmes soient limités dans le temps. Il s'agit notamment de certains programmes ou projets qui ont démarré depuis très longtemps mais qui dans leur stratégie d'exécution n'ont pas de date de fin de projet. Parmi ces programmes, on peut citer :

- le Programme Nationale de Lutte contre la Tuberculose (PNT) démarré depuis 1986 et qui est toujours en cours
- le Programme Elargi de Vaccination (PEV) démarré depuis 1982 et qui est toujours en cours

Ces deux programmes devraient avoir un horizon temporel, qui puisse permettre de faire un certain nombre d'analyse et d'optimiser les ressources et au besoin de réorienter les activités.

Nous proposons donc que les programmes qui composent les différentes politiques suivent le cycle de projet habituel :

5.3. Sur le plan institutionnel

- il serait souhaitable de mieux impliquer les acteurs dans l'élaboration des prochaines PDSS, ceci participerait de la connaissance de la politique et de sa visibilité.
- Il serait souhaitable de dynamiser de l'Organe de Partenariat avec le Privé (OPP), par l'acquisition de bâtiment et des frais de fonctionnement. Avec une définition claire de son cahier de charges.

5.4. Sur le plan du financement du secteur

Les DNS (Dépenses Nationales de Santé) par les habitants en 2003 sont estimées à 13.742³ FCFA par an. Ces dépenses vont s'accroître d'années en année vu la conjoncture nationale et internationale. Ceci nécessitera de la part de l'Etat plus d'effort budgétaire pour soutenir le secteur et permettre aux populations d'avoir des soins de qualité. Pour éviter que la santé ne devienne encore plus chère, nous proposons que pour les prochaines politiques que les autorités mobilisent le financement privé par la promotion des assurances obligatoires de santé, des mutuelles et autres sources privées.

³ Données des Comptes Nationaux de la Santé (CNS)

ANNEXES

TERMES DE REFERENCE POUR LE RECRUTEMENT D'UN CONSULTANT POUR L'EVALUATION DE LA POLITIQUE DE DEVELOPPEMENT DU SECTEUR DE LA SANTE (2002-2006) AU BENIN

I- CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La formulation de la politique du secteur de la santé au Bénin découle de la volonté du Gouvernement de placer les questions sanitaires au cœur de la problématique de développement de notre pays. C'est dans ce cadre que le Ministère de la Santé a élaboré et mis en œuvre la Politique Nationale de Développement de la Santé, PNDS (200-2006). Dans ce document de Politique, le Gouvernement s'est engagé résolument à appuyer et à renforcer :

- le développement sanitaire à la base afin de réduire les taux de morbidité et de mortalité et d'améliorer le bien-être des populations ;
- la participation communautaire aux activités sanitaires pour obtenir les résultats souhaités ;
- le partenariat entre le secteur public et le secteur privé dans le domaine de la santé, pour renforcer les acquis.

De la Politique Nationale de Développement de la Santé, ont été définies plusieurs stratégies notamment :

- la stratégie nationale de lutte contre le SIDA ;
- la stratégie nationale de lutte contre le paludisme ;
- la stratégie de développement des mutuelles de santé ;
- la stratégie nationale de développement des mutuelles de santé ;
- les stratégies nationales de lutte contre la lèpre et l'ulcère de Buruli.

Toutes ces stratégies et politiques ont permis d'enregistrer des résultats importants en termes d'impact d'actions sanitaires notamment :

- la baisse du taux de prévalence sanitaire (paludisme, VIH/SIDA, tuberculose, etc.) ;
- l'amélioration de l'offre d'infrastructure sanitaire : selon l'OMS (rapport 2005), le Bénin est l'un des pays de l'Afrique de l'Ouest où l'offre d'infrastructure sanitaire est la plus fournie ;

- l'amélioration progressive de l'espérance de vie qui se situe actuellement autour de 54 ans ;
- la diminution du taux de mortalité infantile qui avoisine 86,7 pour 1000 naissances vivantes.

Cependant, face à la démographie galopante, l'analyse de la situation dans le cadre de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance (PCIME) montre que 70% des enfants malades n'ont pas accès aux soins de qualité et seulement 35 à 40% des populations fréquentent les formations sanitaires (document de stratégie de développement des mutuelles de santé 2003).

Pour pallier ces insuffisances, le Ministère de la Santé s'est doté d'une politique et de stratégies claires axées sur cinq (05) centres d'intérêt :

- i. la réorganisation de la base de la pyramide sanitaire et le renforcement de la couverture sanitaire ;
- ii. le financement du secteur et l'amélioration de la gestion des ressources ;
- iii. la prévention et la lutte contre les principales maladies et l'amélioration de la qualité des soins ;
- iv. la prévention et la lutte contre les maladies prioritaires (IST et VIH/SIDA) ;
- v. la promotion de la santé familiale.

Le Bureau d'Evaluation de l'Action Publique (BEAP) du Ministère de la Prospective, du Développement et de l'Evaluation de l'Action Publique (MPDEAP) recherche un Consultant/Cabinet pour l'assister dans la réalisation de l'évaluation de la politique de développement du secteur de la santé 2002-2006

II- OBJET DE LA CONSULTATION ET TACHES A EXECUTER

1. Objectif général

La consultation a pour objet de procéder à l'évaluation de la politique sectorielle mise en œuvre en matière de santé de 2002 à 2006.

2. Objectifs spécifiques

Le consultant/cabinet aura à accomplir toutes les tâches découlant de l'objet de la consultation et des missions spécifiques telles que :

- évaluer la pertinence et la cohérence des choix stratégiques au regard de la Politique Nationale de Développement de la Santé 2002-2006 ;
- identifier les principales contraintes et faiblesses de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Développement de la Santé 2002-2006 ;
- apprécier la capacité technique des ressources humaines dans le secteur de la santé ;
- apprécier la qualité des infrastructures sanitaires, des équipements médicaux ainsi que la politique d'approvisionnement des formations sanitaires ;
- apprécier la qualité du système de suivi-évaluation des projets et programmes par l'administration publique ;
- analyser l'efficacité des ressources allouées au regard des résultats obtenus dans le secteur ;
- proposer des approches de solutions pertinentes en vue d'une mise en œuvre plus efficace de nouvelles stratégies.

III- RESULTATS ATTENDUS

Les résultats suivants sont attendus de la mission du Consultant/Cabinet :

- un diagnostic du système sanitaire est réalisé ;
- les principales contraintes et faiblesses de la mise en œuvre de la politique sont connues ;
- les retombées et impacts de la mise en œuvre de la politique sanitaire 2002-2006 sont connues ;
- des solutions novatrices en vue de l'amélioration des stratégies et d'une mise en œuvre efficace de la Politique Nationale de Développement de la Santé sont définies.

IV- DUREE DE L'ETUDE ET CALENDRIER DE REALISATION

La durée maximale prévue pour l'accomplissement de cette mission est de trois (03) mois. La mission devra commencer à la date de signature du contrat. Un calendrier est présenté dans le tableau ci-dessous.

Etapes	1 ^{er} mois				2 ^{ème} mois				3 ^{ème} mois			
Revue documentaire, travaux de terrain et dépôt du rapport provisoire.	x	x	x	x	x	X						
Lecture et amendements du rapport provisoire par le BEAP.							x	x	X			
Atelier de validation du rapport provisoire.										X		
Prise en compte des observations et dépôt du rapport définitif.											x	x

V- COMPOSITION DE L'EQUIPE DE TRAVAIL

L'équipe de consultants (ou le Cabinet) qui assurera la présente mission devra comprendre au moins :

- un **économiste de développement** de haut niveau, chef d'équipe ayant une très bonne expérience dans l'élaboration et l'évaluation des politiques publiques dans les pays africains. Il doit avoir au moins dix (10) années d'expérience dans la conduite et la réalisation d'études similaires ;
- un **économiste** disposant d'une bonne expérience dans l'élaboration et l'évaluation des politiques publiques. Il doit avoir au moins cinq (05) années d'expérience dans la conduite et la réalisation d'études similaires.
- un **médecin, spécialiste en santé publique** ayant une bonne connaissance des enjeux du développement sanitaire notamment des pays africains. Une expérience d'au moins cinq (05) ans dans la conduite ou la participation à des missions similaires est requise. La gestion de projets ou programmes dans le domaine est un atout.
- un **statisticien** titulaire d'un Diplôme de Technicien Supérieur (DTS) en Statistique, qui sera chargé de la saisie et de l'analyse des données. Il doit avoir une expérience d'au moins cinq (05) ans dans le traitement des données.

Les travaux de l'équipe de consultants (ou de Cabinet) seront coordonnés par l'Economiste de développement. Il sera donc le Chef de Mission et à ce titre, sera le responsable de la bonne conduite de l'étude. Il servira également de relais entre l'équipe et le MPDEAP.

Le Consultant/Cabinet doit présenter dans son offre les curriculum vitae de tous les membres de l'équipe dûment signés par ces derniers. Chaque curriculum vitae devra préciser la formation, les emplois occupés et les expériences pertinentes dans le cadre de la présente mission du membre de l'équipe concerné ainsi que l'ancienneté dans chaque emploi ou expérience.

VI- PRODUIT DE L'ETUDE

Le Consultant/Cabinet doit produire un rapport indiquant les démarches méthodologiques adaptées pour atteindre les résultats et les éléments pour l'amélioration de la Politique Nationale de Développement de la Santé (2002-2006).

VII- OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATION

L'Administration facilitera aux soumissionnaires l'accès à la documentation existante, aux structures, aux personnes et aux informations dont ils auront besoin pour réaliser aux mieux toutes les prestations contenues dans leur mandat.

VIII- OBLIGATIONS DU CONSULTANT

Les données collectées dans le cadre de la présente étude seront strictement utilisées par le consultant/Cabinet pour les besoins de la mission. Elles seront transmises au MPDEAP dans un format numérique qui sera convenu de commun accord entre le Consultant/Cabinet et l'Administration.

Les rapports seront rédigés en langue française. Le Cabinet/Consultant déposera dix (10) exemplaires et une copie numérique, en format Word, de ces rapports au MPDEAP.

EVALUATION DE LA POLITIQUE DE DEVELOPPEMENT DU SECTEUR DE LA SANTE AU BENIN

INSTRUCTIONS AU CABINET BENIN CONSULTING GROUP (BeCG)

A. Objectifs de l'évaluation

- L'évaluation a été lancée en vue d'acquérir une meilleure connaissance de la politique menée dans le secteur de la santé au cours de la période sous revue. Elle vise également à apprécier la pertinence et la cohérence des choix stratégiques réalisées et estimer l'efficacité des différentes mesures prises par le Gouvernement.
- L'évaluation devrait permettre, en réalisant un état des lieux, de comprendre les forces et les faiblesses du système sanitaire béninois notamment en relation avec les réformes introduites par la politique de développement 2002-2006 du secteur.
- L'évaluation doit également informer sur l'efficacité et l'efficience de la politique ainsi que les impacts de la mise en œuvre en termes de bénéfices sociaux en vue de formuler des recommandations pour la mise en œuvre de la politique de développement sanitaire 2006-2015.

B. Résultats attendus de l'évaluation

a. Analyse

Le Consultant a pour mission de passer en revue l'ensemble des sous stratégies de la Politique Nationale de Développement de la Santé.

Le Consultant devra notamment appesantir son analyse sur :

- la pertinence et la cohérence interne et externe de la politique et des choix stratégiques du secteur ;
- la capacité technique des ressources humaines dans le secteur de la santé ;
- les goulots d'étranglements pour un système plus performant notamment en matière d'équipements et de ressources humaines ;
- la qualité des infrastructures sanitaires, des équipements médicaux ainsi que la politique d'approvisionnement des formations sanitaires ;

- la qualité du système de suivi-évaluation des projets et programmes par l'Administration publique ;
- le niveau d'implication du secteur privé dans le développement de l'économie de la santé au Bénin ;
- l'impact de la mise en œuvre de la politique sanitaire sur les populations (conduire une évaluation des impacts sur un échantillon national représentatif du système sanitaire béninois) ;
- les conditions préalables nécessaires au succès des stratégies définies.

b. Questions évaluatives

7. Les choix de la Politique Nationale de Développement de la Santé (PNDS) 2002-2006 étaient-ils cohérents ? Quelles ont été les principales faiblesses de leur mise en œuvre ?
8. Quel est l'état des ressources humaines, des infrastructures sanitaires et des équipements médicaux du secteur de la santé ? Quels sont les niveaux de ressources allouées dans le cadre de la PNDS ?
9. Quel est l'état des projets, programmes du système de suivi-évaluation du secteur ?
10. Dans quelle mesure la PNDS a-t-elle contribué à :
 - améliorer la prévention et l'offre de santé dans les zones urbaines et rurales ?
 - améliorer le système d'approvisionnement et de fourniture des populations en médicaments et en matériel médical ?
 - résoudre les dysfonctionnements institutionnels relevés dans le diagnostic du secteur de la santé au Bénin ?
 - assurer la disponibilité des ressources humaines et matérielles nécessaires dans les structures de santé ?
 - permettre la mise en œuvre efficiente des sous-stratégies (SIDA, maladies endémiques) visant la réduction des affections sanitaires et la réduction de la pauvreté ?
11. Quels sont les impacts directs et indirects de la politique sur les populations ? Quels sont les revers de sa mise en œuvre ?
12. Quelles mesures doit-on retenir au regard des choix stratégiques de la politique de développement du secteur 2007-2015 pour une meilleure mise en œuvre ?

c. Recommandations

Les recommandations faites par le Consultant concerneront entre autres :

- les propositions de réformes institutionnelles visant notamment une implication plus accrue des mutuelles de santé et du secteur privé ;
- l'amélioration de la couverture sanitaire des zones rurales et défavorisées ;
- les propositions pour une meilleure mise en œuvre des stratégies définies.

Ces recommandations devront être définies, pratiques et assorties d'une estimation en termes de moyens humains, juridiques et financiers à mettre en œuvre.

C. Produits attendus du Consultant

- Le Consultant devra produire à la suite de la réunion de cadrage un schéma de réalisation de l'évaluation en document intégral qui précise la méthodologie et les outils retenus pour la conduite de l'évaluation.
- Le schéma de réalisation devra préciser les questions évaluatives. Les méthodes utilisées pour répondre aux questions devront être documentées.
- Le Consultant devra fournir une liste préliminaire des personnes à rencontrer et un calendrier arrêté sur la base de la date de démarrage des travaux.
- Le Consultant pourra s'adresser pour toute information au Coordonnateur du Bureau d'Evaluation de l'Action Publique (BEAP) ou à l'un de ses collaborateurs désigné pour la supervision.
- Le Consultant devra informer le BEAP de toute difficulté de nature à retarder le calendrier de la consultation.
- Une grande attention sera accordée à l'élaboration d'un aide-mémoire avant la production des rapports provisoire et définitif de l'évaluation dans les délais prescrits par le schéma de réalisation, le BEAP s'engage à respecter les délais de réponse.
- Le rapport provisoire fourni par le Consultant conformément aux dispositions du Dossier d'Appel d'Offres devra mentionner les limites de l'étude.
- Le Consultant devra collecter et fournir au BEAP les statistiques des indicateurs du secteur sur la période 2002-2008.

Axes		2002	2003	2004	2005	2006	TOTAL
<i>Axe stratégique n°1 : Réorganisation de la base de la pyramide sanitaire et renforcement de la couverture sanitaire.</i>	Montants alloués	15.092	10.978	11.921	15.530	18.546	72.067
	Montant consommé	12.143	7.836	3.097	11.421	11.885	46.382
	Taux de consommation	80%	71%	26%	74%	64%	63%
<i>Axe stratégique n°2 : Financement du secteur et amélioration de la gestion des ressources.</i>	Montants alloués	12.658	15.913	18.859	11.820	13.143	72.393
	Montant consommé	12.561	14.552	17.017	11.674	11.624	67.428
	Taux de consommation	99%	91%	90%	99%	88%	93,4
<i>Axe stratégique n°3 : Prévention et lutte contre les principales maladies et amélioration de la qualité des soins.</i>	Montants alloués	5.858	8.410	9.852	9.992	12.862	46.974
	Montant consommé	5.182	6.065	6.503	8.354	7.828	33.932
	Taux de consommation	88%	72%	66%	84%	61%	74,2
<i>Axe stratégique n°4 : Prévention et lutte contre les maladies prioritaires</i>	Montants alloués	2.448	2.249	3.902	3.120	4.784	16.503
	Montant consommé	2.450	2.105	2.069	2.026	1.823	10.473
	Taux de consommation	100%	94%	53%	65%	38%	70%
<i>Axe stratégique n°5 : Promotion de la santé familiale.</i>	Montants alloués	1.263	1.880	991	1.156	931	6.221
	Montant consommé	1.286	1.858	1.136	1.056	477	5.813
	Taux de consommation	102%	99%	87%	91%	51%	86%

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

PERSONNES RENCONTREE	TITRE
M. Adrien LOKOSSOU	Directeur CHD Borgou Alibori.
M. Jean N'TCHA	Gynécologue du CHD Natitingou
Dr Raïmi OKE	Médecin chef COPARGO
Dr Rodrigue COHOUN	Médecin chef Ouaké
Dr Sourakatou SALIFOU	Coordonnateur Zone Sanitaire Djougou, Copargo, Ouaké
Sœur Agnès POLFER	Surveillant Générale Hôpital or de Malte de Djougou.
M. Amadou BIO	Charger de l'Administration des ressources Zone Sanitaire Djougou, Copargo, Ouaké
Dr Idrissou IBRAIMA	Direction Départementale de la Santé de Parakou
M. Emile CONANSANDE	Direction Départementale de la Santé de l'Atacora Donga
Dr Jacob NAMBOLI	Coordonnateur Zone Sanitaire Malanville – Karimama
Diallo MOUSSA IBRAIM	Directeur CHD Atocora Donga
FINOUDE Mathias	Chef suivi-évaluation Ministère de la Santé
COSSI Andrée	Administrateur de Programme/Chargée du suivi et de l'évaluation/UNICEF
ADONON Razack	responsable de l'AXE 1
Quenum Alban	Directeur de la Santé Familiale (DSF),
Ghyslain SOPOH	Directeur Centre burilli Allada
GBETIE M .Théodore	chef cellule contrôle de gestion et des Statistiques
DJOSSOU AZO Georges	Directeur de l'hôpital de zone de Comé
Dr .DADA Donatien	Médecin Chef de l'Hôpital de Zone de Comé
Dr GHEZO Mèvo Blaise	Médecin Coordonnateur de Zone sanitaire Comé
YOUSSOUF Djima	Assistant Administratif Financier du Fonds Mondial

Amoussou Samir	CHD Lokossa
Etienne TOHOUNFO	CHD Lokossa
TOGNISSO P.	Hôpital de zone Lokossa
Père Christian	Centre de santé de Davougon
Père Joël	Centre de santé de Davougon
AGLIN Georges	CHD GOHO
AVESSI Aubin	DDS ABOMEY
A. Faustin	CHD GOHO
Dr. HESSOU Septime Pépin	Directeur DDS Porto Novo
SALAMI Razacki	Directeur CHD Porto Novo
Secrétaire	Hôpital de zone de Pobè
Dr. ATTOKO Valentin	Directeur Hôpital de zone de Sakété
Dr. HOGBONOUTO K. Séraphin	Coordonnateur Hôpital d'Abomey-Calavi
GBETIE Michel Théodore	Contrôleur de gestion CNHU Cotonou
Dr. ZODJIN A. Prospère	Président MUSANT Cotonou
Dr. SOPON E. Ghislain	Directeur Centre Ulcère de Burili Allada
Secrétaire du coordonnateur	Hôpital de zone Toffo
Dr. AGUESSY D. Gratien	Directeur Hôpital de zone de Ouidah
Dr. HESSOU Septime Pépin	Directeur DDS Porto Novo
SALAMI Razacki	Directeur CHD Porto Novo
Dr AYI Marcellin	Coordonnateur du Programme de Développement des Mutuelles
Dr KINDE Akoko GAZARD	Ancien Ministre de la Santé
Dr MASSOUGBODJI Marina	Ancien Ministre de la Santé