REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE LA SANTE

EVALUATION A MI PARCOURS DE LA MISE EN ŒUVRE DU PNDS 2009-2018

Rapport Final

Juin 2016

PREFACE

Le Ministère de la Santé a adopté en 2009 un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) couvrant la période 2009-2018. Ce plan est mis en œuvre à travers des Plans Triennaux de Développement(PTD). A ce jour, deux Plans Triennaux de Développement 2010-2012 et 2013-2015 ont déjà été mis en œuvre.

Cinq ans après le début de la mise en œuvre de ce plan, il est important de faire une évaluation à mi-parcours afin d'apprécier les performances réalisées et de réorienter les interventions et les stratégies planifiées. La présente évaluation intervient à un moment décisif marquant l'échéance des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et l'avènement des Objectifs de Développement Durable (ODD).

J'ai la conviction que les recommandations formulées permettront d'améliorer les performances du secteur de la santé et de relever les défis en lien avec les Objectifs de Développement Durable (ODD).

J'exhorte tous les acteurs de la mise en œuvre du PNDS à s'approprier le rapport de l'évaluation à mi-parcours et à y puiser des éléments d'amélioration des stratégies et interventions du secteur. Enfin, je remercie tous ceux qui ont contribué à l'aboutissement de ce processus.

Le Ministre de la Santé,

RESUME

1. **Contexte et justification de la mission :** Le présent processus d'évaluation à mi-parcours intervient un peu plus de cinq ans après l'adoption du PNDS 2009-2018 et se situe à une période charnière des processus de développement sanitaire notamment en Afrique. En effet, cette évaluation se tient au moment où les OMD arrivent à échéance avec des résultats très mitigés et à une période ou la communauté internationale s'engage vers des Objectifs de Développement Durable (ODD). Au-delà donc de faire un bilan à mi-parcours de la mise en œuvre du PNDS, il s'agit également de jeter les bases d'un système sanitaire performant capable de relever les défis liés aux ODD.

L'Objectif général est d'apprécier l'état de mise en œuvre du PNDS 2009-2018. De façon spécifique, l'évaluation à mi-parcours devrait s'appesantir sur le niveau des indicateurs traceurs en fin 2014; décrire et analyser les principales interventions au niveau de chacun des cinq domaines prioritaires du PNDS, identifier les principales difficultés et faire des suggestions dans la perspective d'atteindre les objectifs assignés au PNDS.

2. **Déroulement du processus** : Conduit en fin 2015 début 2016, l'ensemble de ce processus d'évaluation s'est inscrit dans un esprit de renforcement des capacités institutionnelles des acteurs du Ministère de la Santé. Dans cette perspective, un processus participatif a été conduit s'inspirant de l'approche Country Health Policy Process (CHPP) qui a soutenu l'élaboration du PNDS. Ainsi, un processus d'auto-évaluation a été conduit impliquant les principaux acteurs concernés par le développement sanitaire. Cette auto-évaluation a fait l'objet de consolidation et de validation avec l'appui de consultants national et international.

Le présent rapport constitue donc la somme de l'ensemble de ces processus qui ont connu la participation aussi bien des acteurs nationaux que des partenaires techniques et financiers.

3. **Principaux résultats**
4.
5. **Principaux constats et défis :** Aux termes de ce processus, plusieurs constats sont faits aussi bien sur les acquis que sur les aspects qui nécessitent une attention particulière. D'une manière générale, on peut dire que les performances sont moyennes en ce qui concerne les extrants directement imputables aux prestations offertes par les services de santé. Il s'agit par exemple du taux de succès thérapeutique pour la tuberculose, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes. Néanmoins, certains de ces indicateurs d'extrants restent problématiques. C'est le cas des enfants complètement vaccinés (moins de 50%) et la CPN4 (58%) ainsi que la prévalence contraceptive qui n'est pas reprise parmi les indicateurs traceurs. Ainsi donc à mi-parcours, le déficit reste encore significatif au niveau de certains indicateurs d'extrants essentiels ce qui entre autres explique aussi une faiblesse en matière d'inversion des tendances négatives au niveau des indicateurs d'impact. Malgré les progrès notables enregistrés

tels que le taux de césarienne (8,5% en 2014 contre 5,1 % en 2009), les audits systématiques réalisés pour chaque décès maternel, la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale et la généralisation du Paquet d'Interventions à Haut Impact (PIHI),la mortalité maternelle et celle néonatale restent élevées. L'évaluation note qu'un certain nombre d'indicateurs traceurs n'ont pas été renseignés par manque de données. Il s'agit généralement d'indicateurs qui n'étaient pas non plus suffisamment documentés dans le plan de suivi et évaluation.

Au-delà de ces indicateurs quantitatifs, la phase actuelle du PNDS renseigne que de nombreuses initiatives porteuses d'effets significatifs ont été mises en œuvre et pourront donc être capitalisées (FBR, Stratégies de prise en charge des indigents, initiatives de mutualisation des ressources financières à travers les COMPACT et la plateforme RSS, la dynamique de coordination entre acteurs et notamment avec les PTF etc.)

Les défis majeurs qui apparaissent à mi-parcours sont entre autres : 1) la mobilisation des ressources pour le financement du secteur et l'amélioration des procédures et l'allocation équitable des ressources 2) Le développement des ressources humaines essentielles en santé 3) le renforcement du plateau technique pour une offre de soins de qualité (les infrastructures, les équipements et la maintenance) 4) la coordination aussi bien interne qu'externe des interventions dans le secteur ou ayant un impact sur le secteur de la santé et enfin 5) la capitalisation d'un certain nombre d'initiatives novatrices et prometteuses en cours dans le secteur.

6. **Perspectives pour l'atteinte des objectifs du PNDS :** Tenant compte des constats et des défis relevés, un certain nombre de perspectives sont suggérées pour contribuer à l'atteinte des objectifs d'ici à 2018 mais aussi jeter les bases pour le prochain PNDS dans le contexte des ODD : (i) la relecture du Plan de Suivi-évaluation et de Revue (PSER) dans le but de pouvoir reformuler certains indicateurs et /ou introduire et justifier de nouveaux indicateurs dans le sens de pouvoir mesurer les performances en 2018 (ii) une analyse systémique du dispositif de coordination actuel en lien avec la mise en œuvre de l'approche sectorielle. Une analyse rapide de situation peut être envisagée avec l'appui d'une personne ressource afin d'identifier les différents points d'ancrage possibles aussi bien au niveau central que départemental (iii) donner une priorité à la capitalisation des principales initiatives en cours afin de prendre des décisions sur les aspects consensuels. Ce processus de capitalisation peut s'opérationnaliser à travers des cadres de réflexions animés par les porteurs de différentes expériences (DDS, EEZS, Projets et programmes) sous la direction des GTT et du GTSS (iv) une relecture de la stratégie de financement dans le sens de prendre en compte les dimensions essentielles de l'accès universel aux soins et services essentiels de santé pour tous. Une telle relecture devra permettra donc de définir clairement la stratégie nationale de financement de l'offre de soins et de services en complémentarité avec la promotion de la demande à travers le RAMU, le positionnement du FBR et l'harmonisation des différentes initiatives d'exemption de soins (v) au regard du déficit très notable en ressources humaines en santé, il est indiqué d'apporter une attention particulière à la mise en œuvre du plan stratégique en cours d'exécution et de décliner les actions prioritaires dans le PTD notamment le renforcement de la production, la systématisation des recrutements etc. (vi) au niveau du

développement des ZS qui constituent la base du système de santé, accélérer l'adoption des textes, capitaliser et passer à l'échelle un certain nombre d'initiatives éprouvées.

Pour le prochain PNDS des réflexions sont requises en trois points : 1) les options pour une meilleure structuration des programmes et sous programmes afin de renforcer la logique d'analyse systémique mais aussi la déclinaison de ces programmes par les plans opérationnels;2) le processus de pilotage du PNDS et de son appropriation à tous les niveaux; 3) la prise en compte des ODD devrait se refléter par une importance plus grande accordée :

- à la prise en compte et/ou le repositionnement des thématiques non prises en compte dans le PNDS actuel tels que la réadaptation fonctionnelle, la question du genre, l'environnement, la dynamique démographique etc.;
- à la question des inégalités aussi bien dans les dotations des ressources que dans la mise en œuvre des interventions au niveau des différentes zones sanitaires.

REMERCIEMENTS

Le Ministre de la Santé remercie les différents acteurs internes et externes du Secteur de la Santé qui sont intervenus dans la conduite du processus d'évaluation à mi-parcours du PNDS 2009-2018.
Ces remerciements vont en direction de tous les partenaires techniques et financiers pour leur contribution et en particulier :

- la Banque Mondiale ;
- la Coopération Technique Belge (CTB) ;
- l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS);
- le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF).

Par ailleurs, il exprime également sa reconnaissance en direction de tous les acteurs qui ont contribué à la mise en œuvre du PNDS.
Il sollicite de la part des lecteurs toutes critiques, suggestions et recommandations susceptibles de contribuer à l'amélioration de la qualité des évaluations à venir.
Bonne appropriation à toutes et à tous.

Synthèse du Rapport d'évaluation à mi-parcours du PNDS 2009-2018

1. **Contexte et justification de la mission :** Le présent processus d'évaluation à mi-parcours intervient un peu plus de cinq ans après l'adoption du PNDS 2009-2018 et se situe à une période charnière des processus de développement sanitaire notamment en Afrique. En effet, cette évaluation se tient au moment où les OMD arrivent à échéance avec des résultats très mitigés et à une période ou la communauté internationale s'engage vers des Objectifs de Développement Durable (ODD). Au-delà donc de faire un bilan à mi-parcours de la mise en œuvre du PNDS, il s'agit également de jeter les bases d'un système sanitaire performant capable de relever les défis liés aux ODD.

L'Objectif général est d'apprécier l'état de mise en œuvre du PNDS 2009-2018. De façon spécifique, l'évaluation à mi-parcours devrait s'appesantir sur le niveau des indicateurs traceurs en fin 2014; décrire et analyser les principales interventions au niveau de chacun des cinq domaines prioritaires du PNDS, identifier les principales difficultés et faire des suggestions dans la perspective d'atteindre les objectifs assignés au PNDS.

1. **Déroulement du processus** : Conduit en fin 2015 début 2016, l'ensemble de ce processus d'évaluation s'est inscrit dans un esprit de renforcement des capacités institutionnelles des acteurs du Ministère de la Santé. Dans cette perspective, un processus participatif a été conduit s'inspirant de l'approche Country Health Policy Process (CHPP) qui a soutenu l'élaboration du PNDS. Ainsi, un processus d'auto-évaluation a été conduit impliquant les principaux acteurs concernés par le développement sanitaire. Cette auto-évaluation a fait l'objet de consolidation et de validation avec l'appui de consultants national et international.

Le présent rapport constitue donc la somme de l'ensemble de ces processus qui ont connu la participation aussi bien des acteurs nationaux que des partenaires techniques et financiers.

TABLE DES MATIERES

PREFACE **2**

RESUME **3**

REMERCIEMENTS **6**

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES **11**

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES **13**

LISTE DES TABLEAUX 13

LISTE DES FIGURES 13

I INTRODUCTION **14**

1.1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'EVALUATION 14

1.2 OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS 14

1.3 DEROULEMENT DU PROCESSUS D'EVALUATION 15

1.4 LIMITES DE L'EVALUATION 17

II CONTEXTE SANITAIRE D'ELABORATION DU PNDS 2009-2018 18

2.1 CONTEXTE GÉNÉRAL 18

2.2 POLITIQUES ET STRATÉGIES NATIONALES DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE 18

2.3 PRINCIPAUX PROBLÈMES DU SECTEUR DE LA SANTÉ 20

III PLAN NATIONAL DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE (PNDS) 2009-2018 20

3.1 PROCESSUS D'ÉLABORATION DU PNDS 2009-2018 20

3.2 PRINCIPALES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES RETENUES 21

3.2.1 Au niveau des priorités 21

3.2.2Au niveau de la mise en œuvre 21

3.2.3 Au niveau du financement 22

IV RÉSULTATS ET DÉFIS 24

4.1 DOMAINE 1 : REDUCTION DE LA MORTALITE MATERNELLE ET INFANTILE, PREVENTION, LUTTE CONTRE LA MALADIE ET AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS 24

4.1.1 Niveau de performances du domaine 1 24

4.1.2 Analyse de la mise en œuvre du domaine 1 26

4.1.3 Financement 43

4.1.4 Constats et principaux défis 44

4.2 DOMAINE 2 : VALORISATION DES RESSOURCES HUMAINES 48

4.2.1 Niveaux de performances du domaine 2 48

4.2.2 Analyse de la mise en œuvre du domaine 2 50

4.2.3 Financement 54

4.2.4 Constats et principaux defis 55

4.3 DOMAINE 3 : RENFORCEMENT DU PARTENARIAT DANS LE SECTEUR, PROMOTION DE L'ETHIQUE ET DE LA DEONTOLOGIE MEDICALE 57

4.3.1 Niveaux de performances du domaine 3 58

4.3.2 Analyse de la mise en œuvre du domaine 3 58

4.3.3 Financement 61

4.3.4 Constats et principaux défis 61

4.4 DOMAINE 4 : FINANCEMENT DU SECTEUR 63

4.4.1 Niveaux de performances du domaine 4 63

4.4.2 Analyse de la mise en œuvre du domaine 4 64

4.4.3 Financement 68

4.4.4 Constats et principaux défis 69

4.5 DOMAINE 5 : RENFORCEMENT DE LA GESTION DU SECTEUR 71

4.5.1 Niveaux de performances du domaine 5 71

4.5.2 Analyse de la mise en œuvre du domaine 5 72
4.5.3 Financement 75
4.5.4 Constats et principaux défis 76
4.6 AUTRES ASPECTS TRANSVERSAUX 77
4.6.1 Système d'information sanitaire 77
4.6.2 Genre 78
4.6.3 Environnement 79
4.6.4 La qualité des soins et des services 80
4.7 SYNTHÈSE DE L'ÉVALUATION 80
4.7.1 Processus de mise en œuvre 80
4.7.2 Efficacité à mi-parcours 81
4.7.3 Durabilité 82
4.7.4 Les questions transvesales 82
4.7.5 Défis majeurs pour le secteur de la santé 83
4.8 SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS 83
4.8.1 Perspectives pour le PTD3 83
4.8.2 Perspectives pour le prochain PNDS 84

V CONCLUSION 86

ANNEXES 88

ANNEXE 1 : DOMAINES STRATEGIQUES, PROGRAMMES ET SOUS-PROGRAMMES DU PNDS 2009-2018 89
ANNXE 2 : LISTE DES DOCUMENTS CONSULTES 91
ANNXE 3 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES 94
ANNXE 4: DIFFERENTS CALENDRIERS DE L'EVALUATION 96

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ABC	Activités à Base Communautaire
AD	Atacora-Donga
ADD	Aplahoué-Dogbo-Djakotomey
AFD	Agence Française de Développement
AH	Assistants d'Hygiène
AIMS	Appui Institutionnel pour le Ministère de la Santé
AL	Atlantique-Littoral
ANAM	Agence Nationale de l'Assurance Maladie
ANGC	Agence Nationale de Gestion de la Césarienne
ANV-SSP	Agence Nationale pour la Vaccination et les Soins de Santé Primaires
AOF	Attributions Organisation et Fonctionnement
ARV	Anti Rétroviral
ASS	Annuaire des Statistiques Sanitaires
BEPC	Brevet d'Etudes du Premier Cycle
BM	Banque Mondiale
CAME	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels
CAN	Conseil National de l'Alimentation et de la Nutrition
CES	Certificat d'Etudes Spécialisées
CFA	Communauté Francophone d'Afrique
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CHPP	Country Health Policy Process
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIPEC	Centre d'Information de Prospective et de Conseil
CODIR	Conseil de Direction
COGEA	Comité de Gestion d'Arrondissement
COGEC	Comité de Gestion de la circonscription sanitaire de Commune
CPN	Consultation Prénatale
CPN-R	Consultation Prénatale Recentrée
CSA	Centres de Santé d'Arrondissement
CSCOM	Comité de Santé de la Commune
CTA	Thérapeutiques à base d'Artémisinine
DDS	Direction Départementale de la Santé
DNPEV SSP	Direction Nationale du Programme Élargi de la Vaccination et les Soins de Santé Primaires
DPMED	Direction des Pharmacies, du Médicaments et des Explorations Diagnostiques
DPP	Direction de la Programmation et de la Prospective
DRF	Direction de la Recherche et de la Formation
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EDSB	Enquête Démographique et de Santé au Bénin
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FL	Filariose Lymphatique
FM	Fonds Mondial
GRH	Gestion des Ressources Humaines
HAB	Hygiène et Assainissement de Base

HAB	Hygiène et Assainissement de Base
HTA	Hypertension Artérielle
IST	Infection Sexuellement Transmissible
LAVI	Lutte Anti Vectorielle Intégrée
MIILD	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide de Longue Durée
MS	Ministère de la Santé
MIS	Malaria Indicator .Survey
MTN	Maladies Tropicales Négligées
ODD	Objectifs de développement durable
OMD	Objectif de Développement du Millénaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAC	Parcours d'Acquisition des Compétences
PAORC	Projet d'Appui aux Organisations Béninoises par le Renforcement des Compétences des ressources humaines
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PHAC	Plans d'Hygiène et d'Assainissement Communaux
PID	Pulvérisation Intra Domiciliaire
PID	Pulvérisation Intra Domiciliaire
PMT	Praticiens de la Médecine Traditionnelle
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
PNS	Politique Nationale de Santé
PNT	Programme National Tuberculose
PPAC	Plans Pluri Annuels Complets de Vaccination
PTF	Partenaire Technique et Financier
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
ROBS	Réseau des ONG Béninoises de Santé
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquis
SNIGS	Système National d'Information et de Gestion des données Sanitaires
SNFS	Stratégie Nationale de Financement de la Santé
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUC	Soinsobstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SP	Sulfadoxine Pyriméthamine
SRAJ	SantéReproductive des Adolescents et Jeunes
TPI	Traitement préventif intermittent
TPM+	Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Positive
UVS	Unités Villageoises de Santé
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Liste des tableaux

Tableau 1:Répartition du financement prévisionnel du PNDS par domaine 22
Tableau 2:Niveau des indicateurs traceurs de résultats relatifs au domaine 1 24
Tableau 3: Évolution d'indicateurs d'offre et d'utilisation de prestations dans la prise en charge VIH/SIDA 37
Tableau 4:Évolution des indicateurs du taux de couverture TDM 38
Tableau 5: Situation de la mobilisation des ressources financières pour le domaine 1 de 2009 à 2014 43
Tableau 6: Situation de la mobilisation des ressources financières pour le domaine 2de 2009 à 2014 54
Tableau 6: Situation de la mobilisation des ressources financières pour le domaine 3 de 2009 à 2014 61
Tableau 7:Évolution de la part du budget de la santé dans le budget général de l'État et le taux de consommation base engagement du budget santé de 2009 à 2014 64
Tableau 8 : Évolution des dépenses des ménages et du ratio assurance maladie sur dépenses de santé 64
Tableau 9:Situation de la mobilisation des ressources financières pour le domaine 4 de 2009 à 2014 68
Tableau 10:Situation de la mobilisation des ressources financières pour le domaine 5 de 2009 à 201 75
Tableau 11:Situation des indicateurs traceurs avec une tendance relativement favorable 81
Tableau 12:Indicateurs traceurs dont l'évolution reste peu satisfaisante 81

Liste des figures

Figure 1: *Processus d'évaluation à mi-parcours du PNDS* 16
Figure 2: Situation des indicateurs de résultat 25
Figure 5: Evolution de la prévalence contraceptive 30
Figure 6: Situation des indicateurs de couverture en CPN, accouchements assistés, et consultation post natale (%) 30
Figure 7: Evolution du taux de réalisation de la césarienne (%) ASS/DPP/MS 31
Figure 8: Evolution des proportions de femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans dormant sous MIILD 36
Figure 9**:** Evolution de la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux et des taux d'occupation de lits de 2010-2013 40
Figure 10: Evolution du taux de couverture 49
Figure 10: Evolution du taux de couverture 49
Figure 11: Evolution de certains indicateurs de suivi des ressources humaines 50
Figure 12: Evolution de l'effectif du personnel soignant de 2010 à 2014 52
Figure 13: Taux de réalisation de l'objectif 72

I INTRODUCTION

Le présent rapport est la résultante de l'ensemble du processus participatif développé par le Ministère de la Santé et ses partenaires techniques et financiers dans le cadre de l'évaluation à mi-parcours du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Tout en prenant en compte les points d'intérêts des différentes parties prenantes, le rapport, consolide l'ensemble des différentes productions réalisées tout au long de ce processus.
L'introduction donne des orientations sur (i) le contexte et la justification de l'évaluation, (ii) les objectifs et les résultats attendus de la mission ainsi que (iii) le déroulement du processus de cette évaluation.

1.1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'EVALUATION

A l'instar de nombreux autres pays d'Afrique de l'Ouest, le Bénin s'est doté depuis 2009 d'une Politique Nationale de Santé (PNS) et d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018adopté le premier septembre 2010. La mise en œuvre du PNDS s'est faite à travers la conduite de deux Plans Triennaux de Développement (PTD) respectivement de 2010 à 2012 et de 2013 à 2015.
Après cinq ans de mise en œuvre du PNDS qui coïncide avec les échéances des OMD, il s'avère nécessaire de réaliser son évaluation à mi-parcours, conformément aux dispositions contenues dans le PNDS lui-même et réitérées dans son plan de suivi évaluation. Ceci permettra de mesurer les performances réalisées par le secteur et d'en tirer des leçons afin de réorienter les stratégies et d'identifier les interventions appropriées pour accélérer l'atteinte des objectifs pour une amélioration des performances du système de santé au terme du PNDS. Cet exercice intervient dans un contexte de grandes réformes dans le secteur et de recentrage des efforts sur les ODD.
Cette évaluation à mi-parcours du PNDS constitue également une opportunité pour mettre à la disposition des acteurs de développement du système de santé, des informations fiables sur le niveau d'atteinte des objectifs des différents domaines du PNDS pour leur prise en compte dans l'élaboration du PTD 2016-2018 ainsi que dans les perspectives du prochain PNDS.

1.2 OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS

L'ensemble du processus d'évaluation à mi-parcours du PNDS 2009-2018 du Bénin a été conduit selon une démarche participative. En outre, ellevise à formuler des recommandations pertinentes susceptibles de contribuer à la réorientation des stratégies et l'identification de nouvelles interventions à haut impact pour la deuxième phase de sa mise en œuvre.
L'Objectif général est d'apprécier l'état de mise en œuvre du PNDS 2009-2018 après cinq ans d'exécution.
De façon spécifique l'évaluation à mi-parcoursa pour objectifs:

- apprécier le niveau d'atteinte à mi-parcours des objectifs du PNDS 2009-2018 ;

- apprécier le processus de sa mise en œuvre en termes de qualité des mécanismes de financement, de mécanismes de suivi et d'évaluation et de son environnement institutionnel (Comité de suivi du PNDS,.. etc.) ;
- évaluer les effets de la mise en œuvre à mi-parcours du PNDS 2009-2018 ;
- identifier les difficultés et obstacles à la mise en œuvre à mi-parcours du PNDS 2009-2018 ;
- Identifier les interventions appropriées et les stratégies d'accompagnement pour le PTD 3 .

Au terme de ce processus, les résultats suivant sont obtenus :

- une analyse de la mise en œuvre des réformes institutionnelles qui ont eu cours et leur influence sur la mise en œuvre du PNDS est effectuée. En effet, un accent particulier est mis sur le développement des zones sanitaires avec prise en compte de la question de la décentralisation ;
- une appréciation du processus de planification, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation du PNDS (y compris les aspects de budgétisation, financement des activités, contrôle, revue périodique, rapportage) est faite ;
- une analyse de la cohérence des politiques et stratégies (y compris la stratégie nationale de financement et le FBR) incluant les aspects cruciaux (processus de planification, synergies dans la mise en œuvre, le suivi-évaluation et la gouvernance du secteur) est faite ;
- les principes de l'efficacité, de l'efficience, de la durabilitéet de l'impact sont évalués;
- un inventaire des bonnes pratiques et leçons apprises issues de ses actions réalisées et capable d'orienter la politique est réalisé;
- une analyse des performances enregistrées aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, sur la base de l'exercice fait par les GTT, en utilisant les indicateurs de suivi du PNDS est faite;
- les principales interventions qui ont contribué à l'amélioration de l'état de santé des populations sont identifiées ;
- un examen de la situation des ressources humaines est réalisé;
- les difficultés et obstacles à la mise en œuvre du PNDS sont identifiés;
- l'identification de stratégies d'interventions prioritaires est projetée ;
- des propositions et recommandations d'axes fondamentaux à prendre en compte dans la révision du PNDS 2009-2018 sont formulées.

1.3 DEROULEMENT DU PROCESSUS D'EVALUATION

A l'instar de la phase d'élaboration du PNDS 2009-2018, l'option participative a été retenue pour la conduite du processus d'évaluation à mi-parcours. Le processus participatif initié, repose sur le développement de deux principales étapes : une phase d'auto-évaluation et une phase de consolidation comportant une sous étape de production d'un rapport d'évaluation avec l'appui de consultants nationaux, et une dernière sous étape ayant connu l'appui d'un consultant international.

(i) phase d'auto-évaluation. Cette phase d'auto-évaluation a eu pour but de permettre aux acteurs impliqués dans la mise en œuvre, de faire le point sur les performances observées ainsi que les différents goulots d'étranglement rencontrés dans la mise en œuvre du PNDS. Sa réalisation a consisté dans un premier temps à la validation des termes de référence (Tdr) par le MS et les PTF, et ensuite à la mise en place des organes notamment l'équipe technique dirigeante restreinte (DPP+DCT), le comité conjoint mixte MS/PTF. Cinq groupes techniques ont été constitués autour des cinq thématiques correspondant aux 5 domaines stratégiques du PNDS (Chaque groupe étant constitué de cadres à compétences avérées identifiés selon la thématique, des PTF et les personnes ressources ciblées). Ces groupes ont procédé à la collecte de données sur la base des outils élaborés. Un rapport d'auto-évaluation a été ensuite produit et validé avec l'ensemble des parties prenantes.

(ii) phase de consolidation. Au cours du processus d'auto-évaluation, une équipe de consultants nationaux a été mise en place avec pour mandat de compléter et de renforcer les analyses contenues dans le rapport d'auto-évaluation. L'équipe de consultants nationaux était composée d'un expert en suivi évaluation des projets de santé, d'un expert associé en santé publique, d'un expert associé en environnement et d'un expert associé en décentralisation. Sur la base des différentes productions de l'auto-évaluation, l'équipe des consultants nationaux a produit un rapport d'évaluation qui a fait l'objet de validation par le Ministère de la santé et les Partenaires Techniques et Financiers. La dernière phase de consolidation a consisté à l'appui d'un consultant international dans la perspective de renforcer les analyses dans une vision d'analyse systémique. Les différentes phases de consolidation ont privilégié les rencontres de cadrage permettant de recueillir les attentes des différents acteurs. Une revue documentaire exhaustive et des entretiens avec les acteurs aussi bien au niveau central, départemental, des zones sanitaires, des communes, mais également avec les partenaires techniques et financiers ont été réalisés.

Le schéma ci-dessous résume l'ensemble du processus d'évaluation à mi-parcours du PNDS 2009-2018

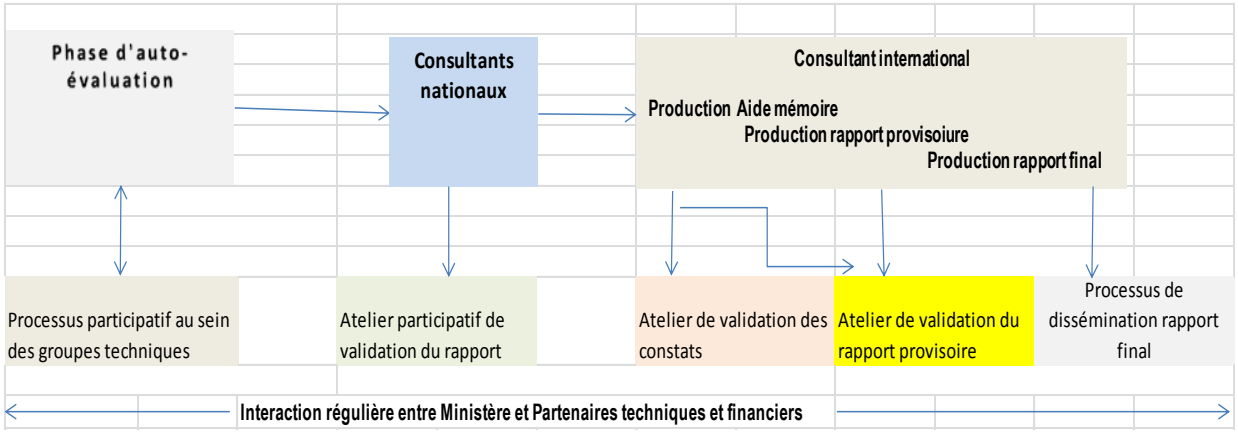


Figure 1: *Processus d'évaluation à mi-parcours du PNDS*

1.4 LIMITES DE L'EVALUATION

Comme ci-dessus indiqué, il s'agit d'une évaluation à mi-parcours du PNDS 2009-2018. Les objectifs de cette évaluation sont présentés au point 1.2 et indiquent qu'il ne s'agit pas d'une revue du secteur de la santé. Autrement dit, certaines thématiques bien que pertinentes ne seront pas abordées dans cette évaluation dont le cadre de référence est le contenu du PNDS décliné en plans triennaux. La période concernée par cette évaluation étant 2009-2014, presque une année s'est déjà écoulée et de nombreuses réalisations continuent d'être menées dans le cadre du PNDS. Ces réalisations ne sont pas prises en compte.

II CONTEXTE SANITAIRE D'ELABORATION DU PNDS 2009-2018

2.1 Contexte général

Située dans le golfe de Guinée, la République du Bénin, est un État de la sous-région ouest africaine. Elle est limitée au nord par le Niger, au nord-ouest par le Burkina Faso, à l'ouest par le Togo, à l'est par le Nigéria et au sud par l'océan Atlantique et couvre une superficie de 114.763 km².La capitale est Porto-Novo. Le Bénin est découpé en douze départements que sont l'Alibori, l'Atacora, l'Atlantique, le Borgou, les Collines, le Couffo, la Donga, le Littoral, le Mono, l'Ouémé, le Plateau, et le Zou. Les départements sont à leur tour subdivisés en communes et les communes en arrondissements. Au nombre de 77 dont 3 à statut particulier (Porto-Novo, Cotonou et Parakou), les Communes disposent d'une autonomie administrative et financière.

Au moment de la conception du PNDS 2009-2018, les projections de l'INSAE donnaient une population de 7 839 915 en 2006 et 8 224 644 en 2008. Cette population est essentiellement caractérisée par a) son rythme d'accroissement relativement important avec un taux de 3,2% b) sa jeunesse (les moins de 15 ans représentaient 47%) et c) par une dominance féminine avec 51% defemmes pour 49% d'hommes et enfin d) une forte tendance à l'urbanisation, la population rurale étant passée de 73% en 1979 à 57,4% en 2008. Au plan socioéconomique et culturel, la situation était caractérisée par une persistance d'une pauvreté plus importante en milieu rural, mais globalement avec recul sur la période 2006-2007 selon l'enquête EMICoV[1] l'indice de pauvreté nationale étant passé de 37,2% à 33,3%.

2.2Politiques et Stratégies nationales de développement sanitaire

Au cours des états généraux de la santé 2007, les acteurs du secteur de la santé ont défini la vision suivante « Le Bénin dispose en 2025 d'un système de santé performant basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, pour l'Offre et la Disponibilité permanentes de Soins de Qualité, équitables et accessibles aux Populations de toutes catégories, fondées sur les Valeurs de Solidarité et de Partage de risques pour répondre à l'ensemble des besoins de santé du peuple béninois».

L'objectif général est d'améliorer l'état de santé de la population béninoise sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes.

L'organisation du secteur de la santé, public et privé, est basée sur la décentralisation administrative du pays en 12 départements et 77 communes. Elle comporte trois niveaux complémentaires que sont le niveau périphérique, le niveau intermédiaire et le niveau central. Chacun de ces niveaux comporte des organes de gestion et des infrastructures de soins.

(i) Le niveau périphérique du système de santé est la zone sanitaire, dénomination locale du district sanitaire, c'est donc le niveau de traduction en actions concrètes des projets et programmes nationaux de développement sanitaire et le niveau de l'offre de soins de santé de base aux populations. On en compte 34 dans le pays, avec

[1] MS/PNDS 2009-2018 P17

une population moyenne de couverture comprise entre 100 000 et 200 000 habitants. Chaque zone sanitaire est constituée d'un réseau de services de premier contact et d'un hôpital de référence. Les services de premier contact regroupent les unités villageoises de santé (UVS), les centres de santé d'arrondissement (CSA), les centres de santé de commune (CSC) et des formations sanitaires privées. Les organes de gestion du premier échelon sont constitués du comité villageois au niveau UVS, du comité de gestion d'arrondissement (COGEA) pour les CSA et du comité de gestion de la circonscription sanitaire de commune (COGEC) pour les CSCOM. Par ailleurs, des associations de développement, poursuivant un objectif plus large de bien-être des populations, existent dans les communes. Au niveau de la référence, le conseil de gestion de l'hôpital de zone, le comité de santé et l'équipe d'encadrement de zone administrent respectivement l'hôpital et la zone sanitaire. L'équipe d'encadrement de la zone sanitaire est dirigée par le médecin coordonnateur de zone et comprend plusieurs autres cadres sanitaires, administratifs, financiers et techniques de la zone sanitaire.

(ii) Le niveau intermédiaire correspond administrativement au niveau départemental. Il convient de noter que, suite au redécoupage administratif en 1999 qui a créé 12 départements (en éclatant en deux chacun des 6 départements qui composaient le pays), le système de santé n'a pas augmenté les directions départementales de la santé et les centres hospitaliers départementaux. On compte donc actuellement une direction départementale de la santé et un centre hospitalier départemental pour deux départements administratifs sauf dans l'Atacora/ Donga qui compte 02 CHD. L'infrastructure de soins au niveau intermédiaire est le Centre Hospitalier Départemental (CHD), structure de référence pour les hôpitaux de zone relevant du territoire départemental. Le CHD est dirigé par un Directeur qui rend compte au Conseil d'Administration. Sous la coordination du Directeur Départemental de la Santé (DDS) et du Conseil de Direction (CODIR), le niveau intermédiaire est le niveau d'adaptation des orientations stratégiques nationales aux spécificités régionales ; c'est également le niveau du contrôle des normes et de l'appui technique aux équipes d'encadrement des zones sanitaires. Il souffre également d'insuffisances organisationnelles, en personnel, en équipements et en infrastructures.

(iii) Le niveau central *ou national* fixe les orientations stratégiques, c'est le niveau de conception et de prise de décisions en matière de politique de développement du secteur sanitaire. Le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, les Directions Centrales Techniques et les Agences assurent la coordination d'ensemble. Au niveau central, le Centre Hospitalier National Universitaire est le sommet de la pyramide des infrastructures de soins. Concernant l'accès aux médicaments, la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (CAME) est l'outil de la politique gouvernementale pour permettre aux béninois d'avoir un accès aux médicaments à un coût abordable. On note une centralisation des responsabilités et ressources au détriment des niveaux intermédiaires et périphériques.

2.3Principaux problèmes du secteur de la santé

L'analyse situationnelle fondée sur le regroupement des priorités établies par les acteurs à différents niveaux du système de santé et les recommandations des États Généraux de la santé de novembre 2007 ont fait ressortir sept problèmes prioritaires :

- faible accessibilité des populations aux services sociaux de base dont la santé;
- mauvaise planification, acquisition, de construction et de maintenance des infrastructures et des équipements;
- précarité du mécanisme de financement des dépenses de santé;
- morbidité et mortalité élevées;
- insuffisance de collaboration inter et intra sectorielle;
- non-respect des pratiques de bonne gouvernance;
- mauvaise gestion des ressources humaines.

III PLAN NATIONAL DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE (PNDS) 2009-2018

3.1 Processus d'élaboration du PNDS 2009-2018

Le processus d'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire a été initié par le Ministère de la Santé et les partenaires techniques et financiers afin d'apporter des réponses urgentes aux problèmes ci-dessus évoqués. L'approche retenue fait partie intégrante du processus de développement du CHPP[2] au Bénin dans la perspective de renforcer une véritable synergie entre les éléments qui sous-tendent le partenariat, l'harmonisation ainsi que la redevabilité dans le secteur de la santé: PNDS; Compact national; Plan de suivi, évaluationet revues du PNDS; PlateformeRSS (BM, FM, GAVI) et autrespartenairesavec la facilitation de l'OMS; Organesde concertation; Revues SCRP / de performance du secteursanté.

Le processus a suivi quatre principales étapes :

- l'analyse de situation;
- l'identification des priorités et le choix de scénarii de développement;
- l'élaboration de la politique nationale de santé;
- l'élaboration du plan stratégique.

[2] Country Health Policy Process, OMS

L'ensemble de ces étapes s'est déroulé dans le cadre d'un dialogue inter et intra sectoriel continu entre les différentes parties prenantes.

3.2 Principales orientations stratégiques retenues

3.2.1 AU NIVEAU DES PRIORITÉS

Pour atteindre l'objectif général qui est ***« d'améliorer l'état de santé de la population béninoise sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes »***, et tenant compte des sept problèmes prioritaires dégagés par les États Généraux de la santé, cinq domaines stratégiques ont été identifiés :

(i) la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la prévention, la lutte contre la maladie et l'amélioration de la qualité des soins avec pour objectif spécifique d'assurer un accès universel aux services de santé et une meilleure qualité des soins pour l'atteinte des OMD.

(ii) la valorisation des ressources humaines avec pour objectif spécifique d'améliorer la gouvernance et la gestion des ressources dans le secteur.

(iii) le renforcement du partenariat dans le secteur et la promotion de l'éthique et de la déontologie médicale avec pour objectif spécifique de renforcer le partenariat pour la santé.

(iv) l'amélioration du mécanisme de financement du secteur avec pour objectif spécifique d'améliorer la gouvernance et la gestion des ressources dans le secteur.

(v) le renforcement de la gestion du secteur avec pour objectif spécifique d'améliorer la gouvernance et la gestion des ressources dans le secteur.

Ces différents domaines stratégiques ont été déclinés en 13 programmes et 38 sous-programmes (Cf. détails en annexe 1)

3.2.2 AU NIVEAU DE LA MISE EN ŒUVRE

De manière explicite, la section VIII du PNDS, décline le processus de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation. Ainsi, les différentes parties prenantes sont identifiées ainsi que leurs rôles respectifs.

3.2.2.1 Planification de la mise en œuvre

Il est retenu dans le cadre de la mise en œuvre, une déclinaison du PNDS en tranches triennales 2010-2012; 2013-2015 et 2016-2018. Ces plans triennaux constituent la référence pour les plans opérationnels annuels des différents acteurs.

3.2.2.2 Suivi et évaluation

La gestion globale du PNDS relève des trois niveaux de la Pyramide sanitaire. Le rôle de suivi et évaluation est dévolu à la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP) tandis que la coordination de l'ensemble des programmes et sous-programmes relève de l'autorité du Ministre de la Santé qui délègue cette responsabilité aux différentes directions techniques et centrales. La coordination, le suivi et l'évaluation de tous les domaines stratégiques relèvent du Comité National de suivi de l'Exécution et d'Évaluation des Projets et Programmes du

secteur de la santé (CNEEP). Un plan de suivi et d'évaluation a été élaboré[3]et a retenu les indicateurs traceurs ci-dessous devant permettre de suivre les performances réalisées dans la mise en œuvre du PNDS.

Indicateurs d'extrants

Proportion de FS disposant des services SONU 24h/24h et 7 jours/7
Proportion d'enfants de moins d'1 an complètement vacciné
Pourcentage de femmes enceintes ayant dormi sous MIILD la nuit précédant l'enquête
Taux de succès thérapeutique des nouveaux cas de Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Positive (TPM+)
Taux de couverture thérapeutique du TDM contre les Maladies Transmissives Négligées
Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans souffrant de la malnutrition modérée pris en charge selon le protocole
Proportion d'hôpitaux respectant les normes (qualité, RH, Équipement, Infrastructures, gouvernance, maintenance…)
Proportion des formations sanitaires privées respectant les dispositions du cadre réglementaire d'exercice en clientèle privée
Taux de consommation base engagement du budget santé
Nombre de ZS fonctionnelles avec PIHI

Indicateurs de résultats

Proportion de ménages utilisant les latrines améliorées
Proportion de ménages utilisant l'eau potable
Taux de CPN4
Taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié
Taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes
Taux de prévalence VIH chez les jeunes & adolescents
Proportion d'enfants séropositifs nés de mères séropositives
Létalité due au paludisme grave chez les enfants de moins de cinq ans
Taux d'incidence du paludisme
Proportion du personnel performant au poste conformément au guide d'évaluation
Proportion de ménages ayant souscrit à un système de protection sociale (Obligatoire ou volontaire)
Taux d'utilisation des soins de santé

Indicateurs d'impacts

Taux de mortalité maternelle
Taux de mortalité infantile
Taux de mortalité infanto juvénile
Taux de létalité due au paludisme
Taux de prévalence du SIDA
Taux d'incidence du paludisme
Taux d'incidence de la

3.2.3 AU NIVEAU DU FINANCEMENT

Le montant prévisionnel global du financement du PNDS 2009-2018 est de 2850 889 000 000 Frs CFA[4]. Ce montant est réparti comme suit par domaine prioritaire dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1:Répartition du financement prévisionnel du PNDS par domaine

Domaines prioritaires	Montant prévisionnel en millions de FCFA)	% du budget prévisionnel
Réduction de la mortalité maternelle et infantile, prévention, lutte contre la maladie et amélioration de la qualité des soins	1 983 595	69,6%
Valorisation des ressources humaines	717 376	25,2%
Renforcement du partenariat dans le secteur, promotion de l'éthique et de la déontologie médicale	8 591	0,3%
Amélioration du mécanisme de financement du secteur	89 493	3,1%
Renforcement de la gestion du secteur	51 978	1,8%
Total	**2 851 033[5]**	**100%**

[3]MS/DPP/CSE : Plan de suivi, évaluation et revue. Cadre pays de redevabilité, juin 2012
[4]PNDS 2009-2018 P91
[5]Cette sommation donne une légère différence avec le coût prévisionnel de 2 850 889 FCFA contenu dans le tableau 6 du PNDS P88

En 2008, le poids du budget de fonctionnement hors dépenses du personnel pour le niveau central, intermédiaire et périphérique était respectivement de 42%, 32% et 26%. Le PNDS ambitionne d'améliorer progressivement cette situation en ramenant ce poids à 30%, 30% et 40% en fin de la tranche quinquennale 2009-2013 et ensuite à 15%, 25% et 60 % en fin 2018.

IV RÉSULTATS ET DÉFIS

La présente section porte sur une analyse des cinq domaines prioritaires à mi-parcours de la mise en œuvre du PNDS. Bien que la période concernée par l'évaluation soit celle de 2009-2014. Au-delà des cinq (5) domaines, l'analyse couvrira d'autres thématiques dont l'intérêt est relevé par les différentes parties prenantes mais aussi tenant compte de la perspective des ODD. Il s'agit entre autres du Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS), de la question genre et de la question environnementale.

4.1 DOMAINE 1 : REDUCTION DE LA MORTALITE MATERNELLE ET INFANTILE, PREVENTION, LUTTE CONTRE LA MALADIE ET AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS

4.1.1 NIVEAU DE PERFORMANCES DU DOMAINE 1

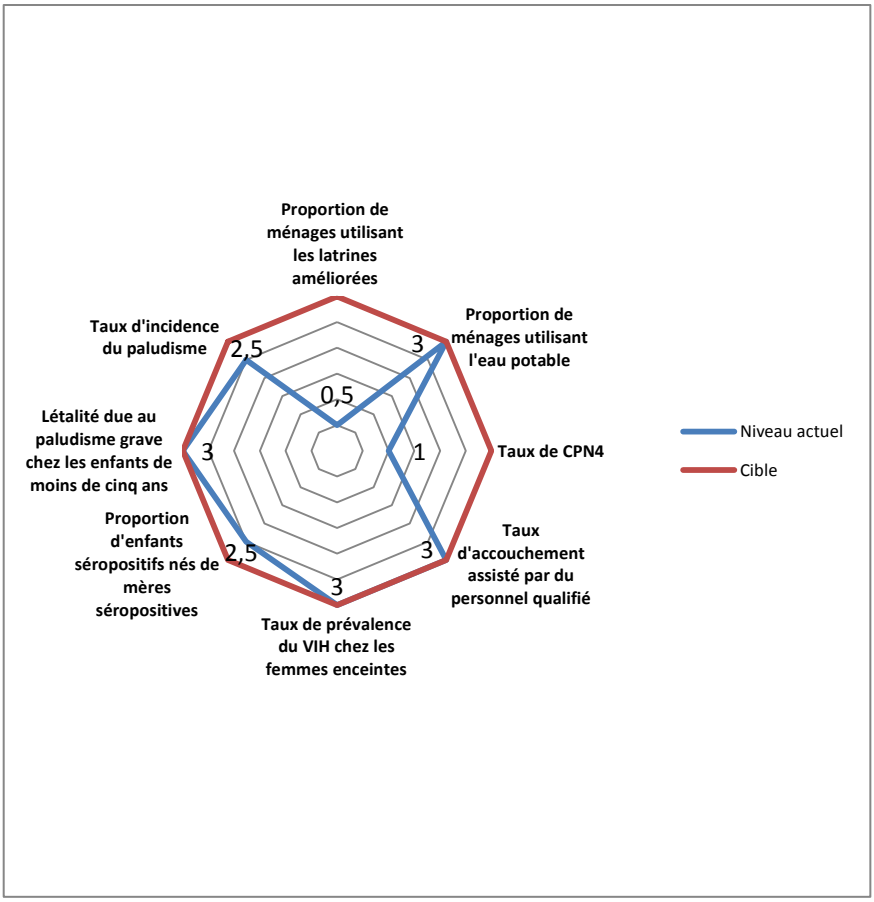
Les résultats attendus de la mise en œuvre des quatre programmes relatifs à ce domaine prioritaire sont résumés dans le tableau ci-dessous à travers les indicateurs traceurs de résultats du plan de suivi évaluation et revue.

Tableau 2:Niveau des indicateurs traceurs de résultats relatifs au domaine 1

Indicateurs de résultats	**Niveau atteint à mi-parcours (2014)**	**Cibles à mi-parcours (Plan de suivi & évaluation) (2014)**	**Observations**
Proportion de ménages utilisant les latrines améliorées	12,7 (MICS 2014)	74%	
Proportion de ménages utilisant l'eau potable	78,4% (EDS IV2011-2012)	72%	
Taux de CPN4	58, 2% (EDS 2012)	74%	
Taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié	77,2%((MICS 2014)	90%	Accouchements en institution
Taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes	1,86%(PNLS 2015)	< 2%	
Taux de prévalence VIH chez les jeunes & adolescents (15 – 24 ans)	0,2 % (ESDG /PNLS2015)	0,35%	ESDG réalisée en 2015 pour la situation acquise de 2014
Proportion d'enfants séropositifs nés de mères séropositives	7,6%(PNLS/DNSP/MS,2014)	<5%	
Létalité due au paludisme grave chez les enfants de moins de cinq ans	1,2 pour 1000 (ASS/DPP/MS, 2014)	1,12 pour 1000	
Taux d'incidence du paludisme	16,1% (ASS/DPP/MS,2014)	7 %	
Taux de succès thérapeutique des nouveaux cas de TPM+	90% (PNT,2014)	87%	

Ce tableau suggère deux types de commentaires:

(i) Quatre indicateurs de résultats ont atteint la cible Il s'agit du taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes, de la proportion de ménages utilisant l'eau potable, dutaux de prévalence VIH chez les jeunes & adolescents (15 – 24 ans) et dutaux de succès thérapeutique des nouveaux cas de TPM+. Des écarts sont constatés par rapport à la cible pour les six (06) autres indicateurs restants.



En ciblant la santé de la mère et de l'enfant, ce domaine vise essentiellement l'amélioration du niveau des indicateurs d'impact.

En ce qui concerne la mortalité maternelle, le taux actuel issu des données de l'enquête MICS 2014 est de 347 décès pour 100 000 naissances vivantes, la cible pour les OMD étant de 125.

Bien que les sources de données soient différentes (EDS, MICS), on peut noter une certaine tendance à la baisse de cette mortalité comme le montre le graphique ci-contre.

Entre 1996 et 2006, on note une réduction d'au moins 20% du ratio de mortalité maternelle. Cette réduction apparait plus faible entre 2006 et 2014 soit 12,5%. L'appréciation de cette tendance devrait cependant prendre en compte le fait que les deux dernières méthodes utilisées ne sont nécessairement pas identiques. Au niveau des enfants de moins de

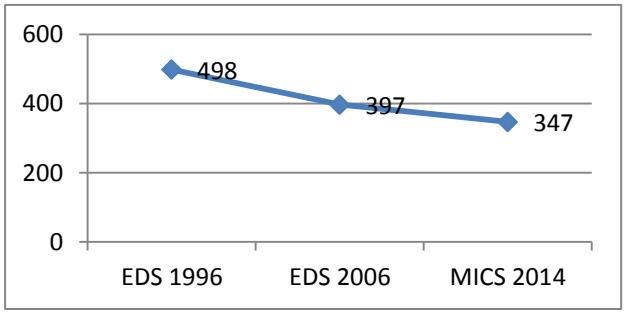


Figure 3:Evolution du ratio de mortalité maternelle

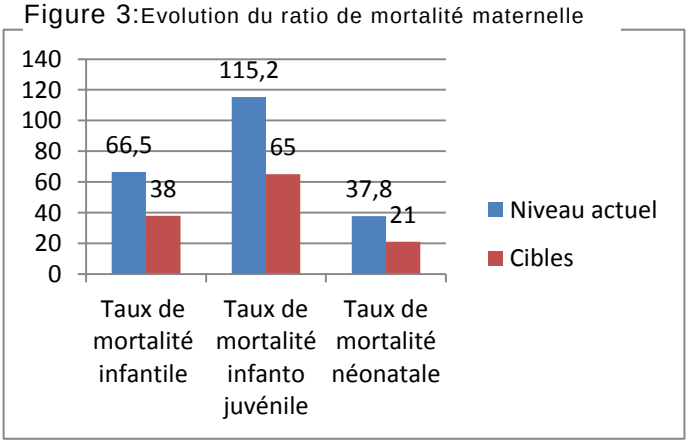


Figure 4: Situation de la mortalité chez les moins de 5 ans

cinq ans, les constats sont semblables à ceux de la mortalité maternelle comme l'indique le graphique ci-dessus Lorsqu'on compare ces données qui proviennent de l'enquête MICS 2014 avec celles de l'EDS IV 2011, il semble exister une tendance à la hausse du taux de mortalité infanto juvénile. Comme indiqué plus haut pour la mortalité maternelle, il y a une nécessité à assurer une meilleure disponibilité des sources pouvant permettre une comparaison et disposer des tendances.

4.1.2 ANALYSE DE LA MISE EN ŒUVRE DU DOMAINE 1

Plusieurs programmes et sous-programmes ont été retenus afin d'atteindre les objectifs assignés à ce domaine. Ces différents programmes et sous programmes renvoient aux principaux piliers ci-après du système de santé : la promotion de la santé et la lutte contre la maladie, l'amélioration des prestations des services de santé, le développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé. L'analyse de la mise en œuvre est faite autour de ces différents programmes.et sous programmes contenus dans le PNDS.

4.1.2.1 Programme 1 : Promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base

A/ Principales interventions mises en œuvre

La mise en œuvre de ce programme cible essentiellement le pilier en rapport avec la promotion de la santé dans la perspective de faire adopter des comportements favorables à la santé par les populations. Plusieurs interventions ont été conduites dans le cadre du développement des deux sous programmes retenus.
D'une façon générale, la situation dans le secteur d'hygiène et d'assainissement a été marquée par une constante évolution même si les objectifs n'ont pas été entièrement atteints. Certaines interventions majeures ont été mises en œuvre pour permettre des avancées et méritent d'être poursuivies. Il s'agit de :

(i) l'élaboration et la mise en œuvre des Plans d'Hygiène et d'Assainissement Communaux (PHAC). Ce processus a permis de renforcer le transfert aux communes des compétences en matière d'hygiène et d'assainissement. Ainsi, toutes les communes ont élaboré leur PHAC grâce à l'appui des PTF. Les activités qui en résultent (construction de latrines scolaires, familiales, éducation à l'hygiène, etc.) sont en cohérence avec les paquets de mesures techniques et technologiques mises en œuvre par le programme.
Par ailleurs, le montant des fonds transférés aux communes pour la réalisation des latrines a connu une augmentation très sensible. De 300 millions de FCFA en 2010, ce montant est passé à 543 millions en 2013 et à 900 millions en 2014. Ceci a permis de réaliser 5257 modules de latrine dans les écoles, les centres de santé et les places publiques. Ces réalisations onteu un impact majeur sur la qualité de vie des populations.
(ii) Renforcement des capacités d'intervention des structures déconcentrées à travers la création de CDC-Hygiène et Assainissement de Base (HAB) dans dix (10) nouveaux départements sur 12; l'ouverture d'une ligne de crédit spéciale pour les CDC-HAB au niveau départemental depuis 2008 ; la mise à disposition des centres de santé dans toutes les communes du Bénin des assistants d'hygiène (AH),
(iii) l'amélioration de la communication pour le changement de comportement : des campagnes de sensibilisation dans les médias et hors médias ont été organisées, notamment en matière de lavage des mains. A ce titre, nous

pouvons citer comme bonne pratique le Partenariat Public Privé pour le « Lavage des Mains à l'eau et au savon » avec l'appui de la Banque Mondiale, de l'Unicef et l'Ambassade des Pays-Bas et d'autres partenaires ;
(iv) la surveillance de la qualité de l'eau de boissonà travers des analyses de contrôle de la qualité des eaux des différents types de point d'eau, la désinfection et le traitement des puits.

B/ Principaux extrants produits

L'ensemble des interventions a contribué à améliorer certains indicateurs d'extrants. Ainsi le taux de couverture des ménages en ouvrage d'évacuations des excrétas est passé de 39% en 2009 à 52% en 2014 soit à 10 points de la cible du SCRP 2011-2015

4.1.2.2 Programme 2 : Amélioration de la santé de la reproduction

Le programme 2 cible essentiellement la réduction de la mortalité maternelle et celle des enfants de moins de cinq ans. Dans cette perspective, la phase du PNDS qui s'achève a connu la réalisation de nombreuses initiatives aussi bien au plan politique que technique.

A/ principales interventions mises en œuvre

Elles ont été orientées essentiellement sur la poursuite des Stratégies Nationales de Réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infantile.
Pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, la devise du Bénin à l'horizon 2015 est : *"Ne plus mourir en donnant la vie et que l'enfant naisse vivant, bien portant et ne meure pas".* Le but est d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en vue de l'atteinte des OMD. La lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infantile est une des priorités du gouvernement qui a été traduite dans la Stratégie Nationale de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale 2006-2015. Les objectifs généraux visés par ce document de référence sont:

- la réduction du ratio de mortalité maternelle de 498 pour 100 000 naissances vivantes en 1996 à 125 pour 100 000 naissances vivantes en 2015 et
- la réduction du taux de mortalité néo-natale de 38,2 pour 1000 naissances vivantes en 1996 à 21 pour 1000 naissances vivantes en 2015.

L'opérationnalisation de ce but est traduite à travers plusieurs interventions :
(i) Les mesures visant à assurer un accouchement de qualité à travers
1) La promotion d'une Consultation Prénatale (CPN) de meilleure qualité par l'initiation de la CPN Recentrée dans le souci d'assurer une prise en charge des femmes enceintes jusqu'à l'accouchement. Ainsi, au niveau national en 2010, 96% des formations sanitaires offrent la CPN. L'analyse de l'offre indique que 84% des formations sanitaires offrent la CPN-R. Il en ressort un gap de 12 points par rapport à la CPN classique. Le manque de personnel formé et de matériels pour la CPN-R dans les formations expliquent cet écart. L'offre varie de 72% (Littoral) à 96% (Atacora). Par ailleurs, il existe des disparités entre les zones sanitaires. Selon le rapport

final d'auto-évaluation, toutes les formations sanitaires de certaines zones (Malanville-Karimana, Natitingou-Boukoumbé-Toucountouna, Tchaourou, Bassila et Pobè-Kétou-Adja-Ouèrè) offrent la CPN-R. Par contre, dans la zone sanitaire de Cotonou 6, seulement 59 % des formations sanitaires offrent la CPN-R.

2) L'instauration de la GATPA et le suivi du travail d'accouchement par le tracé du partogramme comme stratégies de lutte contre la mortalité maternelle.

Le partogramme est tracédans81% des FS en 2015 (SARA). La GATPAest appliquée par les prestataires dans 88% des formations sanitaires en 2015 (SARA)[6].

(ii) La poursuite de la Politique de gratuité de la césarienne conformément aux dispositions contenues dans le décret n°2008-730 du 22 décembre 2008. Conformément à ce décret, la césarienne est offerte gratuitement dans les hôpitaux publics, les hôpitaux privés, confessionnels ou associatifs agréés par l'État. L'objectif de cette initiative est de rendre accessible la césarienne aux populations pauvres, en cas de complications de grossesse, afin de sauver la vie de la mère et celle du nouveau-né, pour ainsi contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Avec la mise en œuvre de la politique de gratuité de la césarienne depuis avril 2009, le taux de césarienne est en hausse. Ce taux, qui était de 5,1 % en 2009 avant la prise de la mesure, est passé à 8,5% en 2014[7]. Ainsi, plus de 100 mille césariennes ont été réalisées pour un montant de plus de 10 milliards F CFA de remboursement grâce à la subvention de l'État malgré les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de ce programme.

(iii) Le ciblage du paludisme aussi bien chez la mère que chez les enfants de moins de cinq ans (voir programme 3) à travers des mesures de gratuité.

(iv) La Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance (PCIME) pour tous les enfants de moins de cinq ans. Cette stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfance vise à réduire la mortalité et la morbidité de l'enfant en se basant sur une approche intégrée qui aborde la santé de l'enfant de façon globale en y incluant les composantes familiale et communautaire. Elle se focalise sur les principales causes de mortalité chez l'enfant de 0 à 5 ans. C'est une approche qui couvre les aspects promotionnels, préventifs et curatifs et qui permet la rationalisation des coûts liés à la santé. Cette stratégie est mise en œuvre dans presque toutes les zones sanitaires du Bénin (sauf celles de Cotonou).

(v) Le renforcement de la stratégie des décès évitables par la vaccination, à travers le Programme Élargi de Vaccination.

Dans ce cadre, la Direction Nationale du Programme Élargi de la Vaccination et les Soins de Santé Primaires (DNPEV SSP) a été transformée en Agence Nationale pour la Vaccination et les Soins de Santé Primaires (ANV-SSP) par décret N° 2011- 413 du 28 mai 2011 et mis sous la tutelle du Ministère de la Santé. Cette réforme a été faite pour permettre à l'ANV- SSP de mieux jouer sa partition en matière de lutte contre la mortalité maternelle et infantile dans le cadre des maladies évitables par la vaccination. Et pour répondre aux nouveaux défis liés à la vaccination, des Plans Pluri Annuels Complets de Vaccination (PPAC) 2009- 2013 et 2014- 2018

[6] Étude sur la prise en charge de la troisième phase de l'accouchement réalisée en 2006 par MSH

[7]ASS/DPP/MS (2009-2014)

ont été élaborés pour permettre la mise en œuvre décentralisée de la vaccination avec une meilleure participation de la communauté.

(vi) La prise en compte de la composante nutritionnelle à travers les activités du Conseil National de l'Alimentation et de la Nutrition (CAN) créé par décret n°2009-245 du 9 juin 2009.

Le Conseil, qui a un caractère multisectoriel, (Santé, Agriculture, Industrie, Finances, Monde académique, Société civile) a la responsabilité d'assurer la coordination de toutes les actions liées à l'Alimentation et la Nutrition au Bénin. Ainsi, la prise en charge des enfants malnutris s'étend progressivement depuis 2007 pour couvrir près de 50% des zones sanitaires du pays, parmi lesquelles figurent les zones les plus pauvres et les plus difficiles d'accès. Plus de 5000 relais communautaires et agents de santé ont été formés et conseillent les familles sur les bonnes pratiques d'allaitement et d'alimentation des jeunes enfants mais aussi dépistent rapidement les cas de malnutrition. Les messages qui sauvent sont relayés par les crieurs publics et radios communautaires pour sensibiliser tous les membres de la communauté (Unicef.org). La prévention de la malnutrition est renforcée grâce à des campagnes nationales biannuelles de distribution de vitamines A et d'Albendazole qui permettent de protéger efficacement plus de 90% des filles et garçons de moins de cinq ans tandis que les huiles, le sel et la farine enrichies en vitamines et minéraux sont une opportunité pour les femmes et les enfants de lutter contre les carences.

(vii) La stratégie nationale de repositionnement de la planification familiale au Bénin pour la période 2011-2015. Elle a pour but de «contribuer à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) par l'accroissement de la prévalence contraceptive ». L'objectif général de cette stratégie est de porter le taux de prévalence contraceptive de 6 % en 2006 à 15 % en 2015.

(viii) La Stratégie Nationale Multisectorielle de Santé Sexuelle et de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes y compris le VIH/Sida au Bénin pour la période 2010 -2020.

Cette stratégie vise "une société béninoise où toutes les adolescentes, tous les adolescents et jeunes de 10 à 24 ans jouissent de leurs droits, font leurs devoirs en matière de santé sexuelle et de la reproduction et bénéficient d'une bonne prise en charge en fonction de leurs besoins spécifiques". Pour concrétiser cette vision, la Stratégie Nationale Multisectorielle en SRAJ a pour but de « Contribuer à l'amélioration des conditions de vie et de la Santé des adolescents et jeunes au Bénin ».

B/ Les principaux extrants

Ces différentes initiatives en faveur de la santé de la mère et de l'enfant ont bénéficié de l'appui de nombreux partenaires intervenant dans le secteur de la santé. Ces initiatives ont par ailleurs permis d'enregistrer des progrès. Mais comme l'indique les indicateurs d'impacts et de résultats, des efforts importants restent encore à faire pour atteindre les objectifs escomptés.

1La problématique de l'utilisation des méthodes contraceptives soulevée lors de l'analyse situationnelle dans le cadre de l'élaboration du PNDS a été ciblée par plusieurs interventions au cours de la période 2009-2014. On note cependant que le taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes reste encore faible au Bénin en

2014 et bien en deçà de la cible prévue (30%) avec une évolution très irrégulière comme l'illustre le graphique ci-contre.

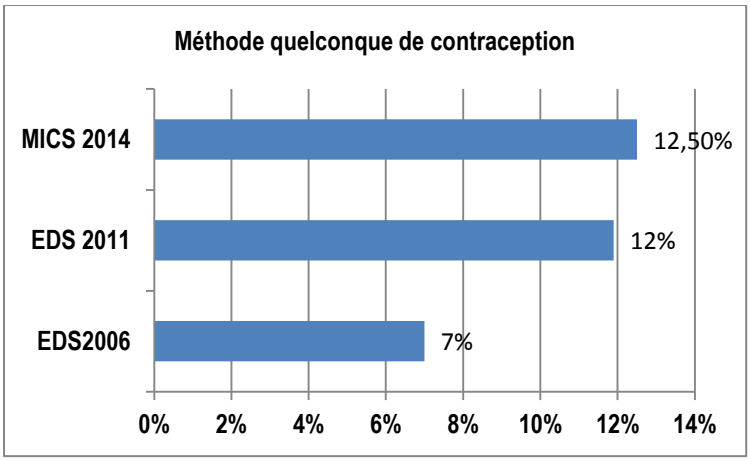


Figure 3: Evolution de la prévalence contraceptive

Par ailleurs, l'Enquête Démographique et de Santé au Bénin (EDSB-IV) en 2012 a révélé de forts indices de fécondité, un nombre idéal élevé d'enfants et de nombreuses grossesses précoces, même si ces dernières varient fortement d'un groupe socio-économique à l'autre, (qu'il s'agisse de résidents urbains / ruraux, ou des habitants des différents départements). Les connaissances des méthodes modernes de contraception sont répandues, mais l'utilisation des contraceptifs reste faible et les besoins non satisfaits en matière de planification familiale sont généralement élevés auprès des femmes de tous les milieux.

2 Au niveau des Soins obstétricaux et néonataux en général, plusieurs constats sont faits au niveau de la consultation prénatale, des accouchements et de la consultation post natale. La problématique réside dans les taux de déperdition observés entre la CPN1 et la CPN4. Les données du MICS2014 indiquent 82,8% et 58,8 % respectivement en CPN1 et CPN4 soit un taux de déperdition de 29%. Au cours des cinq dernières années, en moyenne 90% des femmes en grossesse ont effectué une consultation prénatale. Cela semble indiquer qu'il n'y a pas un problème d'acceptabilité et d'accessibilité notamment géographique de la CPN. Le phénomène de déperdition touche les trois principales interventions qui ont un impact sur la mortalité maternelle et néonatale. Ainsi le graphique ci-contre donne des indications sur la consultation prénatale, la consultation post natale et l'accouchement assisté au plan national en 2013. La même source renseigne que de nombreuses variations existent entre les zones sanitaires avec des couvertures allant de 18,2% d'accouchements assistés (Plateau) à 99,2% (Littoral). De manière générale, la validité de ces données est cependant préoccupante car dans six départements, on enregistre des taux de couverture qui sont au-dessus de 100%.

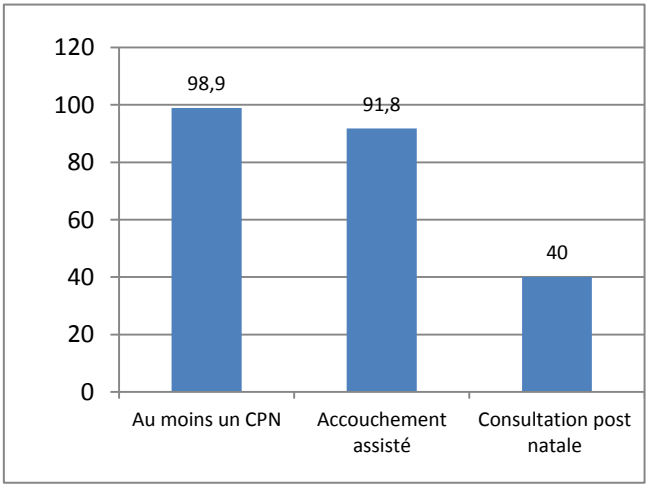


Figure 4: Situation des indicateurs de couverture en CPN, accouchements assistés, et consultation post natale (%)

3 De manière globale, la satisfaction des besoins en SONU apparait faible (2,6%)[8].Selon l'enquête SARA

[8]Rapport d'évaluation/auto-évaluation

2013, la disponibilité de ventouse obstétricale est de 7% et seulement 1% des formations sanitaires enquêtées disposent de l'ensemble des éléments traceurs pour réaliser les accouchements. On note de nombreuses disparités entre Départements en termes d'offre de SONU. Les SONUC sont offerts dans 73 hôpitaux, et seulement 2% des hôpitaux disposent de l'ensemble des 9 éléments traceurs des SONUC. L'approvisionnement en sang sécurisé est disponible dans 32% et le groupage sanguin dans 53% des FS.

La combinaison de l'ensemble de ces initiatives contribue sans nul doute à une amélioration continue des taux de réalisation de la césarienne depuis 2009 comme l'indique le graphique ci-contre se rapprochant de l'objectif de 10% suggéré par l'OMS. Ces données très globales (nationales) ne renseignent pas sur les disparités entre régions mais également sur les dimensions de l'équité en rapport avec la pratique de la césarienne.

Autrement dit, les populations les plus vulnérables (femmes des zones rurales éloignées, femmes des milieux économiquement faibles etc.) sont-elles les principales bénéficiaires des césariennes pratiquées?

4 Selon le MICS_2014, seuls 41,6% des enfants de 12-23 mois ont reçu toutes les vaccinations recommandées par le programme national de vaccination avant leur premier anniversaire. Plusieurs facteurs expliquent ce faible niveau de couverture vaccinale dont : (i) presque la moitié des motos utilisées en stratégie avancée ne sont pas en bon état (48%) ; (ii)de nombreuses communes ne disposent pas d'un véhicule de supervision en bon état (56%).

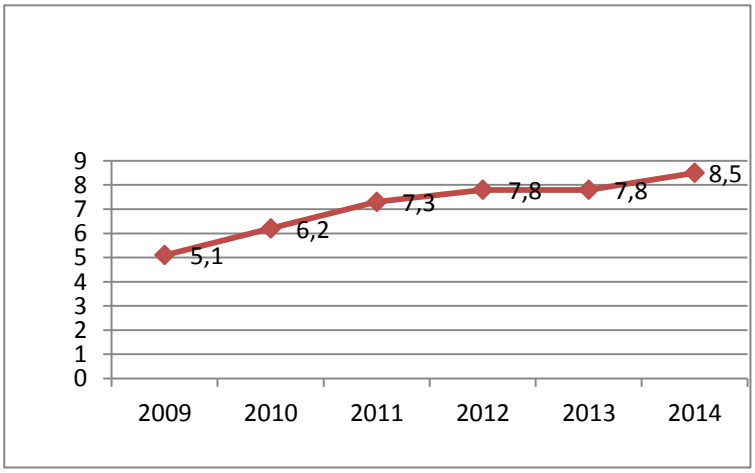


Figure 5: Evolution du taux de réalisation de la césarienne (%) ASS/DPP/MS

4.1.2.3 Programme 3 : Lutte contre la maladie

A/ Principales interventions mises en œuvre

Dans sa formulation, ce programme vise la lutte contre les maladies prioritaires, les autres maladies transmissibles et les maladies non transmissibles, l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des médicaments génériques à coût réduit, la promotion des explorations diagnostiques et de la sécurité transfusionnelle, des examens diagnostics, de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles, de la santé en milieu scolaire, universitaire et professionnel, de la santé mentale et de la recherche en santé. Dans la perspective de l'analyse systémique, les aspects en rapport avec les médicaments, et autres produits de santé, de même que la promotion des explorations diagnostiques seront traités de manière spécifique.

Les différentes interventions ont été développées autour de quatre types de maladies : 1) les maladies prioritaires (paludisme, VIH/SIDA ; tuberculose), 2) les autres maladies transmissibles notamment les maladies tropicales négligées (lèpre et ulcère de Buruli, autres maladies tropicales négligées) 3) maladies à potentiel épidémique et 4) les maladies non transmissibles.

A-1 Maladies prioritaires

A-1-1 Paludisme

Le Bénin a adhéré au mouvement mondial "Faire Reculer le Paludisme" (FRP) ou "Roll Back Malaria" (RBM). Il a adopté une vision de lutte contre le paludisme contenue dans les Études Nationales de Perspectives à Long Terme : Bénin ALAFIA 2025. Par rapport à cette vision, le Gouvernent a assigné au Ministère de la Santé une mission clairement définie. Le pays dispose d'une politique nationale de lutte contre le paludisme. Les directives de cette politique sont mises à jour et conformes aux politiques et directives de l'OMS et sont également adaptées au contexte local/national.

Les stratégies mises en œuvre combinent :

(i) la promotion de la gratuité de la prise en charge du paludisme. . En effet**,** le paludisme étant la première cause de fréquentation des services de santé, il s'est avéré nécessaire d'envisager une action à l'endroit des populations vulnérables. Ceci a conduit à la mise en place d'une stratégie de gratuité. Le lancement de l'initiative présidentielle de prise en charge gratuite des cas de paludisme chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes en 2011 a contribué à améliorer l'accessibilité aux soins des cibles et par conséquent à l'amélioration des indicateurs. Les statistiques sur la prise en charge gratuite des cas de paludisme chez les cibles montrent que de 2012 à 2014 la population impactée par la mesure est respectivement de **67 266**en 2012**, 51 152**en 2013 **et 59 440**en 2014(Données PNLP 2014). Il importe toutefois de mettre l'accent sur :

- le retard du remboursement par le Budget National, ce qui entraîne une démotivation voire abandon de l'initiative par certains acteurs au niveau des FS;
- le comportement de certains agents de santé qui malgré la disponibilité des produits de prise en charge gratuite du paludisme font payer les bénéficiaires.;

(ii) le renforcement de la prévention à travers la Lutte Antivectorielle Intégrée (LAVI) est une composante clé des stratégies de prévention des maladies à transmission vectorielle notamment le paludisme. Le choix du Bénin combine d'une part la lutte contre les moustiques adultes et d'autre part la lutte contre les larves. Ce choix vise la réduction de la transmission du paludisme par : la protection individuelle (utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'action) ; la protection familiale (la promotion de la pose des grillages anti moustiques aux ouvertures des habitations, promotion de la pose des plafonds, l'aération des habitations) ; la protection collective par la Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID) d'insecticide à effet rémanent, traitement aux bio larvicides des gîtes de larves de moustiques et la réduction des gîtes larvaires par l'assainissement du milieu.

(iil) Le Plan Stratégique National de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction et de Programmation Holistique des Préservatifs au Bénin (2010-2015).
Ce plan se donne comme vision d'ici 2015 : "chaque personne en République du Bénin, peut choisir, obtenir et utiliser les produits de la santé de la reproduction y compris les préservatifs de qualité à chaque fois qu'elle en manifeste le besoin". Il a pour but de « contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la mère, du nouveau-né et à la prévention des IST/VIH/Sida et des grossesses non-désirées au sein des populations.

(iv) l'amélioration de la qualité de la prise en charge à partir d'un diagnostic correct des cas suspects de paludisme.

Dans le cadre de la réduction des taux de mortalité et de morbidité liés au paludisme, le PNLP dispose au nombre de ses stratégies de lutte, la prise en charge correcte des cas précédée d'un diagnostic biologique adéquat. La surveillance de l'efficacité thérapeutique des antipaludiques constitue le sous bassement de la prise en charge adéquate des cas de paludisme actuellement en cours au Bénin. Le document sur les directives de la lutte contre le paludisme préconise pour la prise en charge du paludisme simple, les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisine (CTA), en l'occurrence l'artéméther-luméfantrine et l'artésunate-amodiaquine en combinaison fixe quel que soit le niveau de la pyramide sanitaire après confirmation parasitologique de la maladie soit par goutte épaisse/frottis sanguin, soit par Test de Diagnostic Rapide du fait de l'inexistence de laboratoire dans tous les centres de santé périphériques.

A.1.2 Le VIH/SIDA

A l'instar des nombreux pays de la sous-région, un dispositif fonctionnel pour la réponse au VIH/SIDA est mis en place à travers le Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS). Cette réponse au VIH/SIDA et IST bénéficie de l'appui politique au plus haut niveau de l'État. Le Président de la République, Chef de l'État, Chef du Gouvernement préside le Comité National de Lutte contre le VIH/Sida/IST qui est l'institution nationale chargée de la coordination et de la promotion de la lutte multisectorielle contre le VIH/Sida/IST au Bénin.
Les interventions mises en place par le programme sont essentiellement :

- le renforcement de la gouvernance dans la réponse à travers entre autres, la prise du décret portant Attributions Organisation et Fonctionnement (AOF) du Comité National de Lutte contre le VIH/Sida/IST et définissant un nouvel ancrage institutionnel et du décret portant réorganisation du Programme National de Lutte contre le VIH/Sida/IST; l'implication du monde de travail dans la réponse au VIH; la décentralisation des ressources au niveau des DDS permettant un suivi plus rapproché des interventions et une meilleure facilité d'exécution des activités par les Centre d'Information de Prospective et de Conseil (CIPEC). Par ailleurs, une meilleure disponibilité des intrants et des médicaments, le renforcement du service de prise en charge par un pharmacien chargé de la Gestion et de l'Approvisionnement des Stocks; l'adaptation régulière des nouvelles normes recommandées par l'OMS pour les personnes infectées par le VIH avec l'acquisition

des nouvelles molécules et formulation rendant plus aisée la prise en charge des PVVIH et le renforcement du partenariat avec la CAME dans le stockage et la distribution des intrants VIH.

- la Prise en Charge globale des PVVIH y compris le soutien au PVVIH avec le renforcement des compétences techniques des prestataires sur la prise en charge globale et la gestion des ARV;
- la Prévention de la Transmission Mère-Enfant avec une couverture des structures publiques par les activités PTME et positionnement des kits pré-faits;
- la responsabilisation des zones sanitaires dans la gestion des intrants de PTME;
- la communication pour un changement de comportement;
- le Conseil Dépistage Volontaire;
- la prévention et la prise en charge des IST;
- la surveillance épidémiologique, avec la mise en place d'un réseau de surveillance de l'infection à VIH par sites sentinelles. Ainsi 65 sites sentinelles sont installés dans les douze (12) départements et permettent de surveiller les femmes enceintes par rapport à l'infection à VIH[9];
- la coordination et le suivi évaluation.

A.1.3 La tuberculose

La lutte contre la tuberculose est placée sous la responsabilité du Programme National contre la Tuberculose (PNT), structure sous tutelle du Ministère de la Santé. Pour mieux remplir sa mission et rendre compte régulièrement à l'Autorité Ministérielle, le PNT s'est doté d'un organe de gestion dénommé staff dirigé par le Coordonnateur. Le staff se réunit régulièrement chaque lundi pour faire le point des problèmes/difficultés et prendre les décisions subséquentes pour la bonne marche du programme. C'est ce staff qui élabore des projets pour mobiliser des ressources auprès des partenaires pour un meilleur contrôle de la tuberculose au Bénin. Grâce à cette organisation, le PNT a enregistré des résultats tant appréciés à l'intérieur qu'à l'extérieur du Bénin en matière de lutte contre la tuberculose.

Les Politiques mises en œuvre

Les activités réalisées par le PNT tournent autour des interventions ci-après :

- la détection des cas de tuberculose et leur mise sous traitement le plus rapidement possible;
- la création des conditions humaines et matérielles pour l'accueil, le diagnostic et le traitement dans les Centres de Dépistage et de Traitement de la Tuberculose (CDT);
- le partenariat public-privé mixte;
- la communication et la mobilisation sociale,
- la recherche active des cas de Tuberculose au sein de la population à travers des tournées foraines;
- le renforcement des capacités d'appui institutionnel du laboratoire de référence des mycobactéries pour en faire un laboratoire supranational;

[9] Rapport d'auto-évaluation de l'année 2014 du PNLS, janvier 2015

Le Programme National contre la Tuberculose (PNT) bénéficie de plusieurs sources de financement : le Budget National pour les investissements publics (construction, réhabilitation de certains bâtiments), l'appui alimentaire aux patients, les dépenses en personnel et d'entretien des services publics; l'Union Internationale contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires pour l'organisation du cours international sur le contrôle de la tuberculose, la revue annuelle du Programme et l'achat de petits consommables et réactifs pour les patients TB/MR. La plus grande contribution (85%) provient depuis 2003 du Fonds Mondial qui finance les dépenses en ressources humaines, médicaments antituberculeux de première et deuxième lignes, les produits et équipements médicaux, infrastructures et équipements non médicaux, la sensibilisation, communication et mobilisation sociale, la supervision et suivi-évaluation, le soutien aux patients, le fonctionnement du programme.

A.2 Autres maladies transmissibles émergentes et/ou négligées

A.2.1 Les fièvres hémorragiques

Au cours des dernières années les systèmes de santé de la sous- région ont été confrontés directement ou indirectement à la gestion des cas d'épidémies hémorragiques d'origine virale (Ebola et Fièvre Hémorragique à virus LASSA). Dans le cas de la fièvre hémorragique à virus Ebola, les directives relatives à la protection des individus et des communautés ont été mises en œuvre, de même que les directives sur le règlement sanitaire international. La fièvre hémorragique à virus LASSA a un caractère plus endémique dans un certain nombre de pays de la sous-région et a connu son apparition au Bénin en 2014 puis en 2016. Avec l'appui des partenaires techniques et financiers, une stratégie de riposte à l'épidémie de la Fièvre hémorragique à virus Lassa est mise en œuvre.

A.2.2 Maladies tropicales négligées

Des efforts sont de plus en plus déployés pour intégrer la gestion des maladies tropicales négligées dans le paquet d'interventions mis en œuvre par les structures de santé. Dans cette perspective on note : a) la finalisation de la cartographie c'est à dire la situation épidémiologique des différentes Maladies Tropicales Négligées (MTN);b) le renforcement annuel des capacités en cascade de tous les acteurs impliqués dans la lutte contre les MTN; c) l'approvisionnement en Matériel et Intrants; d) la mobilisation sociale; e) le traitement de masse en milieu communautaire et scolaire; f) la supervision, le suivi évaluation (surveillance épidémiologique, entomologique, la microfilarémie nocturne, l'évaluation de la transmission de la FL)

A.3 Maladies non transmissibles

Les efforts dans ce domaine ont porté sur : i) l'implication des Organisations de la Société Civile et des structures décentralisées dans la lutte contre les MNT; ii) l'organisation des consultations de patients épileptiques dans un hôpital de zone par département; iii) la formation des relais communautaires sur le NOMA; iv) l'organisation des

consultations dans tous les centres de santé mentale; v) l'acquisition des médicaments, consommables essentiels et anesthésiques pour les tournées foraines (toutes les activités intégrées); vi) la mise à l'échelle de l'utilisation des protocoles de WHO-PEN pour la prise en charge des MNT dans une (01) zone sanitaire par département; vii) la supervision des activités organisées sur les maladies non transmissibles; viii) l'organisation des tournées foraines multidisciplinaires (HTA, diabète, neurologie, gastrologie, affections bucco-dentaires et cécitantes,…..) sur les MNT dans tous les départements.

B/ Principaux extrants

Les principales interventions conduites dans la lutte contre la maladie ont produit un certain nombre d'extrants devant contribuer à l'atteinte des résultats et impacts attendus de la mise en œuvre du PNDS.

(i) La lutte contre le paludisme. Le paludisme continue d'être la première cause de consultation (40,6% des cas) et d'hospitalisation (29,9%) selon l'annuaire des statistiques sanitaires 2014 du Ministère de la santé. La même tendance s'observe pour les années 2009 à 2013, où le paludisme est prédominant avec respectivement des proportions de 34,8% en 2009, 32,2% en 2010, 26,8% en 2011, 28,9% en 2012 et 29,2% en 2013. Elle demeure l'endémie majeure et la première cause de morbidité et de mortalité dans les groupes les plus vulnérables, à savoir les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. De 2005 à 2009, en se référant au Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS), chaque année le paludisme est la cause de 0,9 à 1,3 millions de cas de consultation et de 1 400 à 2 050 décès enregistrés dans les formations sanitaires.
Cependant, des progrès importants sont notés en ce qui concerne les effets directs liés à certaines interventions tels que l'utilisation des MIILD .
On note par ailleurs que pour certaines prestations, les performances restent encore faibles selon les données du MICS. En effet, le pourcentage des enfants de moins de 5 ans avec fièvre dans les deux (2) dernières semaines pour qui des conseils ou un traitement ont été recherchés auprès d'une structure/agent de santé est de 43,7% soit moins d'un enfant sur deux. Par ailleurs seulement 19,1% d'enfants souffrant de fièvre ont eu le test de dépistage rapide de paludisme.Toujours selon la même source, le nombre de femmes âgées de 15-49 ans qui ont reçu trois (3) doses ou plus de SP/Fansidar, dont au moins une a été reçue lors d'une visite prénatale, durant leur dernière grossesse ayant abouti à une naissance vivante dans les deux (2) dernières années est de 12,5%.

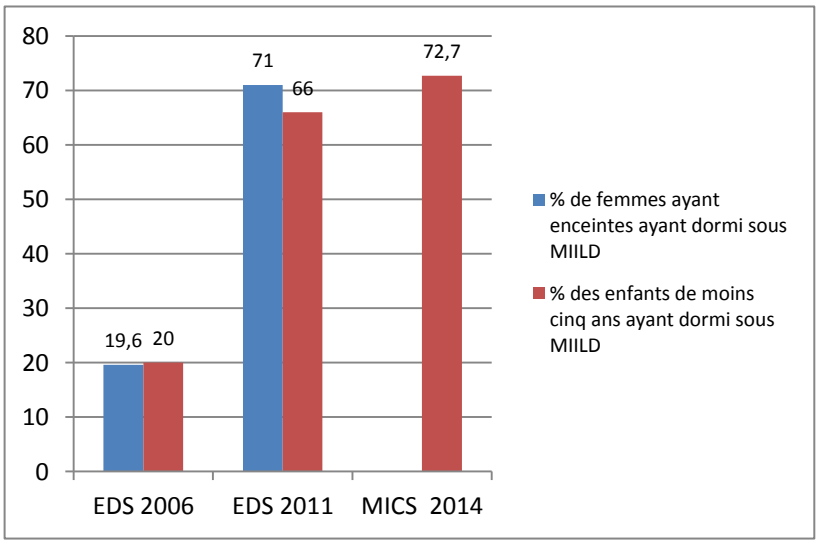


Figure 6: Evolution des proportions de femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans dormant sous MIILD

Le rapport d'auto-évaluation du PNLP indique des difficultés dans la prise en charge adéquate des cibles. Ainsi, le pourcentage d'enfants de moins de 5ans ayant reçu une prise en charge adéquate avec CTA dans un délai de 24 heures après l'apparition des premiers symptômes n'est que de 17,5% en 2014 et le pourcentage de femmes enceintes ayant reçu deux ou plus de doses de traitement préventif intermittent (TPI) pendant la grossesse est de 23% également en 2014[10].

(ii) Lutte contre le VIH/SIDA et les IST. De manière générale, les interventions dans le domaine du VIH/SIDA et les IST donnent des impacts positifs sur la prévalence de la maladie dans la population générale. Il y a cependant des populations clés pour lesquelles les taux de prévalence restent significatifs : Travailleuses de sexe (20,9% en 2012 et 15,7% en 2015 ; hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (12,6% en 2013 et 7,7% en 2015) ; utilisateurs de drogues par voie intraveineuse (6,7% en 2013 et 4,7% en 2015).
L'offre de soins pour les PVVIH de même que l'utilisation des prestations offertes se sont sensiblement améliorées de 2009 à 2014 comme l'indique le tableau ci-dessous

Tableau 3: Évolution d'indicateurs d'offre et d'utilisation de prestations dans la prise en charge VIH/SIDA

INDICATEURS	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nombre de centres fonctionnels assurant la prise en charge par les ARV	68	74	77	80	83	86
Nombre de Personnes Vivant avec le VIH/sida pris en charge par les ARV	15 401	19 150	22 522	26 018	24 810	28 850
Nombre de gestantes séropositives bénéficiant du protocole complet pour réduire la transmission Mère Enfant du VIH	1386	1481	1560	1478 (47,5%)	1560 (49,8%)	2 099 (72,08%)

Source : Rapport de monitoring PNLS S2 2014

Les principales difficultés qui entravent la mise en œuvre résident entre autres dans les pannes fréquentes de certains équipements et appareils faute de maintenance préventive; le vieillissement du matériel roulant du PNLS entrainant de lourdes charges pour la maintenance, l'acquisition à bonne date des intrants sur Budget National et les difficultés pour assurer la collecte passive de l'information sur le VIH à travers le Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS) en vue de l'intégration du VIH dans le Paquet d'Interventions à Haut Impact (PIHI).
(iii) Lutte contre la tuberculose. La mise en œuvre du plan stratégique 2009-2014 du PNT a permis de maintenir jusqu'en 2014 le taux de succès thérapeutique des TPM+ autour de 90% conformément aux recommandations internationales. La proportion des patients coinfectés TB/VIH sous ARV est passée de 44% en 2009à 92% en 2014. Cependant des efforts restent à faire en matière de dépistage des cas de tuberculose pour améliorer le

[10]DSP/PNLP : Rapport d'auto-évaluation au 31 décembre 2014, janvier 2015

taux de détection qui est estimé à 60% en 2014 contre une cible mondiale de 70% pour 2015. Cette sous détection pourrait être expliquée par, entre autres, une forte couverture en services de diagnostic, une faible décentralisation des nouvelles technologies de diagnostic de cas de tuberculose (microscopes LED, Xpert MTB/RIF, etc…) ou une insuffisance de dépistage des cas au sein des groupes plus à risque. De nouvelles stratégies de recherche active de cas de tuberculose ont été développées dans le cadre du plan stratégique 2015-2019. Elles pourront permettre d'améliorer le taux de détection. Par ailleurs, le taux d'incidence a connu une augmentation en passant de 69 à 72 cas pour 100.000 hbts entre 2010 et 2014 (contre une cible de 64 cas pour 100.000 hbts en 2015). A ce rythme, il est peu probable que le Bénin puisse inverser assez rapidement cette tendance pour atteindre cette cible de 2015. Les efforts doivent se poursuivre à cet effet pour réduire l'incidence de la maladie dans le cadre des stratégies post-2015.M

(iv) Fièvres hémorragiques et maladies tropicales négligées. La récurrence de certaines épidémies à virus hémorragiques constitue de plus en plus un problème de santé publique auquel le système de santé doit faire face et assurer une plus grande réactivité. Le taux de létalité enregistré lors de la survenue en 2014 des 14 cas dans la zone de Tanguiéta était de 56,25%.

En ce qui concerne les autres maladies transmissibles négligées, la lèpre et l'Ulcère de Buruli sont endémiques, mais restent encore des préoccupations de santé publique au regard de certains indicateurs. Dans le cadre de la lèpre, on note que la proportion de nouveaux cas dépistés avec infirmité supérieure à un (1) qui était de 19% en 2009 est de 23% en 2014. De manière générale, cette proportion est comprise entre 4,4% et 25,4% respectivement au Mali et en Ouganda au cours de l'année 2012[11]. Au niveau de l'ulcère de Buruli, les cas graves dépistés parmi les nouveaux cas représentent en moyenne 40% entre 2009 et 2014; de même les enfants représentent également en moyenne 50% des nouveaux cas au cours de la même période.

Au niveau des autres maladies tropicales négligées, les résultats sont satisfaisants notamment en termes de couverture thérapeutique et de couverture géographique comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau 4:Évolution des indicateurs du taux de couverture TDM

Indicateurs retenus	2012	2013	2014
Couverture géographique TDM Oncho	99,23%	98,97%	97,96%
Couverture thérapeutique TDM Oncho	83,77%	85,36%	85,11%
Couverture géographique TDM FL	98,04%	99,71%	98,31%
Couverture thérapeutique TDM FL	80,72%	62,98%	83,28%

Source : DNSP/PNLMT : rapport d'auto-évaluation exercice 2014, janvier 2015

(v) Maladies à potentiel épidémique. Les succès dans le cadre du PEV limite les décès causés par les maladies évitables par la vaccination. Ainsi peu de décès sont enregistrés parmi les cas de rougeole enregistrés de 2010 à 2014. Les préoccupations demeurent en ce qui concerne certaines épidémies pour lesquelles les taux de létalité restent encore importants : pour les cas de méningite ce taux est de 11,6% sur la période de 2010-2014 et 42% pour le tétanos néonatal (TNN). Selon les données du MICS 2014, 30% des femmes enquêtées n'avaient pas reçu les doses requises pour protéger les enfants contre le TNN.

[11]OMS Relevé épidémiologique hebdomadaire,30 AUGUST 2013, 88th year / 30 AOÛT 2013, 88e année No. 35, 2013, 88, 365–380

(vi) Au niveau des maladies non transmissibles. Le rôle prépondérant des facteurs de risque n'est plus à démontrer dans la survenue des MNT. L'analyse de situation effectuée lors de l'élaboration du PNDS indiquait une forte tendance à l'urbanisation de la population du Bénin. Une telle tendance est souvent source de changements de comportements et du mode de vie des populations. Ce changement du mode de vie entraîne l'émergence et l'aggravation de ces facteurs de risque. Il s'agit surtout de l'hypertension artérielle et des maladies cardiovasculaires dont les taux de mortalité et de morbidité ne font que croitre d'année en année. Les données de l'enquête MICS2014 indiquent que 43,7% et 25,5% des personnes de 15-49 ans respectivement chez les hommes et chez les femmes consomment de l'alcool et 23% des hommes et 20% des femmes ont consommé de l'alcool avant l'âge de 15 ans.

4.1.2.4 Programme 4 : Développement hospitalier

A/ Principales interventions mises en œuvre

Le programme vise à assurer le développement du sous-secteur hospitalier à travers le management de la qualité en milieu hospitalier, le renforcement des plateaux techniques, la réforme hospitalière et l'organisation/renforcement de l'offre de soins. Il s'agit: d'améliorer la qualité des soins en milieu hospitalier ; de renforcer le sous-secteur hospitalier en infrastructures et équipements de qualité ; de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge des malades par la bonne gouvernance du sous-secteur hospitalier et d'organiser le système hospitalier afin que l'hôpital joue efficacement ses principaux rôles. Les principaux axes d'interventions mis en œuvre sont les suivants :

(i) le management du processus qualité des soins en milieu hospitalier. Il s'est matérialisé par :

- la mise en place de la télémédecine avec l'application au CNHU, CHU-MEL, HZ-Kandi, CHD MC, CHU-Borgou;
- l'installation du SIH (CNHU, CHU-MEL, HZ-Savalou, HZ-Kandi HZ Lokossa, HZ Ouidah, HZ Adjohoun, HZ Covè , HZ Banikoara);
- l'élaboration du Document du Système National de référence et de contre référence du Bénin;
- l'élaboration et l'édition du document de la Politique Nationale d'Assurance Qualité des Soins et Services de Santé;
- l'élaboration des normes de soins en gynécologie-obstétrique, pédiatrie, médecine et chirurgie(document édité et disséminé dans trois (3) départements: Atacora-Donga, Mono-Couffo et Zou-Collines); les trois autres sont prévus pour 2015 ;
- l'élaboration du document de politique nationale de sécurité des injections(en cours);
- l'élaboration du cadre organique de l'Organe National d'Accréditation des Services de Santé;
- l'élaboration du Manuel d'accréditation des Établissements de Santé (en cours);
- l'installation des organes de décision et des structures techniques en charge de l'application des orientations de la politique nationale d'hygiène hospitalière;
- l'introduction de la CIM 10 à travers la formation des Experts Nationaux;

- l'élaboration et la vulgarisation de Guides de prise en charge des malades ;
- l'élaboration des Projets d'Établissements Hospitaliers (CHD-Atacora, CHD-Mono, HZ-Comè, HZ-Aplahoué, HZ-Bassila, HZ-Klouékanmè et des CHU).

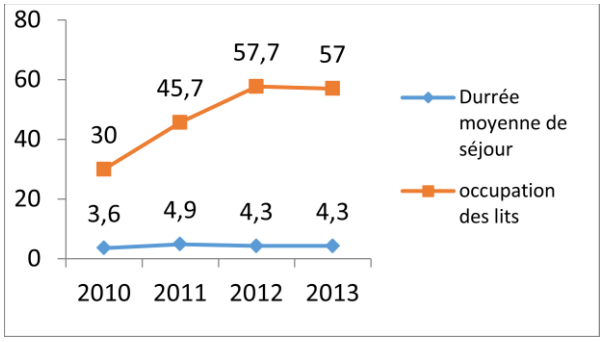


Figure 7: Evolution de la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux et des taux d'occupation de lits de 2010-2013

(ii) le processus de restructuration de l'espace hospitalo-universitaire à travers l'érection de neuf (09) hôpitaux en CHU dont deux (2) HIA, , la détermination par un Comité interministériel (MEFPD, MS, MTFP, MESRS, MDN) des montants des subventions à accorder aux nouveaux CHU, le redéploiement des hospitalo-universitaires dans les nouveaux CHU, la mise en place des organes de direction et de gestion (CME, CA, , ,) au sein des nouveaux CHU; la mise en œuvre du Projet de création de l'Unité de Radiothérapie (PUR); , ; l'érection de certains hôpitaux confessionnels en hôpitaux de zone (Tanguiéta, St Martin de Papané, Ordre de Malte de Djougou….) et la création de nouveaux services (médecine nucléaire et service de psychiatrie) à HOMEL….

(iii) la construction de nombreux hôpitaux (HIA Parakou, HZ Djidja, HZ Covè, HZ Djougou, HZ Kouandé….) et la réhabilitation de quelques hôpitaux (CHD Borgou, CHD Donga, HOMEL, HZ Natitingou…)

(iv) le démarrage du processus pour doter le secteur d'une loi hospitalière dont l'étape d'élaboration est achevée.

B/ Principaux extrants

De manière générale, le secteur hospitalier a fait l'objet d'attention particulière au cours de la phase actuelle de mise en œuvre du PNDS avec :

(i) La création de la Direction Nationale des Établissements Hospitaliers et de Soins (DNEHS), conformément au décret N°2012-272 du 13 août 2012[12]. Cette direction coordonne en relation avec les autres directions centrales et techniques (DRH, DIEM, DSME, DPMED, DRF, DRFM, DNPS, DSIO), les activités de tous les établissements hospitaliers aussi bien publics que privés. L'audit s'est intéressé à sa structuration, son organisation et son fonctionnement. Il existe cependant un besoin de renforcement des capacités opérationnelles de cette direction afin qu'elle puisse mener à bien ses missions;

(ii) une étude portant audit institutionnel, organisationnel et fonctionnel du SSH a été réalisée en 2013. Les recommandations devront faire l'objet d'une attention particulière;

(iii) les données statistiques indiquent que : 1) la capacité d'offre en lits d'hospitalisation est en constante augmentation passant de 4496 lits en 2012 à 4506 lits en 2013[13]; Ces variabilités dans l'offre se ressentent aussi dans l'utilisation des services hospitaliers même si de manière continue on observe une amélioration des

[12] *Décret N° 2012-272 du 13 août 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé*

[13] SGSI/DPP/MS, 2012, 2013

taux d'occupation des lits des hôpitaux de 2010 à 2013 comme l'indique le graphique ci-contre (ASS/DPP/MS2010-2013). En effet, le taux d'occupation des lits varie en 2013 de 9% à plus de 100% avec une moyenne nationale de 57%.

4.1.2.5 Autres programmes : Médicaments et autres produits de santé, infrastructures et équipements et la recherche en santé

Dans le domaine 1 l'ensemble de ces piliers du système de santé sont repris soit au niveau du programme de lutte contre la maladie soit au niveau du programme de développement hospitalier. Leur spécification permet d'avoir une certaine exhaustivité dans l'analyse de la mise en œuvre.

A/ Médicaments et produits de santé

(i) La politique pharmaceutique du Bénin est gérée au sein du Ministère de la Santé par la Direction des Pharmacies, du Médicament et des Explorations Diagnostiques (DPMED). Depuis la création de la CAME (Centrale d'Achats des Médicaments Essentiels et consommables médicaux), tous les médicaments et autres intrants sont centralisés afin de faciliter l'approvisionnement des formations sanitaires publiques et confessionnelles des trois niveaux de la pyramide sanitaire du pays. Ce dispositif constitue une opportunité pour l'ensemble des structures et des programmes qui peuvent ainsi passer par la CAME pour les commandes des différents médicaments, consommables et autres intrants. Des dispositifs de pharmacovigilance et de contrôle de qualité sont mis en place afin de suivre la qualité des médicaments.

Il n'existe pas dans le PNDS des indicateurs traceurs sur le suivi de la performance dans le domaine de la disponibilité et de l'accessibilité aux médicaments (taux de rupture des principaux médicaments, coût moyen des produits essentiels etc.).

Un certain nombre de problèmes sont cependant évoqués par certains programmes : rupture de stocks de médicaments et consommables au niveau de la CAME dans le cadre du PNLMNT et l'imposition désormais de la taxe de voirie sur les médicaments offerts par les partenaires PNLMT. La disponibilité permanente de certains produits essentiels tels que les contraceptifs reste également préoccupante.

(ii) Environ 80% de la population béninoise font recours à la médecine traditionnelle pour leurs besoins en soins de santé.. En 2009, le Bénin comptait environ 7.500 PMT.
De nombreuses activités ont été menées par le Programme National de Pharmacopée et de Médecine Traditionnelle. On peut citer entre autres : la mise sur pied depuis les arrondissements jusqu'au niveau national des bureaux de l'ANAPRAMETRAB; la mise en place d'un centre traditionnel de prise en charge de l'ulcère de Buruli dans le centre de santé de Ouinhi; la mise en place d'un cadre réglementant l'exercice de la médecine traditionnelle au Bénin, la disponibilité d'outils de recensement des PMT et des pratiques de la médecine traditionnelle et de validation des recherches sur les plantes et la médecine traditionnelle.

Les deux indicateurs évalués sont le nombre de jardins de plantes médicales fonctionnels et le nombre de praticiens de la médecine traditionnelle formés sur la prise en charge du VIH/SIDA et du Paludisme. Le 1er indicateur est resté stationnaire depuis 2010 tandis que le 2è a nettement évolué.

(iii) Les Produits Sanguins Labiles (PSL). De manière générale, les données indiquent un taux de satisfaction de la demande qui est passé de 81,29% en 2009 à 89,7% en 2013. Cette performance peut cependant masquer une satisfaction réelle des besoins nationaux en PSL. Le rapport d'auto-évaluation indique à cet effet, la nécessité de ressources financières complémentaires pour satisfaire davantage les besoins en PSL qui étaient estimés à 90.000 poches en 2014. (En 2013 le Bénin était à 77.510 poches prélevées). Un tel besoin nécessite environ 4 milliards de F.CFA pour l'ensemble des activités de l'ANTS (équipements, fonctionnement, réactifs et consommables)[14].

B/ Infrastructures, équipements et maintenance

Le renforcement des infrastructures, des équipements et de la maintenance constitue un pilier essentiel car ayant un impact sur la quasi-totalité du dispositif organisationnel du système de santé. Ainsi, la réussite dans la mise en œuvre de nombreuses interventions retenues dans le cadre du PNDS dépend en grande partie de son opérationnalisation (reformes dans le secteur hospitalier et l'assurance qualité, les capacités de diagnostic à tous les niveaux, etc.)

L'amélioration de la couverture sanitaire s'est traduite par la construction et la mise en fonction de trois hôpitaux de zones sanitaire Hôpitaux de zone de Djidja, Covè et Djougou

Les explorations diagnostiques font l'objet de peu d'attention dans les différentes interventions et très peu de données sont par conséquent disponibles. Selon les résultats provisoires de l'enquête SARA 2015 : les capacités de diagnostic ont connu une évolution avec une disponibilité moyenne de 51% en 2015 (n=788) contre 32% en 2013.L'évolution observée est due à l'amélioration entre 2013 et 2015 des éléments de capacité de diagnostics suivant: diagnostic VIH (46% et 67%), Protéinurie (37% et 71%), glycosurie (37% et 68%), test urinaire de grossesse (27% et 72%). Seulement 6% des formations sanitaires en 2015 disposent de l'ensemble des éléments des capacités de diagnostics contre 4% en 2014.

Un document de politique est élaboré. Par ailleurs, cette composante dispose d'opportunités notamment l'accompagnement technique et financier de certains partenaires. Dans cette perspective, un accent est mis sur le renforcement des compétences techniques des acteurs pour accompagner l'ensemble des échelons de la pyramide sanitaire.

C/ Recherche en santé

La promotion de la recherche en santé est évoquée comme un des sous-programmes de la lutte contre la maladie. Plusieurs activités ont été menées au cours de la phase actuelle du PNDS : 1) l'élaboration d'un plan

[14] SGM/ANTS : Rapport d'auto-évaluation 2014, janvier 2015

stratégique 2010-2014 pour la recherche en santé au Bénin. La mise en œuvre de ce plan stratégique devrait permettre de développer la recherche fondamentale et la recherche appliquée; de renforcer les capacités nationales de recherche en santé; de promouvoir une utilisation optimale des résultats de recherche en santé et de développer le partenariat pour la recherche en santé ; 2) la réalisation de nombreuses études sur des thématiques spécifiques mais également plus générale comme celle de 2015 en lien avec une analyse de la situation du transfert des connaissances et de l'utilisation de l'évidence dans le domaine de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant au Bénin.

Le Dialogue Chercheur Décideur et l'existence de la Direction de la Recherche et de la Formation (DRF) du Ministère de la Santé constitue une très grande opportunité pour mettre en place un mécanisme national de suivi-évaluation des transferts de connaissance et de production des évidences.

Plusieurs défis existent dont : a) le renforcement des capacités opérationnelles de la DRF; b) le suivi permanent des études et des recherches menées au sein du MS et au niveau des institutions de recherche et universitaires en lien avec les programmes prioritaires du MS. Ce suivi pourra se faire à travers la création, la mise à jour et la diffusion d'une base de données sur la recherche en santé; c) la création et l'animation d'une plate-forme d'échanges pour une plus grande utilisation des évidences scientifiques produites.

4.1.3 FINANCEMENT

Le domaine 1 constitue le domaine le plus vaste du PNDS en termes de programmes et de sous programmes. Comme indiqué dans le tableau 1, son budget prévisionnel représente 69,6% de l'ensemble des prévisions budgétaires du PNDS 2009-2018.

Le tableau ci-dessous donne des indications sur l'évolution des fonds mobilisés annuellement en faveur du domaine 1.

Tableau 5: Situation de la mobilisation des ressources financières pour le domaine 1 de 2009 à 2014

Années	Prévision PNDS (en million) : P	Allocation (en millions): A	Taux de mobilisation (%) : (A/P)	Montant engagé: E	Taux d'engagement (%): E/A)
2009	137 254	50 539	36,82%	14 084	27,87%
2010	148 207	30 245	20,41%	9 323	30,82%
2011	160 005	25 117	15,70%	12 498	49,76%
2012	172 724	24 386	14,12%	18 529	75,98%
2013	186 444	23 612	12,66%	17 026	72,11%
2014	201 247	20 354	10,11%	15 246	74,90%
TOTAL	**1 005 881**	**174 253**	**17,32%**	**86 706**	**49,76%**

Source : DPP/MS et DRFM/MS, 2014

Au cours de la période 2009-2014, les quatre programmes du domaine 1 ont été mis en œuvre avec 17,32% du montant prévu pour leur exécution avec un engagement de 49,76%.

Malgré la faible mobilisation des ressources nécessaires pour la mise en œuvre des programmes, les cibles de quatre (04) indicateurs ont été atteintes. Par contre, les six (06) autres indicateurs ci-après n'ont pu atteindre leurs cibles:

- Taux de CPN4
- Proportion d'enfants séropositifs nés de mères séropositives
- Taux d'incidence du paludisme
- Létalité due au paludisme grave chez les enfants de moins de cinq ans
- Proportion de ménages utilisant les latrines améliorées
- Taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié

Il est important qu'un mécanisme adéquat de mobilisation de ressources soit mis en place et que l'évaluation financière relative à chaque programme pour les années à venir tienne compte des contextes économiques et financiers actuels du Bénin.

A l'image du financement général de la santé, les comptes de la santé 2012 indiquent que les ménages constituent la première source de revenu avec 37% pour la santé de la reproduction, suivi de l'Etat avec 33,3%. Au niveau des enfants, la contribution des PTF est la première source de revenu avec 70,71%, alors que celle de l'Etat est estimée à 13% et environ 6% pour la contribution des ménages. Cette tendance au niveau des enfants s'expliquerait par les initiatives de subvention et de gratuité pratiquées au profit de cette cible.

4.1.4 CONSTATSET PRINCIPAUX DEFIS

4.1.4.1 Constats

De manière spécifique, le PNDS 2009-2018 ambitionne entre autres d'assurer un accès universel aux services de santé et une meilleure qualité des soins pour l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le Développement (OMD).

L'atteinte de cet objectif spécifique repose essentiellement sur les performances attendues dans la mise en œuvre du domaine 1. Après cinq ans de mise en œuvre et à mi-parcours de l'échéance du PNDS, quelles leçons peut-on retenir et quels défis à relever ?

De la conception du domaine 1

1 La formulation du domaine 1 est relativement large et assimilable au premier objectif spécifique du PNDS. Cette option a entrainé l'identification de quatre (04) programmes mais également de sous programmes (17). Ces programmes et sous programmes concourent tous à la réalisation du domaine. Ainsi, certains sous-programmes retenus sont transversaux et constituent des piliers du système de santé car ayant un impact sur l'ensemble des domaines : cas par exemple de la recherche. Par contre, d'autres sous-programmes concernent plusieurs programmes. C'est le cas par exemple du sous-programme santé scolaire qui est concerné

aussi bien par la lutte contre la maladie que par l'amélioration de la santé de la reproduction surtout chez les jeunes et adolescents en milieu scolaire.

De la mise en œuvre

Programme 1

2 La problématique de la promotion de l'hygiène et l'assainissement de base revêt un caractère multisectoriel dépassant donc largement les seules compétences du Ministère de la Santé. Cela induit des besoins importants de coordination, voire de renforcement de la gouvernance. Comment assurer le leadership au niveau de différents départements ministériels impliqués dans la gestion de l'eau ainsi que de l'hygiène et de l'assainissement? Au-delà des départements ministériels, cette question fait également partie des compétences transférées aux communes et donc implique un partenariat très fort à la base.

3 Une des conséquences de cette situation est la faiblesse des financements accordés au domaine de l'hygiène et de l'assainissement au niveau de chaque secteur. Dans le cadre de la mise en œuvre de ce programme, on note une faiblesse des fonds destinés à ce sous-secteur (3,1% en 2013) de même les ressources humaines qualifiées font défaut.

Programme 2

4 L'ambition d'atteindre les OMD a été marquée par de nombreux engagements politiques qui se sont traduits par des décisions et options stratégiques en faveur de la santé de la mère et de l'enfant. Au-delà de la formulation de documents de stratégies, ces options ont porté essentiellement sur la promotion de la demande à travers la gratuité de certaines prestations telles que la césarienne, la prise en charge du paludisme; sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge ainsi que sur des mesures de prévention.

5 Cette ambition connait l'accompagnement de nombreux partenaires techniques et financiers.

6 Les principaux déficits observés sont relatifs à l'insuffisance de l'offre de soins notamment;

a. l'insuffisance en ressources humaines en quantité et en qualité pour offrir des prestations en matière de santé maternelle et infantile;
b. l'insuffisance des stratégies au niveau communautaire;
c. les ruptures et l'insuffisance quantitative parfois constatées de certains produits essentiels de santé.

Programme 3

7 Il existe une bonne maitrise de la lutte contre les maladies transmissibles telles quela lèpre, la tuberculose et le paludisme. En revanche, on note un déficit dans la maitrise de la situation nationale en matière de lutte contre les maladies non transmissibles.

Programme 4

8 Le secteur hospitalier a connu de très grandes reformes au cours de la phase 2009-2014 du PNDS. Ces réformes dont les effets ne sont pas encore tous perceptibles posent les bases d'une dynamique nouvelle qui s'amorce dans l'univers global du développement du système de santé au plan national.

9 Ces réformes ont un caractère très ambitieux car elles touchent non seulement à diverses thématiques (qualité des soins, réformes institutionnelles avec la création de CHU, dispositifs d'accréditation, le dispositif de référence et de contre référence, etc.), mais elles impliquent également de nombreux acteurs du système de santé à différents niveaux (équipements et maintenance, structures de formation, etc.), ainsi que des acteurs hors secteur santé tels que ceux de l'enseignement universitaire et ceux de l'état civil.

Des résultats produits

10 De 2009 à 2014, des progrès ont été réalisés à travers la mise en œuvre des différents programmes retenus dans le domaine1 avec une bonne perspective d'atteinte de certaines cibles d'ici 2018 comme ci-dessus indiqué. Une contribution significative des différentes interventions à la réduction des mortalités maternelle et infanto juvénile semble cependant relativement peu probable d'ici la fin de la mise en œuvre du PNDS pour plusieurs raisons :

a. le déficit important en ressources humaines qualifiées influence négativement les effets attendus de la mise en œuvre des initiatives de gratuité (césarienne, paludisme…)

b. à l'évidence, un certain nombre de prestations qui exigent plusieurs contacts avec les services de santé semblent peu performants : c'est le cas du faible taux d'enfants complètement vaccinés et la forte déperdition observée entre la CPN1 et la CPN4. Pour améliorer l'accès aux prestations offertes, il y a un besoin de comprendre et d'agir sur les facteurs de déperdition.

c. il existe un paradoxe entre certains résultats observés et les effets produits. Ainsi on note dans un contexte de gratuité de la césarienne un taux croissant de césariennes, mais avec des taux de décès maternels encore importants et liés à 95% à des causes immédiates à l'accouchement[15]. De même 32% des décès chez les moins de cinq ans sont liées à des complications néonatales. Cette situation traduit une série de déficits dans le processus de prise en charge de l'accouchement dont il conviendrait de mieux maitriser les influences respectives (retard dans l'accès aux structures de prise en charge, insuffisances dans la prise en charge hospitalière).

[15]Rapport d'auto-évaluation à mi-parcours PNDS/DPP

4.1.4.2 Défis

Programme 1 :

- La coordination des différents intervenants dans le secteur notamment les autres départements ministériels. Cette tâche est rendue complexe par la multiplicité des structures de coordination interministérielle.
- L'opérationnalisation du processus de transfert effectif de compétences aux communes en matière de gestion de l'eau et de l'assainissement de base. La priorité devra être donnée à une délégation des tâches aux acteurs du niveau déconcentré pour une mise en œuvre effective du plan de transfert.

Recommandations

A l'image du processus de transfert de cette compétence aux communes, un accent devra être mis pour le renforcement du processus de délégation des tâches relatives à ce programme au niveau des DDS et des ZS

Programme 2 : Amélioration de la santé de la reproduction

Le secteur de la santé reste confronté au défi majeur qui est celui de pouvoir inverser de manière significative les tendances de mortalité maternelle et infanto juvénile. Pour 2018, il s'agira de renforcer les acquis de la phase actuelle de mise en œuvre du PNDS et jeter les bases pour le nouveau PNDS. Les défis opérationnels à court et moyen termes sont :

- les déficits accrus en personnel essentiel pour la prise en charge efficace des SONU notamment pour les zones rurales ;
- la forte déperdition des utilisatrices de la première CPN ; ce qui limite le suivi efficace des femmes et leur orientation pour un accouchement sécurisé ;
- la faiblesse de l'utilisation de certaines prestations offertes telles que les méthodes contraceptives et la vaccination complète chez les enfants ;
- la disponibilité non toujours assurée des produits sanguins labiles en fonction des besoins réels des structures de prise en charge.

Recommandations (elles s'adressent prioritairement au chef de fil désigné dans le PNDS pour le programme)
La perspective de lever ces défis dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS nécessitera :

- d'élaborer et appliquer un plan de déploiement des stagiaires en cours de formation en ciblant prioritairement les zones déficitaires. Il s'agit des stagiaires internés, des CES, des apprenants sages-femmes et infirmiers. Dans ce cadre, initier la réflexion sur l'opportunité d'utiliser des médecins généralistes à compétences chirurgicales dans les hôpitaux de zone de départements encore dépourvus de personnel qualifié.
- de former davantage et recruter des ressources humaines qualifiées spécialisées
- d'identifier avec les PTF, des expériences réussies au niveau communautaire pour améliorer les indicateurs notamment de vaccination et de PF et organiser des rencontres de partage des expériences avec des DDS abritant ces expériences.
- de renforcer la synergie d'action des PTF qui interviennent dans le domaine de la SMNI afin de mutualiser les ressources autour des paquets innovants d'intervention autour de la PF et des SONU.
- de conduire des études pour mieux comprendre l'évolution de certains indicateurs. Il s'agit pour la césarienne de mieux comprendre comment peut-on rendre la gratuité plus efficiente et efficace en prenant également en compte le nouveau-né ?

Programme 3 : Lutte contre la maladie

A mi-parcours de la mise en œuvre du PNDS, un certain nombre de défis majeurs sont à considérer pour la suite de sa mise en œuvre au regard des acquis obtenus:

- comprendre mieux l'évolution constatée dans la létalité liée au paludisme. Dans cette perspective, en plus de l'impact de la prise en charge gratuite qui est pratiquée, il s'agit de mieux comprendre l'évolution de la létalité observée en dent de scie afin de permettre l'atteinte de l'objectif assigné par le PNDS.
- disposer d'une réelle capacité de riposte face aux menaces que constituent les fièvres hémorragiques. Il s'agira de prévoir des orientations stratégiques précises afin de doter le MS d'une bonne réactivité : renforcer la préparation aux urgences et sécurité sanitaires, mettre en œuvre effectivement le règlement sanitaire international (RSI 2005), renforcer la surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR), assurer la santé au travail et garantir la sécurité des travailleurs de santé sur le lieu de travail
- en ce qui concerne les maladies non transmissibles, le défi réside dans l'adaptation du système de santé à la lutte contre les maladies non transmissibles.

Programme 4 : développement hospitalier

Le secteur hospitalier est confronté au défi majeur de réaliser les ambitions affichées dans la phase du PNDS qui s'achève. Dans cette perspective, une priorité pourra être accordée aux dimensions suivantes pour la suite du PNDS.

- Finaliser les documents normatifs en cours d'élaboration : manuel d'accréditation, etc.
- Assurer une adoption nationale de l'ensemble de ces documents.
- Définir et mettre en œuvre un plan de vulgarisation active des principaux documents normatifs élaborés dans la perspective d'une délégation de leur application par les DDS ainsi que les directeurs des hôpitaux.
- Assurer un suivides dispositifs en cours tels que les projets d'établissement dans certains hôpitaux et une évaluation de leur mise en œuvre.

4.2 DOMAINE 2 : VALORISATION DES RESSOURCES HUMAINES

Ce domaine comprend trois programmes : (i) le renforcement de la planification des ressources humaines ; (ii) l'amélioration de la production et du développement des compétences ; (iii) l'amélioration du système de management des ressources. L'ensemble de ces programmes est décliné en neuf sous-programmes.

4.2.1 NIVEAUX DE PERFORMANCES DU DOMAINE 2

Les réalisations autour de ces trois programmes et neuf sous-programmes devraient permettre à terme dans le cadre du PNDS de porter le taux de couverture des besoins en ressources humaines de 64,33% en 2010 à 100% en 2018 ; de porter à 90% la proportion du personnel performant au poste conformément au guide d'évaluation.

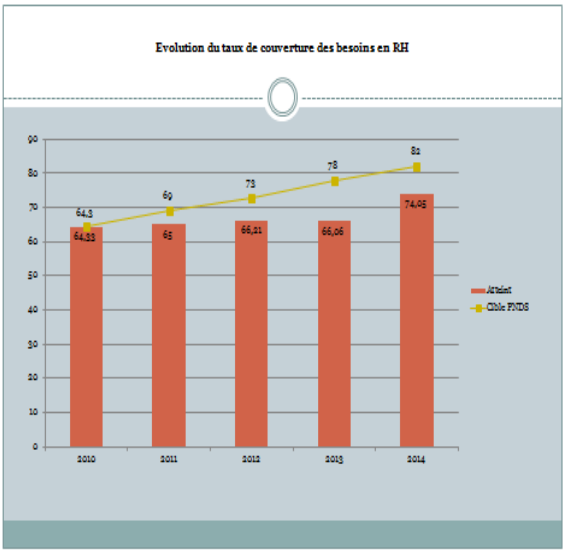


Figure 9: Evolution du taux de couverture des besoins en ressources humaines selon PNDS

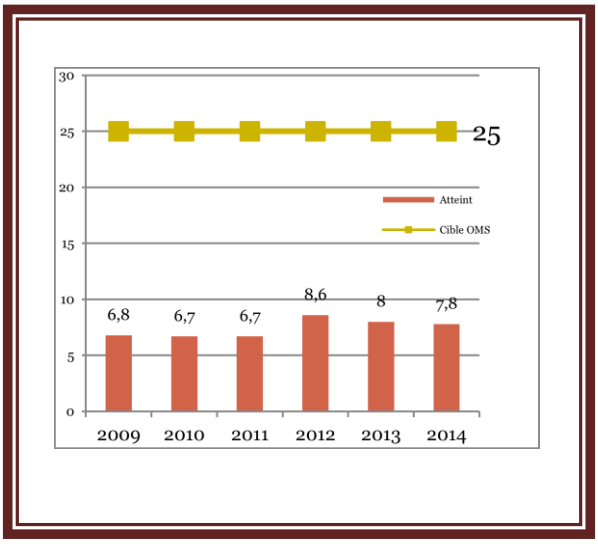


Figure 8: Evolution du taux de couverture des besoins en ressources humaines selon norme OMS

Le taux de couverture des besoins en ressources humaines est passé de 64,33% en 2010 à 74,05% en 2014 soit un gain de onze points en cinq ans. Cette progression est en deçà de la cible prévue par le PNDS qui est de 82%. Le pourcentage d'agents inscrits au fichier du personnel évolue en dents de scie. Selon la norme OMS le Bénin est encore loin d'atteindre les 25 agents qualifiés pour 10000 Habitants. En 2014, le Bénin est à moins de 8 agents qualifiés.

En effet, avec l'appui de l'Union Européenne en 1998, le secteur de la santé s'est doté d'un logiciel de gestion des ressources humaines dénommé VIRTUALIA installé à la Direction des Ressources Humaines et dans les Directions Départementales de la Santé. L'existence de ce logiciel a permis d'atteindre un taux d'enregistrement des agents estimé à 90% en 2010. En 2011, il était prévu le passage à une autre version de ce logiciel par son concepteur étranger. Cette intervention n'étant pas faite, l'exploitation du logiciel était devenue difficile. Cette situation a amené les gestionnaires des ressources humaines a passé au fichier du personnel sous excel, ainsi le pourcentage d'agents inscrits au fichier du personnel a connu une baisse passant de 90% en 2010 à 45% en 2011. Dans le souci d'améliorer cet indicateur, il a été mis en place en 2012 un nouveau logiciel de gestion des ressources humaines : le logiciel « Logi-GRH ». Les différents efforts consentis pour l'enregistrement des données dans le logiciel ont permis d'atteindre un pourcentage d'agents inscrits estimé à 90% en 2013. A partir de 2014, certains dysfonctionnements liés au paramétrage du logiciel, notamment en ce qui concerne la possibilité de travail en réseau, l'importation et l'exportation des données dans le cadre de la remontée de l'information ont été notés. Malheureusement, le concepteur du logiciel qui devrait intervenir pour corriger ces dysfonctionnements est décédé et il est impossible de modifier le paramétrage du logiciel sans le code source. De ce fait, la DRH s'investit à nouveau dans la mise en place d'un autre logiciel de Gestion des Ressources Humaines. En attendant ce nouveau logiciel, la Direction des Ressources Humaines travaille à avoir un fichier du personnel conçu sous excel avec toutes les informations importantes sur les agents présents notamment l'état

civil, la situation administrative, la situation familiale, les affectations et mouvements.En ce qui concerne le taux de couverture des besoins en formation, il est passé de 26% en 2010 à 42% en 2014 pour une cible attendue de 100%. Enfin, la mise en œuvre du PNDS ambitionnait qu'au moins 72% des agents disposent d'actes de carrière mis à jour. Cet objectif est largement atteint car cette proportion est de 86% en 2014.Le graphique ci-dessus indique les écarts de chacun des principaux indicateurs de suivi par rapport à la cible en 2014. En dehors de la mise à jour des actes de carrière, aucun des trois autres indicateurs n'a atteint la cible. Les déficits sont plus significatifs en ce qui concerne la couverture des besoins en formation, de même que l'inscription des agents au fichier.

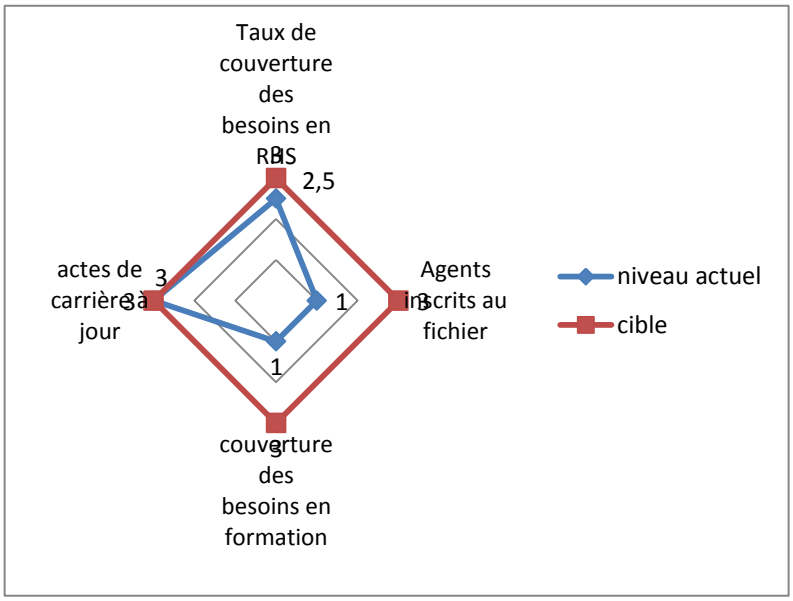


Figure 10: Evolution de certains indicateurs de suivi des ressources humaineS

4.2.2 ANALYSE DE LA MISE EN ŒUVRE DU DOMAINE 2

4.2.2.1 Programme 5 : Renforcement de la planification des ressources humaines

A/ Principales interventions mises en œuvre

La planification des Ressources Humaines en santé consiste à prévoir les besoins quantitatifs et qualitatifs en personnel de santé à court, moyen et long termes et à prendre les dispositions nécessaires pour les couvrir dans la limite des disponibilités budgétaires. De nombreuses initiatives ont été développées avant la mise en œuvre du PNDS. A partir de 2009, le processus de planification s'est renforcé à travers l'adoption du PNDS dont le domaine 2 est consacré aux ressources humaines en santé, l'adoption du Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du Secteur Santé (PSDRHSS) pour la période 2009-2018.

On note une bonne concordance entre les orientations contenues dans le PSDRHSS et le contenu du programme 5 du PNDS.

Les principales interventions ont porté sur : (i) Le renforcement du système d'information des ressources humaines en santé par la mise en place d'un logiciel de gestion des ressources humaines décentralisé ; (ii) la création des postes de responsables des ressources humaines au niveau des zones sanitaires ; (iii) le renforcement des effectifs et des capacités de gestion des services des ressources humaines au niveau intermédiaire ; (iv) l'élaboration du profil des RHS 2010 avec la prise en compte des données du secteur privé

dans l'élaboration du profil RHS ; (v) la mise en place d'un processus de réaménagement du personnel pour la dotation des nouveaux hôpitaux en RHS qualifiées ; (vi) l'élaboration du cadre organique des structures du secteur santé 2012-2014; (vii) l'élaboration d'un plan de redéploiement pour corriger le déséquilibre de la répartition du personnel ; (viii) le renforcement du cadre institutionnel de gestion des ressources humaines par la création et les tenues des sessions du Conseil Sectoriel pour le Dialogue Social (confère arrêté n° 2014-320 du 02 octobre 2014, portant création, attributions, organisation et fonctionnement du Conseil Sectoriel pour le Dialogue Social au Ministère de la Santé.), ainsi que la mise en place de l'observatoire des RHS (confère Décret n° 2013-38 du 11 février 2013, portant création, attributions, organisation et fonctionnement de l'Observatoire des Ressources Humaines en Santé du Bénin.); (ix) le recrutement de nouveaux agents de l'État pour l'amélioration de la couverture des besoins en ressources humaines sur la période de 2009 à 2014; (x) l'organisation des sessions d'information à l'endroit des nouveaux agents sur la politique et les stratégies sectorielles sur le suivi de leur carrière.

B/ Principaux extrants produits

Malgré ces nombreux efforts dans la planification des RHS, la situation reste caractérisée par :

(i) un taux global de couverture des besoins en RHS qui cache de nombreuses disparités selon les profils des agents. Mais de façon générale, le déficit concerne la quasi-totalité du personnel requis pour des prestations aux différents échelons de la pyramide sanitaire. Certains profils sont particulièrement déficitaires. A titre d'illustration, les DDS disposent d'au plus un Médecin anesthésiste réanimateur, les chirurgiens-dentistes (23% de couverture des besoins en 2012), les pharmaciens (30% de couverture des besoins en 2012), le personnel qualifié en maintenance des équipements biomédicaux, les chargés de statistiques dans certaines ZS, etc.
(ii) Au-delà de ce déficit global, la situation est caractérisée par des déséquilibres dans la répartition géographique du personnel de santé toutes catégories confondues. Ainsi, les données indiquent que l'Atacora /Donga est le département dans lequel il y a moins de concentration du personnel. Par ailleurs, comme dans de nombreux pays de la sous-région, il y a une forte concentration des RHS en zones urbaines en défaveur des zones rurales.

(iii) L'analyse des tendances évolutives de la couverture des besoins en ressources humaines au cours des 15 dernières années indique que le processus de planification tel que conçu n'est pas appliqué de manière systématique. Ainsi, on observe une évolution en dents de scie pour la majorité des profils considérés en dehors des SFE pour lesquelles la tendance est décroissante. Ceci traduit sans nul doute l'irrégularité dans le processus de recrutement du personnel de santé. Les tendances positives observées en 2014 en termes de couverture des besoins de certaines catégories, pourraient s'inverser en 2016 et 2017 avec les départs à la retraite annoncés pour plusieurs agents, si des recrutements ne sont pas faits.
Cette faible application du processus de planification se traduit aussi dans le graphique ci-dessous. Ce graphique indique que l'évolution des effectifs est relativement stable d'une année à l'autre ou en régression alors que les besoins identifiés augmentent.

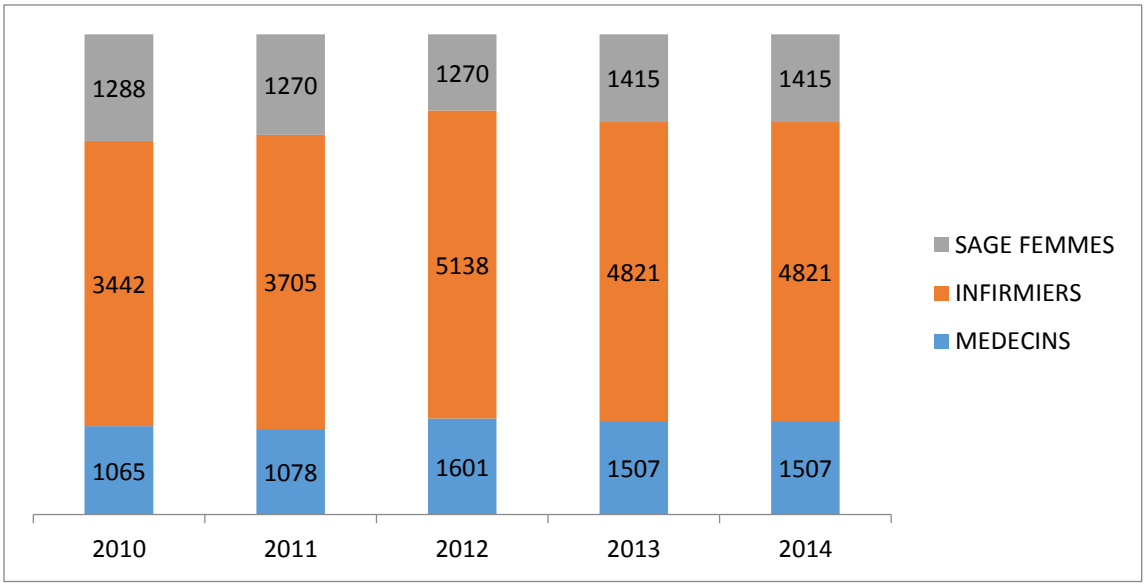


Figure 11: Evolution de l'effectif du personnel soignant de 2010 à 2014
Source : Données rapport de performance annuel/DPP/MS

4.2.2.2 Programme 6 : Amélioration de la production et du développement des compétences

A/ Principales interventions mises en œuvre

Un certain nombre de décisions ont été prises en ce qui concerne les différents sous programmes retenus dans le cadre du programme 6.

A partir des normes définies dans le PSDRHSS, un certain nombre d'orientations sont retenues pour les formations initiales des agents de santé : le relèvement du niveau de formation des infirmiers et sages-femmes à l'Institut National Médico-Sanitaire du BEPC + 3 ans de formation professionnelle au niveau Licence ; le renforcement des effectifs et du niveau de formation (master et doctorat) des enseignants en charge de la formation du personnel paramédical ; la rationalisation de la production des RHS à travers le contrôle du ratio enseignants / apprenants ; la création d'une filière de formation des Aide-Soignants à l'École de Formation Médico-Sociale (EFMS) de Parakou ; l'élaboration de deux générations de plans de formation sur les périodes 2010-2014 et 2015-2017; la formation des agents du secteur dans différentes spécialités médicales, paramédicales et de gestion ; le renforcement des capacités de production des institutions de formation à travers la réhabilitation et l'équipement de certaines écoles de formation ; l'appui à l'amélioration de l'encadrement des étudiants à travers l'institutionnalisation des stages à l'intérieur du pays (stage de Médecin CES, étudiants en 6ème année de médecine, SFE et IDE, etc.) ;

B/ Principaux extrants produits

Des formations ont été reprises pour certains corps dont la production était suspendue. Il s'agit notamment des SFE et des IDE au niveau de l'INMeS avec des effectifs de 50 pour chaque corps. De tels effectifs sont loin de combler les gaps dans un horizon temporel de 15 ans. La perspective est d'ouvrir d'autres sites de production notamment à Parakou afin de doubler les effectifs. De même, la création à Parakou d'une filière des Aides-soignants à l'école de formation médico-sanitaire peut contribuer à renforcer la disponibilité des ressources

humaines en santé de qualité. Le processus de recrutement engagé par l'État devrait se poursuivre encore les prochaines années.

On note cependant : (i) la faible adéquation entre les formations professionnelles et les exigences des emplois ; (ii) l'absence d'écoles de formation au Bénin pour certains profils de personnel ; (iii) la faible capacité de production des ressources humaines dans certaines filières de formation (soins infirmiers, soins obstétricaux, pédiatrie, chirurgie, etc.) ;(iv) l'insuffisance de formation/recyclage des formateurs ; (v) le faible suivi de l'application des compétences acquises à l'occasion des formations en cours d'emploi ; (vi) le vieillissement du personnel médical spécialiste.

4.2.2.3 Programme 7 : Amélioration du système de management des ressources humaines

A/ Principales interventions mises en œuvre

Les performances dans la gestion des RHS dépendent également de l'efficacité du système managérial mis en œuvre. Aussi bien dans le PNDS que dans le PSDRHSS, des interventions sont planifiées et mises en œuvre pour assurer cette efficacité :

(i) le renforcement du suivi de la carrière des agents à travers l'élaboration du guide de suivi de la carrière à l'usage des agents, la tenue régulière des sessions des commissions de prise des actes administratifs et la mise en place d'une base de données de suivi de la situation administrative des agents ;

(ii) la formalisation et le paiement régulier des primes de risques, primes de rendement et primes spécifiques au personnel du secteur santé ;

(iii) la motivation du personnel à travers des initiatives telles que le Financement Basé sur les Résultats ;

B/ Principaux extrants produits

Dans le cadre du processus managérial, on note : l'adoption en Conseil des Ministres du projet de création de l'Observatoire des Ressources Humaines en Santé ;la dynamisation du cadre de concertation avec les partenaires sociaux par la tenue régulière des sessions du Conseil sectoriel pour le dialogue social ;la dotation du secteur du plan de formation 2010-2014 ;la disponibilité d'un logiciel de gestion des Ressources Humaines (Logi GRH). Par ailleurs on note :

(i) le reversement dans le statut des Contractuels de l'Etat de huit mille huit cent vingt-sept (8827) agents précédemment en situation de précarité d'emploi (fonds propres, Mesures sociales, programme d'investissement public) ; (ii) la correction des disparités catégorielles existant au niveau de certains corps, avec le passage de l'échelle 3 à l'échelle 1 pour deux mille sept cent quatre-vingt-quatre (2784) sur trois mille vingt (3020) soit 92 % des paramédicaux concernés ; (iii) la prise des décrets octroyant de meilleures conditions de vie et de travail aux praticiens hospitaliers spécialistes du Bénin ; (vi) la mise en œuvre de la procédure de distinction des agents particulièrement méritants du secteur (lettre de félicitation, décoration, reclassement sur liste d'aptitude, etc.)

Cependant, il y a un certain nombre de limites :

Au plan institutionnel et règlementaire : (i) la faible autonomie de la DRH en matière de gestion des ressources humaines : recrutement, rémunération, formation, gestion des carrières des RHS, insuffisance des ressources allouées pour le développement des RHS : ressources financières, humaines et matérielles ; (ii) la faible décentralisation de la gestion des Ressources Humaines au niveau sectoriel ; (iii) la caducité des textes régissant les DDS, notamment en ce qui concerne la création du service des RH et le cumul de responsabilités de gestion des ressources humaines et de gestion des ressources financières par les CAR au niveau des ZS.

Au plan de la mise en œuvre : (i) les limites observées dans l'évaluation annuelle des agents de l'État ; ii) l'absence d'une politique d'incitation à l'exercice en milieux de vie difficile ; (iii) la mobilité du personnel spécialiste aussi bien en interne du pays que vers d'autres pays; (iv) l'insuffisance de répression des atteintes à la déontologie (Comportements peu éthique d'absentéisme, de négligences professionnelles, de manque de respect envers les patients et les supérieurs, de ventes illicites de médicaments, de paiements sous la table en échange de services de santé) ; v) l'insuffisance dans la maîtrise des différents facteurs essentiels pour une gestion efficace des RHS (non maîtrise des effectifs en temps réel en raison de la faible fonctionnalité du système d'information, insuffisance de production d'évidences à partir de la recherche sur les RHS etc.) ; vi) la faible prise en compte de l'approche genre dans la gestion des ressources humaines ; (vii) l'insuffisance de coordination entre les ministères impliqués dans la gestion des ressources humaines en santé (Ministères chargés de la Santé, de la Fonction Publique et des Finances) et entre les différents niveaux (central ,intermédiaire et surtout périphérique) malgré les concertations.

4.2.3 FINANCEMENT

Le domaine 2 constitue le second domaine pour lequel le budget prévisionnel du PNDS est le plus important, soit 25,2% comme indiqué dans le tableau 1

Le tableau ci-dessous donne des indications sur les fonds mobilisés annuellement en faveur du domaine 2

Tableau 6: Situation de la mobilisation des ressources financières pour le domaine 2 de 2009 à 2014

Années	Prévision PNDS (en million) : P	Allocation (en millions): A	Taux de mobilisation (%) : (A/P)	Engagement (%) : E	Taux d'engagement (%): E/A)
2009	49 639	26 273	52,93%	1 878	7,15%
2010	53 600	20 436	38,13%	1 349	6,60%
2011	57 866	13 262	22,92%	12 177	91,82%
2012	62 466	14 458	23,15%	15 342	106,11%
2013	67 428	20 405	30,26%	20 440	100,17%
2014	72 782	22 073	30,33%	28 802	130,48%
TOTAL	**363 781**	**116 907**	**32,14%**	**79 988**	**68,42%**

Source : DPP/MS et DRFM/MS, 2014

Au cours de la période 2009-2014, seulement 116, 907 milliards ont été mobilisés au profit des ressources humaines soit un taux de 32,14% avec un taux d'engagement de 68,42%. Le fort taux d'engagement (130,48%) est enregistré en 2014 à cause du recrutement des 1154 agents contractuels de santé. La faible performance enregistrée dans ce domaine pourrait s'expliquer entre autres par cette faible mobilisation des ressources financières. Mais la volonté politique devrait accompagner le secteur pour le recrutement d'un nombre suffisant de personnels qualifiés.

4.2.4 CONSTATS ET PRINCIPAUX DEFIS

4.2.4.1 Constats

De la conception du domaine 2

Le domaine 2 dans sa formulation renvoie au pilier classique d'un système de santé. On note une bonne cohérence entre le domaine tel que formulé et les trois programmes retenus.

De la mise en œuvre

Programme 5

Au cours de la mise en œuvre du PNDS, le MS à travers la DRH s'est doté des outils et mécanismes essentiels pour assurer la planification des ressources humaines en santé. Le décalage se situe entre la disponibilité de ces outils et mécanismes et leur application effective. Ce décalage qui est lié à une insuffisance de contribution financière de l'État au développement des RH, entraine entre autres une faible disponibilité de l'information à temps réel sur les RHS mais également une faible maîtrise des normes en RH à tous les niveaux du système de santé tenant compte des besoins mais également des possibilités financières de l'État et de ses partenaires.

Programme 6

De manière générale, on note une inadéquation entre les différentes initiatives prises et les besoins réels à combler en matière de ressources humaines. Si le relèvement du niveau de formation de certains corps essentiels tels que les IDE et les SFE est pertinent, les efforts actuels de production de cette catégorie de personnel ne permettront pas de combler les gaps à moyen terme.

La pertinence de certains efforts déployés dans la création des filières (cas des aides-soignants) est peu évidente dans un contexte ou le déficit porte essentiellement sur le personnel clé requis pour l'atteinte des objectifs majeurs fixés dans le PNDS ; notamment la réduction de la mortalité maternelle et infanto juvénile et la lutte contre la maladie en général.

Certaines initiatives pertinentes prises restent inachevées en termes de planification systématique en lien avec les besoins. En effet, tenant compte des objectifs du PNDS, l'institutionnalisation des stages à l'intérieur du pays par des agents en cours de formation devrait être abordée comme une stratégie centrale en lien avec la production progressive des RH. Cela implique un plan de déploiement permanent avec priorité pour les zones non couvertes. Ces initiatives peuvent être renforcées par de nouvelles approches ayant fait leurs preuves dans

d'autres contextes. Il s'agit par exemple de l'utilisation des médecins généralistes à compétence chirurgicale. Le dispositif hospitalier existant et la perspective de créer de nouveaux CHU constituent des opportunités pour renforcer les compétences techniques de médecins généralistes afin d'améliorer à court terme la prise en charge des SONUC.

Programme 7

La majorité des systèmes de santé des pays de la sous-région est confrontée à des difficultés récurrentes en matière de management des RH. Comme relevé au niveau du programme 5, on note un décalage entre l'existence des dispositifs et leur application effective.

On note des efforts de prise en compte des questions liées aux conditions de travail des agents, mais les mesures prises sont de portée assez faible pour impulser de véritables changements. Ainsi, les mesures relatives au suivi des carrières, de reversement des agents contractuels, etc. sont pertinentes, mais elles ne peuvent suffire à résoudre les questions liées à l'attraction et à la stabilisation des agents compétents dans des zones déshéritées.

Le déficit quantitatif important des ressources humaines en raison de l'insuffisance de la production, l'inégale répartition du personnel, l'absence de mesures attractives pour les zones déshéritées renforcent les difficultés de management.

Des résultats produits

Aux termes de la mise en œuvre du domaine2, le MS devra sensiblement avoir comblé le déficit des besoins en ressources humaines en santé, avoir un dispositif de mise à jour régulière des actes de carrière des agents, ainsi qu'un dispositif de couverture régulière des besoins de formation des agents. A mi-parcours de la mise en œuvre du PNDS, on note que les principaux indicateurs qui sont susceptibles de ne pas être atteints en 2018 sont la couverture des besoins en formation et des besoins en ressources humaines en raison :

a. du décalage entre les besoins clairement identifiés et la portée des décisions prises pour combler ces besoins. L'engagement de l'État notamment au plan financier reste faible ;
b. du caractère multisectoriel du développement des ressources humaines en santé.

4.2.4.2 Défis

Programme 5 : renforcement de la planification des ressources humaines

Le secteur de la santé est confronté au défi majeur lié à l'insuffisance des ressources humaines en santé. Au niveau de la planification, le défi spécifique réside dans la mise en œuvre effective des plans établis par la DRH. Dans la perspective de mise en œuvre du PNDS, il est suggéré :

- d'initier un recensement du personnel une fois /an. Un tel outil pour qu'il soit fonctionnel devra être surtout utilisé par le niveau ZS et DDS en lien avec les autres supports du SNIGS. Le rôle de la DRH sera d'assurer une compilation annuelle pour alimenter sa base de données ; d'élaborer un plan d'utilisation des stagiaires en formation dans diverses écoles et universités y compris des initiatives de contractualisation avec des établissements privés ; d'établir une cartographie des zones dans lesquelles le potentiel de besoins en ressources humaines est important en tenant compte des objectifs du PNDS notamment le domaine 1. Cette cartographie aidera à la gestion des postes pour les stagiaires ;

- redéployer le personnel soignant se trouvant au niveau central dans les structures sanitaires en tenant compte du cadre organique et de la règlementation.

Au regard de la situation actuelle des RH et tenant compte des normes établies dans le document de stratégie de développement des RH, il y a un besoin de revue de cette norme afin de privilégier une dotation progressive des structures de soins en fonction des niveaux de plateaux techniques. Cette démarche permet de mieux mettre en adéquation les possibilités de l'Etat et les besoins à combler.

Programme 6 : l'amélioration de la production et du développement

Le défi majeur réside dans la capacité de l'Etat à assurer une production des ressources humaines selon les besoins (en quantité et en qualité) :

- l'engagement de l'Etat à travers le budget à soutenir la production des ressources humaines constitue une condition essentielle en raison de l'insuffisance voire l'absence des PTF susceptibles de soutenir durablement ce sous-secteur. Un tel engagement peut se mettre en œuvre à travers plusieurs options stratégiques : 1) investissements dans la mise en place des centres de formation notamment pour les paramédicaux. Au-delà du nombre de structures actuelles, il y a besoin de créer de nouvelles écoles de formation des paramédicaux sous l'égide du Gouvernement; 2) la mise en place d'un fonds spécial destiné à octroyer un certain nombre de bourses de formation aussi bien pour les paramédicaux que pour les médecins et autres corps. Dans certains pays, l'Etat octroie en moyenne 200 bourses par an pour les infirmiers et sage femmes et une vingtaine pour la spécialisation des cadres (médecins, pharmaciens etc.), les bénéficiaires de ces bourses étant soumis à des conditions strictes et irrévocables à l'issue de la formation ;
- la problématique de la formation continue est récurrente. Il est indiqué d'explorer les initiatives en cours à travers le projet PAORC dans la perspective d'envisager un passage à l'échelle au plan national ;
- l'ouverture d'autres sites de production notamment à Parakou afin de doubler les effectifs. De même, la création à Parakou d'une filière des Aides-soignants à l'école de formation médico-sanitaire peut contribuer à renforcer la disponibilité des ressources humaines en santé de qualité. Le processus de recrutement engagé par l'État devrait se poursuivre encore les prochaines années ;
- la mise en place d'une stratégie d'utilisation des médecins généralistes avec compétences chirurgicales. Une des stratégies consiste à donner la priorité aux médecins généralistes désireux de poursuivre leur carrière en chirurgie ou en gynécologie et faire le lien avec les CES pour valoriser les années passées dans un hôpital de zone sanitaire.
- de créer un cadre d'échanges avec les écoles de formation des agents de santé afin de prendre en compte les priorités du secteur en termes de curricula et de besoins réels.

Programme 7 : l'amélioration du système de management des ressources humaines

Le défi majeur réside dans la capacité de l'Etat à travers ses démembrements à faire appliquer les décisions prises par les différentes instances mises en place. Cela doit se traduire par :

- un processus équitable dans le recrutement et l'affectation du personnel de santé ;
- un renforcement du pouvoir décisionnel des instances mises en place à différents niveaux de la pyramide pour les affectations du personnel de santé (DRH, DDS, ZS) ;
- un renforcement des capacités opérationnelles de la DRH et de ses démembrements. Un tel renforcement passe également par une délégation effective de certaines responsabilités à la DRH en ce qui concerne la gestion des RH qui présente certaines spécificités par rapport à d'autres secteurs ministériels ;
- la définition des conditions et modalités de transfert de compétences en matière de GRH du ministère en charge de la fonction publique vers le ministère de la santé (confère décret 2015-318 du 03 juin 2015 portant transfert de certaines attributions du Ministère en charge de la Fonction Publique au Ministère de la Santé en matière de gestion des carrières).

4.3 DOMAINE 3 : RENFORCEMENT DU PARTENARIAT DANS LE SECTEUR, PROMOTION DE L'ETHIQUE ET DE LA DEONTOLOGIE MEDICALE

4.3.1 NIVEAUX DE PERFORMANCES DU DOMAINE 3

L'un des constats relevés lors de la conception du PNDS fut le fait que le niveau non satisfaisant de la santé en général et de la qualité des soins en particulier était dû en partie au faible niveau de dialogue et decollaboration entre le MS et les autres Ministères(Défense Nationale, Intérieur et Sécurité Publique, Travail Fonction Publique et les Affaires Sociales, Environnement et Cadre de Vie, etc.) qui interviennent directement dans la santé. Ce contexte est aussi favorisé d'une part par le faible niveau d'implication dans la gestion des soins et services de santé qui relève de la compétence des élus locaux et des communautés bénéficiaires et d'autre part par l'insuffisance du partenariat entre le secteur public et le secteur privé. Le domaine 3 a été initié dans le PNDS afin de contribuer à remédier à cette situation.

La mise en œuvre de ce domaine devrait se traduire concrètement par :

1) le nombre de conventions spécifiques signées entre le MS, les autres Ministères, les Collectivités Locales et le secteur privé avec comme cible 16 conventions en 2014 ;

2) la proportion de Zones Sanitaires dont les actions respectent le cadre réglementaire de gestion et de développement des actions de santé entre la Zone Sanitaire et les Collectivités Locales à la base ;

3) le taux de satisfaction des populations de la qualité des soins ;

4) la proportion de formations sanitaires ayant subi l'inspection médicale ;

5) la proportion des formations sanitaires privées respectant les dispositions du cadre réglementaire d'exercice en clientèle privée avec comme cible 65% en 2014.

Peu de données permettent à mi-parcours de renseigner ces différents indicateurs (notamment les deux indicateurs traceurs) pour apprécier la performance réalisée dans ce domaine. A travers une étude faite par ANCRE dans ses zones d'intervention, il ressort que 64% des formations sanitaires privées disposent d'une autorisation d'ouverture et 56% d'une autorisation d'exercer. Le recensement du secteur privé de la santé réalisé en novembre 2014 fait ressortir 3174 établissements privés de santé au Bénin et 55% d'entre eux sont situés en zone rurale.(SHOPS, 2014)

4.3.2 ANALYSE DE LA MISE EN ŒUVRE DU DOMAINE 3

La mise en œuvre du domaine a concerné les programmes 8 et 9 relatifs au renforcement du partenariat entre acteurs et la promotion de l'éthique et la responsabilité médicale.

4.3.2.1 Programme 8 : Renforcement du partenariat entre les acteurs

A/ Principales interventions mises en œuvre

La mise en œuvre s'est faite autour de trois axes d'interventions :

1) le partenariat entre le secteur public et le secteur privé;

2) le partenariat entre le Ministère de la santé, les élus locaux et les collectivités locales ;

3) le partenariat entre le Ministère et les autres ministères.

A-1 Partenariat entre le secteur public et le secteur privé

La pertinence du partenariat public privé est largement reconnue par les acteurs du secteur santé. Les défis résident dans l'opérationnalisation de ce partenariat. Dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS, l'inscription de cet axe a permis de développer plusieurs initiatives :

1) au niveau des structures déconcentrées comme la DDS, il existe des cadres de concertations avec une participation effective des acteurs du secteur privé;

2) des efforts de plus en plus importants sont fournis dans la prise en compte des données de prestation du privé dans le SNIGS;

3) il l existe une cartographie de l'offre de services dans le secteur privé; un accord de partenariat entre le Ministère de la Santé et le Réseau des ONG Internationales, un accord entre le Ministère de la Santé et le Réseau des ONG Béninoises de Santé (ROBS), la mise en place d'une plateforme du secteur sanitaire privé (PSSP).

A-2 Partenariat entre le Ministère de la santé, les élus locaux et les collectivités locales

Le processus de transfert de compétences aux collectivités locales notamment dans le domaine de la santé, de même que les questions d'hygiène et d'assainissement, ainsi que l'eau potable constituent un ensemble de dispositions légales qui de fait impose le partenariat entre les différents secteurs de développement et les collectivités locales. Afin de rendre ce partenariat effectif, plusieurs initiatives sont prises dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS. On note entre autre : la poursuite de l'expérience de médecins communautaires ; la validation du document final des actes du forum national de la santé communautaire.

Prévu dans le cadre du programme 10, la mise en place des relais communautaires constitue une approche essentielle qui est mise en œuvre avec les partenaires, le Ministère ainsi que les communes. Dans une perspective de pérennité de l'implication des relais communautaires, il a été convenu que les Communes prennent le relais des PTF dans la prise en charge financière de ces relais communautaires.

Dans certaines ZS accompagnées par des PTF, l'approche santé communautaire est plus holistique car elle va au-delà des relais communautaires impliquant des ONG locales, des utilisateurs des services de santé organisés des plateformes appelées Plateformes des utilisateurs des services de santé (PUSS), des organisations à base communautaires. L'adoption d'une politique en matière de santé communautaire ouvre également des perspectives de réflexions sur les principales options qui doivent soutenir la promotion de la santé communautaire, y compris la problématique de la gestion des données communautaires en lien avec le SNIGS.

A-3 Partenariat entre le Ministère et les autres ministères

La nécessité de prendre en compte l'ensemble des facteurs déterminant de la santé des communautés y compris le renforcement de la qualité des soins et des prestations justifient les initiatives développées dans une approche de promotion de la collaboration multisectorielle. Dans cette perspective des instances existent et sont relativement fonctionnelles. Il s'agit des instances de concertation entre le Ministère de la Santé et les autres Ministères aussi bien au niveau central qu'au niveau déconcentré (CNEEP, CDEEP, COSA). L'organisation

régulière de la Revue conjointe de performance du secteur constitue également un cadre de partenariat avec les autres acteurs qui contribuent à la santé.

Au niveau déconcentré, le degré de fonctionnement des instances mises en place est relativement faible souvent par manque de ressources financières. Par ailleurs, au niveau des zones sanitaires, le degré de synergie entre les différents secteurs reste également faible malgré l'existence de certaines opportunités telles que le processus d'élaboration des plans communaux qui peut constituer un cadre fédérateur de l'ensemble des acteurs au niveau local.

B/ Principaux extrants

De manière générale, de nombreuses initiatives sont prises mais on note une faiblesse dans le suivi de celles-ci, ainsi que dans leur documentation afin d'en mesurer les résultats directs et les impacts éventuels d'ici la fin de la mise en œuvre du PNDS.

Au plan opérationnel, l'option prise en ce qui concerne les relais communautaires pose deux problèmes à résoudre : la problématique de la pérennité de cette approche dans les communes qui n'auraient pas les ressources financières requises après le départ des PTF et le souci d'une plus grande harmonisation des actions de ces relais communautaires au plan national.

4.3.2.2 Programme 9 : Promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale

A/ Principales interventions mises en œuvre

La promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale ont été abordées dans le PNDS à travers le renforcement de l'éthique et de la déontologie médicale d'une part, et le développement et la promotion de l'Assurance Qualité d'autre part.

(i) Au niveau de l'éthique et de la responsabilité médicale, on note entre autres :

1) l'existence d'une direction technique (DRF) et d'un comité d'éthique. Cette direction dispose d'un plan stratégique qui a couvert la période 2010-2014 et qui est en phase d'évaluation. Il existe par ailleursune loi portant code d'éthique et de déontologie pour la recherche en santé ;

2) l'existence des ordres et associations professionnelles de santé ;

3) l'existence d'ONG et associations de défense des droits des patients pouvant jouer le rôle de veille citoyenne pour la promotion de l'éthique en santé.

(ii) Au niveau de la promotion de l'Assurance Qualité, on note :

1) l'élaboration d'un document de politique de l'assurance qualité des soins et services de santé au Bénin, édition 2014 ;

2) la mise en place des équipes d'amélioration de la qualité ;

3) l'élaboration et la validation du document de cadrage de l'organe national d'accréditation ;

4) la certification ISO 9001 de CHU –MEL (ex HOMEL).

Certaines initiatives telles que la mise en œuvre du FBR dans les zones sanitaires par les partenaires participent également au renforcement de la qualité des soins et des prestations. Il en est de même des documents fixant les normes de soins dans quatre spécialités (gynécologie, pédiatrie, médecine interne et chirurgie).

B/ Principaux problèmes

De nombreux processus sont mis en œuvre mais n'ont pas encore fait l'objet de suivi systématique ainsi que de mesure des effets. Par ailleurs la situation reste caractérisée par la persistance du non-respect des textes régissant l'exercice des professions médicales et para médicales; la caducité des textes régissant les différents ordres de santé et l'exercice en clientèle privée; l'insuffisance de supervision et de contrôle des cabinets médicaux et de soins à tous les niveaux, et l'exercice illégal de la profession médicale et paramédicale en clientèle privée.

4.3.3 FINANCEMENT

De manière générale, on note que les montants prévus par année dans le PNDS pour le domaine 3 sont très faibles par rapport aux besoins réels du secteur. Ils représentent 0.30% de l'ensemble des prévisions du PNDS.. Cette situation semble révéler que les problèmes du domaine 3 ne sont pas liés au financement.

Tableau 7: Situation de la mobilisation des ressources financières pour le domaine 3de 2009 à 2014

Années	Prévision PNDS (en million) : P	Allocation (en millions): A	Taux de mobilisation (%) : (A/P)	Engagement (%) : E	Taux d'engagement (%): E/A)
2009	594	1 986	334%	1 129	56,85%
2010	642	2 018	314%	1 053	52,18%
2011	693	2 012	290%	590	29,32%
2012	748	2 148	287%	3 335	155,26%
2013	808	2 141	265%	6 133	286,45%
2014	872	2 256	259%	2 089	92,60%
TOTAL	**4 357**	**12 561**	288%	**14 329**	114,08%

Source : DPP/MS et DRFM/MS, 2014

De 2009 à2014, près du triple des ressources prévues pour le Domaine 3 est mobilisé (288%), avec un engagement de 114,08%. Cette situation pourrait s'expliquer par une sous-estimation des coûts nécessaires pour le renforcement du partenariat et la responsabilité médicale dans le secteur de la santé.

4.3.4 CONSTATS ET PRINCIPAUX DEFIS

4.3.4.1 Constats

De la conception du domaine 3

11 Le domaine 3 tel que formulé reste cohérent avec les deux programmes et sous-programmes identifiés. Dans le développement de certains des sous-programmes, on observe cependant des synergies possibles entre le domaine 3 et le domaine 5, les deux prenant en compte des thématiques en rapport avec la gouvernance dans le secteur.

De la mise en œuvre

Programme 8

12 Les initiatives engagées dans le cadre de la promotion du partenariat public-privé sont pertinentes. Cependant, les expériences de promotion du PPP indiquent que ce processus doit s'inscrire dans la durée et être conduit, systématisé sous le leadership du Ministère de la Santé. Aussi le PPP a favorisé l'engagement de certaines structures privées dans le processus de certification ISO.

13 De l'évaluation à mi-parcours, des initiatives existent pour renforcer le partenariat entre collectivités locales et le système de santé. La relecture en cours des textes sur les organes de gestion dans les ZS devrait permettre de mettre en place un dispositif fonctionnel à même de répondre à l'impératif d'une dynamique communautaire forte pour soutenir le système de santé.

14 Il existe une volonté affichée par les différents acteurs concernés par le développement sanitaire à renforcer une vision commune. Cela s'est traduit à travers plusieurs mécanismes et la mise en place de plusieurs instances.

Programme 9

15 S'il existe un consensus sur la pertinence du programme en raison des constats qui sont faits dans le secteur de la santé en matière d'éthique et de responsabilité médicale, le dispositif de suivi évaluation du PNDS offre peu d'éléments permettant de suivre les résultats concrets attendus.

16 L'existence de certaines structures notamment, le comité d'éthique en recherche, la direction de la recherche avec un plan stratégique de même que le code de santé publique ainsi que le dispositif d'assurance qualité constituent des opportunités pouvant aider à mieux définir un cadre de suivi des performances pour ce programme. De nombreuses autres opportunités existent telles que les ordres professionnels dont la fonctionnalité doit être assurée; les Plates-formes d'usagers des services de santé, etc.

Des résultats produits

17 Pour l'essentiel, les résultats de ce domaine sont au niveau des processus avec très peu d'indications sur les effets induits au niveau du secteur de la santé.

4.3.4.2 Défis

Programme 8 : le renforcement du partenariat entre les acteurs

Au terme de la phase actuelle de mise en œuvre du PNDS le défi majeur qui devrait être relevé est l'opérationnalisation effective des différents mécanismes et initiatives mis en place :

- capitaliser les initiatives prises dans le cadre de la promotion du PPP par le MS à travers les activités des GTT. Ainsi ces différentes initiatives, une fois passées en revue devraient permettre de conduire une analyse situationnelle plus exhaustive qui combinerait un diagnostic et un dialogue avec les acteurs du privé pour aboutir à un plan d'action pour le renforcement du PPP. De telles initiatives sont soutenues par la Banque mondiale dans certains pays ainsi que par l'OOAS
- accélérer la lecture des textes en ce qui concerne les ZS afin de définir des cadres de partenariat effectif avec les collectivités locales. Cette relecture des textes devra être accompagnée par un renforcement des compétences des acteurs de terrain aussi bien au niveau des ZS que des communes sur la gestion des compétences transférées. Ce renforcement des compétences pourra se faire à travers des sessions de diffusion active des textes ;
- initier avec les PTF des expériences de promotion de la redevabilité et du contrôle citoyen afin d'accompagner activement le partenariat entre les collectivités et le secteur de la santé. Les dispositifs existants (monitoring, revues conjointes etc.) peuvent faciliter le processus de redevabilité de même l'implication PUSS permet de susciter le contrôle citoyen ;
- renforcer le partenariat entre le Ministère de la Santé et les autres Ministères qui interviennent directement dans la santé en initiant des textes réglementaires.

Programme 9 : la promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale

Deux défis se posent à ce programme :

- l'identification au niveau central des options stratégiques les plus porteuses de résultats ;
- l'identification au niveau opérationnel d'indicateurs précis pour le suivi des résultats recherchés.

Au-delà de cette approche, on peut retenir quelques perspectives

- la cellule de suivi du PNDS devra travailler avec les services concernés afin d'identifier les indicateurs pertinents de mesures des performances de ce programme ;
- les expériences montrent que la promotion de l'éthique et de responsabilité médicale reposent essentiellement sur les acteurs eux mêmes. Dans cette logique, la dynamisation des ordres professionnels et des partenaires sociaux devient un axe important à explorer.

4.4 DOMAINE 4 : FINANCEMENT DU SECTEUR

Dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 2009-2018, la question du financement de la santé a été inscrite comme un domaine d'action prioritaire (D4) avec deux programmes et quatre sous programmes que sont la promotion de assurance Maladie (AM), les mutuelles de santé (Mds), le renforcement de l'assistance médicale ainsi que la mobilisation de l'épargne nationale et de la diaspora.

4.4.1 NIVEAUX DE PERFORMANCES DU DOMAINE 4

Le plan de suivi-évaluation et de revue du PNDS ont retenu comme indicateurs traceurs, la proportion des ménages ayant souscrit à un système de protection sociale; le taux de mobilisation des ressources nécessaires pour la mise en œuvre du PNDS, la part du budget de la santé dans le budget général de l'État et le taux de consommation base engagement du budget santé.

Le tableau ci-dessous illustre l'évolution de la part du budget de la santé dans le budget général de l'État ainsi que le taux de consommation base engagement du budget santé

Tableau 8:**Évolution de la part du budget de la santé dans le budget général de l'État et le taux de consommation base engagement du budget santé** de 2009 à 2014

Années	Budget Général de l'État (millions FCFA)	Crédits (millions FCFA)	*Poids du budget du Ministère de la Santé dans le Budget Général de l'État (%)	Engagements (millions FCFA)	*Taux d'engagement (%)
2009	1238644	103279	9	49922	48,34
2010	1 346 439	82463	6,12	25446	30,86
2011	1 099 375	69153	6,29	48370	69,95
2012	1 016 549	66735	6,56	58020	87,03
2013	1044494	73608	7,05	64205	87,23
2014	1 127 502	76315	6,77	65966	86,44
Totaux	**6873003**	**471 553**	**6,86**	**311 930**	**66,15**

Source : DPP/MS2009-2014

On note que la part du budget de la santé dans le budget général de l'État n'a pas atteint le seuilde 15% fixés lors du sommet des Chefs d'Etat africains à Abudja en 2000 et celle fixée par l'OMS (10%). Par ailleurs, la cible de 100% retenue pour le taux de consommation base engagement n'est pas non plus atteinte, elle se situe autour de 66% en moyenne.

En ce qui concerne l'accès des personnes vulnérables aux soins de santé, l'indicateur relatif à la proportion des ménages ayant souscrit à un système de protection sociale n'est pas disponible mais les données des Comptes Nationaux de la santé (tableau ci-dessous) indiquent un faible ratio assurance maladie sur les dépenses totales de santé ainsi que sur les dépenses des ménages.

Tableau 9 : Évolution des dépenses des ménages et du ratio assurance maladie sur dépenses de santé

Indicateurs	2012	2013
Dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé	37,70	40,08
Ratio assurance maladie et dépense totale de santé (en %)	4,40	6,3%
Ratio assurance maladie sur dépense de santé des ménages (en %)	11,70	15,6%

Source : CNS, 2012 , 2013

Non seulement le ratio assurance est bas, il reste stationnaire sur les deux années considérées. Par ailleurs, on observe que la part contributive des ménages aux dépenses de santé reste élevée avec une tendance à l'augmentation sur la période.

4.4.2 ANALYSE DE LA MISE EN ŒUVRE DU DOMAINE 4

4.4.2.1 Programme 10 : Amélioration du financement du secteur

A/ Principales interventions mises en œuvre

Un certain nombre d'initiatives ont été développées afin d'améliorer le financement du secteur. Ainsi, il y a eu

(i) la promotion de l'approche COMPACT pour la mise en œuvre des PTD. Cette approche permet de mutualiser les ressources financières de différentes sources autour d'objectifs précis retenus de manière consensuelle.
(ii) la conduite de plusieurs études sur le financement de la santé : Analyse du financement de la santé et réflexions sur le Régime d'Assurance Maladie Universelle au Bénin en 2010[16]; Analyse de l'allocation budgétaire entre régions 2014[17]; Rapport sur la Revue du Système de Gestion des Finances Publiques et de la Responsabilité Financière de l'État (PEMFAR) 2014[18]; Étude sur le lien entre la planification et la budgétisation dans le secteur de la sante, 2014[19], étude sur les financement innovant (Ministère de développement).
(iii) l'adoption d'une Stratégie Nationale de Financement de la Santé (SNFS) pour la couverture universelle couvrant la période 2014-2020. Tout en prenant en compte les aspects analytiques holistiques par rapport aux fonctions du financement, ce document a fait l'option de se focaliser sur la problématique de la demande.
(iv) Autres interventions. Au-delà de ces initiatives, a) **le financement Basé sur les Résultats (FBR)** initié par de nombreux partenaires et le MS a connu un passage à l'échelle avec une couverture de l'ensemble des 34 zones sanitaires du Bénin, ce qui constitue une avancée très significative dans le cadre de cette initiative. De nombreuses réflexions sont en cours, notamment sur l'harmonisation des approches mais également sur la problématique de la pérennisation des interventions liées au FBR. Au-delà de la promotion de l'offre, l'approche FBR fait la promotion de la demande à travers le couplage du FBR avec la prise en charge des indigents et la gratuité du paludisme.
(iv) En plus de ces interventions, on note la production des Comptes de Santé de 2012 et de 2013. Ce qui permet d'avoir des informations sur les dépenses courantes de santé par source de revenus afin d'éclairer les prises de décisions politiques dans le domaine de financement de la santé.

B/ Principaux extrants produits

A l'évidence, ces différentes interventions n'ont pas produit les extrants attendus comme l'affiche le niveau de performance ci-dessus indiqué.
(i) En 2008, le poids du budget de fonctionnement hors dépenses du personnel pour le niveau central, intermédiaire et périphérique était respectivement de 42%, 32% et 26%. Le PNDS ambitionne d'améliorer progressivement cette situation en ramenant ce poids à 30%, 30% et 40% en fin de la tranche quinquennale 2009-2013, et ensuite à 15%, 25% et 60 % en fin 2018. Lors de la revue du système de gestion des finances publiques et de la responsabilité financière de l'Etat (PEMFAR) 2014[20], il a été noté dans le secteur de lasanté entre 2009 et 2013 une tendance à une diminution des ressources des niveaux intermédiaire et périphérique (52% à 32%) et plutôt une augmentation des ressources du niveau central (33% à 48%).

[16]OMS
[17]BENIN CONSULTING GROUP
[18]Groupe de la Banque Mondiale
[19]Cabinet GECA-PROSPECTIVE
[20]Bénin – Rapport sur la Revue du Système de Gestion des Finances Publiques et de la Responsabilité Financière de l'État (PEMFAR) 2014

(ii)Toujours selon les résultats de PEMFAR, l'allocation géographique des ressources ne tient pas compte nécessairement des besoins des populations et ne se fait pas conformément à des critères de transparence et d'équité. Cela entraine des iniquités entre DDS et entre ZS
(iii) Le retard dans la mise à disposition des ressources de l'État.

(ivi) La faible participation des collectivités locales au financement de la santé en raison entre autres des capacités financières limitées pour certaines communes mais aussi de la non priorisation du volet santé dans leurs interventions.

(v) Malgré les initiatives prises dans la mise en œuvre du COMPACT, les financements extérieurs restent largement gérés de manière verticale, et leur intégration effective dans une approche sectorielle nécessite plus d'engagement de la part du Gouvernement et de ses partenaires techniques et financiers.

A mi-parcours du PNDS, on note que le secteur de la santé reste sous-financé, que le financement de ce secteur est fortement dépendant du financement extérieur malgré les efforts de l'État. De plus, les ménages sont les plus grands contributeurs dans le financement de la santé avec un mode dominant de paiement direct à l'acte. Cette situation est potentiellement source de deux facteurs : a) au niveau de la demande, c'est l'exclusion des personnes n'ayant pas de ressources financières de manière permanente ou temporaire et b) au niveau de l'offre, un faible niveau de renforcement des plateaux techniques et des ressources humaines pour une offre de soins de qualité.
Au-delà de ces aspects, différentes analyses dans le secteur du financement ont relevé une grande fragmentation du financement du système de santé[21-22]. Dans le document de stratégie nationale de financement de la santé qui cite la DRFM, on note 17 mécanismes différents d'exemption. Ces 17 mécanismes d'exemption ont couté à titre d'exemple en 2012, en matière d'allocation 28 milliards environ et de réalisation plus de 25 milliards (SNFS page 17)

4.4.2.2 Programme 11 : Renforcement de l'assistance médicale aux pauvres, indigents et couches vulnérables

A/ Principales interventions mises en œuvre

(i) Au titre de la promotion de l'AMU et des Mds. **L'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM)** a été créée par Décret N° 2011-089 du 8 mai 2012 et la loi adoptée le 28 décembre 2015. Au-delà de la loi, il reste la mise en place des différents textes d'application permettant d'opérationnaliser le RAMU. En ce qui concerne les **mutuelles de santé,** il n'y a pas eu une dynamique de promotion particulière au cours de la période, mais on a noté qu'en 2013, 88% des communes du Bénin abritaient au moins une organisation mutualiste. La viabilité de ces initiatives demeure cependant préoccupante et s'explique entre autres par le faible taux d'adhésion des populations (6%) et leur faible pouvoir d'achat. Il existe cependant des tendances au renforcement de ces

[21] OMS : Rapport technique : Analyse du financement de la santé et réflexion sur le régime d'assurance maladie universelle, 2010
[22] MS : Stratégie nationale de financement de la santé 2014-2020

mutuelles de santé en réseaux, ce qui peut permettre une plus grande capacité d'action et une plus grande contribution dans la mise œuvre du RAMU.

(ii) Au titre de l'assistance aux pauvres, personnes vulnérables, et indigents, les principales initiatives portent sur :a) **Le fonds sanitaire des indigents (FSI)** mis en place depuis 2005 avec la mobilisation d'environ 1 milliard de francs CFA par an sur le budget de l'État à travers une ligne budgétaire appelée « secours et aide sociale » destinée aux populations démunies. b) **L'Agence Nationale de la Gratuité de la Césarienne (ANGC)** mise en œuvre de manière effective en 2009 dans les structures hospitalières constitue également une opportunité créée par l'État pour assurer une réduction de la barrière financière pour l'ensemble de la population cible c) divers autres mécanismes de gratuité qui ciblent les maladies prioritaires comme le paludisme grave, leVIH/Sida, la tuberculose ainsi que la lèpre.

B/ Principaux extrants produits

(i) L'ambition d'une réduction significative de la mortalité maternelle dans la perspective des OMD, a justifié l'adoption de la gratuité de la césarienne par de nombreux pays à l'instar du Bénin. Dans le contexte national de l'évaluation, on note une progression notable du taux de césarienne qui est passé de 5,1% en 2009 à 8,5% en 2014. Même si un lien direct n'est pas établi entre cette hausse et la mise en œuvre de la mesure du fait de l'existence de nombreux autres facteurs (augmentation des capacités techniques de prise en charge, amélioration du niveau socioéconomique des populations, etc.), certaines études indiquent que le gain obtenu dans la réalisation de la césarienne est plus significatif chez les populations pauvres (+92,9%) que chez les populations les plus riches (+15,2%) (PEMFAR, 2014); ce qui indique une pertinence de cette mesure en termes d'équité d'accès à la césarienne. Les enjeux liés à la mise en œuvre sont importants et rapportés par certaines évaluations[23]. Il s'agit essentiellement des délais de remboursement pouvant aller à 4 mois, des coûts supportés par les ménages malgré la gratuité allant de 0 à 27150 frs CFA. Ces constats sont confirmés par certains acteurs de terrain rencontrés dans le cadre de cette mission.

(ii) A l'évidence dans un contexte ou le niveau de pauvreté est relativement élevé et où n'existe pas un dispositif opérationnel de protection sociale, la mise en place du Fonds Sanitaire Indigent (FSI) apparait très pertinente. L'Arrêté interministériel N° 743/MFE/MSP/DC/SP du 13 juin 2005 précise le paquet de soins couvert par le FSI. Le rapport national d'évaluation à mi-parcours indique 11 293 indigents enregistrés dans le cadre du RAMU. Dans l'hypothèse que le ciblage de ces indigents est efficace (limitation des faux positifs) ce nombre reste nettement faible au regard du potentiel d'indigents pouvant être identifiés dans le contexte national. Ces chiffres devraient cependant s'améliorer dans la mesure où le processus d''identification active des indigents se poursuit. Ce qui constitue généralement une difficulté opérationnelle est résolu par l'élaboration d'un « guide unique de mise en œuvre et de gestion du processus de ciblage des ménages les plus pauvres » en 2014[24] avec l'appui de

[23]Rapport de synthèse: l'évaluation de la politique de gratuité de la césarienne dans cinq zones sanitaires, Bénin, FEM Health, Mars 2014
[24]Comité socle de protection sociale : guide unique de mise en œuvre et de gestion du processus de ciblage des ménages plus pauvres, Banque mondiale, mai 2014

la Banque Mondiale. L'élaboration de ce guide s'est fortement inspirée de certaines expériences menées sur le terrain.

(iii) La mise en œuvre du Financement basé sur les résultats (FBR) est soutenue par de nombreux partenaires techniques et financiers. Le couplage de certaines initiatives de mise en œuvre du FBR avec la prise en charge des indigents, constitue une opportunité de renforcement de l'accès aux soins de santé par les personnes vulnérables.

L'initiation de cette approche n'apparait pas de manière programmatique dans le PNDS. La mise en œuvre a connu un développement important faisant du Bénin un des premiers pays de la sous-région à passer à l'échelle dans la mise en œuvre du FBR. Par ailleurs, la diversité des initiatives indique l'existence d'une masse importante d'expériences innovantes dans la mise en œuvre du FBR mais cela induit aussi un certain nombre de préoccupations dont certaines sont en réflexion à travers les groupes techniques mis en place : a) l'harmonisation des approches qui sont variables d'un partenaire à un autre. Des réflexions sont en cours pour assurer à terme l'adoption d'un modèle unique national; b) la question de pérennité des interventions. Comment assurer une pérennisation des interventions ceci d'autant que le pays est passé à l'échelle ? Il semble exister peu d'avancée dans la réflexion large sur cette question qui reste cruciale.

4.4.3 FINANCEMENT

Le tableau ci-dessous donne des indications sur les fonds mobilisés pour la mise en œuvre du domaine 4 du PNDS.

Il est prévu pour la mise en œuvre des programmes de ce domaine 23,50% de l'ensemble des prévisions budgétaires du PNDS. La situation de mobilisation des ressources se présente comme suit :

Tableau 10:Situation de la mobilisation des ressources financières pour le domaine 4 de 2009 à 2014

Années	Prévision PNDS (en million) : P	Allocation (en millions): A	Taux de mobilisation (%) : (A/P)	Engagement (%) : E	Taux d'engagement (%): E/A)
2009	6 192	11 921	192,52%	9 253	77,62%
2010	6 687	12 179	182,13%	10 398	85,38%
2011	7 219	12 417	172,00%	9 738	78,42%
2012	7 793	13 762	176,59%	13 986	101,63%
2013	8 412	12 823	152,44%	12 304	95,95%
2014	9 080	14 541	160,14%	12 495	85,93%
TOTAL	**45 383**	**77 643**	**171,08%**	**68 174**	**87,80%**

Source : DPP/MS et DRFM/MS, 2014

De l'analyse, il ressort que les besoins prévisionnels sont restés croissants de 2009 à 2014 et les dotations ont suivi cette dynamique quand bien même il y a eu une légère baisse en 2013.

En outre, les ressources mobilisées et celles exécutées sont largement au-dessus des besoins exprimés par le PNDS au niveau de ce domaine. Il a été mobilisé au cours cette période d'évaluation77, 643 milliards de FCFA qui représentent 171,08% des prévisions initiales du PNDS, avec un taux d'engagement de 87,80%.
On note, un effort d'assistance aux couches vulnérables et aux indigents. Toutefois, les réformes en matière de la couverture universelle en santé devront être poursuivies.

4.4.4 CONSTATS ET PRINCIPAUX DEFIS

4.4.4.1 Constats

De la conception du domaine 4

18 Tel que formulé, le domaine 4 est en parfaite cohérence avec les perspectives d'un financement du système de santé et est en cohérence avec les deux programmes retenus. Cependant on note que, pour le programme 10, un choix a été fait de réduire les dimensions de celui-ci à l'assurance maladie et aux mutuelles de santé, ce qui prive le PNDS d'aborder l'ensemble des axes de renforcement du financement du secteur tels que la mobilisation des ressources, l'utilisation rationnelle des ressources etc.

19 Une des conséquences est que certaines initiatives pertinentes ont été développées dans le domaine du financement sans être en lien cohérent avec les sous-programmes : Financement basé sur les résultats, les initiatives de COMPACT, etc.

De la mise en œuvre

Programme 10

20 De manière générale, il apparait une absence d'orientations stratégiques claires en matière de mobilisation et d'utilisation des ressources financières pour la santé. Cela est sans nul doute en rapport avec la nature des sous programmes retenus. Dans cette perspective, la stratégie de financement élaborée, est centrée sur la promotion de la demande. Une telle option pose la problématique de la mobilisation des ressources financières pour le financement de la qualité des soins à offrir aux bénéficiaires des systèmes de protection sociale qui sont envisagés.

21 Il y a de nombreuses attentes en ce qui concerne l'opérationnalisation effective du RAMU. L'adoption de la loi devrait permettre d'accélérer la mise en œuvre du dispositif opérationnel qui reste encore peu connu de nombreux acteurs.

22 Il y a peu de lisibilité sur le modèle conceptuel en cours de mise en œuvre pour les mutuelles de santé et peu de données permettent d'attester de leur niveau réel de développement.

23 Au cours de la phase actuelle du PNDS, certaines initiatives très pertinentes ont été testées et mériteraient une attention particulière.

a. la mise en place d'une plateforme de renforcement du système de santé qui implique un certain nombre de PTF.

b. la mise en place de COMPACT même si l'adhésion de l'ensemble des partenaires n'est pas effectif.

Programme 11

24 Des avancées sont notables en ce qui concerne la problématique de la prise en charge des personnes indigentes. En effet, l'existence d'un guide national pour la sélection des indigents constitue une opportunité pour l'identification des indigents sur tout le territoire national. Ce processus piloté par l'Équipe Technique de Supervision du Comité Socle de Protection Sociale pourrait être capitalisé par le RAMU ainsi que les initiatives de couplage avec le FBR.

Des résultats produits

25 Au-delà des difficultés liées à la mise en œuvre, la gratuité de la césarienne touche une frange importante de la cible concernée. Il n'en est pas de même pour le fonds destinés aux indigents en raison du faible niveau actuel de sélection des bénéficiaires.

4.4.4.2 Défis et perspectives

Programme 10 : Amélioration du financement du secteur

A mi-parcours de la mise en œuvre du PNDS, trois défis se posent dans le programme 10 tel que formulé : 1) l'opérationnalisation effective du RAMU ; 2) le développement des mutuelles de santé ;3) la mobilisation des ressources financières pour le système de santé conformément aux engagements de l'Etat.
Cela requiert :

- d'accélérer la mise en œuvre du RAMU à travers l'adoption des textes d'application de la loi et de la mise en œuvre d'un plan stratégique qui vise à opérationnaliser les textes adoptés.
- de définir les orientations stratégiques précises pour la promotion des mutuelles ainsi que la stratégie d'arrimage de ces mutuelles avec le RAMU. La problématique de la faible adhésion aux mutuelles de santé (parce que souvent initiés à des niveaux très 'micros') suggère de mettre des mutuelles au niveau des corps professionnels et à l'échelon communal.
- dans la perspective de renforcer la mobilisation des ressources financières au profit du système de santé :
    - une opérationnalisation de la stratégie de financement de la santé dans la perspective de définir les principales stratégies qui, en plus du RAMU permettront une mobilisation conséquente des ressources financières pour le secteur. Cette opérationnalisation permettra aussi d'aborder la problématique de la fragmentation persistante du financement de la santé.
    - une harmonisation de l'approche FBR avec une définition précise de la place que le MS donne à cette stratégie et comment assurer sa pérennisation. Les réflexions en cours au niveau du groupe technique doivent se poursuivre et déboucher sur des décisions concrètes.
    - la promotion des initiatives de mutualisation des ressources financières à travers la reconduite du COMPACT pour le PTD3 avec un plaidoyer pour une plus grande adhésion des partenaires, la promotion de Mini COMPACT autour de thématiques communes à des partenaires ou au plan géographique. Une réflexion devra se faire aussi sur l'expérience de la Plateforme RSS qui peut constituer également un cadre de mutualisation des ressources financières en vue de renforcer le système de santé.

Programme 11 : Renforcement de l'assistance médicale aux pauvres, indigents et couches vulnérables

Le défi dans la prochaine phase du PNDS est la valorisation des initiatives de gratuité qui sont en cours depuis plusieurs années dont les effets et les impacts ne sont pas toujours bien appréciés. Dans cette perspective, il s'agira :

- d'initier des études pour analyser les dimensions d'équité et les impacts en termes de vies sauvées et non simplement en termes de bénéficiaires ;
- d'assurer une généralisation de l'identification active des indigents à partir du guide disponible afin que la

prise en charge soit effective pour des personnes qui en ont besoin.

4.5 DOMAINE 5 : RENFORCEMENT DE LA GESTION DU SECTEUR

Tirant leçon des résultats de l'analyse situationnelle lors de l'élaboration du PNDS, il est envisagé au cours de la mise en œuvre d'assurer à tous les niveaux de la pyramide sanitaire les conditions optimales d'exécution du Plan National de Développement Sanitaire d'une part, et une longue durée de vie aux équipements, infrastructures et matériels roulants d'autre part.Ce domaine comprend deux programmes (i) le renforcement institutionnel, et (ii) le développement des zones sanitaires. Ces deux programmes sont déclinés en quatre sous programmes que sont (i) le renforcement des capacités de coordination, de planification et d'évaluation; (ii) le renforcement du mécanisme de maintenance des infrastructures sanitaires; (iii) renforcement de la base de la pyramide sanitaire (iv) le développement des services à base communautaire.

4.5.1 NIVEAUX DE PERFORMANCES DU DOMAINE 5

Deux indicateurs traceurs ont été retenus dans le plan de suivi du PNDS pour apprécier les performances dans ce domaine. Il s'agit de la proportion de zones sanitaires fonctionnelles avec PIHI et du taux de fréquentation des services de santé. A mi-parcours, on note que l'objectif d'amener la proportion de zones sanitaires fonctionnelles avec PIHI à 100% n'est pas encore atteint (79,4%). Même si le nombre de zones sanitaires fonctionnelles avec PIHI n'a pas varié au cours des cinq années de mise en œuvre du PNDS, des efforts sont en cours pour rendre le reste de ces zones sanitaires fonctionnelles.

En 2014, le taux de fréquentation des services de santé est de 50,4%[25]pour une cible de 80% attendue selon PSER (toutefois ces données n'intègrent pas la totalité de la part contributive du secteur privé de la santé). On note par ailleurs que ce taux de fréquentation est de 87,90% pour une cible de 90% chez les enfants de 0-5 ans. De manière générale, le Plan de suivi évaluation n'a pas prévu des indicateurs en ce qui concerne le suivi des performances du programme 12 portant sur le renforcement institutionnel. Globalement le niveau de performance des trois indicateurs en rapport avec le programme 13 est relativement élevé avec une perspective réelle d'atteinte des cibles d'ici 2018 comme l'illustre la figure 12. En effet pour ce qui concerne l'opérationnalisation des ZS, trois hôpitaux de zones sont en cours d'opérationnalisation ce qui permettrait d'améliorer de manière significative la proportion de zones sanitaires fonctionnelles avec le PIHI.

Le graphique ci-dessous présente le taux de réalisation des objectifs des indicateurs

[25]Rapport d'auto-évaluation nationale du PNDS

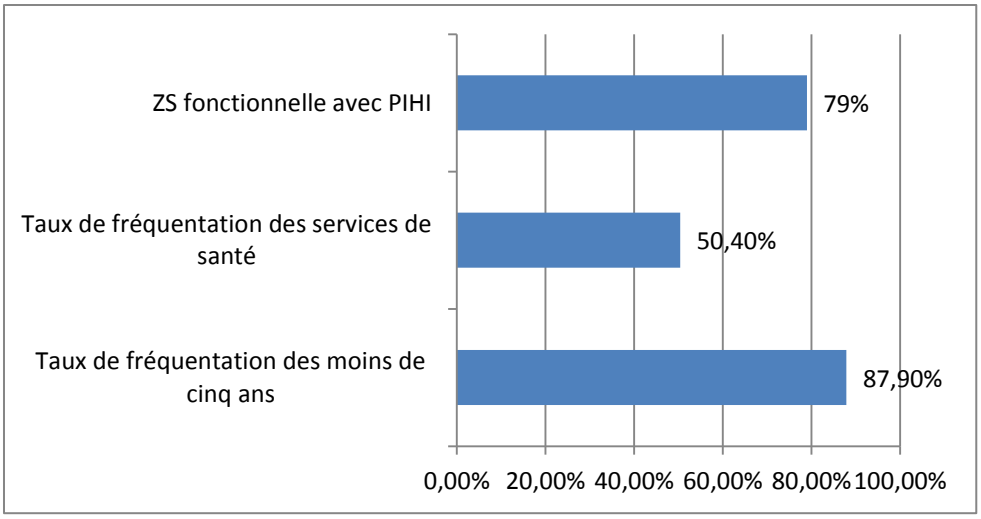


Figure 12: Taux de réalisation de l'objectif

4.5.2 ANALYSE DE LA MISE EN ŒUVRE DU DOMAINE 5

4.5.2.1 Programme 12 : Le renforcement institutionnel

A/ Principales interventions mises en œuvre

Le renforcement institutionnel, est envisagé dans le PNDS à travers le renforcement des capacités de planification, de coordination et d'évaluation ainsi que le renforcement du mécanisme de maintenance des infrastructures sanitaires (ce dernier point est développé dans le programme1).

(i) les interventions relatives au renforcement du processus de planification et de l'évaluation sont :

- La régularité dans l'élaboration des deux premiers PTD pour la mise en œuvre du PNDS et la perspective de l'élaboration du prochain PTD,

-L''élaboration de documents stratégiques dans le domaine des ressources humaines,

- L'élaboration du schéma directeur des technologies de l'information et de la communication (TIC) du secteur.

- L'élaboration d'un manuel de planification ascendante et son actualisation.

- L'élaboration de lettres d'orientation pour l'élaboration du budget du secteur de la santé.

- L'élaboration et la validation des manuels de procédures de gestion des ressources du bureau de coordination des Zones sanitaires, de l'Hôpital de zone et des centres de santé

- L'adoption de Paquet d'Interventions à Haut Impact (PIHI) et des directives nationales en matière de supervision/monitorage, de la micro planification et de la promotion de la santé communautaire
- L'évaluation nationale des Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence (SONU), de la CAARMMA et du plan de l'accélération de la planification familiale et,
- La révision du système d'information et de gestion sanitaire pour prendre en compte les interventions en nutrition, en santé de la mère (CPN4) et le niveau communautaire.

(ii) les interventions relatives au renforcement de la coordination des interventions dans le secteur de la santé sont :

- la mise en place de plusieurs cadres de concertation aussi bien dans une perspective de circulation de l'information que dans des perspectives de réflexion sur des thématiques essentielles à l'atteinte des objectifs du Ministère. On dénombre 13 grandes instances de coordination. Au titre de ces instances figure le GTSS avec 7 GTT et des sous GTT. La mise en place et la fonctionnalité de structures telles que le CNEEP et le CDEEP participe de la volonté de créer un cadre de concertation qui implique les autres départements ministériels ainsi que les PTF
- les revues annuelles conjointes (RAC) de performances sanctionnées de rapports avec des recommandations
- la signature d'un COMPACT dans lequel un certain nombre de partenaires se sont engagés à la faveur du PTD 2010-2012. Un autre COMPACT transitoire a été signé en 2015.
- le renforcement du processus de coordination a été étendu au secteur privé dans le cadre de la promotion du partenariat public privé. Cela a permis de développer plusieurs initiatives telles que la tenue périodique et régulière du collectif des médecins et responsables de structures sanitaires au niveau des DDS) avec une participation effective des acteurs du privé ; la prise en compte des données de prestation du privé dans le SNIGS; la mise en place d'une « Plate-forme du secteur sanitaire privé : PSSP »[26]par un groupe d'acteurs du privé. Cette initiative vise à « contribuer à l'amélioration de la santé de la population béninoise sur la base d'une meilleure organisation des acteurs du secteur privé ».
- l'adoption d'un nouveau décret 2012-272 du 13 août 2012 portant, organisation, attributions et fonctionnement du MS conformément aux recommandations des différents audits organisationnels du niveau central, départemental et de la CAME , la création des agences, l'adoption des textes juridiques de la CAME etc.
- l'élaboration de divers manuels de procédures aux différents niveaux de la pyramide y compris le manuel de procédures de la cellule de suivi-évaluation et l'adoption de la méthode LQAS dans le processus du monitoring plus.

B/ Principaux extrants

Les nombreuses réalisations conduites au cours de la période 2009-2014, indiquent que des bases sont posées afin d'assurer un développement institutionnel efficace du secteur de la santé :

Au niveau interne, les instances et les mécanismes existent. Le constat majeur est la multiplicité de ces structures alors qu'elles sont animées par les mêmes acteurs ce qui pose des difficultés en terme de respect des calendriers mais aussi de possibilités d'aller au-delà du caractère très informatif pour aborder des questions de fonds mais aussi pour assurer le suivi et la prise de décisions requises. Cette multiplicité de structures pose également d'autres types de difficultés qui sont rencontrées[27] 1) la nature et la portée des actions des groupes et des sous-groupes 2) la réactivité des groupes et des sous-groupes vis-à-vis du GTSS, 3) la disponibilité des

[26] USAID/Bénin, HFG : Plan stratégique de développement de la PSSP, 2015-2020, janvier 2015
[27]Réunion MS-PTF/GTSS du 18 juin 2015

acteurs et 4) le chevauchement entre la multiplicité des thèmes confiés aux groupes et sous-groupes et le mandat traditionnel des directions centrales et des directions techniques.

Au plan externe, la dynamique de concertation des PTF dans le processus de conduite du PNDS est manifeste à plusieurs niveaux. On note par ailleurs que des mécanismes sont en cours pour rendre le partenariat publique privé effectif.

Le processus de planification est systématisé avec des mécanismes pour assurer une certaine cohérence entre les différents plans d'actions et le PNDS. En l'absence d'un panier commun en rapport avec les enjeux de développement sanitaire, il se pose la question du financement des besoins réels exprimés dans les processus de planification à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

4.5.2.2 Programme 13 : Développement des Zones Sanitaires

A/ Principales interventions mises en œuvre

Le développement du programme 13 est envisagé à travers le renforcement de la base de la pyramide sanitaire et le développement des services à base communautaire. Il s'agit de renforcer les capacités de mise en œuvre du PNDS au niveau périphérique et les services communautaires en mettant l'accent sur la promotion de leurs activités. De manière générale, la couverture nationale en infrastructure sanitaire de base est de 89%.

Plusieurs axes d'actions ont été conduits dans la perspective de renforcer la déconcentration et décentralisation :

(i) A travers le Service d'Appui à la Déconcentration et à la Décentralisation des Services de Santé et au Partenariat Public et Privé, il s'est agi de renforcer les Directions Départementales (DDS) ainsi que les Zones Sanitaires (ZS) à travers l'adoption des textes portant attributions, organisation et fonctionnement (AOF) notamment l'arrêté 108 du 13 mai 2013 des DDS. Au niveau des ZS, le processus de réflexion est en cours avec la tenue du 20 au 23 octobre 2015 de l'atelier de relecture des arrêtés portant attributions, organisation et fonctionnement (AOF) des organes de gestion des Zones Sanitaires (ZS)[28].

(ii) La poursuite du transfert des ressources aux communes par le Fonds d'Appui au Développement des Communes (FADeC) et la délégation de crédits aux ZS ;

(iii) l'existence et la fonctionnalité des organes de gestion et de contrôle (EEZS, délégation de contrôle financier) ainsi que le CDEEP. Des expériences conduites dans certaines DDS appuyées des partenaires techniques et financiers indiquent la possibilité de créer une véritable dynamique entre les ZS autour du DDS incluant les partenaires techniques et financiers intervenant dans ces DDS. C'est le cas par exemple de l'Atacora/Donga avec des exemples concrets de partenariat public privé, d'harmonisation d'approches et de mécanismes entre partenaires techniques et financiers sous le leadership de la DDS etc.

(iv) le développement des services à base communautaire avec entre autres la mise en place des relais communautaires. Ce dispositif est mis en place en partenariat avec les communes qui doivent prendre la relève des PTF dans la prise en charge financière de ces relais communautaires. L'échéance étant à termes, ces

[28]DNSP : RAPPORT DE L'ATELIER DE RELECTURE DES ARRETES PORTANT ATTRIBUTIONS ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES ORGANES DE GESTION DES ZONES SANITAIRES ; 20-23 octobre 2015

communes n'arrivent pas encore à assumer leur rôle. Cette situation pose la problématique de la pérennité de cette approche dans les communes qui n'auraient pas les ressources financières requises après le départ des PTF. Au-delà de cette problématique de la pérennisation, il y a également des besoins exprimés en termes d'une plus grande harmonisation des actions des relais communautaires.

Dans certaines ZS accompagnées par des PTF, l'approche santé communautaire est plus holistique car elle va au-delà des relais communautaires impliquant des ONG locales, des Plateformes des utilisateurs des services de santé (PUSS) et des organisations à base communautaires. Un forum national sur la santé communautaire organisé en novembre 2013 a jeté les bases ayant abouti à l'élaboration et l'adoption d'une politique en matière de santé communautaire, qui ouvre des perspectives de réflexions notamment sur la problématique de l'intégration des données communautaires au SNIGS.

B/ Principaux extrants

Le développement des zones sanitaires constitue un facteur essentiel pour le renforcement de la performance de l'ensemble du système de santé. Malgré les résultats importants enregistrés, le niveau des indicateurs d'utilisation des services en général reste encore à améliorer. En effet, la relecture en cours des AOF ainsi que la dynamique de partenariat qui s'amorce entre le secteur de la santé et les collectivités locales, la poursuite de la mise à l'échelle du FBR ainsi que le renforcement en cours de trois hôpitaux de zones sanitaires non encore opérationnels constituent des résultats importants pour l'atteinte des objectifs d'opérationnalisation de l'ensemble des ZS.

4.5.3 FINANCEMENT

Pour la mise en œuvre des programmes du domaine 5, le budget prévisionnel est estimé à 51,978 milliards de FCFA soit 1,82% de l'ensemble des prévisions budgétaires du PNDS.

La situation de mobilisation des ressources se présente comme suit **:**

Le tableau ci-dessous donne des indications sur les fonds mobilisés annuellement au profit du domaine 5 du PNDS

Tableau 11:Situation de la mobilisation des ressources financières pour le domaine 5 de 2009 à 2014

Années	Prévision PNDS (en million) : P	Allocation (en millions): A	Taux de mobilisation (%) : (A/P)	Engagement (%) : E	Taux d'engagement (%): E/A)
2009	3 597	20697	575,40%	9686	46,80%
2010	3 884	17585	452,75%	3322	18,89%
2011	4 193	16 345	389,82%	13 367	81,78%
2012	4 526	11 981	264,71%	11 853	98,93%
2013	4 886	14 628	299,39%	8 333	56,97%
2014	5 273	17091	324,12%	7335	42,92%
TOTAL	**26 359**	**98327**	373,03%	**53896**	54,81%

Source : DPP/ DRFM/MS, 2014

A l'instar des deux derniers domaines, le domaine 5 a connu une forte mobilisation des ressources pour la mise en œuvre. En effet, 373,03%de fonds ont été mobilisés sur la période de 2009 à 2014avec un taux d'engagement de 54,81%.

Ce taux enregistré pourrait s'expliquer par les investissements effectués pour améliorer la couverture en infrastructures sanitaires et l'acquisition des équipements. Il s'agit entre autres de la construction et d'équipements des hôpitaux de zones de Djida, Covè et de Djougou.

4.5.4 CONSTATS ET PRINCIPAUX DEFIS

4.5.4.1 Constats

De la conception du domaine 5

26 Comme indiqué dans le domaine 3, le domaine 5 dans sa formulation recoupe certaines orientations stratégiques développées dans une optique de gouvernance et de leadership.

De la mise en œuvre

Programme 12 : Renforcement institutionnel

27 L'élaboration du PNDS de même que le plan de suivi et d'évaluation constitue une option pertinente qui a favorisé la mise en œuvre d'une approche sectorielle en santé. Cependant, l'opérationnalisation de certains instruments (instances de coordination et suivi) devant permettre une mise en œuvre efficace de cette approche n'est pas encore à un niveau optimal.

28 Ainsi à mi-parcours de la mise en œuvre du PNDS, le cadre institutionnel global du secteur soulève encore des interrogations en termes d'harmonisation, d'efficacité et même d'efficience de l'action des nombreuses structures et mécanismes mis en place et qui sont par ailleurs animées par les mêmes acteurs. Autrement dit, l'option de mise en œuvre de l'approche sectorielle qui devrait en principe fédérer l'ensemble des acteurs dans un cadre harmonisé autour d'une vision commune, semble être sources de nombreux défis de coordination.

Programme 13 : Le développement des Zones sanitaires

29 L'option de renforcer les ZS qui constitue la base de la pyramide sanitaire est très pertinente en raison du fait que l'essentiel des résultats du système de santé sont produits par ce niveau. On note cependant qu'à mi-parcours, certaines composantes essentielles de l'opérationnalisation de ces ZS ne sont pas encore achevées: relecture en cours des textes (AOF), renforcement des plateaux techniques de certains hôpitaux de Zones sanitaires.

30 Au regard des enjeux que représentent les ZS dans les performances du système de santé, le processus de leur opérationnalisation devrait s'orienter sur deux axes : 1) les outils et les mécanismes pouvant permettre aux DDS d'assurer une véritable animation de l'espace sanitaire départemental, 2) les synergies à créer et développer entre les ZS et les collectivités

locales afin de faire de la participation communautaire une réalité. Une fois les textes relus, l'opérationnalisation des ZS devra s'orienter prioritairement vers ces deux axes.

Des résultats produits

31 A mi-parcours du PNDS, le MS dispose d'outils et de mécanismes dont la fonctionnalité est variable, pour conduire le processus d'approche sectorielle. Des instruments permettant de dynamiser les différents niveaux du système de santé ainsi que l'implication du niveau communautaire sont également disponibles.

4.5.4.2 Défis

Programme 12 : Le renforcement institutionnel

Le défi majeur au stade actuel de mise en œuvre du PNDS est celui de la rationalisation du fonctionnement des dispositifs et mécanismes mis en place. Dans cette perspective il est suggéré :

- de renforcer le rôle des GTT et du GTSS à travers :
    - une planification des activités de chaque GTT dans le PTD avec des indicateurs de suivi. La responsabilité de la mise en œuvre étant sous l'égide du président du GTT avec l'appui du Co-président. Les activités des GTT doivent cibler des thèmes essentiels qui nécessitent une démarche participative et ne doivent pas être en compétition avec les activités traditionnelles des directions centrales et des directions techniques. A titre d'exemple, les activités des GTT pourront cibler la question du FBR, la question de la mutualisation des ressources financières, la question de la capitalisation des initiatives porteuses, la question de la planification, l'harmonisation des différentes approches de suivi et de monitorage qui sont appliquées sur le terrain, etc.
    - en accord avec les PTF, il faut assurer le financement de la mise en œuvre des activités retenues
    - renforcer le suivi des GTT à partir du GTSS. Dans cette perspective il est suggéré que la DPP assure le secrétariat permanent du GTSS sous la responsabilité du SGM.
- d'accorder plus d'attention à certains sous programmes qui bien que mentionnés dans le PNDS n'ont pas connu un développement conséquent. Dans cette perspective, la question de la maintenance des infrastructures sanitaires et des équipements doit être prise en compte : adoption des documents normatifs et opérationnalisation dans le PTD.

Programme 13 : Le développement des zones sanitaires

Le défi majeur est de faire de la zone sanitaire l'unité opérationnelle de production des soins et des services de qualité. Au regard des acquis actuels du PNDS, il s'agit :

- d'accélérer le processus de lecture des textes qui régissent les ZS et assurer leur diffusion active auprès des acteurs concernés.
- d'instituer une dynamique de partage des expériences entre DDS en raison des nombreuses innovations et expériences mises en œuvre dans les ZS. Cela pourrait se faire à travers l'institutionnalisation de journées 'scientifiques' ou de 'réflexion' ciblant des thèmes essentiels pour l'ensemble du système de santé.
- dans le cadre de la mise en œuvre du PTD, un effort doit être fait dans le sens d'inverser les flux financiers en faveur du niveau périphérique.

4.6 Autres aspects transversaux

4.6.1 SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE

A/ Principales interventions mises en œuvre

Au plan conceptuel, le Système National d'Information et de Gestion Sanitaire (SNIGS) n'est pas abordé dans le PNDS en tant que pilier spécifique du système de santé mais comme un support à plusieurs programmes. Au cours de la période de mise en œuvre de la phase actuelle du PNDS, le MS s'est doté d'un plan stratégique d'information et de gestion sanitaire pour la période 2011-2015. La mise en œuvre de ce plan stratégique a permis de mener un certain nombre d'actions autour des 4 axes retenus à savoir : 1) la création et l'animation du cadre institutionnel du Système; 2) la production à temps d'informations pertinentes, exhaustives et de qualité; 3) le renforcement de l'exploitation et de l'utilisation des données; 4) le renforcement des ressources du système. Le SNIGS reste cependant encore confronté à certaines difficultés récurrentes que sont : sa fragmentation liée aux programmes et sous-programmes de santé publique, l'insuffisance de complétude, la faible rétro infirmation.
A la faveur de la réforme gouvernementale de 2012 ayant entrainé la révision du cadre institutionnel et organique du MS, il a été créée en 2013 la Direction de l'Informatique et du Pré-archivage (DIP). La mise en place de cette direction participe au renforcement de l'ensemble du processus d'information pour une gestion efficace dans le secteur de la santé. De création récente, cette direction qui dispose d'un plan stratégique reste confrontée à des enjeux de développement institutionnel (infrastructure, équipement, ressources humaines etc.) et de modernisation du secteur santé. En effet, le bilan critique de l'existant en matière de TIC réalisé lors de l'élaboration de ce plan a dégagé une faible prise en compte des usages TIC dans les processus métiers et ceux de l'administration au sein du système sanitaire..

B/ Principaux défis

- généraliser l'intégration des données des sous-systèmes spécifiques de production de l'information au SNIGS
- renforcer les unités opérationnelles du SNIGS au niveau zone sanitaire et départemental avec un accent sur les ressources humaines spécialisées
- renforcer la fonctionnalité de la DIP dans son rôle de coordination des actions visant l'introduction rationnelle des usages des TIC dans les processus d'information
- mettre en œuvre le plan stratégique d'informatisation du système sanitaire pour une meilleure disponibilité des moyens et solutions informatiques et des moyens de télécommunication nécessaires au bon fonctionnement du système sanitaire.

4.6.2 GENRE

A/ Principales interventions mises en œuvre

Bien que relevée comme une question essentielle, la problématique genre n'est pas développée de manière spécifique dans les axes d'intervention du PNDS 2009-2018. On note cependant que plusieurs interventions prioritaires définies dans le PNDS ciblent la question du genre selon une perspective large. Ainsi la question genre transparait à plusieurs niveaux.
(i) Le domaine prioritaire 1 cible essentiellement la santé de la femme notamment dans le but de réduire la mortalité maternelle. Dans cette perspective, la question de la planification familiale est prise en compte de même que les interventions en rapport avec une grossesse et un accouchement de sécurité. Aussi bien dans le

suivi de la grossesse (CPN 4) que dans la planification familiale, les performances sont encore faibles. Des efforts sont consentis par l'État dans le cadre de l'accessibilité financière à la césarienne à travers la politique de gratuité.

(ii) La question genre est abordée également à travers le ciblage des populations vulnérables. Ainsi, la santé des enfants constitue des programmes prioritaires au niveau du domaine 1. De même, des initiatives concrètes existent en ce qui concerne le ciblage et la prise en charge des indigents. Les performances restent encore faibles en termes de réduction de la mortalité infanto juvénile et les initiatives de prise en charge des indigents ne sont pas encore à l'échelle.

B/ Principaux défis

- Renforcer l'intégration de l'approche genre dans la mise en œuvre des programmes de développement sanitaire.

4.6.3 ENVIRONNEMENT

A/ Principales interventions mises en œuvre

L'analyse de situation en 2009 mettait en évidence un certain nombre de facteurs environnementaux pouvant avoir un impact sur la santé des populations. Il s'agit du rythme d'urbanisation relativement élevé qui induit des modes de vie avec plus de facteurs d'exposition à certains risques pour la santé des populations notamment des jeunes.

Au-delà de cette dynamique d'urbanisation, le contexte sous régional est caractérisé par les changements climatiques dont les conséquences sont multiformes : faible rendement des productions agricoles, inondations récurrentes avec une plus grande fréquence de certaines maladies épidémiques comme le choléra, la méningite ainsi que l'émergence de nouvelles pathologies graves comme la fièvre hémorragique Lassa. Par ailleurs, la fièvre hémorragique Ebola, reste une menace permanente dans la sous-région.

Du point de vue effets des interventions sanitaires sur l'environnement, des actions sont menées dans le secteur santé pour réduire l'impact des actions sanitaires sur l'environnement. En effet, le sous-secteur d'hygiène et assainissement dispose des Plans d'Hygiène et d'Assainissement Communaux (PHAC) dont la mise en œuvre a permis de (i) renforcer le transfert aux communes des compétences en matière d'hygiène et d'assainissement. Ces actions ont eu un impact majeur sur la qualité de vie des populations; (ii) renforcer les capacités d'intervention des structures déconcentrées à travers la création de CDC-Hygiène et Assainissement de Base (HAB) dans 10 nouveaux départements sur 12; (iii) améliorer la communication pour le changement de comportement ;(iv) surveiller la qualité de l'eau de boissonà travers des analyses de contrôle de la qualité des eaux des différents types de point d'eau, la désinfection et le traitement des puits.

Cependant, le secteur de la santé reste confronté à des problèmes de coordination et de gouvernance dans le domaine de la promotion de l'hygiène assainissement de base. De même, ce domaine d'activité reste confronté à des problèmes de disponibilité de ressources humaines qualifiées et de financement (3,1% du budget du secteur santé est accordé à l'hygiène et assainissement en 2013).

B/ Principaux défis

- Renforcer le cadre institutionnel et organisationnel de gestion de l'hygiène et d l'assainissement.
- Renforcer le système de gestion des déchets bio médicaux pour mieux faire face aux défis environnementaux

4.6.4 LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

De manière générale la qualité des soins et des services est abordée dans le PNDS de manière relativement segmentée en fonction de certains domaines. Ainsi dans le domaine 1 au niveau du renforcement hospitalier, de nombreuses initiatives (ci-dessus décrites) ont été conduites afin d'assurer une bonne qualité des soins au niveau hospitalier.

Par ailleurs au niveau du domaine 5, la question de la qualité est évoquée de manière moins systématisée.

La promotion de la qualité des soins étant fortement dépendante de plusieurs piliers du système de santé elle devrait être envisagée de manière plus systématique et holistique.

Au niveau des soins en termes de qualité technique, ce qui est pris en compte aussi bien au niveau du secteur hospitalier que dans les différentes stratégies au niveau des prestations au niveau des zones sanitaires

Au niveau du système en termes de dynamique relationnelle entre niveaux de soins afin de faciliter la continuité des soins ; la globalité de la prise en charge ainsi que le caractère intégré de cette prise en charge. Cette deuxième dimension fait appel à une approche holistique qui prend en compte aussi bien les aspects organisationnels des soins (normes; directives; modèles etc.) que les aspects liés aux ressources (logistiques, humaines intrants etc.) ainsi qu'à l'implication des communautés bénéficiaires des soins

4.7 Synthèse de l'évaluation

4.7.1 PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE

A mi-parcours le processus de mise en œuvre du PNDS est caractérisé par :

- Une dynamique environnementale interne assez évolutive. En effet, au moment de l'adoption du PNDS, un certain nombre d'initiatives importantes ont été prises dans le secteur de la santé comme par exemple, la création de nouvelles directions centrales et ou l'érection de certaines directions centrales en directions générales ou en Agences. Ce contexte a induit le développement de nombreuses activités et d'initiatives qui n'étaient pas toujours systématiquement prévues et programmées dans le PNDS. L'élaboration des PTD ont permis de résorber un tant soit peu certaines de ces initiatives mais le secteur reste alimenté par des actions multiples difficiles à capitaliser dans une logique d'évaluation.
- Au plan interne on note au regard du niveau de mise en œuvre des activités qu'il y a une bonne fidélité et une bonne intensité dans la mise en œuvre des activités programmées. La question des ressources

humaines ainsi que de la mobilisation des ressources financières constituent les domaines ou le niveau de réalisation des activités prévues reste encore insuffisant.

- A mi-parcours, on note une certaine stabilité dans la dynamique de l'environnement ce qui peut permettre à la phase finale du PNDS de mieux capitaliser l'ensemble des interventions. En effet, au-delà des limites évoquées en ce qui concerne la dynamique de coordination et de pilotage du PNDS, il existe un niveau de fonctionnalité des instances qui peut être rationnalisé pour plus d'efficacité; au plan opérationnel, il existe aussi des réalisations essentielles dans les domaines clés tels que le secteur hospitalier, la qualité des soins, la perspective de renforcement des Zones sanitaires, le financement de la santé y compris le FBR. Ces réalisations permettent d'aborder la dernière phase du PNDS en termes d'achèvement et de capitalisation

4.7.2 EFFICACITÉ À MI-PARCOURS

A mi-parcours, les tableaux ci-dessous donnent le niveau des indicateurs que les données ont permis de renseigner.

Tableau 12:Situation des indicateurs traceurs avec une tendance relativement favorable

Indicateurs d'extrants	Situation de base	Situation à mi-parcours du PNDS (2014)	Cible PNDS(2018)
Pourcentage de femmes enceintes ayant dormi sous MIILD la nuit précédant l'enquête	60% (MIS,2010)	71% (EDS 2012), 79,9% en 2014 (MIS, 2015)	95%
Taux de succès thérapeutique des nouveaux cas de Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Positive (TPM+)	87% (PNT,2007)	90% (PNT,2014)	87%
Prévalence du VIH chez les femmes enceintes	1,8% (ASS/DPP/MS,2009)	1,86% (2015 PNLS)	<2%
Proportion d'enfants séropositifs nés de mères séropositives	14% (PNLS/DNSP/MS,2008)	7,6%(PNLS/DNSP/MS, 2014)	<5%
Prévalence du VIH/SIDA chez les jeunes de 15 à 24 ans	0,2% (ESDG/PNLS,2008)	0,2% (ESDG/PNLS,2015)	0,2%
Létalité due au paludisme grave chez les enfants de moins de cinq ans	1,37‰ (ASS/DPP/MS,2009)	1,2‰(ASS/DPP/MS, 2014)	1,12‰
Taux d'incidence du paludisme	15,2 % (ASS/DPP/MS,2009)	16,1% (ASS/DPP/MS, 2014)	7%
Nombre de ZS fonctionnelles avec PIHI	70% (DDZS/MS,2010)	79,4% (DNSP/MS, 2014)	100%
Taux de fréquentation des services de santé	46,5% (Rap. perf/DPP/MS, 2009)	50,4% (Rapperf/DPP/MS, 2014)	52%
Proportion de ménages utilisant l'eau potable	70,6% (EDS2006)	78,4 (EDS2011-2012)	78%

Tableau 13:Indicateurs traceurs dont l'évolution reste peu satisfaisante

Indicateurs d'extrants	Situation de base (2009)	Situation à mi-parcours du PNDS	Cible PNDS(2018)
Proportion d'enfants de moins d'1 an complètement vaccinés	47 % (EDS2006)	42% (MICS 2014)	80%
Taux de consommation base engagement du budget santé	34,88% (2009, Rap perf/DPP)	86,44 (Rap perf/DPP,2014)	100%
Taux de CPN4	61% (EDS 2006)	58,2% (EDS2012)	80%
Indicateurs d'impact			
Taux de mortalité maternelle	397 (EDS 2006)	347 (MICS 2014)	125

Taux de mortalité infantile	67 (EDS 2006)	66,5(MICS 2014)	39
Taux de mortalité infanto juvénile	125 (EDS 2006)	115,2(MICS 2014)	Cibles OMD65

Un certain nombre d'indicateurs traceurs n'ont pas été renseignés par manque de données. Il s'agit généralement d'indicateurs qui n'étaient pas non plus suffisamment documentés dans le plan de suivi et d'évaluation[29]

De manière générale, on peut dire que les performances sont moyennes en ce qui concerne des extrants directement imputables au secteur de la santé. Néanmoins, certains de ces indicateurs restent difficiles à renseigner. C'est le cas des enfants complètement vaccinés et la CPN4.De plus,la prévalence contraceptive n'est pas reprise parmi les indicateurs traceurs ci-dessus

4.7.3DURABILITÉ

La question centrale qui se pose au secteur de la santé est celui du financement des interventions essentiellement assuré par les partenaires techniques et financiers. Les avancées très notables en matière de FBR restent tributaires aux financements de PTF et les comptes nationaux de la santé indiquent une contribution encore importante des ménages dans les dépenses totales de santé.

Au-delà de la question du financement, la question des ressources humaines constitue également un facteur de risque de fragilisation des acquis. Cette question se pose aussi bien en termes de satisfaction des besoins nationaux qu'en termes de gestion équitable de ce personnel au profit de l'ensemble des zones sanitaires du pays.

La mise à disposition d'un plan de développement des ressources humaines intégrant le plan de carrière et de mobilité du personnel. Ce plan prendra en compte toutes les catégories socio professionnelles.

Au besoin, la disponibilité en ressources humaines qualifiées sera renforcée par le biais de la politique de contractualisation.

La mise en place systématique des outils de management technique (outils de monitoring, supervision etc.), la conception des dispositifs de la promotion de qualité de même que l'initiation des processus de planification sanitaires de bas en haut, constituent cependant des éléments qui peuvent constituer des éléments de durabilité des performances du système moyennant plus d'harmonisation sur le terrain

4.7.4 LES QUESTIONS TRANSVESALES

Comme indiqué ci-dessus les principales questions transversales sont ciblées et mis en œuvre à des degrés divers. On note à mi-parcours

- Les avancées notables en termes de ciblage des personnes vulnérables en général et des indigents en particulier. Le processus de sélection des indigents et de prise en charge effective devrait constituer une priorité en plus des renforcements des mesures d'exemption de paiement pour les personnes vulnérables

[29] A titre d'exemples : Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans souffrant de la malnutrition modérée pris en charge selon le protocole; Proportion d'hôpitaux respectant les normes (qualité, RH, Équipement, Infrastructures, gouvernance, maintenance…),Proportion du personnel performant au poste conformément au guide d'évaluation

- La réactivité du système face au changement climatique et à l'émergence de maladies épidémiques notamment virales reste encore moyenne et devrait être renforcée. De même la dynamique de l'urbanisation galopante doit constituer un élément qui oriente les choix stratégiques de développement sanitaire;

4.7.5 DÉFIS MAJEURS POUR LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Les défis majeurs à caractère transversal qui, de manière générale sont des goulots d'étranglement pour l'atteinte des performances du système de santé qui apparaissent au stade actuel sont :

1 l'inversion de manière significative des tendances de mortalité maternelle et infanto juvénile. Elle passera entre autres par :

- la disponibilité de personnel essentiel pour la prise en charge efficace des SONU notamment pour les zones rurales ;
- la sensibilisation des femmes, leur suivi efficace et leur orientation pour la première CPN en vue d'un accouchement sécurisé ;
- la promotion de l'utilisation de certaines prestations offertes telles que les méthodes contraceptives et la vaccination complète chez les enfants ;
- la disponibilité bien assurée des produits sanguins labiles, des médicaments et produits médicochirurgicaux en fonction des besoins réels des structures de prise en charge.

2 le financement du secteur de la santé doublé de la lourdeur des procédures ainsi que d'une répartition non équitable par rapport aux niveaux du système de santé;

3 la gestion efficace des effectifs et des compétences en termes de ressources humaines ;

4 le renforcement des infrastructures, des équipements et de leur maintenance;

5 la coordination aussi bien interne qu'externe des interventions dans le secteur;

6 les défis résident aussi dans la capitalisation d'un certain nombre d'initiatives novatrices et prometteuses en cours dans le secteur. Parmi celles-ci, on peut noter :

   a. la mise en œuvre du FBR avec une perspective de pérennisation. Cela peut avoir un impact sur la qualité des soins et sur la motivation du personnel.
   b. les mécanismes d'identification des indigents permettant de renforcer l'équité d'accès aux soins;
   c. la loi sur le RAMU base d'un passage à l'action;
   d. les initiatives de mutualisation des ressources financières avec le COMPACT et la plateforme RSS
   e. les initiatives novatrices au niveau des ZS.

4.8 Synthèse des recommandations

4.8.1 PERSPECTIVES POUR LE PTD3

Il s'agit d'une synthèse des initiatives à court terme dans la perspective de l'atteinte des objectifs du PNDS.

1 Il y a un besoin de relecture du plan de suivi évaluation et de revue en 2017 dans le but de pouvoir reformuler certains indicateurs et /ou introduire de nouveaux indicateurs dans le sens de pouvoir mesurer les performances en 2018. Cela permettra aussi d'identifier les sources possibles pour renseigner les indicateurs qui nécessitent des enquêtes en population ou l'initiation de recherches.

2 Les réflexions en cours sur le dispositif de coordination indiquent le besoin d'une analyse systémique en lien avec la mise en œuvre de l'approche sectorielle. Une analyse rapide de situation peut être envisagée avec l'appui d'une personne ressource afin d'identifier les différents points d'ancrage possible aussi bien au niveau central que départemental. Une telle analyse rapide permettra aussi de passer en revue le dispositif organisationnel du MS sur la base des recommandations de l'audit organisationnel.

3 Les processus d'harmonisation et de pérennisation constituent des préoccupations transversales. Dans ce cadre, il est suggéré de donner une priorité à la capitalisation des principales initiatives en cours afin de prendre des décisions sur les aspects consensuels. Il s'agit par exemple du FBR, de la sélection des indigents, des initiatives de coordination et de partenariat au niveau des ZS. Ce processus de capitalisation peut s'opérationnaliser à travers des cadres de réflexions animés par les porteurs de différentes expériences (GTT, DDS, EEZS, Projets et programmes, ONG) sous la direction du GTSS.

4 Le processus des revues conjointes est relativement routinier aussi bien au niveau national que dans les départements. La qualité de ce processus dépend en grande partie de la préparation qui mettrait l'accent sur la tenue de revues au plan national fondées sur des analyses et synthèses des revues au niveau départemental.

5 Une opérationnalisation de la stratégie de financement dans le sens de prendre en compte les dimensions essentielles de l'accès universel aux soins et services essentiels de santé pour tous. Elle devra permettre de définir clairement la stratégie nationale de financement de l'offre de soins et de services en complémentarité avec la promotion de la demande à travers le RAMU, le positionnement du FBR et l'harmonisation des différentes initiatives d'exemption de paiement de soins.

6 Au regard du déficit très notable en ressources humaines en santé, il est indiqué d'apporter une attention particulière à la mise en œuvre du Plan National Stratégique de Développement des Ressources Humaines 2009-2018 en cours d'exécution et de décliner les actions prioritaires dans le PTD notamment le renforcement de la production en ressources humaines, la systématisation des recrutements, etc.

7 Le renforcement des zones sanitaires et la santé communautaire constituent également une priorité. En ce qui concerne les zones sanitaires, il s'agira d'accélérer l'adoption des textes actualisés, de capitaliser et de passer à l'échelle un certain nombre d'initiatives éprouvées. Concernant la santé communautaire, la viabilisation des relais communautaires doit être analysée et des décisions doivent être prises en concertation avec les communes. Au-delà de ces relais communautaires, les expériences de certaines ZS doivent être aussi capitalisées afin d'aller au-delà des soins communautaires offerts par les relais.

4.8.2 PERSPECTIVES POUR LE PROCHAIN PNDS

Pour le prochain PNDS des réflexions sont requises en trois points :

1) les options pour une meilleure structuration des programmes et sous programmes afin de renforcer la logique d'analyse systémique mais aussi la déclinaison de ces programmes par les plans opérationnels;

2) le processus de pilotage du PNDS et de son appropriation à tous les niveaux;

3) la prise en compte des ODD devrait se refléter par une importance plus grande accordée :

- à la prise en compte et/ou le repositionnement des thématiques non prises en compte dans le PNDS actuel tels que la réadaptation fonctionnelle, la question du genre, l'environnement, la dynamique démographique etc
- à la question des inégalités aussi bien dans les dotations des ressources que dans la mise en œuvre des interventions au niveau des différentes zones sanitaires.

V CONCLUSION

Conduite dans un esprit de renforcement des capacités institutionnelles des acteurs du Ministère de la Santé, la présente évaluation s'est inspirée de l'approche Country Health Policy Process (CHPP) qui a soutenu l'élaboration du PNDS. Elle a pour objectif général d'apprécier l'état de mise en œuvre du PNDS 2009-2018. De façon spécifique, il s'est agi en s'appesantissant sur le niveau des indicateurs traceurs en fin 2014; de décrire et d'analyser les principales interventions au niveau de chacun des cinq domaines prioritaires du PNDS, d'identifier les principales difficultés et de faire des suggestions dans la perspective d'atteindre les objectifs assignés au PNDS.

Ainsi, un processus d'auto-évaluation a été mené en impliquant les principaux acteurs concernés par le développement sanitaire. Ladite auto-évaluation a fait l'objet de consolidation et de validation avec l'appui de consultants national et international.

Au terme de ce processus plusieurs constats sont faits aussi bien sur les acquis que sur les aspects qui nécessitent une attention particulière. D'une manière générale, les performances sont moyennes en ce qui concerne des extrants directement imputables aux prestations offertes par les services de santé. Il s'agit par exemple du taux de succès thérapeutique pour la tuberculose, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes. Néanmoins, certains de ces indicateurs d'extrants restent problématiques. C'est le cas des enfants complètement vaccinés (moins de 50%) et la CPN4 (58%) ainsi que la prévalence contraceptive qui n'est pas reprise parmi les indicateurs traceurs.

Ainsi donc à mi-parcours, le déficit reste encore significatif au niveau de certains indicateurs d'extrants essentiels ce qui entre autres explique aussi une faiblesse en matière d'inversion des tendances négatives au niveau des indicateurs d'impact. Malgré les progrès notables enregistrés tels que le taux de césarienne (8,5% en 2014 contre 5,1 % en 2009), la mortalité maternelle et celle néonatale restent élevées. L'évaluation note qu'un certain nombre d'indicateurs traceurs n'ont pas été renseignés par manque de données. Il s'agit généralement d'indicateurs qui n'étaient pas non plus suffisamment documentés dans le plan de suivi et évaluation.

Au-delà de ces indicateurs quantitatifs, la phase actuelle du PNDS renseigne que de nombreuses initiatives porteuses d'effets significatifs ont été mises en œuvre et pourront donc être capitalisées (FBR, Stratégies de prise en charge des indigents, initiatives de mutualisation des ressources financières à travers les COMPACT et la plateforme RSS, la dynamique de coordination entre acteurs et notamment avec les PTF etc.)

Les défis majeurs qui apparaissent à mi-parcours sont entre autres : 1) la mobilisation des ressources pour le financement du secteur et l'amélioration des procédures et l'allocation équitable des ressources 2) Le développement des ressources humaines essentielles en santé 3) le renforcement du plateau technique pour une offre de soins de qualité (les infrastructures, les équipements et la maintenance) 4) la coordination aussi bien interne qu'externe des interventions dans le secteur ou ayant un impact sur le secteur de la santé et enfin 5) la capitalisation d'un certain nombre d'initiatives novatrices et prometteuses en cours dans le secteur

Tenant compte des constats et des défis à relever, un certain nombre de perspectives sont suggérées pour contribuer à l'atteinte des objectifs d'ici à 2018 mais aussi jeter les bases pour le prochain PNDS dans le contexte des ODD, des réformes budgétaires au niveau sous régional et des nouvelles orientations induites par l'avènement d'un nouveau régime politique : (i) la relecture du Plan de Suivi-évaluation et de Revue (PSER) dans le but de pouvoir reformuler certains indicateurs et /ou d'introduire et de justifier de nouveaux indicateurs dans le sens de pouvoir mesurer les performances en 2018 (ii) une analyse systémique du dispositif de coordination actuel en lien avec la mise en œuvre de l'approche sectorielle afin d'identifier les différents points d'ancrage possibles aussi bien au niveau central que départemental (iii) donner une priorité à la capitalisation des principales initiatives en cours en vue de prendre des décisions sur les aspects consensuels. Ce processus de capitalisation peut s'opérationnaliser à travers des cadres de réflexions animés par les porteurs de différentes expériences (DDS, EEZS, Projets et programmes), (iv) une relecture de la stratégie de financement dans le sens de prendre en compte les dimensions essentielles de l'accès universel aux soins et services essentiels de santé pour tous. Une telle relecture devra permettra donc de définir clairement la stratégie nationale de financement de l'offre de soins et de services en complémentarité avec la promotion de la demande à travers le RAMU, le positionnement du FBR et l'harmonisation des différentes initiatives d'exemption de soins (v) au regard du déficit très notable en ressources humaines en santé, il est indiqué d'apporter une attention particulière à la mise en œuvre du plan stratégique en cours d'exécution et de décliner les actions prioritaires dans le PTD notamment le renforcement de la production, la systématisation des recrutements etc. (vi) au niveau du développement des ZS qui constituent la base du système de santé, accélérer l'adoption des textes, capitaliser et passer à l'échelle un certain nombre d'initiatives éprouvées.

Dans la perspective pour le prochain PNDS prenant en compte les orientations des ODD, au-delà de la restructuration proposée, un accent pourrait être mis sur les questions transversales notamment la gouvernance, la question du genre, la question environnementale avec les défis liés à l'urbanisation, la dynamique démographique et aux changements climatiques. Il en est de même des inégalités aussi bien dans les dotations des ressources que dans la mise en œuvre des interventions au niveau des différentes zones sanitaires

ANNEXES

Annexe 1 : Domaines stratégiques, programmes et sous-programmes du PNDS 2009-2018

Domaines	Programme et structure responsable	Sous-programme
1. Réduction de la mortalité maternelle et infantile, prévention, lutte contre la maladie et amélioration de la qualité des soins	**1** Programme de l'hygiène et de l'assainissement de base (**DNSP**)	**111.** Viabilisation et assainissement du milieu **112.** Communication pour un changement de comportement
	2 Amélioration de la santé de la reproduction (**DSME**)	**121.** Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale **122.** Lutte contre la mortalité infantile et juvénile
	3. Lutte contre la maladie (**DNSP**)	**131.** Lutte contre les maladies prioritaires, les IST/VIH/SIDA, le Paludisme et la Tuberculose **132.** Lutte contre les autres maladies transmissibles **133.** Lutte contre les maladies non transmissibles **134.** Amélioration de la disponibilité des médicaments de bonne qualité à coût réduit. **135.** Promotion des explorations diagnostiques et de la sécurité transfusionnelle. **136.** Promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle. **137.** Promotion de la santé en milieu scolaire et universitaire et professionnel **138.** Promotion de la santé mentale **139.** Promotion de la recherche en santé
	4. Développement hospitalier (**DNEHS**)	**141**. Développement d'un système de management de la qualité des soins en milieu hospitalier **142**. Renforcement des plateaux techniques **143.** Réforme hospitalière. **144.** Organisation et renforcement de l'offre de soins.
2. Valorisation des ressources humaines	**21.** Renforcement de la planification des ressources humaines (**DR**H)	**211.** Renforcement des effectifs des ressources humaines en santé. **211.** Renforcement du partenariat entre les acteurs internes et externes en matière de planification de ressources humaines en santé. **213.** Développement de la recherche sur les ressources humaines.
	22. Amélioration de la production et du développement des compétences (**DRH**)	**221.** Développement d'un plan consensuel de formation initiale du personnel du secteur. **222.** Développement des compétences du personnel du secteur.
	23. Amélioration du système de management des ressources humaines (**DRH**)	**231.** Amélioration de la gestion de la carrière du personnel. **232.** Amélioration des mécanismes d'incitation au maintien au poste et à la performance du personnel. **233.** Prévention et gestion des risques professionnels. **234.**Déconcentration/décentralisation de la gestion des ressources humaines
3. Renforcement du partenariat dans le secteur, promotion de	**31.** Renforcement du partenariat entre les acteurs (**DNSP**)	**311.** Partenariat entre le secteur public et le secteur privé. **312.** Partenariat entre le Ministère de la Santé, les élus locaux et les collectivités locales.

l'éthique et de la déontologie médicale		**313.** Partenariat entre le Ministère de la Santé et les autres ministères.
	3.2. Promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale (**DRF**)	**2.** Promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale
4. Amélioration du mécanisme de financement du secteur	**41.** Amélioration du financement du secteur (**DRFM**)	**411.** Promotion de l'assurance maladie **412.** Promotion des mutuelles de santé
	42. Renforcement de l'assistance médicale aux pauvres, indigents et couches vulnérables (**DRFM**)	**421.** Renforcement de l'assistance médicale. **422.** Mobilisation de l'épargne nationale et de l'épargne de la diaspora.
5. Renforcement de la gestion du secteur	**51.** Renforcement institutionnel (**DPP**)	**551.** Renforcement des capacités de coordination de planification et d'évaluation. **512.** Renforcement du mécanisme de maintenance des infrastructures sanitaires
	52. Développement des zones sanitaires (**DNSP**)	**521.** Renforcement de la base de la pyramide sanitaire. **522.**Développement des services à base communautaire.

ANNXE 2 : Liste des documents consultés

1 Ministère de la Santé : Rapport OMD 2015, Objectifs du Millénaire pour le développement 4,5,6 ; Mars 2015
2 Ministère de la Santé : Aide-mémoire de la mission conjointe du 12 au 16 octobre. La pérennisation du financement basé sur les résultats (FBR) dans le secteur de la santé au Bénin Version finale, 16 octobre, 2015
3 Protocole d'accord du COMPACT entre le Gouvernement de la république du Bénin et les Partenaires techniques et financiers relatif à la mise en œuvre du PTD 2010-2012 en vue d'atteindre les objectifs du millénaire pour le développement
4 Ministère de la santé : Audit organisationnel du Ministère de la santé du Bénin, Rapport final juin 2008
5 Ministère de la santé/DPP/Cellule de Suivi-Évaluation : Manuel de procédures de la Cellule de Suivi-Évaluation, décembre 2013
6 USAID/Bénin, Plan stratégique de développement de la PSSP, 2015-2019
7 Ministère de la santé/DPP/SNIGS: Plan stratégique du système d'information et de gestion sanitaires 2011-2015
8 Ministère de la santé/DIEM : Politique nationale de gestion de la maintenance des infrastructures, des équipements médico techniques et matériel roulant (Tome 1 : Équipements médicotechniques), Aout 2014 (non encore validée)
Documents techniques produits par la CTB

- les groupes techniques de travail : outils de contribution à l'amélioration de la coordination technique du Ministère de la santé au Bénin, novembre 2014
- Pacte national entre le MS et les PTF santé « Accroitre les efforts et les ressources pour la santé en vue d'atteindre les OMD à l'horizon 2015 »Quelles réalités de parcours au terme du PTD 2010-2012 ? Novembre 2014
- Expérience de recrutement sur poste dans le secteur de santé au Bénin. Enjeux, résultats et perspectives Novembre 2014
- Changements innovants en matière de planification stratégique et opérationnelle dans le secteur de la santé au Bénin : Atouts pour de meilleures performances à l'horizon 2015 Novembre 2014
- Renforcement de la gestion des connaissances au sein du secteur de la santé au Bénin : État des lieux, défis et perspectives Novembre 2014
- Première expérience de groupes thématique de travail en zone sanitaire : Cas de l'équipe innovante de la zone sanitaire de KTL, novembre 2014
- Couverture universelle en santé au Bénin : Une approche communautaire et intégrée d'identification active des indigents novembre 2014
- Processus de mise en œuvre du FBR dans 5 zones sanitaires du Mono/Couffo et de l'Atacora/Donga mars 2015
- Renforcement des auto-évaluations pour le rapprochement des acteurs du système local de santé de la zone de KTL novembre 2014

9 République du Bénin/ Ministère de la santé/ Direction de la programmation et de la prospective: Lettre d'orientation pour l'élaboration du budget du secteur de la santé 2106-2018
10 République du Bénin/ Ministère de la santé/ Arrêté 2011 N°4494/ MS/ DC/ SGM/ SA : Portant création, attribution, composition et fonctionnement des groupes thématiques de travail dans le secteur de la santé, (aucune date)
11 DRFM/ CTB : Liste des membres de la GTT 7, Gestion du secteur (aucune date)
12 Ministère de la santé : Note d'orientation sur le fonctionnement des groupes techniques de travail au sein du secteur de la santé (aucune date)
13 Ministère de la santé/ PTF : Synthèse des échanges sur le fonctionnement des groupes techniques de travail (GTT) et du groupe technique sectoriel santé (GTSS), 10 octobre 2014
14 Ministère de la santé/ Termes de référence du groupe de travail sectoriel santé (GTSS), (aucune date)

15 PARZS/ Ministère de la santé : rapport général de l'atelier de pré-validation des propositions d'adaptation des textes régissant les comités de gestion, 19 au 21 Mars 2014
16 Ministère de la santé/arrêté 2006-N°7273/MSP/DC/SGM/CTJ/DDZS/SA : Portant règlement intérieur des Comités de Gestion des Centres de Santé, 2014
17 Coopération Bénino-Belge**/** Ministère de la santé/Programme d'Appui au Secteur de la Santé (PASS SOUROU) : Atelier de relecture des arrêtés portant attribution, organisation, composition et fonctionnement des organes de gestion des zones sanitaires, 21, 22 et 23 octobre 2015
18 Coopération Bénino-Belge**/** Ministère de la santé/ PARZS : Mémo synthétique sur le processus de relecture des textes régissant les COGECS (aucune date)
19 DDS A/D, DNSP, PASS-SOUROU Note décrivant le processus de relecture des textes régissant les COGECS, 26 décembre 2014
20 SADSSP/ PASS SOUROU : Termes de référence (Organiser les ateliers de finalisation des textes régissant les organes de gestion et les textes connexes au niveau des Zones Sanitaires), 2015
21 République du Bénin/ Ministère de la santé/ Arrêté 2015 N° ……./ MSP/ DG/ SGM/ CTJ/ DNSP/ SA2D2S3P/ DA2D2S, Règlement intérieur des comités de gestion des centres de santé, (aucune date)
22 République du Bénin/ Ministère de la santé/ Arrêté N°10196/MSP/ DC/ SGM/ CTJ/ DDZS/ SA : Portant attribution, composition, organisation et fonctionnement du comité de santé de la zone sanitaire (CS/ZS), 19 octobre 2006
23 République du Bénin/ Ministère de la santé/ Arrêté N°10845/MSP/ DC/ SGM/ CTJ/ DDZS/ SA : Portant attribution, composition, organisation et fonctionnement de l'équipe d'encadrement de la zone sanitaire (EEZS), 08 novembre 2005
24 République du Bénin/ Ministère de la santé/ Arrêté N°……/ MSP/ DC/ SGM/ CTJ/ DNSP/SA2D2S3P/DA2D2S : Portant attribution, composition, organisation et fonctionnement du comité de santé de la zone sanitaire (aucune date)
25 Ministère de la santé/EEZS /DDS/ DNSP/ PASS SOUROU : Rapport de mission sur la relecture des textes portant attribution organisation et fonctionnement des organes de gestion des zones sanitaires, 20 au 23 octobre 2015
26Agenda de la retraite de validation et de finalisation des documents issus de la mission de pérennisation FBR Période, 1 au 4 septembre 2015
27 République du Bénin/ Ministère de la santé : la pérennisation des financements basés sur le résultat (FBR) dans le secteur de la santé au Bénin, aide-mémoire de la mission conjointe du 27 au 31 juillet 2015 ; 4 AOUT 2015
28 République du Bénin/ Ministère de la santé : la pérennisation des financements basés sur le résultat (FBR) dans le secteur de la santé au Bénin, mission conjointe du 27 au 31 juillet 2015, Feuille de route conjointe pour l'harmonisation et la pérennisation du FBR dans le secteur de la santé au Bénin, 4 Aout 2015
29 République du Bénin/ Ministère de la santé : la pérennisation des financements basés sur le résultat (FBR) dans le secteur de la santé au Bénin, mission conjointe du 27 au 31 juillet 2015, analyse du FBR au Bénin et orientation en vue de la pérennisation, 4 Aout 2015
30 Ministère de la santé/ Termes de référence pour la Retraite de validation de l'analyse et de la feuille de route réalisées par la mission conjointe de juillet 2015 dans le cadre de la pérennisation du FBR, (aucune date)
31 Ministère de la santé : Indicateurs consensuels retenus, matrice conjointe (aucune date)
32 République du Bénin/ Ministère de la santé : la pérennisation des financements basés sur le résultat (FBR) dans le secteur de la santé au Bénin, mission conjointe du 12 au 16 octobre 2015, Feuille de route conjointe pour l'harmonisation et la pérennisation du FBR dans le secteur de la santé au Bénin, 16 octobre 2015
33 République du Bénin/ Ministère de la santé/ Direction de la programmation et de la prospective : Les actes de la revue conjointe de performance 2009 du secteur santé, CIC, 21, 22 et 23 avril 2010
34 République du Bénin/ Ministère de la santé/ Direction de la programmation et de la prospective : annuaire des statistiques sanitaires, 2010

35 Protocole d'accord du compact entre le gouvernement de la république du Bénin et les PTF relatif à la mise en œuvre du PTD en vue d'atteindre les objectifs du millénaire pour le développement (2010-2011),(aucune date)
39 République du Bénin/ Ministère de la santé/ Direction de la programmation et de la prospective : plan national de développement sanitaire, plan de suivi, évaluation et revue cadre de recevabilité, juin 2012
36 République du Bénin/ Ministère de la santé/ Arrêté 2013 N°379/MS/ DC/ SGM/ CTJ/ SA : portant attribution, organisation et fonctionnement de la direction de l'informatique et du pré-archivage (DIP), 06 décembre 2013
37 République du Bénin/ Ministère de la santé/ Arrêté 2013 N°088/MS/ DC/ SGM/ CTJ/DPP/ SA : portant attribution, organisation et fonctionnement de la direction de la programmation et de la prospective (DPP)
38 République du Bénin/ institut nationale de la statistique et de l'analyse économique (INSAE) : évaluation de la pauvreté au Bénin, Mars 2014
39 USAID/ Health systems 20/20 : Évaluation du système de santé au Bénin, septembre 2012
40 République du Bénin/ Ministère de la santé : continuité de l'appui au FBR dans le cas du PASS SOUROU (à diffuser le 22 mai 2016)
41 République du Bénin/ Ministère de la santé/ Direction de la programmation et de la prospective : manuel révisé de procédures de planification ascendante intégrée, octobre 2012
42 République du Bénin/ Ministère de la santé/ Décret N°2012-272 du 13 Aout 2012 : portant attribution, organisation et fonctionnement du ministère de la santé, 13 Aout 2012
43 République du Bénin/ Ministère de la santé/ Direction de la programmation et de la prospective : plan stratégique du système d'information et de gestion sanitaires 2011-2015, janvier 2010
44 République du Bénin/ Ministère de la santé/ Direction de la programmation et de la prospective : plan triennal de développement sanitaire 2010-2012, juin 2010
45 République du Bénin/ Ministère de la santé/ Direction de la programmation et de la prospective : plan triennal de développement sanitaire 2013-2015, novembre 2013
46 République du Bénin/ Ministère de la santé/ projet d'appui institutionnel au ministère de la santé : audit organisationnel et institutionnel des directions départementales de la santé et des zones sanitaires, septembre 2009
47 République du Bénin : stratégies de croissance pour la réduction de la pauvreté (SCRP) 2011-2015, Mars 2011
48 République du Bénin/ Ministère de la santé ; OMS ; AMP ; UNICEF : tableau des résultats de couverture vaccinale dans chacune des 75 communes non appuyer par l'UNICEF, Bénin, 2014, Avril 2015
49 République du Bénin/ Ministère de la santé ; OMS ; AMP ; UNICEF : rapport préliminaire de la revue externe du système de vaccination dans 10 communes appuyées par l'UNICEF au Bénin, 18 février 2014
50 République du Bénin/ Ministère de la santé ; OMS ; AMP ; UNICEF : rapport préliminaire de la revue externe du système de vaccination au Bénin, Avril 2015

ANNXE 3 : Liste des personnes rencontrées

	Non Prénom	Structure
1	Dr Pascal DOSSOU TOGBE	Ministre de la santé
2	Dr Boni I. Christian CHAFFA,	SGM
3	SOSSOU Justin Adanmavokin,	SGA
4	Dr Mahamed Lamine DRAME	Coordonnateur, Conseiller technique principal, CTB/Programme santé
5	Cheick OUEDRAOGO	PASS SOUROU
6	Marie Heuts	Secrétaire d'Ambassade, Chargée de coopération internationale, Ambassade du Royaume de Belgique
7	Michel FRANCOYS,	Représentant résident, CTB Bénin
8	Koudaogo OUEDRAOGO,	Représentant résident du FNUAP/Bénin
9	Dr Adama OUEDRAOGO,	UNICEF/Bénin
10	Dr Alphonse AKPAMOLI,	Coordonnateur national projet de renforcement de la performance du système de santé
11	Dr Coffi AGOSSOU	Responsable national projet PASS-SOUROU
12	FANNY DAMIANO ASSOGBA,	Chargée de programme national CTB/Bénin
13	Dr Marius W.de Jong	Premier Secrétaire/Conseiller santé, Ambassade du Royaume des Pays-Bas
14	AMOUSSOU Raymond	DPP
15	RADJI Suradjou	Chef Service des Etudes et de la Prospective/DPP
16	Hounhoui Léandre	DPP
	ADEKPEDJOU Bachirou	DPP
17	Dr Orou Bagou YOROU CHABI	Directeur National de la Santé Publique
18	Mohamed Nassiou BOUKARY	Chef de service maintenance des équipements, DIEM/MS
19	Pr Ludovic ANANI	Directeur général de l'ANTS
20	Dr Mariam OKESOPOH	Coordonnatrice PNLP
21	Dr Evariste TOKPLONOU,	ANV/SSP (Directeur de la vaccination)
22	Dr Sanoussi AMOUSSOU ACAKPO,	Ingénieur Statisticien Planificateur, chef de service de la Gestion du Système d'information/DPP/MS
23	PEDRO-FANOU Eunice	DIP
24	Gislain H. Hollo	DRH
25	DJOSSOU M.Hervé	DRH
26	Pr AMOUSSOU-GUENOU	DNEHS
27	Kuassi Marcellin,	DNEHS
28	SOROHIEYE Pascal	DNEHS
29	HOUNJE Mallulde	DNEHS
30	HOUNKPE Christian	DNEHS
31	OKE M. D. Eric,	DNEHS
32	AKPINFA Placide	DNEHS
33	GAHOU DOMOMHEDO Léonie	DNEHS
34	Dr TOSSOU BOCO Thierry	C/SMI
35	Dr AHOUNOU Gaston	C/SPFSAJ
36	Dr AHOKPOSSI Mabou	MA/SPFSAJ
37	Dr ASSVEDO Sylvie	DASME
38	Dr SONON Félix	C/SN
39	ZOUNTCHEME Serge,	SGSI/DPP
40	HOUNTONDJI Anatole	Service/ZS
41	Dr François KOSSOUOH	DDS ZOU/COLLINES

42	Dr SAYI D. Gabriel	MCZS, de DJIDJA-ABOMEY-AGBANGNIZOU (D.A.A)
43	GONFLE Darius	Administrateur hospitalier universitaire et d'intendance Chef de service des Affaires Administratives et Économiques (CSAAE), CHD, ZOU/COLLINES
44	4 ESSE S. G. Aline	SG Mairie de DJIDJA
45	Dr Raymond Koffi DEDEDJI,)	Directeur hôpital de zone sanitaire de D.A.A (DJIDJA-ABOMEY-AGBANGNIZOU
46	Dr Pius C. GOUNADON	DDS ATLANTIQUE/LITTORAL
47	AKOGBETO Georges	DIEM (Chef de service Etudes et génie civil)

ANNXE 4: Différents calendriers de l'évaluation

Calendrier consultants nationaux

DATE	ACTIVITES
Du Mardi 03 au Jeudi 12 Novembre 2015	✓ Recherche documentaire
Vendredi 13 Novembre 2015	✓ Présentation des experts au comité de suivi
Du samedi 14 au jeudi 19 Novembre 2015	✓ Recherche documentaire
Vendredi 20 Novembre 2015	✓ Restitution des résultats du domaine 1 du PNDS
Du samedi 21 Novembre 2015 au dimanche 06 Décembre 2015	✓ Recherche documentaire et entretiens avec les acteurs de la mise en œuvre du PNDS
Du Lundi 07 au Vendredi 11 Décembre 2015	✓ Participation à l'atelier d'autoévaluation par le niveau périphérique et intermédiaire
Du samedi 12 au Dimanche 20 Décembre 2015	✓ Rédaction du rapport détaillé provisoire de l'évaluation à mi-parcours
Du Lundi 21 au Dimanche 27 Décembre 2015	✓ Mise en forme rapport provisoire ✓ Rédaction d'aide mémoire
Du 28 Décembre 2015 au 03 Janvier 2016	✓ Validation du rapport provisoire ✓ Prise en compte des observations ✓ Dépôt du rapport définitif ✓ Finalisation de l'aide-mémoire

Appui consultant international

Dates	Activités
Février 2016	
Lundi 22	Prise de contact CTB, validation chronogramme, suite revue documentaire
Mardi 23	Recueil documentaire et revue + entretiens avec les acteurs du niveau central+ PTF Rencontre de cadrage du chronogramme avec la DPP Rencontre avec le SGA
Mercredi 24	Recueil documentaire et revue + entretiens avec les acteurs du niveau central + PTF, rencontre SGM
Jeudi 25	Rencontre de cadrage avec le MS + PTF
Vendredi 26	Recueil documentaire et revue + entretiens avec les acteurs du niveau central
Samedi 27	Recueil documentaire et revue + rencontre de travail avec consultant national et la DPP
Dimanche 28	
Lundi 29	Recueil documentaire et revue + entretiens avec les acteurs du niveau central Rédaction aide-mémoire

	mars-16	
Mardi 1		Visite de terrain : DDS ZOU/Collines
Mercredi 2		Visite ZOU /Collines et retour sur Cotonou
jeudi 3		Rédaction aide-mémoire + entretiens suite
vendredi 4		Finalisation et dépôt de l'aide-mémoire+ entretiens suite
samedi 5		Recueil documentaire et revue
dimanche 6		
Lundi 7		Entretiens suite + Revue documentaire
Mardi 8		Rencontre d'échanges sur l'aide-mémoire avec le MS et les PTF
Mercredi 9		Intégration des amendements sur l'aide-mémoire et dépôt Fin de la mission