

*Documentation des résultats de la mise
en œuvre des principes de l'efficacité de
l'aide dans le secteur de la santé*

Etude de cas du Bénin

Résumé analytique

Version finale, 31 octobre 2011

**Préparé par Elisabeth Paul sur base du rapport soumis par le Dr
Christophe Y. DOSSOUVI le 30 août 2011**

Table des matières

Liste des sigles et abréviations.....	2
Résumé exécutif.....	4
1. Contexte et définition de la problématique.....	13
1.1 Contexte socio-économique et politique du Bénin.....	13
1.2 L’Aide Publique au Développement.....	14
1.3 Principaux défis sanitaires et systémiques et priorités politiques dans le domaine de la santé...16	
1.3.1 <i>Situation sanitaire</i>	16
1.3.2 <i>Système de santé</i>	17
1.3.3 <i>Politique de santé</i>	17
1.3.4 <i>Financement de la santé</i>	18
1.4 Principaux défis de l’efficacité de l’aide dans le secteur de la santé.....	20
2. Dans quelle mesure les principes de l’efficacité de l’aide ont-ils été mis en œuvre dans le secteur de la santé ?.....	24
2.1 Appropriation et leadership.....	24
2.2 Harmonisation et alignement sur les systèmes nationaux.....	25
2.2.1 <i>Alignement sur les stratégies nationales</i>	26
2.2.2 <i>Alignement sur les systèmes nationaux de finances publiques et de passation des marchés</i>	26
2.2.3 <i>Harmonisation entre les interventions des PTF</i>	27
2.2.4 <i>Mécanismes de suivi-évaluation (S&E)</i>	28
2.2.5 <i>Autres efforts en termes d’alignement et d’harmonisation</i>	29
2.3 Gestion axée sur les résultats.....	30
2.4 Responsabilité mutuelle.....	31
3. Est-ce que cela a contribué à améliorer les résultats ?.....	32
3.1 Résultats 1 : L’efficacité de l’aide s’est-elle effectivement améliorée ?.....	32
3.1.1 <i>Evolution des financements extérieurs alloués au secteur</i>	32
3.1.2 <i>Prévisibilité et transparence de l’aide</i>	33
3.1.3 <i>Evolution des coûts de transaction</i>	33
3.1.4 <i>Changements en termes de partenariat</i>	34
3.1.5 <i>Accords de financement ou d’assistance technique communs</i>	34
3.1.6 <i>Appui au développement des capacités</i>	34
3.2 Résultats 2 : Le système de santé a-t-il été renforcé ?.....	35
3.2.1 <i>Les changements au niveau de la gouvernance, de l’analyse et de la planification sanitaire</i>	35
3.2.2 <i>Les changements au niveau du financement (allocation des ressources et gestion financière)</i>	35
3.2.3 <i>Les changements au niveau des infrastructures</i>	37
3.2.4 <i>Les changements au niveau des ressources humaines</i>	38
3.2.5 <i>Les changements au niveau des médicaments</i>	39
3.2.6 <i>Les changements au niveau des systèmes de suivi et de revue</i>	39
3.3 Résultats 3 : Les services de santé se sont-ils améliorés ?.....	40
3.3.1 <i>Utilisation des services curatifs</i>	40
3.3.2 <i>Couverture en soins de santé maternels et infantiles</i>	41
3.3.3 <i>Qualité des services</i>	42
3.3.4 <i>Contribution du secteur de la santé aux OMD</i>	43
4. Quels facteurs ont été déterminants pour atteindre ces résultats ? Quelles contraintes ont été rencontrées et comment ont-elles été surmontées ?.....	44
4.1 Principaux facteurs ayant favorisé l’atteinte des résultats.....	44
4.2 Principales contraintes.....	45
5. Conclusion et perspectives.....	46
ANNEXES.....	47
Annexe1 : Personnes rencontrées.....	48
Annexe2 : Références.....	49
Annexe3 : Principaux indicateurs socio-sanitaires.....	51

Liste des sigles et abréviations

APD : Aide Publique au Développement
ARV : Anti Rétro Viraux
BESA : Budgets des Equipements Sociaux Administratifs
BM : Banque Mondiale
CAA : Caisse Autonome d'Amortissement
CAD : Comité d'Aide au Développement
CAME : Centrale d'Achats des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux
CCAD : Cellule de Coordination de l'Aide au Développement
CDEEP : Comité Départemental de l'Exécution et de l'Evaluation des Projets et Programmes
CDMT : Cadre de Dépense à Moyen Terme
CEDEAO : Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest
CESS : Consultants Experts Services Solutions INC
CNEEP : Comité National de l'Exécution et de l'Evaluation des Projets et Programmes
CNS : Comptes Nationaux de la Santé
COGEA : Comité de Gestion de l'Arrondissement
COGEC : Comité de Gestion de la Commune
CRS : Creditor Reporting System
CSPEF : Cellule de Suivi des Programmes Economiques et Financiers
CTB : Agence Belge de Développement
DDS : Direction Départementale de la Santé
DNSP : Direction Nationale de la Santé Publique
DP : Déclaration de Paris
DPP : Direction de la Programmation et de la Prospective
DRH : Direction des Ressources Humaines
EDS : Enquête Démographique et de Santé
EDS.B : Enquête de Démographie et de Santé au Bénin
EEZS : Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire
EMICoV : Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie des Ménages
FBR : Financement basé sur les résultats
FMI : Fonds Monétaire International
GAR : Gestion Axée sur les Résultats
GAVI : Alliance Mondiale pour les Vaccins et l'Immunisation
GdB : Gouvernement du Bénin
HHA : Harmonisation pour la Santé en Afrique
IDH : Indicateur de Développement Humain
IHP+ : *International Health Partnership* (Partenariat international pour la santé et Initiatives associées)
INSAE: Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
JANS : *Joint Assessment of National Strategies*
MBB : *Marginal Budgeting for Bottlenecks*
MEF : Ministère de l'Economie et des Finances
MS : Ministère de la Santé
OCDE : Organisation de Coopération pour le Développement Economique
OCS : Observatoire du Changement Social
OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
OSD : Orientations Stratégiques de Développement
PEFA : Public Expenditure and Financial Accountability

PEV : Programme Elargi de Vaccination
PIP : Programme d'Investissement Publics
PNDS : Plan National de Développement Sanitaire
PNLS : Programme National de Lutte contre le Sida
PPTE : Pays Pauvre Très Endetté
PRPSS : Projet de renforcement de la performance du système de santé
PTD : Plan Triennal de Développement
PTF : Partenaires Techniques et Financiers
PVVIH : Personne Vivant avec VIH
RAMU : Régime d'Assurance Maladie Universelle
RSS : Renforcement du Système de Santé
SCRIP : Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté
SIDA : Syndrome Immuno-Déficience Acquis
SIGFIP : Système intégré de gestion des finances publiques
SNIGS : Système National d'Information et de Gestion Sanitaire
TPM+ : Tuberculose Pulmonaire à Microscopie positive
UEMOA : Union Economique Monétaire Ouest Africaine
UNDAF : Plan cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZS : Zone Sanitaire

Résumé exécutif

Contexte et définition de la problématique

Le Bénin est un pays à développement humain faible où plus d'une personne sur trois vit en-dessous du minimum vital. Le contexte économique est caractérisé par une faible croissance du PIB par habitant. Le Bénin s'est engagé depuis 1999 dans une série de réformes budgétaires concrétisées notamment par l'adoption du budget-programme comme outil de planification et de gestion. On déplore ces dernières années une faiblesse du taux d'exécution budgétaire, y compris dans les secteurs prioritaires, et une composition des dépenses publiques largement biaisée par le poids important de la masse salariale. La Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCR) 2011-2015 est organisée autour de cinq axes prioritaires dont un ciblé sur le renforcement du capital humain.

L'aide extérieure reçue par le Bénin connaît une évolution positive. Les ressources externes ont contribué à hauteur de 22% en moyenne au financement des dépenses de l'Etat sur la période 2000-2009. Toutefois, le gouvernement ne dispose pas encore d'une vue globale et en temps réel de l'exécution de l'aide et les données retracées au niveau national ne correspondent souvent pas à celles collectées directement auprès des donateurs.

La situation épidémiologique est caractérisée par une prédominance des affections endémo-épidémiques, en particulier le paludisme (44,5% des consultations en 2010) et les infections respiratoires aiguës (13,2%). Le taux de mortalité maternelle est estimé à 397 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes pour la période 1999-2006 ; l'atteinte de l'OMD n°5 n'est pas garantie. Quant à la mortalité néonatale, infantile et infanto juvénile, entre 2001 et 2006, elle s'est établie à respectivement 32 pour mille, 67 pour mille et 125 pour mille. La tendance actuelle de réduction de la mortalité infanto-juvénile augure d'approcher la cible de l'OMD n°4. Les progrès enregistrés en matière de lutte contre les principales maladies laissent augurer que l'OMD 6 pourra lui aussi être atteint si les différentes politiques de prévention et de prise en charge de ces maladies sont efficacement mises en œuvre.

Le système de santé a une structure pyramidale qui comprend trois niveaux (central ou national, intermédiaire ou départemental, et périphérique). Plusieurs problèmes liés au système de santé sont identifiés, tant du côté de l'offre que de la demande de services de santé et en particulier au niveau de la gouvernance, en lien avec une organisation sous-optimale du Ministère de la Santé (MS). La première source de financement du secteur de la santé est constituée par les fonds des ménages qui représentent 44% du financement total, contre 28% pour l'Etat et 24% pour le reste du monde (les bailleurs). Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018 donne les orientations stratégiques en matière de santé et constitue un document de référence pour tous les acteurs du secteur. Il est traduit dans le Plan Triennal de Développement (PTD) 2010-2012 et son cadre des dépenses à moyen terme (CDMT). Quant à la composition des dépenses publiques, **le programme ciblé sur les maladies prioritaires attire l'immense majorité des financements extérieurs ainsi que près de 30% du budget de l'Etat.**

De nombreux partenaires techniques et financiers (PTF) sont actifs dans le secteur de la santé. Tandis que la part de la Santé dans le budget de l'Etat stagne voire diminue depuis dix ans, la part des crédits ouverts sur ressources extérieures sur le total des crédits ouverts du secteur a diminué de 2001 à 2005 mais augmente légèrement depuis lors, pour constituer environ un quart de ces crédits. Ceci traduit une dépendance du secteur vis-à-vis des financements extérieurs. Les PTF tentent dans la mesure du possible de partager l'information et de se diviser le travail d'appui

au MS en fonction de leurs valeurs ajoutées respectives. Toutefois, les PTF sont inégalement répartis dans les zones d'intervention, ce qui fait que certaines zones se retrouvent délaissées ; et jusqu'il y a peu, on ne pouvait pas vraiment parler d'approche sectorielle dans le secteur de la santé au Bénin. On ressent d'ailleurs encore la nécessité d'améliorer la coordination et l'alignement de l'aide, même si le cadre de coordination sectorielle s'organise de mieux en mieux (voir l'encadré 1, section 1.4).

En effet, le **cadre de coordination sectorielle Santé** s'inscrit dans le cadre plus large du mécanisme de coordination des PTF au niveau national, qui culmine lors de la Revue Annuelle Conjointe. Dans le secteur de la santé, la coordination du MS relève de son Secrétariat Général, mais il existe un réel problème à ce niveau (voir sous-section 2.1). Un organe de coordination nationale multisectorielle existe depuis 2004, mais ce mécanisme est très lourd, il n'implique pas les PTF, et la mise en œuvre de ses recommandations reste encore insuffisante, de sorte qu'il n'a jusqu'à ce jour pas pu remplir ses fonctions de coordination. Quant aux PTF du secteur santé, ils se réunissent mensuellement sous la direction d'un chef de file mais jusqu'il y a peu, la partie nationale n'y a assisté que ponctuellement. Il existe en outre deux opportunités formelles de concertation et de dialogue entre le MS et ses PTF dans leur ensemble au niveau national, à savoir la rencontre (en principe semestrielle) entre le Ministre de la Santé et les représentants des PTF, et la revue annuelle de performance du secteur, qui rassemble la plupart des parties prenantes du secteur, tant du côté du gouvernement (MS, Ministère de l'Economie et des Finances (MEF) et autres ministères concernés par la santé) que des PTF et de la société civile.

Le Bénin a adhéré au Partenariat International pour la Santé et Initiatives associées (*International Health Partnership, IHP+*) en 2009. Le gouvernement béninois (à travers le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Economie et des Finances) a signé le 12 novembre 2010 son Compact national avec cinq PTF : l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, la Banque Mondiale et la Belgique. Le Compact scelle l'engagement des parties signataires à s'aligner sur le PNDS 2009-2018 qui est devenu la référence commune et le cadre unique de coordination, d'orientation de mise en œuvre, de suivi évaluation de tous les partenaires, et plus précisément sur le PTD 2010-2012 qui en est l'instrument d'opérationnalisation. Les modalités d'aide retenues avec les signataires du Compact sont énumérées comme l'appui budgétaire global (ABG), l'appui budgétaire sectoriel (ABS) (bien qu'aucun cadre d'ABS ne soit encore défini) et le financement des programmes et projets – sans toutefois donner plus d'indications quant à l'alignement progressif des PTF sur les procédures nationales. Les engagements des parties prenantes, tant le gouvernement que les PTF, sont également énumérés dans le Compact, de même qu'un certain nombre d'indicateurs de suivi de ces engagements et d'indicateurs de performance.

Dans quelle mesure les principes de l'efficacité de l'aide ont-ils été mis en œuvre dans le secteur de la santé ?

Les principales réalisations en termes de mise en œuvre concrète des principes de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé au Bénin sont assez récentes. Elles ont trait au renforcement du cadre de coordination sectorielle, à l'alignement sur le PNDS 2009-2018, au Compact/IHP+ de 2010 et à l'initiative de plateforme commune d'appui au renforcement du système de santé (RSS) qui a vu le jour en 2011 (voir l'encadré 2, sous-section 2.2.3). Les avancées réalisées au regard des cinq piliers de la Déclaration de Paris (DP) sont les suivantes :

Appropriation et leadership

Il y a eu une avancée certaine en matière d'appropriation, car les plans nationaux sont parfaitement maîtrisés par les autorités centrales du MS ; néanmoins, le cadre stratégique connaît des difficultés d'opérationnalisation qui se manifestent notamment à travers une dégradation

continue du taux d'exécution budgétaire. Par contre, **on déplore des insuffisances en matière de leadership**. En effet, en dépit de ce cadre stratégique du secteur clairement tracé et bien articulé, la transposition dans la réalité pose d'énormes problèmes au secteur. Le leadership du secteur dans mise en œuvre du cadre stratégique est insuffisamment affirmé au point où les PTF n'hésitent parfois pas à prendre le devant pour un certain nombre d'initiatives directes en faveur des populations. La difficulté de mettre en place une véritable approche sectorielle est d'ailleurs en partie attribuable au manque de leadership dans le secteur.

Harmonisation et alignement sur les systèmes nationaux

Le Compact/IHP+ signé en novembre 2010 s'inscrit parfaitement dans un effort d'harmonisation et d'alignement car il a pour objectif général de définir un cadre unique et harmonisé pour l'augmentation et l'amélioration de l'efficacité et de la prévisibilité de l'aide dans le secteur en vue d'accélérer l'atteinte des OMD Santé. Néanmoins, même si l'adhésion des autres PTF est progressivement attendue, le Compact n'a jusqu'à présent été signé que par cinq PTF, et certains de ses éléments fondateurs ont mis du temps à être définis et mis en place. Les principales réalisations enregistrées jusqu'à présent en matière de mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide sont les suivantes :

- **Un alignement certain sur les stratégies nationales**, vu que l'ensemble des PTF actifs dans le secteur de la santé se réclame adhérer au PNDS 2009-2018 qui constitue donc la référence nationale et le cadre unique de coordination, d'orientation, de mise œuvre et de suivi évaluation pour tous les acteurs du système de santé. La signature du Compact devrait d'ailleurs renforcer l'alignement sur les PNDS et le PTD.
- **Un alignement beaucoup moindre sur les systèmes nationaux de finances publiques et de passation des marchés**, notamment du fait que les systèmes nationaux ne sont pas très fiables et la partie nationale doit encore déployer d'énormes efforts en vue de mettre aux normes ses procédures, notamment en ce qui concerne le délai de passation de marché et le circuit de la dépense. A noter également que la plupart des décisions financières et administratives des PTF restent liées au siège, ce qui influe sur le niveau de réalisation des activités.
- Face aux problèmes de gestion financière au Bénin en général et dans le secteur de la santé en particulier, qui se traduisent notamment par des taux d'engagement très faibles des ressources mises à disposition du secteur, les PTF hésitent à s'aligner sur les systèmes nationaux de finances publiques. Dans un tel contexte, l'harmonisation entre les PTF peut être une solution intermédiaire satisfaisante. **Une avancée a été réalisée très récemment en matière d'harmonisation entre les interventions des PTF à travers le lancement de la plateforme d'appui au RSS** qui rassemble l'OMS, la Banque Mondiale, le Fonds Mondial, GAVI et la CTB et qui sera gérée par une unité de gestion commune (voir la sous-section 2.2.3). Cette plateforme commune constitue indéniablement une base solide pour renforcer l'harmonisation, l'alignement, la rationalisation de l'utilisation des ressources des PTF et le passage à un mécanisme fiduciaire commun permettant de contribuer à l'amélioration progressive des procédures nationales. Toutefois, il faut signaler que d'une part, la mise sur pied de cette plateforme n'a pas été très bien perçue par certains PTF qui s'en sont sentis exclus et que d'autre part, l'Arrêté créant le mécanisme de coordination de la plateforme le limite aux activités du RSS et à deux PTF. Ce mécanisme ne couvre donc pas l'entière du PNDS ni des PTF – ce qui risque de fragiliser la coordination générale de l'appui global au PNDS dans le cadre du Compact si aucun mécanisme plus global n'est adopté.
- Pour ce qui concerne le mécanisme de suivi-évaluation, le SNIGS permet d'élaborer chaque année l'annuaire statistique. Le mécanisme de coordination du secteur sert aussi au suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNDS mais malgré l'existence d'outils et de méthodes dans le secteur, **l'absence d'une bonne coordination fait que le dispositif de mise en œuvre et de suivi-évaluation fonctionne très peu**. Ce mécanisme est en cours de révision

en vue de mieux positionner le suivi-évaluation comme une composante forte du PNDS et du Compact et de davantage inclure les PTF dans le suivi-évaluation. Le Plan de Suivi-Evaluation de la Performance du PNDS, qui a fait l'objet d'une analyse à travers l'outil *Joint Assessment of National Strategies* (JANS), devrait constituer à l'avenir le plan unique de suivi-évaluation du PNDS. En outre, la plateforme RSS prévoit également d'appuyer le renforcement du dispositif de S&E à tous les niveaux.

Gestion axée sur les résultats

Au niveau national, le suivi des résultats de la SCRП est réalisé lors de la Revue Annuelle Conjointe. Des progrès à ce niveau sont constatés d'année en année, mais la gestion de l'information produite pose encore quelques problèmes et le processus de revue est perçu comme très lourd et reflétant insuffisamment les perspectives du terrain, la contribution des secteurs ainsi que les perspectives plus critiques de certains PTF. Le constat de l'existence de problèmes dans la gestion de l'information reste valide pour la revue de performance du secteur de la santé. Le Bénin s'est lancé depuis 2001 dans une réforme visant à instaurer la gestion axée sur les résultats (GAR) à travers notamment l'utilisation des budgets programmes. Cependant, les progrès ne sont pas perceptibles dans le secteur en matière de GAR car bien que les acteurs du secteur aient une bonne compréhension des enjeux qui y sont liés, les difficultés de transposition prennent le dessus au vu des difficultés de tous ordres qui concourent à la désorganisation du secteur. A l'avenir, le Plan de Performance du PNDS et ses indicateurs traceurs devraient constituer le cadre d'évaluation de la performance du secteur et de suivi de la mise en œuvre du Compact. Notons par ailleurs qu'au niveau opérationnel, le Bénin va bientôt se lancer dans une mise en œuvre à grande échelle du financement basé sur les résultats (FBR) qui a déjà fait l'objet de quelques expériences par le passé mais fera bientôt l'objet d'un appui plus conséquent dans le cadre de la plateforme d'appui au RSS.

Responsabilité mutuelle

Dans le secteur de la santé, la responsabilité mutuelle se traduit à travers un certain nombre de pratiques, mais jusqu'à présent, certains sont d'avis que le dialogue politique n'est pas très effectif dans le secteur. Le Compact/IHP+ a vocation à renforcer la responsabilité mutuelle, vu que le respect des engagements de tous les signataires sera évalué régulièrement et de façon conjointe.

Est-ce que cela a contribué à améliorer les résultats ?

Résultats 1 : L'efficacité de l'aide s'est-elle effectivement améliorée ?

Les crédits ouverts sur ressources extérieures du Programme d'Investissement Publics (PIP) ont augmenté de 87% entre 2001 et 2010 mais globalement, la part du secteur de la santé dans le budget général de l'Etat a connu une forte diminution au cours de la période 1997-2002, passant de 15,15% à 8%, niveau auquel il s'est stabilisé jusqu'en 2010. Par contre, **le budget de 2011 a connu une diminution de plus de 16% par rapport à l'année précédente. Le constat est encore plus inquiétant lorsque l'on observe les crédits consommés car le secteur de la santé connaît des taux d'exécution du budget particulièrement bas depuis quelques années.** En 2010, le taux de consommation (base engagement) sur le budget de fonctionnement hors charges de personnel était de 68,67%, celui du PIP sur ressources intérieures de 27,22%, et celui du PIP sur ressources extérieures de 6,08% seulement, soit un taux global de consommation de 30,86%.

Les PTF sont encouragés à faire leurs annonces de financement sur plusieurs années, de manière à augmenter la prévisibilité « a priori » de l'aide. Néanmoins, les promesses ou indications financières ne sont souvent pas respectées par les PTF, et/ou l'exécution des financements est retardée pour diverses raisons (lourdeur des procédures, ...), ce qui fait que la

prévisibilité « a posteriori » de l'aide est très limitée, sans compter que le gouvernement éprouve encore des difficultés pour collecter les informations sur l'exécution de l'aide.

Au niveau national, la mise en place des groupes thématiques et sectoriels a conduit à une réduction substantielle de la fragmentation globale et sectorielle de l'aide. Dans le secteur de la santé, **trois initiatives sont à saluer comme susceptibles de réduire les coûts de transaction** : (i) le transfert de la gestion des financements du Fonds Mondial du PNUD aux unités de gestion nationale ; (ii) l'Unité de gestion commune de la plateforme d'appui au RSS ; et (iii) le partage des expériences entre bailleurs pour la mise en place du FBR.

Outre le partenariat entre les agences des Nations Unies propulsé par l'UNDAF, **la préparation du Compact/IHP+ et la recherche de modalités pour le mettre en œuvre semblent avoir redynamisé le partenariat entre les PTF dans le secteur**. L'ensemble du travail de mise sur pied de la plateforme d'appui au RSS a été réalisé dans un esprit de partenariat entre les cinq agences concernées (même si d'autres PTF s'en sont sentis exclus initialement).

Le Compact correspond en quelque sorte à un « endossement » par les partenaires signataires des documents nationaux que sont le PNDS 2009-2018, le PTD 2010-2012 et le CDMT, mais **il n'existe pas encore d'accord de financement commun au niveau du secteur de la santé**. **La première avancée en ce domaine est la plateforme d'appui au RSS** qui, bien qu'elle ne constitue pas une mise en commun des fonds, sera au moins gérée par la même unité de gestion suivant un même manuel de procédures. Les intentions d'harmoniser la fourniture d'assistance technique ne sont pas encore concrétisées dans la réalité.

Enfin, si de nombreuses interventions des PTF visent à renforcer les capacités nationales à tous les échelons de la pyramide sanitaire, les efforts de coordination des PTF au cours des dernières années ont permis de **rendre cet appui plus cohérent ou du moins, de répartir l'appui des PTF sur l'ensemble des zones sanitaires**. C'est cette approche qui a présidé à la répartition des zones sanitaires (ZS) entre les membres de la plateforme RSS.

Résultats 2 : Le système de santé a-t-il été renforcé ?

Les changements au niveau de la gouvernance

Le PNDS 2009-2018 a été préparé suite à un long processus mené par la partie nationale avec la contribution des PTF de sorte que **le consensus a été déjà obtenu dès le départ sur les orientations stratégiques**, ce qui constitue un avantage certain pour sa mise en œuvre. Quelques progrès au niveau de la gouvernance sont soulignés, notamment grâce à l'enracinement de l'approche du budget programme et à la revue sectorielle qui offre l'occasion aux acteurs de faire le point des progrès enregistrés et rechercher les causes des obstacles rencontrés. Malgré tout, **il demeure d'importants problèmes de gouvernance du secteur** qui, on l'espère, devraient s'arranger avec la réorganisation annoncée du MS. Par ailleurs, la planification au niveau opérationnel connaît encore de nombreuses faiblesses, mais des propositions ont été faites pour revoir ce processus afin de l'améliorer.

Les changements au niveau du financement

Bien que la part de la Santé dans le budget général de l'Etat suive une tendance à la baisse régulière, **l'Etat a augmenté les allocations en faveur de la santé jusqu'en 2009. Toutefois, les dotations au secteur sont en baisse depuis 2010**. Ceci est probablement dû aux mauvaises performances du MS dans l'exécution des financements. Le budget de la santé évolue en dents de scie et l'analyse de sa composition montre que :

- Les dépenses de personnel ont augmenté au cours des deux dernières années, passant de 12% du budget en 2000 à 18% en 2010 ;
- Les dépenses d'investissement comptent pour près de la moitié du budget du secteur, mais elles sont tributaires de l'aide extérieure qui compte pour environ la moitié du PIP ;
- Des iniquités demeurent dans l'allocation des ressources, mais le gouvernement a entrepris plusieurs nouvelles actions pour améliorer l'accessibilité financière des plus pauvres aux soins de santé ;
- Les zones sanitaires bénéficient depuis de 2004 de crédits délégués et alors que ces derniers étaient d'habitude entièrement engagés, en 2009 le niveau d'engagement des crédits délégués a chuté, nuisant au bon fonctionnement des structures sanitaires et à l'exécution des activités prévues ;
- En 2009, seulement 4 ZS étaient jugées viables selon leur taux de recouvrement, contre 20 ZS dans une situation fragile et 10 ZS déficitaires.

Pour ce qui concerne la gestion financière, **le système national de gestion des finances publiques et de passation de marché est jugé peu performant**. D'ailleurs, au niveau national, le taux d'utilisation des systèmes de passation des marchés publics par les PTF s'est établi à 49% en 2010 contre 64% en 2005, et 63% en 2007. Ces problèmes de gestion financière n'épargnent pas le secteur de la santé.

Les changements au niveau des infrastructures

Le Bénin possède une bonne couverture en infrastructures sanitaires publiques qui n'a pas beaucoup évolué au cours des dernières années.

Les changements au niveau des ressources humaines

Alors que la masse salariale a augmenté, **la couverture en personnel de santé du secteur public s'est détériorée au cours des dernières années**. En outre, d'importantes disparités régionales persistent.

Les changements au niveau des médicaments

Le sous-secteur pharmaceutique est mieux organisé depuis les réformes entreprises avec la création d'une part, de la Centrale d'Achats des Médicaments Essentiels, grossiste bénéficiant d'une autonomie de gestion qui assure l'approvisionnement des structures sanitaires publiques et privées ; et d'autre part, du Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux, qui assure l'analyse chimique des médicaments avant l'autorisation de mise sur le marché.

Les changements au niveau des systèmes de suivi et de revue

La dernière évaluation externe du système d'information a été effectuée en 2007 par le Réseau de Métrologie Sanitaire. Le système d'information a été jugé globalement adéquat et la dernière EDS (2006) a constaté peu de divergences entre les chiffres présentés par le système d'information national et ses données pour ce qui concerne les taux de couverture vaccinale. Néanmoins, la qualité des statistiques produites par le SNIGS est encore loin d'être parfaite, et ces données sont insuffisamment utilisées pour la planification et la prise de décision. Le MS a élaboré un plan de renforcement du SNIGS à l'horizon 2015 afin de pallier à ces problèmes. Le renforcement du cadre de suivi-évaluation devrait permettre de mieux utiliser les données produites.

Résultats 3 : Les services de santé se sont-ils améliorés ?

De manière générale, même si elles demeurent insuffisantes au regard des cibles fixées, on note une amélioration des performances du secteur de la santé au cours des dernières années, en

particulier pour ce qui concerne les indicateurs de santé maternelle et infantile qui se situent à des niveaux assez hauts. Ceci a facilité la réduction drastique observée au niveau des décès maternels (de 224 à 137 pour 100.000 naissances vivantes entre 2003 et 2008) ainsi qu'une réduction du taux de prévalence du VIH/Sida parmi les femmes enceintes (2,2% en 2003 à 1,7% en 2007).

Le taux de fréquentation des structures de santé évolue en dents de scie au plan national mais globalement, on note une légère augmentation de la fréquentation des structures de santé qui est passée de 46,8% en 2010 contre 38% en 2003. Néanmoins, le taux de fréquentation des structures sanitaires publiques par la population générale demeure moyen et très variable d'une structure à l'autre.

Le taux de la première consultation prénatale s'est établi à 94% en 2010, en baisse relative depuis 2007. L'effort supplémentaire à faire pour améliorer une couverture déjà élevée paraît difficile. Quant à la couverture adéquate (4 CPN par grossesse avant l'accouchement), selon l'EDS.B-III, il était de 61% en 2006, ce qui paraît également difficile à augmenter. Tout comme pour la consultation prénatale, il semble que le Bénin a atteint un taux d'essoufflement au niveau de la couverture en accouchements assistés qui stagne depuis 2001 autour de 80%.

On constate par contre une augmentation régulière des taux de couverture vaccinale chez les enfants de moins d'un an en antigènes Pentavalent3 et anti rougeoleux. Le taux de couverture vaccinale au Pentavalent pour les enfants de 0 à 11 mois a augmenté de 96% en 2007 à 98% en 2009, pour redescendre à 95,9% en 2010 (SNIGS).

Pour ce qui concerne les indicateurs de qualité des services, la létalité du paludisme grave a connu une chute jusqu'en 2006 avant d'amorcer une nouvelle hausse chez les enfants de moins d'un an. Le ratio de mortalité maternelle pour 100.000 accouchements en milieu hospitalier n'a baissé que de 13% entre 2005 et 2009, ce qui confirme l'insuffisance de l'effort déployé en vue de l'atteinte de l'OMD5. La tendance reste également insuffisante pour la prise en charge en néonatalogie des enfants. Alors que la mortalité néonatale est identifiée comme étant celle qui contribue énormément à la mortalité infantile, les maternités au Bénin souffrent d'une insuffisance en équipements adéquats et en personnel qualifié.

Au total, on constate des progrès visibles au niveau des résultats de développement, de sorte qu'il y a davantage de chances que les OMD en matière de santé soient atteints au Bénin. Toutefois, ces progrès ne sont pas systématiquement reliés aux performances du secteur public qui ont été relativement faibles ces dernières années. Il y a donc une présomption que le secteur privé contribue énormément à la tendance positive des OMD au Bénin.

Quels facteurs ont été déterminants pour atteindre ces résultats ? Quelles contraintes ont été rencontrées et comment ont-elles été surmontées ?

Principaux facteurs ayant favorisé l'atteinte des résultats

Jusqu'il y a peu, il n'existait pas de réelle approche sectorielle dans le secteur de la santé au Bénin. Néanmoins, quelques acquis en termes de mise en pratique des principes de l'efficacité de l'aide avaient été atteints grâce aux mécanismes de coordination aux niveaux national et sectoriel. L'adhésion à l'IHP+ et la préparation du Compact national d'une part, la plateforme d'appui au RSS d'autre part, ont propulsé une nouvelle dynamique dont on attend beaucoup en termes de résultats. Parmi les facteurs antérieurs à / indépendants de l'IHP+ qui ont favorisé l'atteinte des résultats, on peut pointer :

- **La coordination des PTF au niveau sectoriel** qui, bien qu'imparfaite et insuffisamment dirigée par le MS, a malgré tout permis des avancées dans la réduction des incohérences et la recherche de synergies entre les interventions extérieures ;
- **La préparation du PNDS 2009-2018** qui a tenu compte de la participation d'une vaste gamme d'acteurs, de manière à obtenir un consensus sur les orientations stratégiques du secteur ;
- **Les revues annuelles de performance** du secteur, qui rassemblent de nombreuses parties prenantes ;
- **Le renforcement des groupes thématiques et de leur articulation au niveau national** qui, de pair avec quelques initiatives gouvernementales, ont permis une meilleure cohérence et coordination des actions du gouvernement.

L'adhésion du Bénin au Compact global IHP+ en 2009 et la préparation du Compact national en 2010 ont permis de lancer une nouvelle dynamique d'approche sectorielle entre le gouvernement (MS et MEF) et plusieurs PTF. Il semble également que l'adhésion à l'IHP+ ait fait prendre conscience du retard accusé au regard des OMD et dès lors, ait suscité la réflexion sur les réformes potentielles à mettre en œuvre pour accompagner l'accélération de l'atteinte des OMD.

Enfin, **la recherche de pistes pour mettre en œuvre concrètement le Compact a renforcé la collaboration entre un « noyau dur » de PTF.** En particulier, la mise sur pied de la plateforme RSS a permis de définir un cadre harmonisé d'appui au MS, à défaut de s'aligner complètement sur les procédures nationales. Les membres de la plateforme ont également appuyé la finalisation du plan de suivi-évaluation de la performance du PNDS.

Ces facteurs ont permis des **avancées au niveau des processus**, qui laissent augurer à leur tour de progrès en termes de résultats sanitaires. Toutefois, à ce jour il n'est pas possible d'attribuer clairement les améliorations constatées au niveau des indicateurs d'impact aux changements opérés dans le secteur.

Principales contraintes

Le peu de progrès qui a été fait pendant longtemps en matière de mise en œuvre effective des principes de l'efficacité de l'aide est dû à un certain nombre de contraintes, parmi lesquelles on retiendra avant tout, **le manque de leadership du MS** dans la coordination des PTF et le pilotage du secteur, couplé à des problèmes de gouvernance au sein du MS (problèmes organisationnels, etc.). En outre, **l'inadaptation du cadre de concertation sectorielle** et les problèmes de qualité et d'analyse des données statistiques n'ont jusqu'à ce jour guère permis de mener un dialogue politique constant et ciblé sur les priorités. **Ceci explique que les PTF ont souvent dû prendre l'initiative de faire avancer les choses**, telles que : l'organisation de leur cadre de coordination (élaboration des termes de références des chefs de file, etc.) ; le pilotage du processus du Compact ; l'envoi de propositions relatives à des questions organisationnelles du secteur (cadre de concertation, planification, suivi-évaluation) ; et l'harmonisation de leurs procédures (plutôt que l'alignement par exemple à travers l'appui budgétaire) dans le cadre de la plateforme RSS.

Par ailleurs, à la décharge du MS, il faut souligner que le passage dans la première moitié des années 2000 à l'appui budgétaire global de « gros » bailleurs a, dans un premier temps, privé le secteur d'importants appuis tant techniques que financiers. En outre, l'hétérogénéité des PTF et certaines contraintes imposées par leur siège fait qu'ils n'arrivent pas toujours à parler d'une seule voix et qu'ils peuvent envoyer des signaux contradictoires au MS.

Le processus IHP+ a donné une nouvelle impulsion dans le système, mais il a été lui-même contraint par plusieurs facteurs :

- Une fois de plus, **l'insuffisance de leadership et d'appropriation (au-delà de la DPP) du MS** a été tel que le processus a été perçu par certains comme piloté par l'UNICEF (alors chef de file des PTF), ce qui a fait hésiter certains PTF à rejoindre l'initiative ;
- **L'inexistence d'une approche sectorielle avant la signature du Compact** a résulté en un **Compact dont plusieurs éléments fondamentaux n'étaient pas définis – en particulier le cadre fiduciaire, de coordination et de suivi-évaluation**, ce qui a considérablement ralenti la mise en œuvre du Compact ; d'ailleurs, à l'heure actuelle, le comité censé effectuer le suivi-évaluation de la mise en œuvre du Compact n'a toujours pas été mis en place ;
- **La mise sur pied de la plateforme RSS**, vue par ses membres comme une opportunité de traduire les engagements du Compact dans la pratique, a initialement souffert d'une communication insuffisante qui a suscité des réactions de méfiance de la part des PTF qui s'en sont sentis exclus, et elle risque de détourner l'attention du Compact si le cadre de coordination et de suivi de celui-ci ne sont pas définis rapidement.

Enfin, **les résultats du secteur de la santé ont été contraints par différents facteurs**, certains externes et d'autres internes au secteur de la santé – en particulier, les grèves récurrentes du personnel soignant et l'insuffisance des ressources (tant humaines que financières) mises à disposition au niveau opérationnel dans les départements.

Conclusion et perspectives

En conclusion, **au Bénin, l'IHP+ et son Compact ont indéniablement constitué l'élément déclencheur pour lancer une approche sectorielle dans le secteur de la santé et donner de la consistance aux principes de l'efficacité de l'aide qui peinaient à se concrétiser.** Néanmoins, comme **plusieurs éléments fondamentaux du Compact (son cadre fiduciaire, son cadre de coordination et son cadre de suivi-évaluation) n'étaient pas définis au moment de la signature du document, ce qui a fait que sa mise en œuvre a mis du temps à démarrer.** Face à la stagnation du système et aux problèmes de gouvernance du secteur, plusieurs PTF ont pris l'initiative de lancer la plateforme RSS qui constitue une première base d'harmonisation (à défaut d'un alignement pur et simple sur les systèmes nationaux, qui ne semble pas approprié dans la situation actuelle). Elle est vue par ses promoteurs comme un instrument de mise en œuvre du Compact, mais quelques PTF qui n'ont pas été informés à temps de cette initiative s'en sont sentis exclus et craignent que la plateforme RSS prenne le pas sur le Compact – ce qui risque d'arriver si le gouvernement ne prend pas les mesures nécessaires pour définir clairement et mettre en œuvre un cadre consistant de coordination, de dialogue politique et de suivi-évaluation du PNDS et du Compact. La plateforme peut dès lors être vue comme un « noyau » qui doit encore être élargi à l'entière responsabilité des PTF et du PNDS dans l'esprit du Compact.

Jusqu'à présent, les résultats atteints des principes de l'efficacité de l'aide ne sont encore perceptibles qu'au niveau des processus. Néanmoins, si le MS réussit à se réorganiser, à affirmer son leadership et à relancer le dialogue politique comme semble le souhaiter la nouvelle équipe en place, les perspectives sont donc plutôt bonnes, d'autant avec l'appui coordonné au RSS que les PTF se sont engagés à fournir dans les années à venir. Outre ces questions de gouvernance, les principaux défis qui se posent au secteur de la santé ont trait à la gestion des ressources humaines (redéploiement, valorisation et motivation du personnel technique), à l'amélioration de la planification au niveau opérationnel et à l'augmentation de l'exécution budgétaire.

1. Contexte et définition de la problématique

Cette étude de cas s'inscrit dans une initiative conjointe de l'OMS, de la Banque Mondiale et de l'IHP+ visant à documenter les résultats des efforts de mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé dans quelques pays. Elle vise à répondre à trois questions :

1. Jusqu'à quel point les principes de l'efficacité de l'aide ont-ils été mis en œuvre dans le secteur de la santé ?
2. Est-ce que cela a contribué à améliorer les résultats ?
 - L'efficacité de l'aide s'est-elle effectivement améliorée ?
 - Le système de santé a-t-il été renforcé ?
 - Les services de santé se sont-ils améliorés ?
3. Quels facteurs ont été déterminants pour atteindre ces résultats ? Quelles contraintes ont été rencontrées et comment ont-elles été surmontées ?

Ce type d'analyse pose des défis méthodologiques inévitables. Nous avons ici tenté de rechercher des *liens plausibles* entre les changements dans les pratiques du gouvernement et des donateurs et l'efficacité de l'aide, et d'identifier comment ces changements ont contribué au renforcement du système et des services de santé. Cette analyse est basée sur une revue de la littérature, des entretiens et les données issues du système national d'informations sanitaires et d'enquêtes.

1.1 Contexte socio-économique et politique du Bénin

Le Bénin est un Etat de la sous-région ouest-africaine qui fait partie de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) et de l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA). Depuis 1990, le Bénin a opté pour la démocratie. Le système démocratique mis en place fonctionne assez bien et se matérialise par une stabilité politique, une paix sociale, la liberté de la presse et l'émergence d'une société civile active.

Le Bénin est un pays à développement humain faible classé 134^e sur 169 en 2010 avec un Indice de Développement Humain (IDH) de 0,435.¹ Il fait partie des pays pauvres très endettés (PPTÉ) bénéficiant de remises de dettes en faveur des secteurs sociaux. Au Bénin, plus d'une personne sur trois vit en-dessous du minimum vital (35,21% de pauvres selon l'approche monétaire) et une personne sur trois subit encore de nombreuses privations en termes de conditions d'existence et de patrimoine (30,8% de pauvres selon un indice composite de pauvreté non monétaire) (SCRIP 2011-2015).

Le contexte économique est caractérisé par une **faible croissance du produit intérieur brut (PIB)** qui n'a été que de 3,9% en moyenne au cours des dix dernières années (INSAE), alors que la croissance de la population est d'environ 3%, ce qui fait que le taux de croissance du PIB/hab. au cours des dix dernières années n'a été que d'environ 1%.² L'économie connaît des déséquilibres systémiques et un secteur informel prépondérant.

¹ <http://hdr.undp.org/fr/statistiques>.

² <http://data.worldbank.org/country/benin>.

Tableau 1 : Evolutions de quelques indicateurs socio-économiques du Bénin

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
PIB prix courants (milliards FCFA)	1679,6	1832,1	1956,8	2068,1	2140	2299	2460,2	2641,7	2973,9	3109,4	3248,2
Croissance éco. réelle (%)	4,9	6,2	4,4	3,9	3,1	2,9	3,8	4,6	5	2,7	2,6
PIB/hab (milliers FCFA)	259	273	283	289	289	300	311	323	351	355	358
Déflateur PIB (%)	4,5	2,7	3,2	1,7	0,4	4,4	3,2	2,6	7,2	2	1,9
IDH	0,305	ND	ND	0,464	0,467	0,418	0,42	0,423	0,429	0,432	0,435

Source : INSAE, 2010

En matière de finances publiques, le Bénin s'est engagé depuis 1999 dans une série de **réformes budgétaires** concrétisées notamment par l'adoption du budget-programme comme outil de planification et de gestion. La gestion budgétaire est assistée par un système intégré de gestion des finances publiques (SIGFIP). En 2010, les recettes totales se sont établies à 603,0 milliards FCFA (18,6% du PIB) contre 575,8 milliards FCFA (18,5% du PIB) en 2009, et les dépenses totales sont ressorties en 2010 à 702,2 milliards FCFA (21,6% du PIB) contre 805,4 milliards FCFA (25,9% du PIB) en 2009 (CSPEF mars 2011). On déplore une **faiblesse du taux d'exécution** y compris dans les secteurs prioritaires en raison d'un certain nombre de difficultés liées aux capacités des acteurs nationaux à absorber les ressources dégagées pour les besoins de développement (PNUD 2010). A noter que la composition des dépenses publiques du Bénin est largement biaisée par le **poids important de la masse salariale**, qui absorbe 45% des recettes fiscales – alors que le critère de convergence de l'UEMOA est de 35% – ce qui réduit donc les possibilités d'investissements. La masse salariale a en effet considérablement augmenté au cours des dernières années (+83% en termes nominaux et +55% en termes réels depuis 5 ans) (IMF 2011).

La **Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRП) 2011-2015** s'inspire de la vision à long terme du pays « Bénin Alafia 2025 ». Elle a retenu les mêmes axes stratégiques que ceux de la SCRП 2007-2009, en renforçant le contenu et l'étendue des domaines prioritaires de chacun des axes :

- Axe 1 : Accélération durable de la croissance et de la transformation de l'économie ;
- Axe 2 : Développement des infrastructures ;
- Axe 3 : Renforcement du capital humain ;
- Axe 4 : Promotion de la qualité de la gouvernance ;
- Axe 5 : Développement équilibré et durable de l'espace national.

Selon le scénario central du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) de la SCRП 2011-2015, les crédits consacrés aux secteurs sociaux représenteraient en moyenne 33,8% des dotations budgétaires totales sur la période 2011-2015, à savoir 17,9% pour l'éducation, 13,4% pour la santé et 2,4% pour le développement social et culturel.

1.2 L'Aide Publique au Développement

L'aide extérieure reçue par le Bénin connaît une évolution positive. Le tableau ci-dessous montre l'évolution de l'aide publique au développement (APD) déboursée en faveur du Bénin et recensée dans le Creditor Reporting System (CRS) de l'OCDE.

Tableau 2 : Déversements bruts d'APD au Bénin, 2002-2009, en millions d'USD

	2002	2003	2004	2005	2006 ³	2007	2008	2009
Déversements bruts d'APD (<i>millions d'USD courants</i>)*	197,2	311,5	437,9	386,5	1.341,3	457,6	619,4	666,6
Déversements bruts d'APD (<i>millions d'USD constants de 2009</i>)*	303,6	406,2	522,8	452,6	1.497,8	477,9	607,2	666,6
APD nette reçue (<i>% du PIB</i>)**	7,87	8,53	9,83	8,14	8,18	8,74	9,61	10,34
APD/hab. (<i>USD courants</i>)**	37,35	41,32	31,57	41,83	53,21	45,44	48,03	58,47

Sources: * CRS online ** Données statistiques Banque Mondiale, sur base des données de l'OCDE

Comme le montre le tableau ci-dessous, issu des données du gouvernement du Bénin (GdB), les ressources externes ont contribué à hauteur de 22% en moyenne au financement des dépenses de l'Etat sur la période 2000-2009.

Tableau 3 : Financement des dépenses de l'Etat

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Dépenses totales(en milliards de FCFA)	322,3	353,2	382,0	426,3	429,5	455,5	483,9	585,6	684,7	805,4
<i>(Financement en pourcentage)</i>										
Ressources internes	77%	66%	81%	81%	78%	79%	78%	75%	84%	82%
Recettes totales	83%	80%	83%	82%	82%	84%	86%	94%	85%	71%
Variation d'arriérés**	-10%	0%	-5%	0%	-4%	-4%	2%	2%	-17%	-7%
Financement interne*	4%	-14%	3%	-1%	1%	-1%	-10%	-21%	16%	18%
Ressources externes	23%	34%	19%	19%	22%	21%	22%	25%	16%	18%
Financement externe*	23%	34%	19%	19%	22%	21%	22%	25%	16%	18%
Aide projets	23%	23%	18%	16%	16%	15%	13%	19%	10%	10%
Appuis budgétaires	1%	12%	1%	3%	8%	8%	4%	8%	7%	9%
Autres***	-1%	-1%	0%	0%	-2%	-2%	4%	-1%	-1%	-1%

Source CSPEF-DGAE/MFE

* Du solde budgétaire global base caisse

**Elargie à tous les postes de l'ajustement base caisse

***Amortissement dû, allègement de la dette et ajustement

Le suivi de l'aide au développement est partagé par plusieurs structures, en particulier la Cellule de Suivi des Programmes Economiques et Financiers (CSPEF) du Ministère de l'Economie et des Finances (MEF) pour les appuis budgétaires et la Cellule de Coordination de l'Aide au Développement (CCAD) du Ministère du Développement qui centralise les données sur l'aide en général ; mais aussi l'Observatoire du Changement Social (OCS) pour le suivi de la stratégie de réduction de la pauvreté, la Caisse Autonome d'Amortissement (CAA) pour le suivi des emprunts, et une direction du Ministère des Affaires étrangères pour les activités des ONG. Toutefois, il faut encore instaurer un système de remontée des informations car le gouvernement ne dispose pas encore d'une vue globale et en temps réel de l'exécution de l'aide. En effet, les données sur l'aide au développement ne sont pas bien centralisées, ce qui fait que les données retracées au niveau national ne correspondent souvent pas à celles collectées directement auprès des donateurs par le Comité d'Aide au Développement (CAD) de l'OCDE (CESS, 2010).

Le gouvernement béninois estime que la SCRP 2007-2009 a contribué au renforcement du processus de mise en œuvre de la Déclaration de Paris (DP) sur l'efficacité de l'aide en

³ Le montant très élevé en 2006 est attribuable à l'IDA (725,6 millions USD) dont une partie provient de l'Initiative de réduction de la dette multilatérale (IADM).

consolidant le dialogue entre le Gouvernement et les PTF, à travers les différentes revues sectorielles et conjointes. Cette stratégie a notamment favorisé la signature et la mise en œuvre d'un protocole d'accord entre le Gouvernement et huit PTF sur les appuis budgétaires (SCRP 2011-2015).

1.3 Principaux défis sanitaires et systémiques et priorités politiques dans le domaine de la santé

1.3.1 *Situation sanitaire*

La situation épidémiologique est caractérisée par une **prédominance des affections endémico-épidémiques** qui représentent 40% de l'ensemble des pathologies identifiées. Les principales affections rencontrées en 2010 dans l'ensemble des consultants non hospitalisés sont le paludisme (44,5%), les infections respiratoires aiguës (13,2%), les autres affections gastro-intestinales (7%), les traumatismes (5,1%), l'anémie (4,8%) et les diarrhées (3,1%). En particulier, malgré les efforts déployés par l'Etat béninois, le taux d'incidence du paludisme simple est encore élevé, à 13,8% en 2010 (MS, Annuaire statistique 2010).

Selon les données de la 3^e Enquête Démographique et de Santé (EDS.B-III) de 2006, le taux de **mortalité maternelle** est estimé à 397 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes pour la période 1999-2006. Il faut noter que la mortalité maternelle n'a diminué que de 20% sur les dix dernières années et reste très élevée, et que l'atteinte de l'OMD n°5 n'est pas garantie. Quant à la **mortalité néonatale, infantile et infanto juvénile**, entre 2001 et 2006, elle s'est établie à respectivement 32 pour mille, 67 pour mille et 125 pour mille. On constate donc une baisse tendancielle de la mortalité infantile qui était estimée à 105 pour mille en 1990 et à 90 pour mille en 1996 – mais la vitesse de déclin est lente en raison de la composante néonatale qui reste importante. La tendance actuelle de réduction de la mortalité infanto-juvénile augure d'approcher la cible de l'OMD n°4.

Concernant la **lutte contre les principales maladies**, malgré les progrès accomplis dans le domaine de la prévention et du traitement, les statistiques sanitaires nationales de 2010 révèlent que le paludisme se situe toujours au premier rang des affections et représente 44,5% des motifs de recours aux soins dans les formations sanitaires en 2010. Le paludisme constitue également la première cause d'hospitalisation tant pour la population générale que pour les enfants de moins de 5 ans, avec respectivement 32% et 45,8 % des causes d'hospitalisation en 2010 (SGSI/DPP/MS 2010). Néanmoins, le Bénin se trouve dans la bonne direction dans la perspective d'atteinte des OMD en ce qui concerne le paludisme. Par rapport au VIH/SIDA, sa prévalence est restée stable à 1,2% chez les 15-49 ans, avec une prédominance plus forte chez les femmes (1,5% contre 0,8%) et un taux de prévalence de 0,7% en 2006 chez les 15-24 ans (EDS.B-III). La tendance est à la stabilisation de l'épidémie. Quant à la tuberculose, son taux d'incidence est passé de 46 pour 100.000 habitants en 2004 à 44 pour 100.000 en 2009. Le taux de succès enregistré en 2009 est excellent : 91% pour les TPM+⁴. Au total, l'OMD 6 pourra être atteint si les différentes politiques de prévention et de prise en charge de ces maladies sont efficacement mises en œuvre. Par contre, malgré les efforts déployés, la situation du sous-secteur eau et assainissement est caractérisée par une insuffisance dans l'accès à l'eau potable, une gestion non acceptable des déchets et une pénurie d'ouvrages d'assainissement (EDS.B-III).

⁴ Rapport N°26, Union Internationale contre la Tuberculose et les Maladies respiratoires, 2011.

1.3.2 Systeme de sante

Le systeme national de sante a une structure pyramidale calquee sur le decoupage territorial. Il comprend trois niveaux que sont :

- Le niveau central ou national, comprenant les structures centrales du MS et cinq etablissements hospitaliers de troisieme reference et/ou specialises ;
- Le niveau intermediaire ou departemental, comprenant les Directions Departementales de la Sante (DDS) et une serie d'etablissements hospitaliers de deuxieme reference et/ou specialises ainsi que les Centres d'Information, de Prospective, d'Ecoute et de Conseil ;
- Le niveau peripherique, comprenant trente-quatre districts appeles Zones Sanitaires (ZS) au Benin, les Hopitaux de Zone, les Centre de Sante, les Centres d'Action de la Solidarite et d'Evolution de la Sante, les Centres de Detection de la Tuberculose et les Unites Villageoises de Sante. A noter qu'en plus des structures publiques, le Benin compte un nombre important de structures privees et d'acteurs de la medecine traditionnelle.

Les **principaux problemes lies au systeme de sante** identifies par le Plan Triennal de Developpement (PTD) 2010-2012 sont les suivants :

- Des problemes lies a l'offre et a la demande des services de sante (faibles taux de frequentation dus a des contraintes relatives a l'accessibilite financiere, au mauvais accueil et a la qualite insuffisante des soins ; insuffisance des ressources humaines tant au niveau de la qualite, de l'effectif que de la motivation ; offre des services basee sur la definition d'un paquet minimum d'activite qui ne tient pas compte de l'efficacite des activites et de leur impact sur la mortalite) ;
- Une mauvaise planification des acquisitions, des constructions et de la maintenance des infrastructures et des equipements (disparites geographiques au niveau peripherique, absence d'un systeme de maintenance et de renouvellement des equipements et materiels) ;
- Une precarite du mecanisme de financement des depenses de sante ;
- Une insuffisance de la collaboration intra et intersectorielle (coordination insuffisante entre les differentes directions et programmes du MS entrainant une multitude d'activites verticales et parfois anarchiques ; collaboration faible et souvent ponctuelle avec les autres secteurs qui menent des interventions ayant un impact sur la sante) ;
- Le non-respect des pratiques de bonne gouvernance.

1.3.3 Politique de sante

En vertu des dispositions de la Constitution Beninoise qui garantit les droits des citoyens a la sante, le secteur a pris l'habitude depuis des decennies d'elaborer une politique nationale qui sert de socle a toutes les interventions dans le pays en matiere de sante. C'est dans cette tradition que s'inscrit l'edition en cours du **Plan National de Developpement de la Sante (PNDS) 2009-2018**. Il a ete elabore apres un long processus demarre en 2006 qui s'est inscrit dans la Perspective a long terme Benin 2025, dans les Orientations Strategiques de Developpement 2006-2011 et la Declaration du Millenaire. Il tient egalement compte des recommandations des Etats Generaux de la Sante de novembre 2007 qui ont defini la vision suivante pour le secteur de la sante : « *Le Benin dispose en 2025 d'un systeme de sante performant base sur des initiatives publiques et privees, individuelles et collectives, pour l'offre et la disponibilite permanentes de soins de qualite, equitables et accessibles aux populations de toutes categories, fondees sur les valeurs de solidarite et de partage de risques pour repondre a l'ensemble des besoins de sante du peuple beninois* » (CESS, 2010 : 63).

Le PNDS 2009-2018 est decliné en cinq domaines prioritaires :

- 1) la prevention et la lutte contre les principales maladies et l'amélioration de la qualite des soins ;
- 2) la valorisation des ressources humaines ;

- 3) le renforcement du partenariat dans le secteur, la promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale ;
- 4) le mécanisme de financement du secteur ;
- 5) le renforcement de la gestion du secteur.

Le PNDS constitue un document de référence pour tous les acteurs du secteur de la santé. Il est décliné en plans opérationnels dont le premier, le PTD 2010-2012, met l'accent sur 14 composantes programmatiques – à savoir 6 composantes d'action visant l'atteinte des objectifs de couverture et d'impact pour améliorer ainsi la santé des populations, et 9 composantes de soutien répondant aux insuffisances du système de santé, pour lesquelles des réformes et mesures d'accompagnement seront nécessaires tout au long de la mise en œuvre du PTD.

A noter que **le secteur de la santé au Bénin est caractérisé par plusieurs problèmes de gouvernance** liés notamment à une organisation sous-optimale du Ministère de la Santé. Des audits du niveau central⁵ et du niveau régional et opérationnel⁶ du secteur ont pointé les problèmes existants et ont proposé des recommandations, mais celles-ci tardent à être mises en œuvre. En outre, les syndicats sont très actifs au Bénin et le secteur connaît depuis quelques années des grèves régulières du personnel sanitaire.

1.3.4 *Financement de la santé*

Le financement du système de santé du Bénin en 2008, tel qu'il a pu être observé sur la base des comptes nationaux de la santé (CNS), montre que la première source de financement du secteur est constituée par les fonds des ménages qui représentent 44% du financement total, contre 28% pour l'Etat et 24% pour le reste du monde (les bailleurs). Le WHOSIS / *Global Health Observatory* (GHO) de l'OMS (mis à jour en avril 2011) fournit les indicateurs de financement de la santé suivants.

Tableau 4 : Sélection d'indicateurs relatifs au financement de la santé au Bénin

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Dép. totales en santé (DTS) en % du PIB	4,3	4,6	4,3	4,6	4,6	4,7	4,7	4,5	4,1	4,2
Ress. externes consacrées à la santé en % des DTS	17,2	17,2	19,0	16,5	17,0	15,5	20,1	24,0	17,7	22,6
Dép. publiques en santé (DGS) en % des DTS	43,8	48,7	44,2	47,8	47,7	49,7	50,2	51,0	51,7	55,2
Dép. publ. de santé (DGS) en % des dép. publ	9,7	12,4	9,6	10,7	10,8	11,9	10,8	9,9	8,8	8,5
DTS par hab. PPP (UMN par US \$)	50	57	51	57	58	63	64	64	61	65
Dép. publ. en santé /hab. PPP (UMN par US \$)	22	28	23	27	28	31	32	33	32	36

Source: WHOSIS/GHO

Le tableau ci-dessous, issu du CDMT 2010-2012, donne un aperçu de la **composition des dépenses publiques** par programmes en 2009. On constate que **le programme ciblé sur les maladies prioritaires attire l'immense majorité des financements extérieurs ainsi que près**

⁵ MS et OMS, « Audit organisationnel du Ministère de la Santé du Bénin », rapport final, juin 2008 (par Dr Namoudou Keita et M. Coffi Alfred Kousseidou).

⁶ MS et CTB (AIMS), « Audit organisationnel et institutionnel des Directions Départementales de la Santé et des Zones sanitaires », rapport définitif, septembre 2009.

de 30% du budget de l'Etat, lequel est également réparti pour environ un tiers vers la valorisation des ressources humaines et un autre tiers vers le renforcement de la gestion du secteur.

Tableau 5 : Coûts actuels (2009) de la santé, en millions de FCFA

	Budget Etat	Financements Extérieurs	Financement Communautaire	TOTAL
DOMAINE 1: Prévention, lutte contre les principales maladies et amélioration de la qualité des soins	9.830,4	29.583,6	753,0	40.167,1
DOMAINE 2: Valorisation des ressources humaines	10.221,7	-	1.506,0	11.727,6
DOMAINE 3: Renforcement du partenariat dans le secteur, prom. de l'éthique et de la resp. médicale	18,2	3,0	-	21,2
DOMAINE 4: Mécanisme de Financement du secteur	2.054,2	475,7	1.004,0	3.533,8
DOMAINE 5: Renforcement de la gestion du secteur	10.882,7	1.165,6	1.757,0	13.805,2
TOTAL	33.007,2	31.227,9	5.019,9	69.255,0

Programmes du PNDS	Budget Etat	Financements Extérieurs	Financement Communautaire	TOTAL
PA1 : Accès eau potable, hygiène, assainissement	-	-	-	-
PA2 : Lutte c/o mortal. mat. & néonat.	391,75	14,79	250,99	657,53
PA3 : Lutte c/o mortal. infant. et juv.	-	-	250,99	250,99
PA4 : Lutte contre les maladies prioritaires (IST/VIH/Sida, Palu, TB)	1.648,27	27.740,14	150,60	29.539,01
PA5 : Lutte contre les autres maladies	4.074,51	965,47	-	5.039,98
PA6 : Promot ^o autres aspects de santé	55,40	13,13	100,40	168,93
PS1 : Valorisation des ress.humaines	10.221,67	-	1.505,97	11.727,64
PS2 : Disponibilité des médicaments et des consommables de bonne qualité	1.000,80	237,14	-	1.237,94
PS3 : Accessibilité géo. et maintenance	7.139,18	1.165,60	-	8.304,79
PS4 : Promot ^o assurance qualité, éthique et resp. médic., régulat ^o secteur	-	-	250,99	250,99
PS5 : Communication pour le Changement de comportement	-	-	-	-
PS6 : Accès financier aux soins et du financement du secteur	2.399,69	475,68	1.003,98	3.879,35
PS7 : Développement hospitalier et promotion de la recherche en santé	2.086,47	494,39	1.003,98	3.584,84
PS8 : Renforcement capacités institutionnelles et du Partenariat	3.489,04	3,01	501,99	3.994,03
PS9: Promot ^o sécurité transfusionnelle et renforcement des capac.diagnostiques	500,40	118,57	-	618,97
TOTAL	33.007,19	31.227,92	5.019,90	69.255,01

Programmes du PNDS	Budget Etat	Financements Extérieurs	Financement Communautaire	TOTAL	TOTAL
INVESTISSEMENT	10.236,45	31.227,92	0	41.464,37	59,9%
FONCTIONNEMENT	22.770,73	0	5.019,90	27.790,63	40,1%
TOTAL	33.007,18	31.227,92	5.019,90	69.255,00	100,0%

Source: CDMT 2010-2012

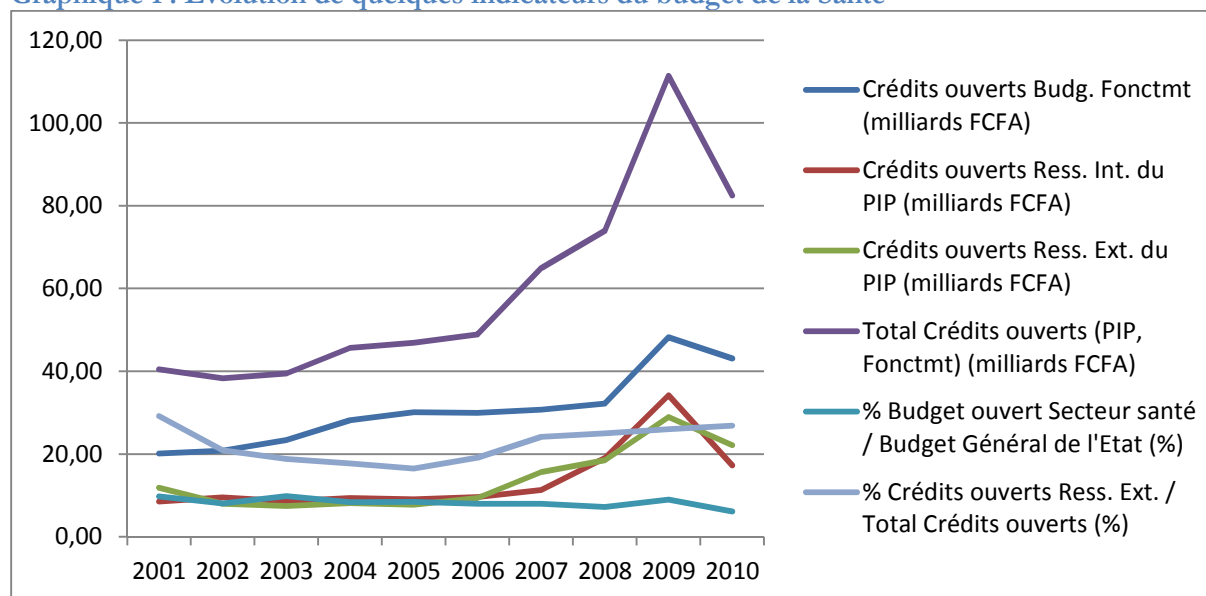
Enfin, le tableau ci-dessous et le graphique qui l'accompagne montrent l'évolution de quelques indicateurs du budget du secteur de la santé, notamment les sources du budget de la santé, la part du secteur dans le budget général de l'Etat et sa dépendance vis-à-vis des financements extérieurs. Ces données seront analysées à la sous-section 3.2.2.

Tableau 6 : Evolution de quelques indicateurs du budget de la Santé

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Evol.01-09	Evol. 01-10
Crédits ouverts budg. fonctmt (milliards FCFA)	20,12	20,81	23,39	28,19	30,09	29,95	30,69	32,15	48,22	43,09	139,70%	114,18%
Crédits ouverts ress. int. du PIP (milliards FCFA)	8,55	9,52	8,62	9,38	9,05	9,63	11,33	19,03	34,22	17,24	300,43%	101,73%
Crédits ouverts ress. ext. du PIP (milliards FCFA)	11,82	8,00	7,43	8,10	7,72	9,33	15,65	18,48	28,97	22,14	145,21%	87,34%
Total crédits ouverts (PIP, Fonctmt) (milliards FCFA)	40,48	38,33	39,43	45,67	46,86	48,92	64,88	73,92	111,42	82,46	175,24%	103,72%
% Budget ouvert secteur santé / Budget Général de l'Etat (%)	9,78	8,02	9,81	8,34	8,41	8,00	7,98	7,23	8,99	6,12	-7,99%	-37,35%
% Crédits ouverts ress. int. / Total crédits ouverts (%)	70,81	79,12	81,16	82,27	83,53	80,92	64,76	69,24	73,99	73,16	4,50%	3,31%
% Crédits ouverts ress. ext. / Total crédits ouverts (%)	29,19	20,88	18,84	17,73	16,47	19,08	24,12	24,99	26,01	26,84	-10,91%	-8,04%

Source: adapté de Makoutodé (2010)

Graphique 1 : Evolution de quelques indicateurs du budget de la Santé



1.4 Principaux défis de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé

De nombreux partenaires techniques et financiers (PTF) sont actifs dans le secteur de la santé au Bénin. Comme le montre le Graphique 1 ci-dessus, tandis que la part de la Santé dans le BGE stagne voire diminue depuis dix ans, la part des crédits ouverts sur ressources extérieures sur le total des crédits ouverts du secteur a diminué de 2001 à 2005 mais augmente légèrement depuis lors, pour constituer environ un quart de ces crédits. Ceci traduit une **dépendance du secteur vis-à-vis des financements extérieurs**. Le tableau ci-dessous donne une idée des principaux PTF et du montant de leur aide au cours des dernières années.

Tableau 7 : Exécution ou prévision des aides internationales par source de financement au secteur santé (en millions de FCFA) de 2004 à 2010

	Rés. 2004*	Rés. 2005*	Rés. 2006*	Rés. 2007*	Rés. 2008*	Prév. 2009**	Prév. 2010***
Fonds Mondial	1.515	1.295	1.979	1.986	1.900	799	2.775
GAVI	0	0	0	1.779	2.350	3.158	2.574
IPB	0	0	0	0	0	2.402	2.000
UNICEF	2.460	3.077	2.296	1.842	1.677	329	322
OMS	?	?	?	?	?	458	456
UNFPA	138	138	300	486	616	800	800
BAD	0	0	800	2.200	5.261	6.803	5.070
BID	70	200	0	0	0	0	0
BADEA	800	725	1.500	1.125	1.620	160	630
FED	?	737	?	?	?	0	919
Belgique	1.376	1.472	1.349	2.330	770	900	900
USA	700	540	100	100	100	800	900
DANIDA	0	0	700	627	757	357	357
GTZ	0	0	234	234	194	194	194
Suisse	721	700	790	200	519	480	149
Pays-Bas						400	400
ONG	0	0	0	120	120	120	120
AFRF	39	39	39	39	39	39	39
Ress. int.	8.011	8.452	10.831	11.330	19.121	34.221	24.820

Sources: MS, *Annuaire statistique* *2008, **2009, ***2010

Avec l'apport croissant de nouveaux donateurs au Bénin (pays à revenu intermédiaire, fonds mondiaux, intervenants du secteur privé, organisations de la société civile), des défis en termes de gestion et de coordination globale de l'aide se posent. Le Gouvernement doit développer avec ces nouveaux acteurs des partenariats plus ouverts à tous afin que les efforts collectifs aient davantage d'impact sur le développement et sur la réduction de la pauvreté (CESS, 2010 :13).

Les PTF tentent dans la mesure du possible de partager l'information et de se diviser le travail d'appui au MS en fonction de leurs valeurs ajoutées respectives. Toutefois, **les PTF sont inégalement répartis dans les zones d'intervention**, ce qui fait que certaines zones se retrouvent délaissées (cas notamment du département de la Donga) (CESS, 2010 : 68, 77). En outre, **jusqu'il y a peu, on ne pouvait pas vraiment parler d'approche sectorielle Santé au Bénin**, et l'on ressent encore la nécessité d'améliorer la coordination et l'alignement de l'aide (Paul, 2010, 2011 ; CESS, 2010) (ce point sera développé ultérieurement). Néanmoins, le cadre de coordination sectorielle s'organise de mieux en mieux, comme l'explique l'encadré suivant.

Encadré 1 : Le cadre de coordination sectorielle au Bénin

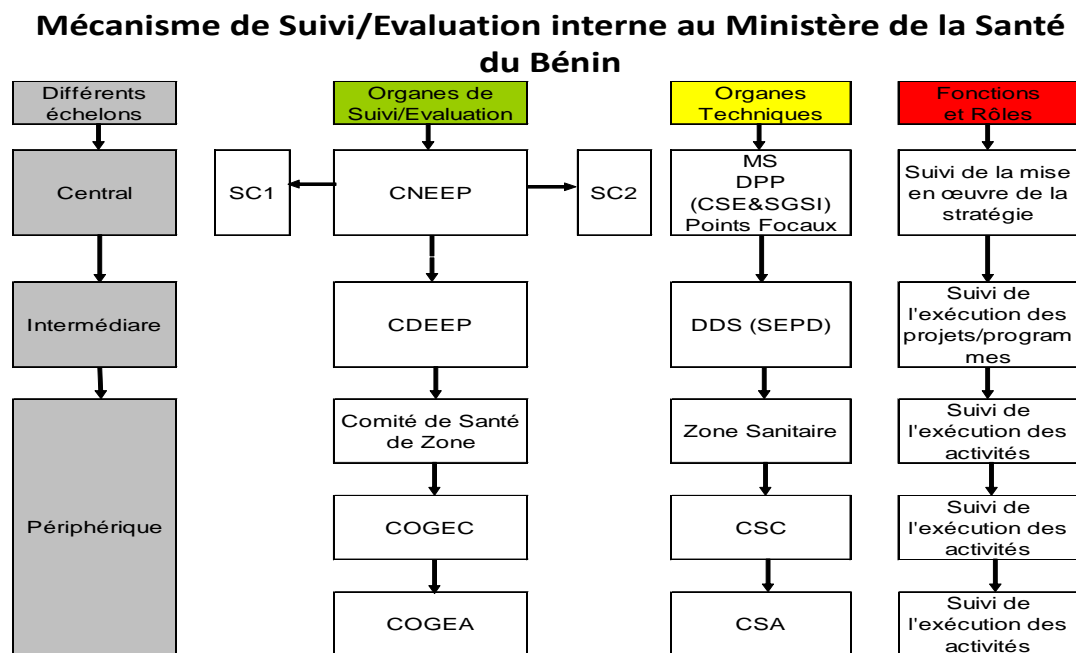
Le cadre de coordination sectorielle Santé s'inscrit dans le cadre plus large du mécanisme de coordination des PTF au niveau national, qui culmine lors de la Revue Annuelle Conjointe (RAC). Au niveau national, les chefs de file de la coordination des PTF sont le MEF et le Ministère du Développement d'un côté, et la Délégation de l'Union Européenne de l'autre. Les principaux organes de coordination sont les suivants :

- Le groupe de coordination et de suivi/évaluation de la SCRIP, qui traite également de l'efficacité de l'aide ;
- Le groupe macro/gestion des finances publiques (GFP) ;

- Une série de groupes thématiques qui font presque chacun l'objet d'une revue sectorielle préalablement à la revue annuelle conjointe, dont celui de la Santé.

Dans le secteur de la santé, la coordination du MS relève de son Secrétariat Général, mais il existe un réel problème à ce niveau (voir sous-section 2.1). Un **organe de coordination nationale multisectorielle** a été formellement créé en 2003 et mis en pratique à partir de 2004, à savoir le Comité National de Suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes du Secteur Santé (CNEEP). Celui-ci réunit les Directeurs techniques et centraux, les Directeurs départementaux, les partenaires sociaux du MS et les représentants des ministères ayant des rapports avec la santé, afin d'apprécier les progrès et les difficultés dans l'exécution du programme de développement sectoriel. Le CNEEP a des démembrements au niveau départemental (les CDEEP). Ces organes sont censés se réunir deux fois par an. Toutefois, ce mécanisme est très lourd, il n'implique pas les PTF, et la mise en œuvre de ses recommandations reste encore insuffisante, de sorte qu'il n'a jusqu'à ce jour pas pu remplir ses fonctions de coordination. Au niveau des zones sanitaires, il existe également des instances de coordination de l'équipe d'encadrement des zones sanitaires (EEZS) avec les Comités de Santé et les Comités de Gestion au niveau opérationnel, mais la tenue de ces instances varie d'une zone à une autre et reste irrégulière de façon globale. A noter que certains projets/programmes ont aussi leur propre mécanisme de coordination. La figure ci-dessous décrit ces mécanismes internes de coordination aux différents échelons du MS.

Figure 1 : Mécanisme de suivi-évaluation interne au MS



Source: Communication du SG à la Revue conjointe de performance du secteur santé, 11-13 mai 2011

Quant aux **PTF du secteur santé, ils se réunissent mensuellement** sous la direction d'un chef de file (actuellement l'UNFPA, qui a pris le relais de l'UNICEF). Depuis quelques années, le groupe des PTF du secteur santé a tenté de formaliser son cadre de concertation, notamment en élaborant ses termes de référence et ceux de son chef de file tournant, et en se fixant chaque année un nombre de préoccupations à discuter avec le MS afin de mieux parler d'une voix commune. Toutefois, la partie nationale, bien qu'invitée permanente, n'y a jusqu'à présent assisté que ponctuellement. Comme le soulignait l'année dernière l'évaluation nationale de la Déclaration de Paris, « Ce groupe fonctionne très peu en raison du manque d'initiative des responsables du secteur » (CESS, 2010 : 77). Par ailleurs, les agences des Nations Unies font l'objet d'une coordination spécifique dans le cadre de leur processus d'analyse commune et de cadre pluriannuel d'assistance commun.

Il existe en outre deux **opportunités formelles de concertation et de dialogue entre le MS et ses PTF** dans leur ensemble au niveau national, à savoir :

- la rencontre (en principe semestrielle) entre le Ministre de la Santé et les représentants des PTF, qui réunit également les Directeurs techniques et centraux ainsi que des acteurs du cadre de partenariat public/privé ;
- la revue annuelle de performance du secteur, qui rassemble la plupart des parties prenantes du secteur, tant du côté du gouvernement (MS, MEF et autres ministères concernés par la santé) que des PTF et de la société civile.

Par ailleurs, plusieurs groupes de travail techniques mixtes ont récemment été créés, qui regroupent des participations (volontaires) de spécialistes des thématiques traitées en provenance d'horizons divers (MS, secteur privé, universités, etc.).

Source : Paul, Elisabeth « Analyse du mécanisme de concertation et de dialogue politique dans le secteur de la santé au Bénin », Rapport de la deuxième mission du GRAP-PA Santé au Bénin, 30 juin au 11 juillet 2011.

Dans le cadre de la Déclaration de Paris, plusieurs efforts ont été faits par le gouvernement pour essayer de rationaliser et d'augmenter l'efficacité de l'aide. Pour ce qui concerne le secteur de la santé, **le Bénin a adhéré au Partenariat International pour la Santé et Initiatives associées (International Health Partnership, IHP+) en signant le Compact global en 2009.** Suite à l'adoption d'un memorandum d'entente avec quelques partenaires et à la finalisation du PTD 2010-2012 du secteur et de son CDMT, le gouvernement béninois (à travers le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Economie et des Finances) a signé le 12 novembre 2010 son **Compact national** (*Pacte National entre le gouvernement du Bénin et ses partenaires techniques et financiers : le Compact « Accroître les efforts et les ressources dans le secteur de la santé en vue d'accélérer l'atteinte des OMD »*) avec cinq PTF : l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, la Banque Mondiale et la Belgique. (A noter que la Commission Européenne, pourtant signataire du Compact global, n'a pas jugé approprié de signer le Compact national vu qu'elle n'intervient qu'indirectement dans le financement du secteur, à travers son appui budgétaire global.) Le Compact scelle l'engagement des parties signataires à s'aligner sur le PNDS 2009-2018 qui est devenu la référence commune et le cadre unique de coordination, d'orientation de la mise en œuvre et de suivi-évaluation de tous les partenaires, et plus précisément sur le PTD 2010-2012 qui en est l'instrument d'opérationnalisation. Les principes généraux du Compact se fondent sur : (i) la redevabilité et la responsabilité mutuelles des signataires ; (ii) l'harmonisation progressive des procédures de gestion ; (iii) la prévisibilité à moyen terme du financement du secteur ; et (iv) les mécanismes de coordination et de suivi. Les modalités d'aide retenues avec les signataires du Compact sont énumérées comme l'appui budgétaire global (ABG), l'appui budgétaire sectoriel (ABS) (bien qu'aucun cadre d'ABS ne soit encore défini) et le financement des programmes et projets – sans toutefois donner plus d'indications quant à l'alignement progressif des PTF sur les procédures nationales. Les engagements des parties prenantes, tant le gouvernement que les PTF, sont également énumérés dans le Compact, de même qu'un certain nombre d'indicateurs de suivi de ces engagements et d'indicateurs de performance, lesquels sont présentés en fonction des scénarii de financement retenus dans le CDMT. Le Compact est accompagné d'un *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.*

Enfin, signalons que parmi les **réformes majeures du secteur** concernées par le programme de l'efficacité de l'aide ont trait à la réorganisation du secteur en vue d'une meilleure gouvernance, l'amélioration de l'accessibilité financière à travers le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU)/Promotion des Mutuelles de santé et le développement du financement basé sur les résultats (FBR).

2. Dans quelle mesure les principes de l'efficacité de l'aide ont-ils été mis en œuvre dans le secteur de la santé ?

Les principales réalisations en termes de mise en œuvre concrète des principes de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé au Bénin sont assez récentes. Elles ont trait au renforcement du cadre de coordination sectorielle, à l'alignement sur le PNDS 2009-2018, au Compact/IHP+ de 2010 et à l'initiative de plateforme commune d'appui au renforcement du système de santé (RSS) qui a vu le jour en 2011 (voir Encadré 2). Les avancées réalisées au regard des cinq piliers de la Déclaration de Paris sont présentées ci-dessous.

2.1 Appropriation et leadership

L'appropriation est définie comme la capacité d'un pays à maîtriser et coordonner ses politiques et stratégies de développement définies au niveau national. Le premier indicateur de la DP montre dans quelle mesure les autorités ont défini des priorités et des stratégies opérationnelles sur lesquelles les donateurs peuvent aligner leur aide. Trois critères sont retenus pour la détermination de cet indicateur, qui sont évalués ci-dessous dans le secteur de la santé au Bénin :

- 1) Un cadre stratégique unifié et sa qualité : le pays a une vision à long terme cohérente et une stratégie à moyen terme dérivée de cette vision et liée à des stratégies de développement local et sectoriel. Le Bénin a élaboré au début du millénaire une Vision « Bénin Alafia 2025 » découlant des Etudes Nationales Perspectives à Long Terme, qui oriente la politique gouvernementale, en l'occurrence la SCRP et les politiques sectorielles. Comme le remarque l'évaluation nationale de la mise en œuvre de la DP (phase 2), suite aux résultats de l'enquête 2007 de suivi de la mise en œuvre de la DP, le GdB s'est attelé à mettre en cohérence des stratégies des secteurs concernés (santé, éducation, transports, eau et énergie, agriculture, environnement, décentralisation). La revue du processus de développement instituée par le Ministère en charge du développement permet d'œuvrer de manière continue au renforcement de la cohérence entre le cadre stratégique de référence et les stratégies sectorielles (CESS 2010 : 31). Pour ce qui concerne le secteur de la santé, comme expliqué au point 1.3.3, la stratégie sectorielle déclinée dans le PNDS 2009-2018 est pleinement cohérente avec la SCRP. Ce document constitue un cadre de consensus sur les orientations principales du secteur et sert donc de base à tous les acteurs du système de santé, y compris les PTF.
- 2) Un ensemble de priorités à l'intérieur de ce cadre : le pays a des objectifs de développement en rapport avec un ensemble de buts à long terme globaux et équilibrés. Les actions à moyen terme identifiées dans la stratégie de développement national sont en rapport avec ces objectifs et suivent un chemin bien balisé. Le PNDS est opérationnalisé à travers le PTD 2010-2012 qui sert de référence sur la période à la programmation des actions du secteur. Il est accompagné d'un CDMT élaboré avec l'appui de l'outil *Marginal Budgeting for Bottlenecks* (MBB), et qui précise les priorités afin d'atteindre les OMD en se focalisant sur les paquets d'interventions à haut impact.
- 3) Un lien stratégique avec le budget national. La programmation des actions du secteur repose sur les budgets programmes, qui sont censés permettre une meilleure allocation et gestion des ressources en faisant clairement le lien entre les financements et les résultats attendus. Cette approche du budget programme s'enracine d'année en année (CESS, 2010 : 76).

Dès lors, on peut conclure qu'il y a eu une **avancée certaine en matière d'appropriation, car les plans nationaux sont parfaitement maîtrisés par les autorités centrales du MS. Néanmoins, le cadre stratégique connaît des difficultés d'opérationnalisation** qui se

manifestent notamment à travers une dégradation continue du taux d'exécution budgétaire (CESS, 2010 : 77) (voir sous-section 3.1.1). Par ailleurs, le MS est en train de revoir son processus de planification en vue d'appuyer le développement de plans au niveau régional, ce qui permettra d'associer intimement les acteurs décentralisés au processus et de favoriser la synergie avec tous les acteurs, y compris non gouvernementaux et privés.

Par contre, on déplore des insuffisances en matière de leadership. Comme le souligne l'évaluation nationale de la DP, « En dépit de ce cadre stratégique du secteur clairement tracé et bien articulé, la transposition dans la réalité est ce qui pose d'énormes problèmes au secteur. Le leadership du secteur dans la conduite d'une vision claire de mise en œuvre de ce cadre stratégique est insuffisamment affirmé au point où les partenaires techniques n'hésitent pas parfois à prendre le devant pour un certain nombre d'initiatives directes en faveur des populations. [...] Les] Etats généraux de 2007 ont clairement indiqué la nécessité de réorganisation du ministère de la santé et de tout le système de santé. La revue des performances du secteur de la santé en 2008 confirme jusqu'à quel point le secteur était désorganisé. Les progrès enregistrés dans le secteur sont principalement dus aux programmes verticaux. Les grèves qui se sont déroulées tout au long de l'année 2008 ont eu des conséquences négatives sur le fonctionnement des services. [...] La revue des performances de 2009 montre une persistance des problèmes du secteur » (CESS, 2010 : 64). Cette même étude attribue d'ailleurs la difficulté à mettre en place une véritable approche sectorielle au manque de leadership dans le secteur (CESS, 2010 : 77).

Ce problème de leadership est notamment dû aux imprécisions des rôles de la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP) et du Secrétariat Général, et ce malgré l'organisation régulière des Comités de Direction réunissant les Directions centrales et techniques. Comme l'a souligné l'audit institutionnel du ministère, « Le MS fonctionne comme une juxtaposition de plusieurs directions relativement autonomes. L'absence d'une véritable coordination constitue une faiblesse majeure de l'organisation du MS malgré la présence d'une structure de coordination : le Secrétariat Général » (MS et CTB, 2009).

2.2 Harmonisation et alignement sur les systèmes nationaux

L'efficacité de l'aide reste tributaire de son alignement sur les stratégies nationales de développement. A travers la DP, les donateurs se sont engagés à « faire reposer l'ensemble de leur soutien sur les stratégies nationales de développement, les institutions et les procédures des pays partenaires ». Deux aspects sont à distinguer : d'une part, l'alignement de l'aide sur les priorités nationales et d'autre part, l'alignement sur les systèmes nationaux de finances publiques et de passation des marchés, qui sont mesurés à travers les indicateurs 2 à 8 de la DP.

Le Compact/IHP+ signé en novembre 2010 s'inscrit parfaitement dans un effort d'harmonisation et d'alignement car il a pour objectif général de définir un cadre unique et harmonisé pour l'augmentation et l'amélioration de l'efficacité et de la prévisibilité de l'aide dans le secteur en vue d'accélérer l'atteinte des OMD Santé. Le Compact précise qu'il cherche à :

- établir le cadre programmatique de développement du secteur santé et ses différents éléments ;
- définir les principes généraux et modalités de gestion de l'aide au développement en veillant à l'efficacité de l'aide ;
- définir les engagements des parties prenantes (gouvernement du Bénin et des PTF signataires) ;
- déterminer les modalités de suivi des engagements et de résolution des conflits.

Néanmoins, même si l'adhésion des autres PTF est progressivement attendue, **le Compact n'a jusqu'à présent été signé que par cinq PTF,⁷ et certains de ses éléments fondateurs ont mis du temps à être définis et mis en place.** Les principales réalisations enregistrées jusqu'à présent en matière de mise en œuvre de l'alignement et de l'harmonisation sont décrites ci-dessous.

2.2.1 Alignement sur les stratégies nationales

L'indicateur 3 de la DP cherche à mesurer jusqu'où les apports d'aide sont alignés sur les priorités nationales à travers le pourcentage des apports d'aide destinés au secteur public comptabilisé dans le budget national. Comme le montre le Graphique 1 de la sous-section 1.3, une part non négligeable des financements extérieurs est enregistrée dans le programme d'investissements publics (PIP). Néanmoins, le manque de données sur les autres financements extérieurs et les divergences entre les différentes sources rendent malaisée l'estimation du pourcentage des ressources extérieures comptabilisées dans le budget. Quoi qu'il en soit, **l'ensemble des PTF actifs dans le secteur de la santé se réclame adhérer au PNDS 2009-2018** qui constitue donc la référence nationale et le cadre unique de coordination, d'orientation, de mise œuvre et de suivi évaluation pour tous les acteurs du système de santé. L'évaluation nationale de la DP conclut d'ailleurs que : « l'alignement des donneurs dans le secteur de la santé n'est pas encore très perceptible, du fait de l'absence d'une approche sectorielle. Toutefois l'appui fragmenté des partenaires se base sur le PNDS. La signature actuelle du Compact devrait renforcer non seulement l'harmonisation des PTF mais aussi un alignement accru et suivi sur la stratégie de développement du secteur sanitaire. » (CESS, 2010 : 65).

2.2.2 Alignement sur les systèmes nationaux de finances publiques et de passation des marchés

L'alignement des PTF sur les systèmes nationaux nécessite tout d'abord l'existence de systèmes nationaux fiables (indicateur 2 de la DP). Or, selon la dernière évaluation PEFA disponible qui date de 2007, **le bilan du système de gestion des finances publiques n'est guère brillant** vu que sur les 28 indicateurs nationaux, le Bénin n'a engrangé que 3 notes « B » et 1 « B+ », mais une majorité de notes insatisfaisantes (C ou D) (Achour et al. 2007). Dans le secteur de la santé en particulier, l'évaluation nationale de la DP conclut que : « Quant à la partie nationale, d'énormes efforts restent à déployer en vue de mettre aux normes ses procédures notamment en ce qui concerne le délai de passation de marché et le circuit de la dépense. Parmi les problèmes soulevés par la revue des performances du secteur réalisée en 2009, la plupart sont liées à la faible qualité du système de finances publiques et de passation des marchés. Ces problèmes sont (i) la limitation et l'insuffisance des postes de saisie sur le SIGFIP dans les préfectures ; (ii) le chargement partiel ou tardif des crédits ; (iii) la fermeture intempestive du SIGFIP ; (iv) la lourdeur des procédures d'exécution des marchés publics ; (v) les blocages répétés et précoces du SIGFIP avant même les dates d'arrêt des opérations ; (vi) le retard dans le paiement des décomptes ; (vii) la non-exhaustivité du SIGFIP (renseigné partiellement) ; (viii) la non-disponibilité des taux de consommation sur les ressources extérieures ; (ix) le retard et la non-vulgarisation des informations relatives au répertoire des prix. » (CESS, 2010 : 65).

Du côté des PTF, l'indicateur 5 de la DP mesure le degré d'utilisation, par les PTF, des systèmes nationaux de gestion des finances publiques et de passation des marchés. L'évaluation nationale de la DP note que « quelques avancées ont été enregistrées notamment en ce qui concerne

⁷ Plusieurs PTF paraissent encore réticents à s'inscrire dans la dynamique en cours et n'ont pas encore signé le Compact, parmi lesquels : l'Union Européenne, l'USAID, la Suisse, la Coopération française (AFD), la Coopération japonaise (JICA).

L'utilisation des canaux nationaux de finances publiques et de passation de marché par les PTF pour la construction des infrastructures. Par contre les activités relatives à l'organisation des ateliers de formation et des missions de supervision sont soumises encore dans la majeure partie des cas aux procédures des PTF. En outre, la plupart des décisions financières et administratives restent liées au siège. Cet état de choses influe sur le niveau de réalisation des activités étant entendu que les périodicités budgétaires ne sont pas arrimées comme l'illustre le cas des rounds trimestriels au niveau du Fonds mondial. » (CESS 2010 : 64-65).

2.2.3 Harmonisation entre les interventions des PTF

Sur le plan de l'harmonisation entre les donateurs, l'évaluation nationale de la DP note quelques avancées dans le secteur de la santé : une division du travail a été réalisée entre les PTF du secteur en fonction de leurs domaines respectifs d'assistance, et les partenaires tentent d'harmoniser leurs points de vue et de mieux coordonner leurs interventions sous le leadership de leur chef de file (CESS 2010 : 65). Toutefois, face aux problèmes de gestion financière au Bénin en général et dans le secteur de la santé en particulier, qui se traduisent notamment par des taux d'engagement très faibles des ressources mises à disposition du secteur, **les PTF hésitent à s'aligner sur les systèmes nationaux de finances publiques. Dans un tel contexte, l'harmonisation entre les PTF peut être une solution intermédiaire satisfaisante.** C'est dans cet esprit que s'inscrit la plateforme d'appui au RSS dont l'historique est retracé dans l'encadré ci-dessous.

Encadré 2 : La plateforme commune d'appui au RSS

Dans le cadre de la mise en œuvre de la DP, du Compact et de l'opérationnalisation de la plateforme de financement des systèmes de santé récemment créée au niveau global, la Banque Mondiale (BM), le Fonds Mondial et GAVI ont réalisé sous la coordination de l'OMS quelques missions conjointes visant à harmoniser et aligner les procédures de gestion et de suivi-évaluation de leurs appuis au renforcement du système de santé (RSS). L'Agence belge de développement (CTB) s'est ralliée à ce processus. Une mission exploratoire a été menée du 23 au 26 novembre 2010, visant à faire l'analyse du système de suivi évaluation et des procédures financières du Bénin afin d'évaluer dans quelle mesure ces PTF pouvaient s'y aligner. A la suite de cette mission, une plateforme commune d'appui au RSS a vu le jour, réunissant les cinq PTF cités et le MS. Le 18 mars 2011, le Ministre de la Santé a pris l'Arrêté n°1119 portant création, attributions et fonctionnement d'un Comité de coordination du RSS. Celui-ci est présidé par le MS et co-présidé par le représentant du Ministère du Développement et comprend notamment le chef de file des PTF et l'OMS.

Il a été également décidé que les appuis au RSS de GAVI et du Fonds Mondial seraient gérés par l'Unité de gestion du Projet de renforcement de la performance du système de santé (PRPSS) de la BM, laquelle est rattachée au Secrétariat Général du MS (ainsi par exemple, cette unité sera contractualisée en qualité de sous-réципиendaire pour le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) – Réципиendaire Principal de la subvention 9 du Fonds Mondial).⁸ Une deuxième mission conjointe BM et FM a séjourné du 18 au 22 avril 2011 à Cotonou en vue d'appuyer la mise en place de cette unité de gestion commune. En outre, il a été retenu que le Manuel de Procédures de la Plateforme serait élaboré sur la base du Manuel du PRPSS, moyennant quelques amendements pour tenir compte des particularités de chaque agence. Ces procédures sont relativement alignées sur les textes nationaux en la matière mais plus souples à certains égards, notamment pour ce qui concerne le décaissement des fonds. Les taux de per diem utilisés par les différentes agences ont également été harmonisés. Pour des raisons de traçabilité, les fonds des différentes agences seront gérés à travers des sous comptes séparés au sein d'une même banque, par un même comité de gestion.

Enfin, une troisième mission conjointe a eu lieu en avril du 28 au 30 juin 2011, visant notamment à appuyer la finalisation du plan de suivi-évaluation de la performance du PNDS.

Sources : Aide-mémoire des missions conjointes de la plateforme.

⁸ La CTB, bien qu'étant par principe d'accord d'utiliser elle aussi cette unité centrale de gestion, devrait elle aussi signer la Lettre d'entente de la plateforme.

Cette plateforme commune constitue indéniablement une base solide pour renforcer l'harmonisation, l'alignement, la rationalisation de l'utilisation des ressources des PTF et le passage à un mécanisme fiduciaire commun permettant de contribuer à l'amélioration progressive des procédures nationales. En effet, la plateforme RSS réalise plusieurs avancées majeures en matière d'harmonisation, notamment : la réalisation d'une seule évaluation de gestion financière pour toutes les agences, l'homogénéité du suivi-évaluation de tous les appuis, l'utilisation d'un seul réseau de banque commerciale, l'utilisation de la même unité de gestion comptable, la préparation de rapports consolidés périodiques et des états financiers annuels avec une annexe par partenaire, la réalisation d'un seul audit interne et de l'audit externe par le même cabinet d'audit indépendant, et l'harmonisation des taux de per diem, frais de mission et primes pour les activités de RSS (rapport de la mission conjointe du 23-23 novembre 2010). Elle s'inscrit bien dans l'esprit de plusieurs indicateurs de la DP, en particulier l'indicateur 4 (« renforcer le développement des capacités par un soutien coordonné »), l'indicateur 9 (« utilisation de procédures ou dispositifs communs ») et l'indicateur 10 (« encourager les analyses conjointes ») ainsi que, dans une moindre mesure, de l'indicateur 6 (« renforcer les capacités en évitant les structures de mise en œuvre parallèles ») puisqu'il n'y aura qu'une structure de gestion pour les quatre agences, et que cette structure est intégrée dans le ministère.

Toutefois, il faut signaler que d'une part, la mise sur pied de cette plateforme n'a pas été très bien perçue par certains PTF qui s'en sont sentis exclus, ces derniers n'ayant été avertis qu'en dernière minute de l'arrivée des missions de la plateforme (ainsi, ni l'UNICEF, alors chef de file des PTF, ni l'UNFPA, qui chef de file depuis juillet 2011, n'ont signé le mémorandum de la Plateforme RSS) ; et que d'autre part, l'Arrêté créant le mécanisme de coordination de la plateforme le limite aux activités du RSS et à deux PTF. Ce mécanisme ne couvre donc pas l'entièreté du PNDS ni des PTF – ce qui risque de fragiliser la coordination générale de l'appui global au PNDS dans le cadre du Compact si aucun mécanisme plus global n'est adopté. Il existe donc des divergences d'opinions quant au statut de la plateforme, ses membres la considérant comme un outil d'opérationnalisation du Compact, les autres la voyant comme beaucoup trop exclusive, mais risquant de détourner l'attention aux dépens du Compact.

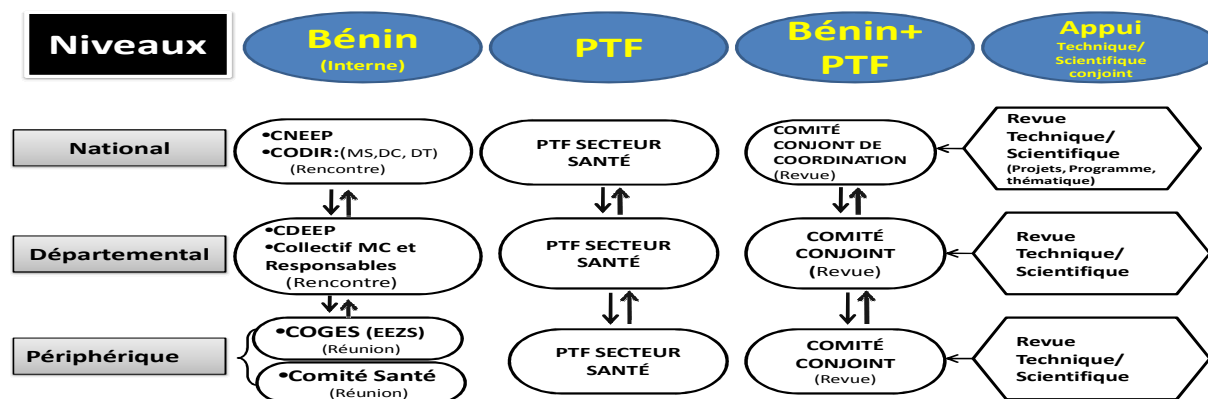
2.2.4 Mécanismes de suivi-évaluation (S&E)

Le Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS) permet d'élaborer chaque année l'annuaire statistique qui constitue le seul outil régulier de suivi-évaluation du plan de travail annuel du secteur santé au Bénin et du PNDS, lequel est accompagné de plus de 180 indicateurs de suivi. A noter que chaque Direction Départementale de la Santé (DDS) élabore annuellement son annuaire statistique. Au niveau des zones sanitaires, les équipes d'encadrement (EEZS) assurent le suivi de la mise en œuvre en utilisant comme boussole leur plan opérationnel de travail.

Le mécanisme de coordination du secteur décrit dans l'encadré 1 sert aussi au suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNDS. Comme le souligne l'évaluation nationale de la DP, malgré l'existence d'outils et de méthodes pour une programmation pluriannuelle dans le secteur, l'absence d'une bonne coordination fait que le dispositif de mise en œuvre et de suivi-évaluation fonctionne très peu (CESS, 2010 : 77). Ce mécanisme est en cours de révision en vue de mieux positionner le suivi-évaluation comme une composante forte du PNDS et du Compact et de davantage inclure les PTF dans le suivi-évaluation. La figure suivante montre le dispositif envisagé dans le cadre des engagements du Compact.

Figure 2 : Dispositif de suivi-évaluation dans le cadre des engagements du COMPACT/PNDS au Bénin

Dispositif de suivi et d'évaluation des activités dans le secteur de la santé dans le cadre des engagements du COMPACT/PNDS



Source: Communication du SG à la Revue conjointe de performance du secteur santé, 11-13 mai 2011

Suite à la participation du Bénin aux rencontres des équipes pays de l'IHP+ à Bruxelles en décembre 2010, il est ressorti qu'il était urgent de travailler sur plusieurs aspects de la mise en œuvre du Compact et du PNDS, en particulier le processus de planification ascendante, le suivi-évaluation et la coordination. Vu que le MS tardait à proposer des solutions aux problèmes rencontrés à ces niveaux, les PTF ont décidé au cours d'une de leurs réunions mensuelles d'avancer des propositions au MS au regard de ces trois aspects, et un petit groupe de travail a été constitué pour réfléchir à ces questions, constitué de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA et des coopérations belge et française. Sur base des produits des trois sous-groupes de travail, un document conjoint a été compilé en avril (« IHP+ réflexions partenaires secteur santé »), lequel a été remis à la nouvelle Ministre de la Santé lors de sa première rencontre avec les PTF en juin 2011. Le MS a de son côté travaillé sur ces aspects, et a préparé notamment une ébauche de **Plan de Suivi-Evaluation de la Performance du PNDS**, lequel a fait l'objet d'une analyse par la mission OMS/GAVI/Fonds Mondial fin juin à travers l'outil Joint Assessment of National Strategies (JANS). Ce plan est presque finalisé et comporte une trentaine d'indicateurs traceurs et leur spécification, ainsi que les méthodes de collecte et les activités retenues pour le renforcement des sources de données, l'analyse, la communication et les rôles et responsabilités. Il constituera à l'avenir le plan unique de suivi-évaluation du PNDS.

La plateforme RSS prévoit également **d'appuyer le renforcement du dispositif de S&E à tous les niveaux**, en particulier pour ce qui concerne les capacités d'analyse, de contrôle et de validation de la qualité des données. L'idée étant, à terme, d'aligner l'ensemble des partenaires autour du même mécanisme de S&E dirigé par le pays.

2.2.5 Autres efforts en termes d'alignement et d'harmonisation

Peu d'autres efforts en termes de partenariat sont perceptibles jusqu'à présent. Ainsi, comme le souligne l'évaluation nationale de la DP, les procédures des partenaires imposent des calendriers de travail qui ne coïncident souvent pas avec ceux du secteur. C'est notamment le cas du Fonds Mondial où les rounds se mènent trimestriellement, ce qui ne correspond pas au calendrier de revue du secteur. Par ailleurs, les promesses financières ne sont souvent pas respectées par les PTF, ce qui rend imprévisibles leurs soutiens au secteur et qui contribue au faible taux

d'exécution du budget. Les avantages comparatifs des PTF mériteraient également d'être mieux pris en compte afin de couvrir le territoire national de façon plus équitable.

Néanmoins, si l'harmonisation ne se traduit pas encore par une programmation conjointe inter bailleurs, à l'échelle du Système des Nations Unies, le Plan cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement (UNDAF) constitue un pas important dans cette direction en fournissant un cadre stratégique d'harmonisation des interventions de ces agences. La programmation opérationnelle de ces interventions continue de se faire séparément par chaque agence, mais le programme commun en cours « Unis dans l'action » constituera la consécration de cette harmonisation en termes opérationnels (CESS 2010 : 49 ; 66-69).

2.3 Gestion axée sur les résultats

La Déclaration de Paris préconise de mettre davantage l'accent sur les résultats et sur une meilleure façon de les mesurer pour guider l'allocation des ressources. Le Programme d'Action d'Accra préconise une modification connexe : les conditions régissant la façon de dépenser les fonds d'aide au développement devraient être moins souvent fixées par les donateurs et davantage fondées sur les objectifs de développement des pays eux-mêmes. L'indicateur 11 de la DP a trait à l'existence de cadres d'évaluation des performances, transparents et se prêtant à un suivi, qui permettent d'évaluer les progrès réalisés en ce qui concerne d'une part, les stratégies nationales de développement et d'autre part, les programmes sectoriels. **Au niveau national**, le suivi des résultats de la SCRP est réalisé lors de la Revue Annuelle Conjointe. Des progrès à ce niveau sont constatés d'année en année, mais la gestion de l'information produite pose encore quelques problèmes et le processus de revue est perçu comme très lourd et reflétant insuffisamment les perspectives du terrain, la contribution des secteurs ainsi que les perspectives plus critiques de certains PTF (Paul 2011). Le constat de l'existence de problèmes dans la gestion de l'information reste valide pour la revue de performance du **secteur de la santé**. Signalons toutefois qu'à l'avenir, le Plan de Performance du PNDS et ses indicateurs traceurs devraient constituer le cadre d'évaluation de la performance du secteur et de suivi de la mise en œuvre du Compact.

Plus globalement, le Bénin s'est lancé depuis 2001 dans une réforme visant à instaurer la **gestion axée sur les résultats (GAR)** à travers notamment l'utilisation des budgets programmes. Le MS a fait d'ailleurs partie des ministères pilotes de cette initiative, ce qui a conduit à des pratiques telles que la délivrance des lettres de missions aux coordonnateurs et responsables de programmes, dont les principales composantes reposent annuellement sur les cibles qu'il faut évaluer, un indice de performance comportant trois plages d'appréciation :

- < 60% : « performance insuffisante » ;
- de 60% à 80% : « performant » ;
- > 80% : « très performant ».

Cependant, comme le souligne l'évaluation nationale de la DP, « Dans le cadre de la gestion axée sur les résultats, les progrès ne sont pas perceptibles dans le secteur. Les acteurs du secteur ont une bonne compréhension des enjeux liés à la pratique de gestion axée sur les résultats [...] mais les difficultés de transposition prennent le dessus. La GAR a fait l'objet d'une attention particulière avec l'élaboration et l'actualisation périodiques des Budgets programmes, des Comptes Nationaux de la Santé pour fournir des données statistiques fiables sur la situation sanitaire au Bénin, des plans annuels de travail, des plans de passation des marchés, des plans de consommation des crédits, etc. Par ailleurs, les différents coordonnateurs en charge des projets du secteur reçoivent une lettre de mission assortie d'indicateurs en vue de faciliter les évaluations et les comptes rendus. Une culture comportementale de résultats s'enracine dans le

secteur. Les acteurs maîtrisent de mieux en mieux les notions et principes de la GAR. Mais la transcription en actes concrets pose problème au vu des difficultés de tous ordres qui concourent à la désorganisation du secteur. Les acteurs rencontrés se demandent comment expérimenter la GAR dans un contexte où les moyens sont mis à disposition à compte-goutte. Les autorisations de dépense ne respectent plus les programmations du secteur, les marchés publics sont régis par des procédures irréalistes et mal gérées. Les mécanismes de motivation et d'émulation se déconnectent des mérites des acteurs. Toutes les personnes interviewées s'accordent pour reconnaître que le moteur s'essouffle alors qu'on devrait être à la phase de croisière en matière de gestion axée sur les résultats dans le secteur. » (CESS 2010 : 66-67).

Notons par ailleurs qu'au niveau opérationnel, le Bénin va bientôt se lancer dans une **mise en œuvre à grande échelle du financement basé sur les résultats** (FBR). Cette approche a déjà fait l'objet de quelques expériences par le passé (notamment par la CTB à Comé) mais fera bientôt l'objet d'un appui plus conséquent dans le cadre du PRPSS et de la plateforme RSS. Ainsi, la Banque mondiale interviendra dans huit ZS, GAVI dans quatre ZS, le Fonds mondial dans dix-sept ZS, tandis que la CTB continuera son appui à cinq ZS. La mise en œuvre de cette approche fera l'objet d'une évaluation d'impact afin d'identifier le meilleur design possible de l'intervention. En outre, l'UNICEF, en collaboration avec certaines ONG, a appuyé la mise en œuvre du financement basé sur la performance au niveau communautaire dans neuf communes de quatre zones sanitaires (MS, Rapport de Performance 2010).

2.4 Responsabilité mutuelle

La Déclaration de Paris invite les donateurs et les pays partenaires à se rendre compte mutuellement de l'utilisation qui est faite des ressources affectées au développement, et à le faire d'une manière qui tende à renforcer l'adhésion de l'opinion publique aux stratégies nationales et à l'aide au développement. Ceci est mesuré à travers l'indicateur 12 de la DP qui vise les évaluations mutuelles des progrès accomplis dans l'exécution des engagements souscrits concernant l'efficacité de l'aide.

Dans le secteur de la santé, **la responsabilité mutuelle se traduit à travers des pratiques habituelles** : l'envoi du rapport annuel de performance du MS à la Chambre des Comptes de la Cour Suprême, la tenue de réunions semestrielles entre le Ministre de la Santé et les représentants au plus haut niveau des PTF intervenant dans le secteur, la revue conjointe de performance et l'élaboration de rapports périodiques d'appréciation de la mise en œuvre des activités (CESS 2010 : 67). A noter cependant que jusqu'à présent, certains sont d'avis que le dialogue politique n'est pas très effectif dans le secteur, et ceci pour plusieurs raisons :

- L'inadaptation du mécanisme de concertation entre les différentes parties prenantes ;
- Les divergences de points de vue et d'intérêts au sein du groupe hétérogène des PTF ;
- La non disponibilité d'outils adaptés pour soutenir le dialogue politique, en particulier vu la faible qualité des données issues du système d'information sanitaire et de celles relatives aux exécutions budgétaires (y compris sur financements extérieurs) ;
- Les problèmes de leadership et le manque de répondant au niveau du MS, notamment du fait de l'instabilité institutionnelle de nombreux cadres (Paul 2011).

Toutefois, il semble que la nouvelle équipe en place au MS ait fait de la relance du dialogue une de ses priorités.

Enfin, signalons que **le Compact/IHP+ a vocation à renforcer la responsabilité mutuelle**, vu que le respect des engagements de tous les signataires sera évalué régulièrement et de façon conjointe.

3. Est-ce que cela a contribué à améliorer les résultats ?

Cette section vise à analyser si les principes de DP tels qu'ils ont été mis en œuvre dans le secteur de la santé au Bénin ont contribué à l'amélioration de l'efficacité de l'aide, au renforcement du système de santé et *in fine*, à l'amélioration des services de santé.

3.1 Résultats 1 : L'efficacité de l'aide s'est-elle effectivement améliorée ?

3.1.1 Evolution des financements extérieurs alloués au secteur

Comme le montre le graphique 1 présenté à la sous-section 1.3, si le total des crédits ouverts du secteur a beaucoup augmenté au cours de la dernière décennie (pour toutefois chuter depuis 2009), cette augmentation est principalement due à l'augmentation régulière du budget de fonctionnement (celui-ci a augmenté de 114% en termes nominaux entre 2001 et 2010). **Les crédits ouverts sur ressources extérieures du PIP ont augmenté eux aussi, mais dans une moindre mesure** (+87% entre 2001 et 2010) et globalement, **la part du secteur de la santé dans le budget général de l'Etat** a connu une forte diminution au cours de la période 1997-2002, passant de 15,15% à 8%, niveau auquel il s'est stabilisé jusqu'en 2010 – loin des objectifs d'Abuja (Makoutodé 2010). Par contre, le budget de 2011 s'établit à seulement 69.153 milliards de FCFA, ce qui constitue une diminution de plus de 16% par rapport à l'année précédente.

Le constat est encore plus inquiétant lorsque l'on observe les crédits consommés car **le secteur de la santé connaît des taux d'exécution du budget particulièrement bas depuis quelques années**. Le tableau suivant montre le que le niveau des engagements et décaissements du budget du secteur est très bas depuis 2008, et particulièrement en 2010 (à peine 30%).⁹

Tableau 8 : Evolution des dotations et exécutions budgétaires du secteur de la santé (y compris le PIP extérieur), 2006-2010 (millions de FCFA)

Année	Dotations initiales	Dotations effectives	Engagement	Taux d'engagement	Ordonnancement
2006	46.304	35.655	26.352	73,91%	15.222
2007	64.724	36.376	36.212	99,55%	19.921
2008	74.526	79.702	47.524	59,63%	31.321
2009	111.415	111.415	36.030	32,34%	26.139
2010	82.463	82.463	25.446	30,86%	24.376
Total	379.433	345.610	171.564	49,64%	116.979

Source: Présentation de la DPP lors de la revue annuelle de performance, 11-13 mai 2011

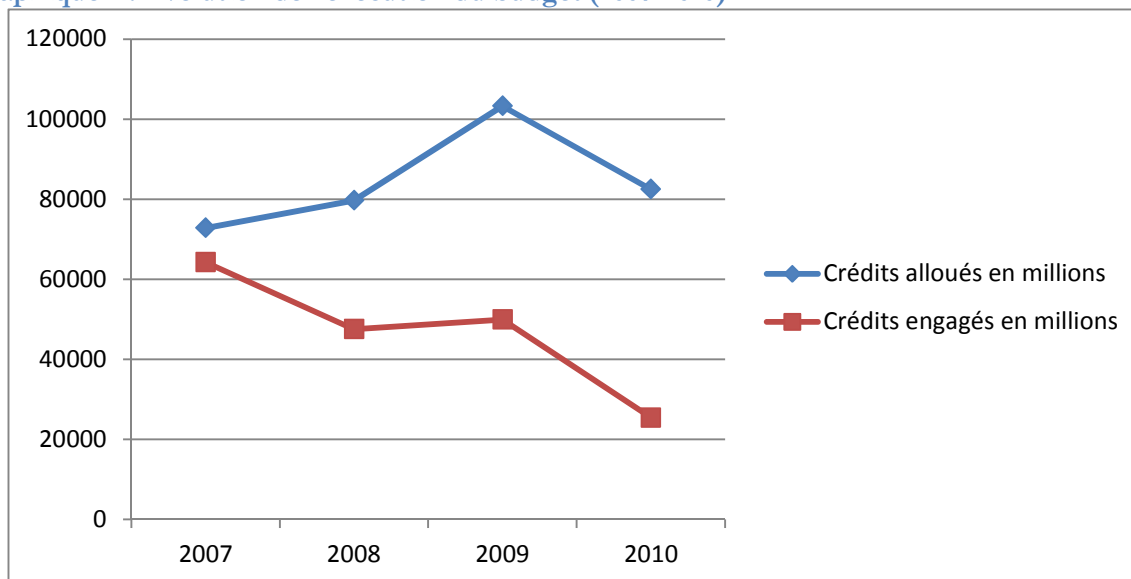
Ces chiffres doivent toutefois être nuancés car les taux d'exécution varient entre les types de dépenses. Ainsi en 2010, le taux de consommation (base engagement) sur le budget de fonctionnement hors charges de personnel était de 68,67%, celui du PIP sur ressources intérieures de 27,22%, et celui du PIP sur ressources extérieures de 6,08% seulement,¹⁰ soit un taux global de consommation de 30,86%. Cela veut dire que les ressources de fonctionnement sont mieux consommées que celles des investissements.

⁹ Toutefois, ces chiffres sont probablement biaisés car les grèves à répétition tant dans le secteur de la santé qu'au sein du MEF depuis trois ans ont nui à l'enregistrement des dépenses dans le SIGFIP.

¹⁰ Ce taux est lui aussi probablement biaisé par des problèmes dans la communication des données sur les exécutions des financements extérieurs, lesquelles ne sont pas intégrées dans le SIGFIP.

Le graphique ci-dessous, tiré du Rapport de Performance 2010 du MS (et basé sur des chiffres légèrement différents de ceux présentés ci-dessus), montre bien l'évolution des dotations et exécutions du budget de la santé au cours des dernières années.

Graphique 2 : Evolution de l'exécution du budget (2007-2010)



Source: DPP/MS et DRFM/MS, cité dans le Rapport de Performance 2010 du MS

3.1.2 Prévisibilité et transparence de l'aide

Les PTF sont encouragés à faire leurs annonces de financement sur plusieurs années, de manière à augmenter la prévisibilité « a priori » de l'aide. Néanmoins, les promesses ou indications financières ne sont souvent pas respectées par les PTF, et/ou l'exécution des financements est retardée pour diverses raisons (lourdeur des procédures, ...), ce qui fait que **la prévisibilité « a posteriori » de l'aide est très limitée**. Par ailleurs, comme déjà souligné, le gouvernement éprouve encore des difficultés pour collecter les informations sur l'exécution de l'aide.

3.1.3 Evolution des coûts de transaction

Au niveau national, la division de travail s'est traduite par quelques progrès dans la complémentarité entre les donateurs ainsi qu'entre les modalités et instruments d'aide. En particulier, **la mise en place des groupes thématiques et sectoriels a conduit à une réduction substantielle de la fragmentation globale et sectorielle de l'aide**, car ces groupes permettent d'harmoniser les appuis des divers donateurs et de réduire la fragmentation de l'aide dans le secteur (CESS 2010 : 46, 49).

Dans le secteur de la santé, **trois initiatives sont à saluer comme susceptibles de réduire les coûts de transaction** : (i) le transfert de la gestion des financements du Fonds Mondial du PNUD aux unités de gestion nationale (UGFM pour le 5^e round du SIDA et 6^e round de la tuberculose) ; (ii) l'Unité de gestion commune de la plateforme d'appui au RSS ; et (iii) le partage des expériences entre bailleurs (notamment celle de la CTB) pour la mise en place du FBR.

3.1.4 Changements en termes de partenariat

Outre le partenariat entre les agences des Nations Unies propulsé par l'UNDAF, **la préparation du Compact/IHP+ et la recherche de modalités pour le mettre en œuvre semblent avoir redynamisé le partenariat entre les PTF dans le secteur.** On peut ainsi relever la mise en place de petits groupes de travail qui ont entamé une réflexion sur trois aspects de la mise en œuvre du Compact et du PNDS (le processus de planification ascendante, le suivi-évaluation et la coordination) et ont élaboré un document conjoint (« IHP+ réflexions partenaires secteur santé ») transmis à la nouvelle Ministre lors de sa première rencontre avec les PTF en juin 2011. **L'ensemble du travail de mise sur pied de la plateforme d'appui au RSS a été réalisé dans un esprit de partenariat entre les cinq agences concernées** (même si d'autres PTF s'en sont sentis exclus initialement). Enfin, on peut aussi noter la création de groupes de travail thématiques mis sur pied dans le cadre du projet d'Appui Institutionnel au MS (AIMS) de la CTB, qui visent à élargir le partenariat à un ensemble plus large de parties prenantes (y compris académiques, société civile, ...).

3.1.5 Accords de financement ou d'assistance technique communs

Le Compact correspond en quelque sorte à un « endossement » par les partenaires signataires des documents nationaux que sont le PNDS 2009-2018, le PTD 2010-2012 et le CDMT. Néanmoins, bien qu'il précise que les modalités retenues avec les signataires sont l'appui budgétaire global et sectoriel ainsi que le financement des programmes et projets, **il n'existe pas encore d'accord de financement commun au niveau du secteur de la santé.** **La première avancée en ce domaine est la plateforme d'appui au RSS** qui, bien qu'elle ne constitue pas une mise en commun des fonds, sera au moins gérée par la même unité de gestion suivant un même manuel de procédures.

Quant à l'assistance technique, dans le cadre du Compact, le onzième engagement du gouvernement est d'« élaborer et suivre la mise en œuvre d'un programme d'assistance technique » et le septième engagement des PTF est d'« apporter l'assistance technique sur la base des besoins adoptés dans le programme du pays ». Le protocole d'accord du Compact précise en outre en son article 4.4 que « L'assistance technique sera définie sur la base d'un plan d'appui technique conjointement établi selon les besoins ». Néanmoins, ces intentions ne sont pas encore concrétisées dans la réalité.

3.1.6 Appui au développement des capacités

Si de nombreuses interventions des PTF visent à renforcer les capacités nationales à tous les échelons de la pyramide sanitaire, **les efforts de coordination des PTF au cours des dernières années ont permis de rendre cet appui plus cohérent** ou du moins, de répartir l'appui des PTF sur l'ensemble des zones sanitaires. C'est cette approche qui a présidé à la répartition des ZS entre les membres de la plateforme RSS.

3.2 Résultats 2 : Le système de santé a-t-il été renforcé ?

Nous relevons ici les principaux éléments du système de santé qui ont été influencés par l'aide internationale au cours des dernières années.

3.2.1 Les changements au niveau de la gouvernance, de l'analyse et de la planification sanitaire

Le **PNDS 2009-2018** s'inspire des Etats généraux de la santé de 2007 qui ont rassemblé une vaste gamme de parties prenantes, y compris la société civile. Il a été préparé suite à un long processus mené par la partie nationale avec la contribution des PTF de sorte que **le consensus a été déjà obtenu dès le départ sur les orientations stratégiques**, ce qui constitue un avantage certain pour sa mise en œuvre.

Quelques progrès au niveau de la gouvernance sont soulignés par l'évaluation nationale de la DP qui estime que : « L'approche du budget programme s'enracine d'année en année. L'effort de relier les résultats de développement aux ressources se fait sentir de plus en plus. L'élaboration du budget annuel se réalise en référence au cadre de dépenses à moyen terme du secteur. La revue sectorielle offre l'occasion aux acteurs de faire le point des progrès enregistrés et rechercher les causes des obstacles rencontrés » (CESS, 2010 : 76).

Malgré tout, comme déjà signalé, il demeure **d'importants problèmes de gouvernance du secteur** qui, on l'espère, devraient s'arranger avec la réorganisation annoncée du MS. Par ailleurs, **la planification au niveau opérationnel connaît encore de nombreuses faiblesses**, mais des propositions ont été faites pour améliorer ce processus.

3.2.2 Les changements au niveau du financement (allocation des ressources et gestion financière)

Comme le montre le Graphique 1 et le Tableau ci-dessous, bien que la part de la Santé dans le budget général de l'Etat suive une tendance à la baisse régulière, **l'Etat a augmenté les allocations en faveur de la santé jusqu'en 2009. Toutefois, les dotations au secteur sont en baisse depuis 2010**. Ceci est probablement dû aux mauvaises performances du MS dans l'exécution des financements.

Tableau 9 : Ratio Budget secteur santé sur Budget Général de l'Etat de 1999 à 2010

Période	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Rubriques budgétaires (millions FCFA)												
Frais de personnel	3.761	4.000	6.835	6.667	7.355	7.189	7.189	8.224	8.124	6.040	24.213	14.113
Achats de biens et services	5.010	5.010	6.396	6.732	7.501	11.521	11.040	19.369	10.446	16.214	8.887	8.145
Transferts et subv. d'exploitation	5.437	7.440	6.715	7.201	8.334	9.263	11.244	10.144	14.321	12.070	14.746	14.746
BESA	27	27	201	211	198	217	217	217	295	295	295	1.295
PIP	16.587	17.072	20.362	17.517	16.042	17.480	16.765	18.963	31.695	39.302	63.194	39.377
Total Budget Santé (1)	30.821	33.548	40.509	38.328	39.430	45.670	46.455	56.917	64.881	73.921	111.335	77.676
Budget Général de l'Etat (2)	276.908	336.149	414.063	477.609	401.908	546.138	556.923	611.216	812.561	1.023.000	1.100.000	1.000.439
Ratio (1)/(2) en %	11,13%	9,98%	9,78%	8,02%	9,81%	8,36%	8,34%	9,31%	7,98%	7,23%	10,12%	7,76%

Source : CSE/DPP/MS, 2009 et 2010

Le budget de la santé évolue en dents de scie et les différentes sources d'informations ne sont pas toujours concordantes, ce qui empêche de pouvoir dégager des tendances claires quant à son évolution. Néanmoins, une analyse de la composition des dépenses publiques de santé au Bénin (cf. Graphique 1 et Tableau 9) montre que :

- Les dépenses de personnel ont augmenté au cours des deux dernières années, passant de 12% du budget du secteur en 2000 à 18% en 2010 ;
- Les dépenses d'investissement comptent pour près de la moitié du budget du secteur, mais elles sont tributaires de l'aide extérieure qui compte pour environ la moitié du PIP ;
- Des iniquités demeurent dans l'allocation des ressources : non seulement le budget du secteur santé a-t-il connu une diminution en 2011, mais aussi certains domaines pourtant très importants pour l'atteinte des OMD, comme la nutrition et la planification familiale, ne sont pas pris en compte dans le budget sur ressources nationales.

Notons cependant à cet égard que le GdB a entrepris plusieurs nouvelles actions pour améliorer l'accessibilité financière des plus pauvres aux soins de santé, parmi lesquelles :

- Le fonds national des indigents, dont le budget était de l'ordre de 1,25 milliard FCFA en 2010, mais dont l'utilisation n'est pas entièrement basée sur des critères permettant d'identifier de manière claire les ménages pauvres ;
- Le RAMU qui devrait augmenter la couverture et permettre l'accès d'un plus grand nombre aux soins essentiels de santé ;
- La gratuité de la césarienne (depuis 2009), qui devrait permettre d'améliorer les résultats au niveau de la santé maternelle et néonatale ; à noter que l'Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne a été créée en 2009 ; elle a bénéficié d'une subvention de 2,5 milliards FCFA en 2010 contre 0,2 milliard FCFA en 2009 ; elle a touché 11.543 bénéficiaires du 1er avril au 31 décembre 2009 (SCRIP 2011-2015).

Pour ce qui concerne le niveau opérationnel, les zones sanitaires bénéficient depuis de 2004 de crédits délégués, au même titre que les directions départementales. Pendant plusieurs années, ces crédits délégués ont été entièrement engagés, ce qui était interprété comme un indicateur de l'insuffisance des ressources mises à disposition des services de la santé au niveau départemental et opérationnel. Mais en 2009, le niveau d'engagement des crédits délégués a chuté à 63% dans l'Atacora et à seulement 29% dans le département du Mono, ce qui a nui au bon fonctionnement des structures sanitaires et à l'exécution des activités prévues. Cette situation s'est améliorée en 2010, comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 10 : Délégation de crédits aux départements en 2010 (millions FCFA)

STRUCTURES / RUBRIQUES	Prévision initiale	Dotation actuelle	Engagement	Ordonnancement	Taux (%) Engagement	Taux (%) Ordonnancement
TOTAL ATACORA/DONGA	629,98	629,98	620,23	599,95	98,45%	96,73%
TOTAL ATLANTIQUE/LITTORAL	837,95	837,95	755,51	748,00	90,16%	99,01%
TOTAL BORGOU/ALIBORI	756,87	756,87	754,07	753,47	99,63%	99,92%
TOTAL MONO/COUFFO	573,46	573,46	548,67	533,16	95,68%	97,17%
TOTAL OUEME/PLATEAU	697,02	697,02	669,07	634,67	95,99%	94,86%
TOTAL ZOU/COLLINES	809,64	809,64	802,72	798,52	99,15%	99,48%

Source: *Annuaire statistique 2010*

Soulignons également que le financement communautaire, géré par les Comités de Gestion de la Commune (COGEC) ou de l'Arrondissement (COGEA), est un élément essentiel du bon fonctionnement des structures sanitaires. Le taux de recouvrement des financements

communautaires est un indicateur de la viabilité d'un centre de santé. Or, en 2009, seulement 4 ZS (soit 12%) étaient jugées viables selon leur taux de recouvrement, contre 20 ZS (59%) étaient dans une situation fragile et 10 (29%) étaient déficitaires (source: SNIGS/SSD/DPP/MS, 2009).

Pour ce qui concerne la gestion financière, rappelons à l'instar de l'évaluation nationale de la DP que « Tous les partenaires rencontrés ont jugé le système national de gestion des finances publiques et de passation de marché peu performant et assez sujet à la corruption. Cet état de choses expliquerait d'ailleurs la faiblesse de certains niveaux d'appui budgétaire et les conditionnalités auxquelles les PTF soumettent en partie leurs appuis » (CESS, 2010 : 9). Cette étude pointe les faiblesses du système de gestion des finances publiques et en particulier, l'inefficacité du système de passation des marchés publics (CESS, 2010 : 110-111). D'ailleurs, le taux d'utilisation des systèmes de passation des marchés publics par les PTF s'est établi à 49% en 2010 contre 64% en 2005, et 63% en 2007. Cet important recul traduit une désaffection des donateurs quant à l'utilisation du système national de passation des marchés, liée entre autres : i) au récurrent problème d'insuffisance de moyens humains et matériels ; ii) à la faible capacité des acteurs à exécuter les projets à travers des outils appropriés de planification ; et iii) aux lourdeurs des procédures de passation des marchés publics, générant de longs délais de traitement des dossiers malgré les progrès récents, comme le montre le tableau ci-dessous (MEF, 2011 : 16).

Tableau 11 : Délai moyen de passation des marchés publics sur financement budget national (en jours)

	2006	2007	2008	2009
Fournitures	103	134	48	54
Services	121	155	26	62
Travaux	336	227	49	92

Source : Rapport d'avancement 2009 de la SCRP, juin 2010

Ces problèmes de gestion financière n'épargnent pas le secteur de la santé ; ainsi, parmi les difficultés internes relevées par la revue de performance 2009, on retrouve le récurrent problème du retard dans l'élaboration du plan de passation des marchés du secteur. Au total, beaucoup d'efforts restent à faire en vue de mettre aux normes les procédures notamment en ce qui concerne le délai de passation de marché et le circuit de la dépense (CESS, 2010 : 64-65).

3.2.3 Les changements au niveau des infrastructures

Avec un rayon moyen d'action théorique des centres de santé de 7,5km en 2010 (Annuaire statistique 2010), le Bénin possède une bonne couverture en infrastructures sanitaires publiques. L'évolution du nombre de centres de santé publics complets par département est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 12 : Evolution du nombre de centres de santé publics complets par département

Département	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Alibori	38	38	40	41	41	42
Atacora	44	44	46	46	46	46
Atlantique	71	71	71	71	71	65
Borgou	44	44	45	45	45	69
Collines	49	49	50	50	50	50
Couffo	41	46	51	44	44	44
Donga	26	26	28	28	28	29
Littoral	14	14	14	14	14	15

Mono	32	32	38	38	38	38
Ouémé	54	57	78	78	68	65
Plateau	28	28	49	49	35	36
Zou	59	59	59	59	59	59
NATIONAL	500	508	569	563	539	558

Sources : MS, *Annuaire statistique 2005 à 2010*

3.2.4 Les changements au niveau des ressources humaines

Etonnamment, alors que la masse salariale a augmenté, **la couverture en personnel de santé du secteur public s'est détériorée au cours des dernières années**. Le tableau ci-dessous présente les principaux ratios du personnel soignant en 2011 et à titre de comparaison, en 2006, le pays comptait 1.119 médecins (soit 1,43 médecins pour 10.000 habitants), 4.084 infirmiers (soit 2,6 infirmiers pour 5.000 habitants), 1.072 sages-femmes (soit 1,6 sages-femmes pour 10.000 habitants) et 486 techniciens de laboratoire (soit 1 technicien pour 16.132 habitants) (source : Annuaire statistique 2006).

Tableau 13 : Principaux ratios du personnel soignant par corps et par département en 2010

Département	Populat.	FAP	Médecins			Infirmiers			Sages-femmes			Techniciens Laboratoire		Techniciens Radiologie	
			Nb	Nb hab / Méd	Méd / 1000 Hab	Nb	Nb d'hab / Inf	Inf / 5000 Hab	Nb	Nb FAP / SF	SF/10000 Habts	Nb	Hab/TL	Nb	Hab/TR
Alibori	675.709	139.196	21	32.177	0,3	200	3.379	1,5	20	6.960	0,3	20	33.785	8	84.464
Atacora	712.437	157.591	32	22.264	0,4	206	3.458	1,4	67	2.352	0,9	20	35.622	3	237.479
Atlantique	1.039.554	252.011	141	7.373	1,4	380	2.736	1,8	130	1.939	1,3	45	23.101	10	103.955
Borgou	939.043	205.244	51	18.413	0,5	420	2.236	2,2	81	2.534	0,9	30	31.301	12	78.254
Collines	694.940	158.099	22	31.588	0,3	252	2.758	1,8	41	3.856	0,6	16	43.434	5	138.988
Couffo	680.238	160.725	25	27.210	0,4	190	3.580	1,4	38	4.230	0,6	13	52.326	1	680.238
Donga	453.931	99.789	24	18.914	0,5	106	4.282	1,2	10	9.979	0,2	13	34.918	2	226.965
Littoral	862.445	250.305	548	1.574	6,4	981	879	5,7	208	1.203	2,4	59	14.618	8	107.806
Mono	466.865	107.721	33	14.147	0,7	220	2.122	2,4	55	1.959	1,2	50	9.337	7	66.695
Ouémé	947.603	242.654	106	8.940	1,1	406	2.334	2,1	159	1.526	1,7	45	21.058	15	63.174
Plateau	527.914	130.002	27	19.552	0,5	129	4.092	1,2	54	2.407	1,0	16	32.995	4	131.978
Zou	777.969	184.823	54	14.407	0,7	376	2.069	2,4	80	2.310	1,0	41	18.975	4	194.492
Bénin	8.778.648	2.088.160	1.084	8.098	1,2	3.866	2.271	2,2	943	2.214	1,1	368	23.855	79	111.122

Source: MS, *Annuaire statistique 2010*

On constate également que **d'importantes disparités régionales persistent**. Ainsi, en comparant avec les normes recommandées par l'OMS, l'on constate qu'en 2010 :

- Le ratio de 1 médecin pour 10.000 habitants est largement atteint au niveau national, mais il existe d'importantes disparités régionales et hormis les régions du Sud, la plupart des régions sont très insuffisamment pourvues en médecins au regard de leur population ;
- Les sages-femmes sont également très inégalement réparties sur le territoire national, aux dépens des régions pauvres et/ou du nord du pays ;
- Le ratio de 1 infirmier pour 5.000 habitants est largement atteint dans toutes les régions du Bénin.

3.2.5 Les changements au niveau des médicaments

Le Bénin s'est doté depuis 1989 d'une liste nationale des médicaments essentiels par niveau de soins, qui est révisée régulièrement. Une commission siège tous les quatre mois pour statuer sur les dossiers de demandes d'autorisation de mise sur le marché des médicaments. Selon l'Annuaire statistique 2010, au cours de cette année, sur 508 demandes d'autorisation de mise sur le marché, 162 ont reçu l'avis favorable de la Commission Technique des Médicaments, 61 autres ont reçu un avis favorables sous réserve de diminution de prix, 215 demandes ont été ajournées pour compléments d'informations et 70 ont été rejetées pour des raisons de prix trop élevé, d'intérêt thérapeutique insignifiant ou pour cause de temps de délitement élevé.

Le sous-secteur pharmaceutique est mieux organisé depuis les réformes entreprises avec la création d'une part, de la Centrale d'Achats des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux (CAME), grossiste bénéficiant d'une autonomie de gestion qui assure l'approvisionnement des structures sanitaires publiques et privées ; et d'autre part, du Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux, qui assure l'analyse chimique des médicaments avant l'autorisation de mise sur le marché.

3.2.6 Les changements au niveau des systèmes de suivi et de revue

La dernière évaluation externe du système d'information a été effectuée en 2007 par le Réseau de Métrologie Sanitaire (*Health Metrics Network*). Le système d'information a été jugé globalement adéquat et la dernière EDS (2006) a constaté peu de divergences entre les chiffres présentés par le système d'information national et ses données pour ce qui concerne la couverture vaccinale. Néanmoins, **la qualité des statistiques produites par le SNIGS est encore loin d'être parfaite**, comme l'a encore rappelé la revue de performance de mai 2011, et ces données sont insuffisamment utilisées pour la planification et la prise de décision. Le MS a élaboré un **plan de renforcement du SNIGS** à l'horizon 2015 afin de pallier à ces problèmes. Le renforcement du cadre de suivi-évaluation devrait quant à lui permettre de mieux utiliser les données produites.

3.3 Résultats 3 : Les services de santé se sont-ils améliorés ?

De manière générale, même si elles demeurent insuffisantes au regard des cibles fixées, **on note une amélioration des performances du secteur de la santé au cours des dernières années**, en particulier pour ce qui concerne les indicateurs de santé maternelle et infantile qui se situent à des niveaux assez hauts. Ceci a facilité la réduction drastique observée au niveau des décès maternels (de 224 à 137 pour 100.000 naissances vivantes entre 2003 et 2008) ainsi qu'une réduction du taux de prévalence du VIH/Sida parmi les femmes enceintes (2,2% en 2003 à 1,7% en 2007) (CESS 2010 : 76-77 ; SCRP 2011-2015). Le tableau ci-dessous montre l'évolution des principaux indicateurs de performance du MS de 2008 à 2010.

Tableau 14 : Evolution des indicateurs de performance du MS de 2008 à 2010

N°	Indicateurs	Années		2010		
		2008	2009	Cible	Valeur atteinte	Ecart à la cible
01	Taux de fréquentation des services de santé(%)	45,6	46,5	47	46,8	-0,2
02	Taux de fréquentation des services de santé par les enfants de 0 à 5 ans (%)	76,5	76,0	85	81,6	-3,4
03	Nombre de zones sanitaires fonctionnelles	28	28	28	28	0
04	Taux de prévalence au VIH/SIDA parmi les femmes enceintes (%)	1,8	2%	<2	1,7	-0,3
05	Taux de couverture vaccinale au Pentavalent des enfants de 0-11 mois (%)	94,2	98	>90	95,9	5,9
06	Taux d'accouchement assisté par le personnel médical et para médical en maternité (%)	82	78,6	>80	81,9	1,9
07	Taux de consultation prénatale (%)	93	91,6	>90	94	4
08	Taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes (%)	11	21,2	15	22,1	7,1
09	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaire imprégnés	56,3	56,3	60	64	4
10	Pourcentage de femmes enceintes dormant sous moustiquaire imprégnées	54,8	54,8	60	60	0
11	Poids du budget santé dans le budget général de l'Etat (%)	7,2	9,0	15	6,12	-8,88
12	Taux de consommation base engagement du budget santé (%)	59,6	34,88	100	30,86	-69,14
13	Taux de couverture des ménages en ouvrages d'évacuation des excréta (%)	37,9	39,4	42	44,35	2,35
14	Taux de couverture en ouvrages d'évacuation des excréta en milieu scolaire (%)	67,8	71,6	75	77,01	2,01
15	Taux de succès thérapeutique des nouveaux cas TPM+ (%)	87	89	87	90	3

Source: SNIGS, Enquête 2009, cité dans le Rapport de performance 2010 du MS

L'amélioration des services de santé est particulièrement appréciée sur base des indicateurs d'utilisation des services, de couverture en soins maternels et infantiles, et de qualité des services.

3.3.1 Utilisation des services curatifs

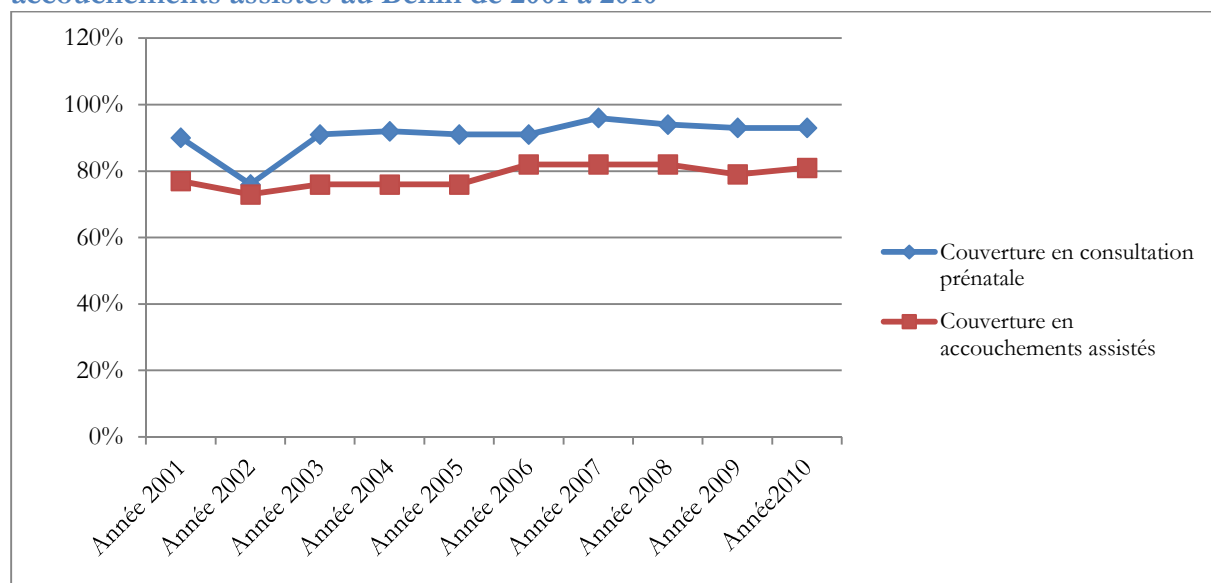
Le taux de fréquentation des structures de santé évolue en dents de scie au plan national mais globalement, on note une légère augmentation de la fréquentation des structures de santé qui est

passée de 46,3% en 2009 contre 38% en 2003 (CESS, 2010 : 76). Néanmoins, le taux de fréquentation en consultations curatives des formations sanitaires publiques par la population générale demeure moyen et très variable d'une formation sanitaire à l'autre. Selon le SNIGS 2010, tous âges confondus, le nombre de nouveaux consultants rapporté à la population était de 0,47 nouveau cas par habitant en 2010 (le taux de fréquentation pose toutefois le problème de l'inclusion des données statistiques des structures privées dont la complétude varie d'une année à l'autre). Pour ce qui concerne le taux de fréquentation des services sanitaires par les enfants de 0 à 5 ans, il s'est inscrit en recul entre 2007 et 2008, passant de 83,3% à 76,5%. Ce recul est lié aux mesures préventives prises dans le cadre de la lutte contre le paludisme (qui constitue la première cause de consultation dans les formations sanitaires au Bénin), notamment la campagne de distribution gratuite en 2007 de 1,7 million de moustiquaires imprégnées à longue durée d'action pour les enfants de 0 à 5 ans, et de la formation des radiothérapeutes, des relais communautaires et des mères/gardiennes d'enfants sur la prise en charge de la fièvre à domicile (SCRP 2011-2015). Ce taux a ré-augmenté en 2010 pour atteindre 81,6% (SNIGS).

3.3.2 *Couverture en soins de santé maternels et infantiles*

Le taux de la première consultation prénatale s'est établi à 94% en 2010, en baisse relative depuis 2007. L'effort supplémentaire à faire pour améliorer une couverture déjà élevée paraît difficile. Quant à la couverture adéquate (4 CPN requises au Bénin par grossesse avant l'accouchement), selon l'EDS.B-III, il était de 61% en 2006, ce qui paraît également difficile à augmenter. Tout comme pour la consultation prénatale, il semble que le Bénin a atteint un taux d'essoufflement au niveau de la couverture en accouchements assistés qui stagne depuis 2001 autour de 80%.

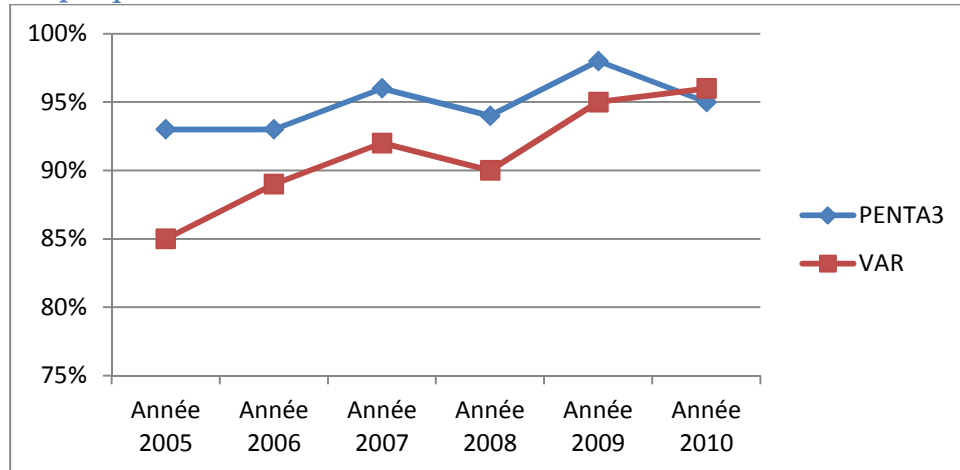
Graphique 3 : Evolution des indicateurs pour les consultations prénatales et des accouchements assistés au Bénin de 2001 à 2010



Source : SNIGS/DPP/ MS, 2009 et 2010

On constate par contre une augmentation régulière des taux de couverture vaccinale chez les enfants de moins d'un an en antigènes Pentavalent3 et anti rougeoleux. Le taux de couverture vaccinale au Pentavalent pour les enfants de 0 à 11 mois a augmenté de 96% en 2007 à 98% en 2009, pour redescendre à 95,9% en 2010 (SNIGS). Selon les résultats de l'EDS.B-II, le taux de couverture en VAR était de 61,1% et celui de DTCoq3 (combiné actuellement au Pentavalent) de 67% en 2006.

Graphique 4 : Evolution des taux de couverture vaccinale de 2005 à 2010 au Bénin

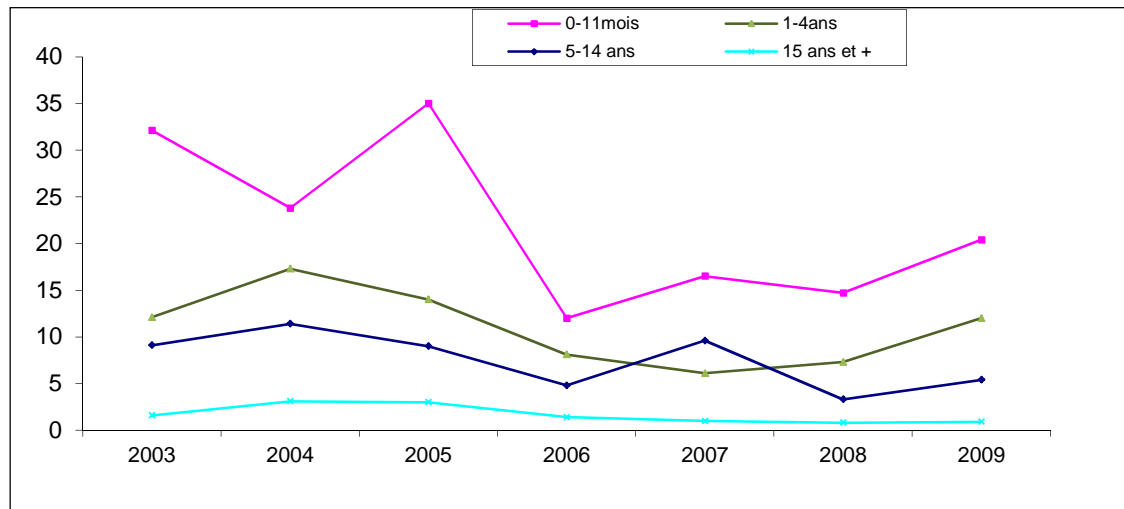


Source : SNIGS/SSD/DPP/MS, 2008-2009 et 2010

3.3.3 Qualité des services

Pour ce qui concerne les indicateurs de qualité des services, la létalité du paludisme grave a connu une chute jusqu'en 2006 avant d'amorcer une nouvelle hausse chez les enfants de moins d'un an.

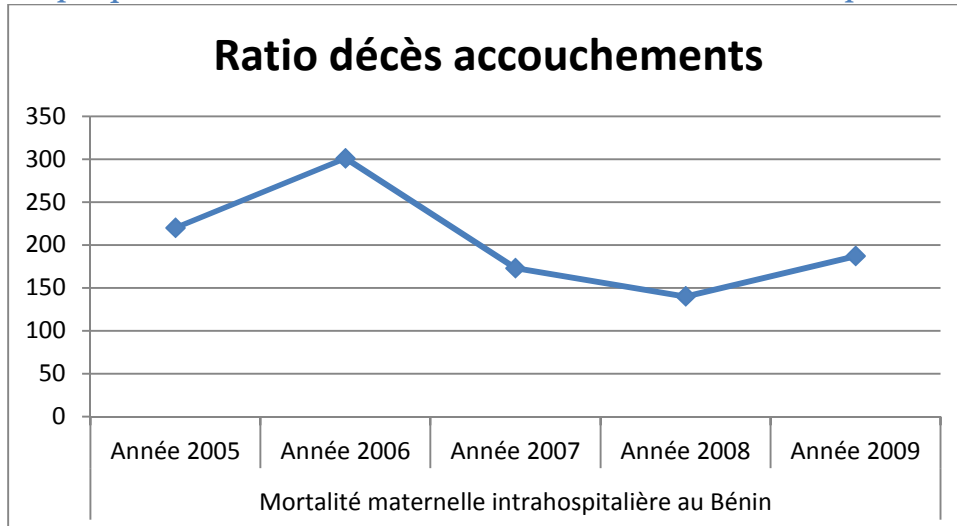
Graphique 5 : Évolution par groupe d'âges de la létalité du paludisme grave au Bénin de 2003 à 2009



Source : SNIGS/SSD/DPP/MS, 2009

Le ratio de mortalité maternelle pour 100.000 accouchements en milieu hospitalier n'a baissé que de 13% entre 2005 et 2009, ce qui confirme l'insuffisance de l'effort déployé en vue de l'atteinte de l'OMD5.

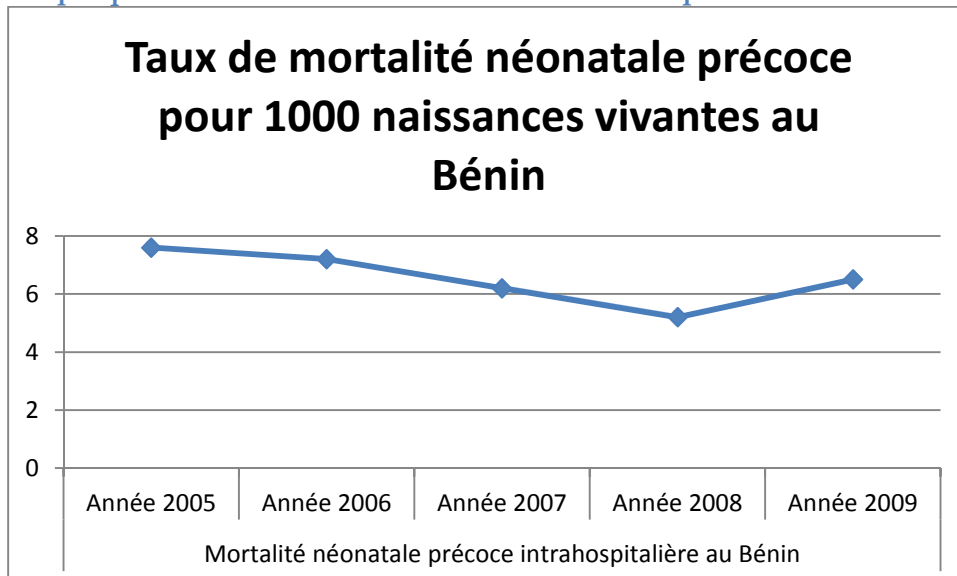
Graphique 6 : Evolution de la létalité maternelle en milieu hospitalier



Source : SNIGS/SSD/DPP/MS 2005, 2006, 2007, 2008 et 2009

La tendance reste également insuffisante pour la prise en charge en néonatalogie des enfants. Alors que la mortalité néonatale est identifiée comme étant celle qui contribue énormément à la mortalité infantile, les maternités au Bénin souffrent d'une insuffisance en équipements adéquats et en personnel qualifié.

Graphique 7 : Evolution de la mortalité néonatale précoce en milieu hospitalier



Source : SNIGS/SSD/DPP/MS 2005, 2006, 2007, 2008 et 2009

3.3.4 Contribution du secteur de la santé aux OMD

Comme le fait remarquer l'évaluation nationale de la DP, on constate des progrès visibles dans les résultats de développement du secteur, de sorte qu'il y a davantage de chances que les OMD en matière de santé soient atteints au Bénin. Toutefois, **ces progrès ne sont pas systématiquement reliés aux performances du secteur public qui ont été relativement faibles ces dernières années.** Il y a donc une présomption que le secteur privé contribue énormément à la tendance des OMD au Bénin (CESS, 2010 : 76-77).

4. Quels facteurs ont été déterminants pour atteindre ces résultats ? Quelles contraintes ont été rencontrées et comment ont-elles été surmontées ?

Comme le soulignent les analyses existantes (CESS, 2010 ; Paul, 2010, 2011) et les interviews menées, **jusqu'il y a peu, il n'existait pas de réelle approche sectorielle dans le secteur de la santé au Bénin**. Néanmoins, quelques acquis en termes de mise en pratique des principes de l'efficacité de l'aide avaient été atteints grâce aux mécanismes de coordination aux niveaux national et sectoriel. **L'adhésion à l'IHP+ et la préparation du Compact national d'une part, la plateforme d'appui au RSS d'autre part, ont propulsé une nouvelle dynamique dont on attend beaucoup en termes de résultats**. Les principaux facteurs identifiés comme ayant favorisé ou contraint les résultats sont évoqués ci-dessous.

4.1 Principaux facteurs ayant favorisé l'atteinte des résultats

Parmi les facteurs antérieurs à / indépendants de l'IHP+ qui ont favorisé l'atteinte des résultats, on peut pointer :

- **La coordination des PTF au niveau sectoriel** qui, bien qu'imparfaite et insuffisamment dirigée par le MS, a malgré tout permis des avancées dans la réduction des incohérences et la recherche de synergies entre les interventions extérieures ;
- **La préparation du PNDS 2009-2018** qui a tenu compte de la participation d'une vaste gamme d'acteurs, de manière à obtenir un consensus sur les orientations stratégiques du secteur ;
- **Les revues annuelles de performance** du secteur, qui rassemblent de nombreuses parties prenantes et permettent de partager les diagnostics sur les résultats du secteur ;
- **Le renforcement des groupes thématiques et de leur articulation au niveau national** qui, de pair avec quelques initiatives gouvernementales (revues annuelles conjointes et suivi de la SCRIP, élaboration de plans triennaux de développement sectoriels, renforcement de l'approche multisectorielle, ...), ont permis une meilleure cohérence et coordination des actions du gouvernement.

L'adhésion du Bénin au Compact global IHP+ en 2009 et la préparation du Compact national en 2010 ont permis de lancer une nouvelle dynamique d'approche sectorielle entre le gouvernement (MS et MEF) et plusieurs PTF. Il semble également que l'adhésion à l'IHP+ ait fait prendre conscience du retard accusé au regard des OMD et dès lors, ait suscité la réflexion sur les réformes potentielles à mettre en œuvre pour accompagner l'accélération de l'atteinte des OMD.

Enfin, **la recherche de pistes pour mettre en œuvre concrètement le Compact a renforcé la collaboration entre un « noyau dur » de PTF**¹¹. En particulier, la mise sur pied de la plateforme RSS a permis de définir un cadre harmonisé d'appui au MS, à défaut de s'aligner entièrement sur les procédures nationales. Les membres de la plateforme ont également appuyé la finalisation du plan de suivi-évaluation de la performance du PNDS.

Ces facteurs ont permis des **avancées au niveau des processus**, qui laissent augurer à leur tour de progrès en termes de résultats sanitaires. Toutefois, à ce jour il n'est pas possible d'attribuer clairement les améliorations constatées au niveau des indicateurs d'impact aux changements

¹¹ Comprenant en particulier l'UNICEF qui était chef de file des PTF jusque juin 2011, les cinq agences de la plateforme RSS (OMS, BM, Fonds Mondial, GAVI, CTB) et la France qui envisage de signer le Compact prochainement.

opérés dans le secteur et il existe une forte présomption que le secteur privé contribue énormément à l'amélioration des résultats (CESS, 2010 : 76-77).

4.2 Principales contraintes

Le peu de progrès qui a été fait pendant longtemps en matière de mise en œuvre effective des principes de l'efficacité de l'aide est dû à un certain nombre de contraintes, parmi lesquelles on retiendra avant tout, **le manque de leadership du MS** dans la coordination des PTF et le pilotage du secteur, couplé à des problèmes de gouvernance au sein du MS (problèmes organisationnels, etc.). En outre, **l'inadaptation du cadre de concertation sectorielle** et les problèmes de qualité et d'analyse des données statistiques n'ont jusqu'à ce jour guère permis de mener un dialogue politique constant et ciblé sur les priorités (voir Paul, 2011). **Ceci explique que les PTF ont souvent dû prendre l'initiative de faire avancer les choses**, telles que : l'organisation de leur cadre de coordination (élaboration des termes de références des chefs de file, etc.) ; le pilotage du processus du Compact (voir plus bas) ; l'envoi de propositions relatives à des questions organisationnelles du secteur (cadre de concertation, planification, suivi-évaluation) ; et l'harmonisation de leurs procédures (plutôt que l'alignement par exemple à travers l'appui budgétaire) dans le cadre de la plateforme RSS.

Par ailleurs, à la décharge du MS, il faut souligner que **le passage dans la première moitié des années 2000 à l'appui budgétaire global de « gros » bailleurs** tels que la Commission Européenne et la Banque Mondiale a, dans un premier temps, **privé le secteur d'importants appuis tant techniques que financiers** (Grodos et Paul, 2004 ; Paul, 2006). En outre, **l'hétérogénéité des PTF et certaines contraintes imposées par leur siège** (ex : imposition de calendriers de travail non alignés sur ceux du GdB) fait qu'ils n'arrivent pas toujours à parler d'une seule voix et qu'ils peuvent envoyer des signaux contradictoires au MS.

Comme mentionné, le processus IHP+ a donné une nouvelle impulsion dans le système, mais il a été lui-même contraint par plusieurs facteurs :

- Une fois de plus, **l'insuffisance de leadership et d'appropriation (au-delà de la DPP) du MS** a été tel que le processus a été perçu par certains comme piloté par l'UNICEF (alors chef de file des PTF), ce qui a fait hésiter certains PTF à rejoindre l'initiative ;
- **L'inexistence d'une approche sectorielle avant la signature du Compact a résulté en un Compact dont plusieurs éléments fondamentaux n'étaient pas définis – en particulier le cadre fiduciaire, de coordination et de suivi-évaluation – ce qui a considérablement ralenti sa mise en œuvre** ; ainsi par exemple, à l'heure actuelle, le comité censé effectuer le suivi-évaluation de la mise en œuvre du Compact n'a toujours pas été mis en place ;
- **La mise sur pied de la plateforme RSS**, vue par ses membres comme une opportunité de traduire les engagements du Compact dans la pratique, a initialement souffert d'une communication insuffisante qui a suscité des réactions de méfiance de la part des PTF qui s'en sont sentis exclus, et elle risque de détourner l'attention du Compact si le cadre de coordination et de suivi de celui-ci ne sont pas définis rapidement.

Enfin, **les résultats du secteur de la santé ont été contraints par différents facteurs**, certains externes (ex : les inondations de 2010 ; les grèves du MEF qui ont ralenti l'exécution des dépenses) et d'autres internes au secteur de la santé – en particulier, les grèves récurrentes du personnel soignant et l'insuffisance des ressources (tant humaines que financières) mises à disposition au niveau opérationnel dans les départements.

5. Conclusion et perspectives

En conclusion, au Bénin, l'IHP+ et son Compact ont indéniablement constitué l'élément déclencheur pour lancer une approche sectorielle dans le secteur de la santé et donner de la consistance aux principes de l'efficacité de l'aide qui peinaient à se concrétiser. Néanmoins, comme plusieurs éléments fondamentaux du Compact (son cadre fiduciaire, son cadre de coordination et son cadre de suivi-évaluation) n'étaient pas définis au moment de la signature du document, ce qui a fait que sa mise en œuvre a mis du temps à démarrer. Face à la stagnation du système et aux problèmes de gouvernance du secteur, plusieurs PTF ont pris l'initiative de lancer la plateforme RSS qui constitue une première base d'harmonisation (à défaut d'un alignement pur et simple sur les systèmes nationaux, qui ne semble pas approprié dans la situation actuelle). Elle est vue par ses promoteurs comme un instrument de mise en œuvre du Compact, mais quelques PTF qui n'ont pas été informés à temps de cette initiative s'en sont sentis exclus et craignent que la plateforme RSS prenne le pas sur le Compact – ce qui risque d'arriver si le gouvernement ne prend pas les mesures nécessaires pour définir clairement et mettre en œuvre un cadre consistant de coordination, de dialogue politique et de suivi-évaluation du PNDS et du Compact. La plateforme peut dès lors être vue comme un « noyau » qui doit encore être élargi à l'entière des PTF et du PNDS dans l'esprit du Compact.

Jusqu'à présent, les résultats atteints des principes de l'efficacité de l'aide ne sont encore perceptibles qu'au niveau des processus. Néanmoins, si le MS réussit à se réorganiser, à affirmer son leadership et à relancer le dialogue politique comme semble le souhaiter la nouvelle équipe en place, les perspectives sont donc plutôt bonnes, d'autant avec l'appui coordonné au RSS que les PTF se sont engagés à fournir dans les années à venir. Outre ces questions de gouvernance, les principaux défis qui se posent au secteur de la santé ont trait à la gestion des ressources humaines (redéploiement, valorisation et motivation du personnel technique), à l'amélioration de la planification au niveau opérationnel et à l'augmentation de l'exécution budgétaire.

ANNEXES

Annexe1 : Personnes rencontrées

Nom	Prénom	Position	Structure	Téléphone
ABONNEL	Christian	Assistant technique en appui au MS	Coopération française	95.75.45.09
AGBADOME	Mirianaud Oswald	Conseiller technique	Bureau d'Evaluation des Politiques Publiques (BEPP/Primature)	97 17 45 61
AKPAMOLI	Alphonse	Directeur-Adjoint de la Programmation et de la Prospective (sortant)	Ministère de la Santé	97220321
AMOUSSOU	Kuassi Raymond	Directeur-Adjoint de la Programmation et de la Prospective (entrant)	Ministère de la Santé	21334906
BROECKE	Anton	Ministre conseiller Coopération internationale	Ambassade de Belgique	21.30.68.62
COLOMBO	Alessandro	Point focal IHP+	OMS Genève	+41227911886
D'ALMEIDA	Fily	Conseiller Santé	Banque Mondiale	97 97 20 64
DECOUX	Alain	Chargé de programme santé	Délégation UE	97 02 67 52
DJOSSOU	Aristide	Conseiller	CS-PEF	97 07 83 37
DRAME	Mohamed Lamine	Chef de mission Plateforme RSS	OMS Genève	+41767926918
GBARY	Akpa Raphaël	Représentant Résident	OMS Bénin	21301907/21301753
HUYSEN	Sven	Représentant Résident (sortant)	CTB	97 97 98 81
KOHOSSI	Léon	Conseiller DPC, chargé de la lutte contre les maladies	OMS Bénin	21301907/21301753
KORA BATA	Pascal	Directeur (sortant)	DPP/MS	95 33 13 33
KOSSOU	Hortense	Spécialiste Santé, Développement des Politiques et Stratégies	UNICEF	95069181
LODI-OKITOMBAYE	Evariste	Responsable	AIMS, CTB/MS	66 75 26 68
SEMEGAN	Barthélémy	Conseiller chargé des politiques et systèmes de santé ; Point focal IHP+	OMS Bénin	21301907/21301753
TOURE	Hamadassalia	Chef Programme Survie de l'Enfant	UNICEF	96 84 21 30

Annexe2 : Références

1. Achour, Ali, Sandrine Brignonen et Michel Zounon, « Evaluation des finances publiques selon la méthodologie PEFA (Public Expenditure and Financial Accountability) en République du Bénin », Contract N° 2007/138517 (FWC BENEFC Lot n° 11), Programme FED de l'Union Européenne pour le Bénin, septembre 2007.
2. AFD, Bénin : Mission de pré-identification dans le secteur de la santé ; 17 au 21 janvier 2011.
3. Aide-mémoire et rapports des missions conjointes [OMS, BM, FM, GAVI, Coopération Belge] quant à l'harmonisation et l'alignement des procédures dans le contexte du Renforcement des Systèmes de Santé (23-26 novembre 2010 ; 18-22 avril 2011).
4. Banque mondiale, Projet de renforcement de la performance du système de santé, 23 mars 2011.
5. CESS, Rapport final sur l'évaluation nationale de mise en œuvre de la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, phase 2 au Bénin, décembre 2010.
6. Grodos, Daniel, et Elisabeth Paul, 2004, *Mission exploratoire au Bénin. Rapport de mission*. Version finale, novembre 2004. Groupe de Recherche en Appui à la Politique sur les Instruments d'aide en appui aux politiques sectorielles (GRAP-SWAP).
7. International Health Partnership (IHP+), Rapport d'inventaire – Bénin, mars 2008.
8. International Monetary Fund (IMF), Benin: Second Review Under the Three-Year Arrangement Under the Extended Credit Facility, *IMF Country Report* No.11/243, September 2011.
9. Makoutodé, P., Etat des lieux du système national de prestation de soins et services de santé au Bénin : Bilan et perspectives, GECA Perspectives, août 2010.
10. Ministère des finances et l'économie, Rapport qualitatif sur l'Efficacité de l'Aide au Bénin : État des lieux sur la mise en œuvre de la Déclaration de Paris en 2010, 30 mars 2011.
11. Ministère de la santé, Rapport de performance 2010 (Destinataire : Chambre des Comptes), 11e édition, juillet 2011.
12. Ministère de la santé, Notification de la feuille de Route Opérationnelle de la Revue conjointe de performance du secteur santé, 14 juillet 2011.
13. Ministère de la santé, DPP, Annuaire des Statistiques Sanitaires 2010, juin 2011.
14. Ministère de la santé, Cellule de Suivi Evaluation, Document technique sur la Revue sectorielle conjointe de performance du secteur santé 11,12, 13, mai 2011.
15. Ministère de la santé, Plan de performance du plan national de développement sanitaire 2009-2018, mai 2011.
16. Ministère de la santé, arrêté portant création, attribution et fonctionnement du comité de coordination du renforcement du système de santé, 18 mars 2011.
17. Ministère de la santé, Pacte national entre le Gouvernement du Bénin et ses partenaires techniques et financiers : le COMPACT, novembre 2010.
18. Ministère de la santé, DPP, Annuaire des Statistiques Sanitaires 2005 à 2010.
19. Ministère de la santé, Plan triennal de développement sanitaire 2010-2012, juin 2010.
20. Ministère de la santé, rapport spécial sur la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement au Bénin, mars 2010.
21. Ministère de la Santé et Coopération Technique Belge (CTB), Projet d'Appui Institutionnel au Ministère de la Santé (AIMS), « Audit organisationnel et institutionnel des Directions Départementales de la Santé et des Zones sanitaires », rapport définitif, septembre 2009.
22. Ministère de la santé, Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018.
23. Ministère de la Santé et Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « Audit organisationnel du Ministère de la Santé du Bénin », rapport final, juin 2008 (par Dr Namoudou Keita et M. Coffi Alfred Koussémou).
24. Ministère de la santé, Plan de renforcement du système national de suivi évaluation, novembre 2007.

25. OECD/TT HATS, Final report, Progress and challenges in AID effectiveness, 24 juin 2011.
26. OCDE, Efficacité de l'aide : Mise en œuvre de la Déclaration de Paris, année 2007.
27. Paul, Elisabeth, « Analyse du mécanisme de concertation et de dialogue politique dans le secteur de la santé au Bénin », Rapport de la deuxième mission du GRAP-PA Santé au Bénin, 30 juin au 11 juillet 2011.
28. Paul, Elisabeth, Documentation des résultats de la mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé, étude de cas du Mali, 3^e draft, 8 juin 2011.
29. Paul, Elisabeth, « Pour une efficacité de l'aide publique au développement (APD) dans le secteur de la santé », GRAP-PA Santé, conférence au CCF de Cotonou, 14 avril 2011.
30. Paul, Elisabeth, Rapport de la première mission d'encadrement au Bénin, GRAP-PA santé, du 29 novembre au 7 décembre 2010.
31. Paul, Elisabeth, Rapport de la mission exploratoire au Bénin, GRAP-PA santé, 16 février 2010.
32. Paul, Elisabeth, Rapport de la mission de préparation d'une étude sur l'amélioration du financement du système de santé au Bénin, CTB, 22 au 6 juillet 2007.
33. Paul, Elisabeth, 2006, *L'approche sectorielle Santé au Bénin : Rapport de la seconde mission du GRAP-SWAP au Bénin* (17-31 mars 2006). Version finale, 18 octobre 2006. GRAP-SWAP.
34. PNUD, « Croissance pro-pauvre : quelles stratégies pour le Bénin », 2010.
35. PHM, Rapport d'évaluation participative de PHM sur le droit à la santé et à ses déterminants, juillet 2011.
36. République du Bénin, Protocole d'accord du compact relatif à la mise en œuvre du PTD 2010 2012 en vue d'atteindre les objectifs du millénaire pour le développement.
37. République du Bénin, Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCR) 2011-2015.

Sites web :

- Données statistiques Banque Mondiale: <http://data.worldbank.org/country/benin>
- CRS Online : <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=CRSNEW>
- GRAP-PA Santé : <http://www.grap-pa.be>
- GRAP-SWAP : <http://www.grap-swap.be>
- PNUD : <http://hdr.undp.org/fr/statistiques/>

Annexe3 : Principaux indicateurs socio-sanitaires

Indicateurs	Valeur 2010
Taux de couverture en infrastructures sanitaires (en%)	89
Nombre d'habitants par centre de santé public	13 373
Nombre d'habitants par médecin	7 979
Nombre d'habitants par infirmier	2 469
Nombre de femmes en âge de procréer par sage-femme	1 563
Nombre de médecins pour 10000 habitants	1,25
Nombre d'infirmiers pour 5000 habitants	2,03
Nombre de sages-femmes pour 10000 habitants	1,52
Ratio Budget Santé par rapport au Budget Général de l'Etat (%)	7,4
Taux de recouvrement	1,02
Marge bénéficiaire	2,23
Pourcentage des trois principales pathologies	
-Paludisme	43,9
-Infections Respiratoires Aigües	12,6
-Affections gastro-intestinales	6,7
Incidence du Paludisme simple (%)	13,8
Taux d'incidence du Paludisme grave (%)	2,3
Taux d'incidence du Paludisme toutes formes confondues(%)	16,2
Taux de létalité du paludisme grave (pour 100 cas)	10,0
Taux de prévalence du SIDA (%)	1,7
Durée moyenne de séjour (CNHU)	6,2
Taux d'occupation des lits (CNHU)	54,7
Taux de fréquentation des services de santé (%)	46,8
Taux de couverture des consultations prénatales	94,0
Taux de couverture des consultations postnatales	36,8
Taux de couverture des consultations des Enfants de 0 - 11 mois	69,0
Taux de couverture des accouchements assistés	81,9
Taux de césarienne	6,2
Décès maternels pour 100.000 naissances vivantes (dans les formations sanitaires)	192,0
Taux de prévalence contraceptive	22,1
Taux de couverture en PENTA 3	95,9
Taux de couverture en VAR	97,5

Source : SNIGS/SGIS/DPP/MS, 2010