

THE WORLD BANK GROUP ARCHIVES

PUBLIC DISCLOSURE AUTHORIZED

Folder Title: Onchocerciasis Control Programme [OCP] - Participating Countries - Benin
- Devolution - Correspondence

Folder ID: 30303434

Dates: 05/01/1989 - 05/01/1989

Fonds: Records of the Africa Regional Vice Presidency

ISAD Reference Code: WB IBRD/IDA AFR

Digitized: 04/14/2021

To cite materials from this archival folder, please follow the following format:
[Descriptive name of item], [Folder Title], Folder ID [Folder ID], ISAD(G) Reference Code [Reference Code], [Each Level Label as applicable], World Bank Group Archives, Washington, D.C., United States.

The records in this folder were created or received by The World Bank in the course of its business.

The records that were created by the staff of The World Bank are subject to the Bank's copyright.

Please refer to <http://www.worldbank.org/terms-of-use-earchives> for full copyright terms of use and disclaimers.



THE WORLD BANK

Washington, D.C.

© International Bank for Reconstruction and Development / International Development Association or

The World Bank

1818 H Street NW

Washington DC 20433

Telephone: 202-473-1000

Internet: www.worldbank.org

PUBLIC DISCLOSURE AUTHORIZED



30303434

R2005-016 Other #: 7 218742B
Onchocerciasis Control Programme [OCP] - Participating Countries - Benin - Devolution -
Correspondence

DECLASSIFIED
WBG Archives

TABLE DES MATIERES

Introduction	pg 3
Chapitre 1 Les axes de réforme	
Section 1. Le fonctionnement de la base de la pyramide sanitaire	pg 7
Section 2. La décentralisation	pg 20
Section 3. La planification	pg 24
Section 4. La mobilisation et l'utilisation des ressources financières	pg 29
Section 5. Le secteur privé lucratif	pg 34
Section 6. Les secteurs privés et confessionnel à caractère social	pg 38
Section 7. Le secteur coopératif	pg 41
Section 8. La supervision	pg 44
Chapitre 2 Programmation des axes de réforme	pg 47
2.1. Présentation des grilles d'activités	pg 48
2.2. Présentation du chronogramme	pg 63
2.3. Présentation de la budgétisation	pg 67
2.4. Synthèse des coûts de la budgétisation	pg 82
2.5. Analyse des besoins nécessaires en personnel pour la réforme	pg 85
Chapitre 3 Les programmes existants	
3.1. Le Plan Triénel de Développement	pg 89
3.2. La préparation du Plan Quinquénel de Développement	pg 109
3.3. Le problème particulier des programmes n ayant jamais reçu de financement	pg 122
Chapitre 4 Cadrage macro-économique	
4.1. Le contexte économique	pg 125
4.2. Le secteur de la santé	pg 128
4.3. Les mesures d'accompagnement de la politique de santé	pg 146

INTRODUCTION

Le présent document définit les lignes de force et la programmation d'une réforme du système de santé en République du Bénin, à valider lors de la Table Ronde Sectorielle de la Santé qui doit se tenir en 1994.

La politique sanitaire du pays reste basée sur les options définies dans la **Politique nationale de développement sanitaire** en 1989, qui, en résumé affirmait

- la volonté d'assurer des soins de base à l'ensemble de la population, et non seulement aux populations urbaines
- la volonté d'inscrire les activités sanitaires dans l'approche des soins de santé primaires
- la volonté de tenir compte du Programme d'Ajustement Structurel, en prévoyant les mesures nécessaires pour en minimiser les conséquences négatives
 - extension de la couverture des soins de santé primaires (curatifs, préventifs et IEC) et réhabilitation des infrastructures existantes
 - réformes de structures et amélioration de la gestion du système à tous les niveaux
 - mobilisation de ressources supplémentaires grâce à une plus grande participation du secteur privé et des ONG, un système de recouvrement de coûts et une allocation plus efficace des ressources
 - rationalisation du budget d'investissement et de la politique d'emprunt
 - programme d'approvisionnement en médicaments essentiels sous noms génériques
 - engagement de l'Etat, à partir de 1989, à maintenir le budget du Ministère de la Santé à un niveau supérieur à 6 % du budget de fonctionnement total de l'Etat et le budget de fonctionnement non salarial du Ministère de la Santé à au moins 40 % de ce budget de fonctionnement.

Dans cette ligne, la "**Nouvelle stratégie sanitaire nationale**" cadrerait les priorités pour 1989-1993 et mettrait notamment l'accent sur la nécessaire décentralisation du système de santé.

Le tome II des documents de la Table Ronde de la Santé se présente comme suit:

Le premier chapitre expose les *axes de réforme* du système de santé, dont le Ministère fait ses priorités pour les années à venir

Le deuxième chapitre traduit en *programmation quinquennale* les axes de réforme en question.

Le troisième chapitre offre une vue d'ensemble des programmes existants. Cette présentation, en une première partie, utilise le *Plan triennal de Développement*, qui, depuis 1989, recense les engagements acquis des bailleurs de fonds et les structure, le plus communément, selon 35 programmes d'intervention. En une seconde partie, le lecteur trouvera un résumé des principales données du document de préparation du *Plan Quinquennal de Développement*. Ce Plan ne revêt pas encore de caractère officiel. C'est un exercice effectué par le Ministère de la Santé, avec l'appui de la Banque Mondiale, en vue de chiffrer les besoins maximaux du secteur. Enfin, en une troisième partie, trois *Programmes restés sans financement* sont présentés

Le quatrième chapitre replace la réflexion dans le *cadre macro-économique*.

Le cinquième chapitre présente une *synthèse* de l'ensemble des réflexions

Les travaux préparatoires de la Table Ronde ne se sont pas orientés vers l'élaboration d'une liste de projets qui auraient couvert tout le champ possible de l'action sanitaire ou qui auraient visé à combler les lacunes des actuels programmes spécifiques par un complément de financement extérieur

En effet, le **diagnostic des carences du système de santé** béninois, exposé dans le tome I, peut se résumer dans les constats suivants

1. *la prise en charge des problèmes de santé* de la population n'est pas toujours assurée de manière adéquate à la base de la pyramide sanitaire, le fonctionnement des Complexes communaux de santé (CCS), la référence des malades vers les Centres de santé de sous-préfecture (CSSP) et le fonctionnement de ces derniers doivent être réorganisés.
2. *la gestion du système de santé* souffre d'un excès de centralisme; l'autorité des Médecins Directeurs Départementaux de la Santé doit être affermie, leurs compétences élargies et leurs moyens accrus.
3. *la mobilisation et l'utilisation des ressources* n'est pas optimale, comme le montre notamment le taux d'absorption de l'aide extérieure; les capacités du système d'évaluer ses besoins, de prévoir ses ressources et de mettre en oeuvre ses moyens doivent être améliorées à tous les échelons.
4. *les potentialités du secteur privé* ne sont pas utilisées au mieux, la collaboration avec les diverses composantes de ce secteur doit être renforcée.

En cohérence avec cette analyse de la situation, la **stratégie sectorielle** proposée pour le secteur de la santé dans les cinq années à venir a évité la dispersion en une multitude de recommandations et s'est concentrée sur les réformes prioritaires. Les recommandations adoptées par l'Atelier d'Internalisation (tome I) peuvent être classées selon huit thèmes, traités en autant de sections au chapitre 2 du présent tome.

1. L'amélioration de la qualité des soins en périphérie du système de santé (premier niveau et deuxième niveau de prise en charge) par un *fonctionnement en zones sanitaires* (Section 1)
2. L'amélioration de la gestion des ressources humaines et matérielles par la *décentralisation* des responsabilités vers les Directions départementales de la santé (Section 2) et une meilleure *planification* (Section 3).
3. L'amélioration de *l'utilisation des ressources* par des réformes de base dans la budgétisation, la comptabilité et les procédures d'utilisation des aides extérieures (Section 4).
4. L'amélioration de la couverture sanitaire par une meilleure *collaboration entre secteur privé et secteur public*, en distinguant les actions à entreprendre avec le secteur privé à but lucratif, le secteur privé ou confessionnel à caractère social, et le secteur coopératif (Sections 5, 6 et 7)
5. La mise en oeuvre du suivi de ces réformes prioritaires grâce à la *supervision* et au *contrôle* (section 8).

Ce faisant, le Ministre de la Santé est bien conscient de s'être concentré sur des PRIORITES et d'avoir laissé dans l'ombre un certain nombre de questions soulevées lors de l'Atelier d'Internalisation.

- L'amélioration du fonctionnement des CHD et du CNHU.
- L'amélioration du curriculum de formation des médecins et des infirmiers.
- Les problèmes de fiscalité du secteur privé.
- Certains aspects de la politique du médicament.

Ceci ne signifie nullement que ces problèmes ne doivent pas être pris en considération, ni bénéficier d'un appui de bailleurs de fonds, mais qu'un meilleur fonctionnement d'ensemble du système de santé, à l'heure actuelle, ne passe pas prioritairement par leur résolution.

Pour chacun des volets de réforme proposés, la démarche suivante a été adoptée:

1. Rappel succinct du diagnostic
2. Base conceptuelle de la réforme
3. Objectif général
4. Objectifs spécifiques
5. Activités prévues
6. Conditions de succès.

Pour passer des lignes directrices développées au chapitre 2 du présent tome à la programmation proprement dite présentée au chapitre 3, une même grille a été utilisée:

1. Rappel des objectifs généraux poursuivis par la réforme
2. Objectifs spécifiques de la réforme
3. Activités prévues
 - actions à entreprendre
 - mesures d'accompagnement
4. Responsables de la mise en oeuvre
5. Calendrier d'exécution
6. Indicateurs de suivi et d'évaluation.

Sur cette base, l'évaluation des moyens nécessaires a pu être réalisée et leur traduction en besoins de financement a tenu compte des engagements déjà acquis des bailleurs de fonds.

La question de l'approvisionnement en médicaments essentiels a reçu peu de place dans ces pages parce que la mise en place de la Centrale d'Achat, créée avec l'appui de la Banque Mondiale, et l'extension de l'Initiative de Bamako à 85 % des structures sanitaires périphériques ne faisaient pas de ce domaine un champ de réforme prioritaire au moment de l'Atelier d'Internalisation en 1993. Les problèmes restant à résoudre semblaient se circonscrire aux points suivants:

- la pérennisation de la centrale d'Achat après la phase d'assistance technique
- l'introduction d'une politique du médicament essentiel dans les CHD et au CNHU
- la généralisation à tout le pays de l'Initiative de Bamako et du système de gestion par les COGEC et les COGES.

Toutefois, la dévaluation du franc CFA intervenue en janvier 1994 a entraîné un renchérissement de 80 % des médicaments importés par la Centrale d'Achat et le blocage temporaire des prix de vente aux formations sanitaires. Cette situation ne pourra persister trop longtemps et le Gouvernement s'engage à prendre les mesures nécessaires pour assurer à la fois la viabilité de la Centrale d'Achat et l'accessibilité des médicaments essentiels pour la population.

Chapitre 1. LES AXES DE LA REFORME

Section 1

LE FONCTIONNEMENT DE LA BASE DE LA PYRAMIDE SANITAIRE

La "zone sanitaire", élément d'amélioration de la qualité des soins en périphérie

1.1 RAPPEL SUCCINCT DU DIAGNOSTIC

Le plateau technique nécessaire décrit au premier niveau de référence n'est pas souvent respecté.

La formation de base des médecins à ce niveau n'est pas suffisamment adaptée aux problèmes du niveau de référence (chirurgie obstétrique gestion) et même dans le cas où elle l'est, les conditions de travail (disponibilité des ressources humaines et matérielles adéquates) ne sont pas celles requises pour un niveau de référence.

Les liens entre les différents niveaux de soins ne sont pas adéquats. en particulier, l'équipe du CSSP n'est pas suffisamment impliquée dans la supervision des CCS. Il résulte de ce mauvais fonctionnement de la pyramide sanitaire que les distances à parcourir par les malades pour obtenir une référence de premier niveau sont parfois importantes et que la qualité des soins curatifs au niveau des CCS et du premier niveau de référence laisse à désirer.

1.2. BASE CONCEPTUELLE DE LA REFORME

1.2.1. Le problème posé

Définir un "mode de fonctionnement en zone sanitaire" adapté au Bénin revient à identifier l'unité fonctionnelle de base de la pyramide sanitaire. Cette unité fonctionnelle de base est généralement constituée d'un réseau de centres de santé appuyé par un hôpital de première référence.

A l'heure actuelle, au premier niveau de la pyramide sanitaire, les centres de santé de premier contact correspondent aux CCS et les hôpitaux de référence aux CSSP. Pour les raisons examinées dans le tome I, les CSSP ne sont pas toujours capables de jouer leur rôle, ils ne disposent pas toujours du personnel adéquat ou en nombre suffisant, ni du plateau technique requis.

Mettre à niveau tous les CSSP, c'est-à-dire les doter du personnel et de l'équipement d'un hôpital de référence ("stratégie de mise à niveau des CSSP") présenterait l'avantage de correspondre aux actuelles sous-préfectures et aux actuels CSSP. Cependant, ce serait une stratégie coûteuse en ressources humaines, matérielles et financières car il faudrait équiper les 77 CSSP d'un même plateau technique performant

Redimensionner la base de la pyramide sanitaire en organisant et en équipant un nombre limité de CSSP et en regroupant quelques sous-préfectures autour d'un seul CSSP retenu comme *hôpital de référence* ("stratégie de redimensionnement de la pyramide sanitaire en zones sanitaires") est un choix beaucoup plus défendable d'un point de vue financier et tout à fait acceptable d'un point de vue de santé publique. La réorganisation de la base de la pyramide sanitaire en zones rend en effet le système plus simple, plus fonctionnel et moins coûteux.

Ce faisant, les médecins déjà présents dans les CSSP non retenus comme hôpitaux de référence demeurent en place. Ces formations ne sont pas transformées en CCS.

1.2.2. Les fonctions d'une zone sanitaire

Le fonctionnement correct des zones sanitaires représente un enjeu encore plus important que le remodelage de la carte sanitaire en zones géographiques de dimensions adéquates.

Le rôle d'une *zone sanitaire* à la base de la pyramide sanitaire peut se décomposer en plusieurs fonctions :

- prendre en charge les malades référés (ou "évacués") par les CCS et par les CSSP non transformés en hôpital de zone (CSSP/NTHZ) pour des problèmes chirurgicaux, obstétricaux ou médicaux, et les retourner ensuite avec les instructions éventuellement nécessaires au suivi de leur cas. ces fonctions sont naturellement celles de *l'hôpital de référence (hôpital de zone)*
- assurer la formation continue et la supervision du personnel des CCS et des CSSP non transformés en hôpital de zone, y compris en ce qui concerne la gestion des médicaments essentiels
- assurer l'intégration progressive des programmes verticaux aux activités de routine sur le terrain
- assurer la première compilation des données d'information et de gestion sanitaire de la zone ainsi couverte.

En pratique, les fonctions et le plateau technique des formations sanitaires d'une zone sanitaire ne différeront guère de ce qui est déjà actuellement prévu pour les CCS et les CSSP dits conformes. Seuls méritent d'être mieux définis ici le mode de fonctionnement d'une zone sanitaire et en particulier:

- les fonctions spécifiques à chaque échelon (CCS, CSSP/NTHZ et hôpital de zone)
- le cadre du personnel de l'hôpital de zone
- le rôle dévolu aux CSSP non retenus comme hôpitaux de zone

1.2.3. Mode de fonctionnement d'une zone sanitaire

La ZONE SANITAIRE est dirigée par un Médecin Chef de Zone (MCZ) qui est un médecin généraliste ayant suivi une formation en santé publique.

1.2.3.1. Les structures de la zone sanitaire

1. Le Comité de Gestion de la Zone Sanitaire (COGEZ)

Le Comité de Gestion de la Zone Sanitaire est l'organe suprême de *décision* de la zone. Un texte réglementaire précisera la composition, les attributions et le fonctionnement du Comité de Gestion de la Zone Sanitaire.

2. Le Bureau de Zone

Le Bureau de Zone est l'organe de direction chargé de l'*administration* de la zone. Il est dirigé par le Médecin Chef de Zone. Le Bureau de Zone comporte:

- un secrétariat administratif de la Zone Sanitaire
- une division Finances & Comptabilité de la Zone Sanitaire
- une division Statistiques sanitaires, Epidémiologie et Planification

3. L'Hôpital de Zone

Cette structure, d'une capacité d'au moins 100 lits, dispose des services ci-après:

Médecine
Chirurgie
Gynécologie-obstétrique
Pédiatrie
Laboratoire
Radiologie / Echographie
Soins dentaires

L'hôpital de zone s'occupe des cas nécessitant des compétences chirurgicales, obstétricales ou médicales de *première référence*. L'appui d'un service de radiologie et d'un laboratoire est prévu.

L'hôpital de zone réfère les malades, en cas de besoin, au Centre Hospitalier Départemental.

Les médecins exerçant dans un hôpital de zone sont des **médecins généralistes**. L'un d'entre eux aura suivi une formation complémentaire en santé publique et, parallèlement à ses activités cliniques, exercera les fonctions de **médecin chef de l'hôpital**. Deux autres médecins auront été formés, en un an, aux interventions chirurgicales et obstétricales courantes. Cf. 1.2.3.2.

4. Les formations sanitaires de premier contact

Les formations sanitaires de premier contact sont les Centres de Santé de Sous-Préfecture non transformés en Hôpital de Zone (CSSP/NTHZ) et les Complexes Communaux de Santé (CCS).

LES CENTRES DE SANTE DE SOUS-PREFECTURE NON TRANSFORMES EN HOPITAUX DE ZONE

Ces formations ne changent pas et conservent leurs dimensions. Elles sont considérées comme des structures de premier contact. Toutefois, la présence d'un médecin généraliste leur confère une importance particulière, notamment dans la confirmation de certains diagnostics posés par les infirmiers responsables des CCS.

LES COMPLEXES COMMUNAUX DE SANTE

Les Complexes Communaux de Santé ne changent pas et conservent leur dimension, ainsi que leurs rôles.

5. L'équipe d'encadrement de la zone sanitaire (EEZS)

L'équipe d'encadrement de la zone sanitaire (EEZS) constitue *l'organe de coordination de l'action sanitaire* dans la zone. La composition d'une EEZS pourra varier selon le volume des activités et les contraintes locales. Elle sera généralement composée des personnes suivantes :

- Le Médecin Chef de Zone
- Les Médecins de l'Hôpital de Zone
- Le ou les Médecin (s) du (ou des) CSSP/NTHZ
- L'infirmier du Bureau de Zone
- La Sage-Femme du Bureau de Zone
- L'Agent IEC du Bureau de Zone
- Le Comptable du Bureau de Zone
- Le Technicien de Maintenance du Bureau de Zone

Le rôle de l'EEZS consiste en particulier à :

a) **conseiller le Médecin Chef de Zone et le COGEZ** dans les tâches d'organisation et de gestion de la zone sanitaire.

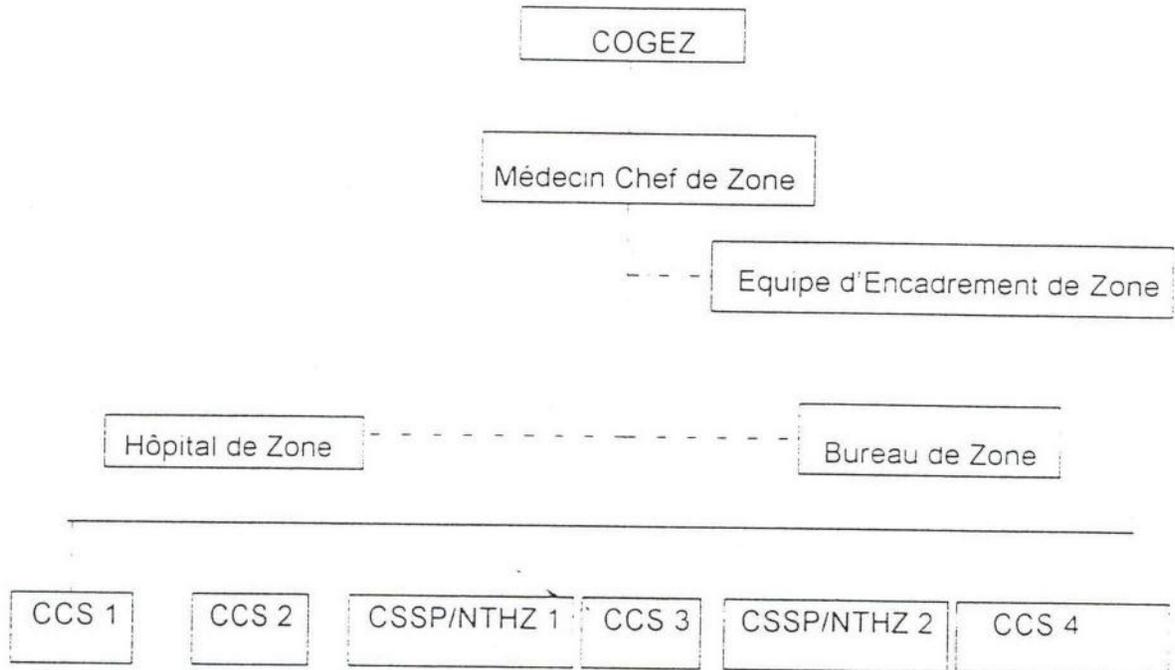
b) **assurer les tâches de supervision et de formation** des infirmiers des CCS et du personnel auxiliaire en général; ces tâches s'exercent sous l'autorité du Médecin Chef de Zone mais sont dévolues à l'EEZS dans son ensemble, qui désigne en son sein les compétences à cet effet.

c) suivre l'évolution des problèmes de santé de la population de la zone et proposer des solutions aux DDS.

L'EEZS se réunit deux fois par mois en session ordinaire et en session extraordinaire chaque fois que la nécessité s'en fait sentir.

L'appartenance du médecin de CSSP/NTHZ à l'EEZS permet de maintenir un lien étroit et efficace entre les formations sanitaires et renforce la cohésion de l'action médicale dans la zone.

L'organigramme des structures de la zone sanitaire se présente comme suit:



1.2.3.2. Le Personnel de la Zone Sanitaire

Les effectifs décrits ci-dessous peuvent varier suivant le volume des activités et les contraintes locales.

1° PERSONNEL DU BUREAU DE ZONE

Le personnel du Bureau de Zone comprend :

1. Un (1) médecin généraliste formé en santé publique (**Médecin Chef de Zone**)
2. Un (1) Infirmier Diplômé d'Etat, ou un Infirmier d'Etat (IDE), ou un Infirmier de Santé (IS)
3. Une (1) Sage -Femme d'Etat (SFE)
4. Un (1) Agent de l'IEC
5. Un (1) Comptable
6. Un (1) Secrétaire Adjoint des Services Administratifs (SASA)
7. Un (1) Chauffeur (CVA)
8. Deux (2) Agents d'Entretien et de Liaison
9. Un (1) Technicien de Maintenance (en commun avec l'hôpital de zone).

2° PERSONNEL DE L'HOPITAL DE ZONE

Le niveau des compétences médicales, obstétricales et chirurgicales requis dans un hôpital de zone ne nécessite pas la présence de spécialistes. Du reste, les 24 chirurgiens, les 26 gynécologues et les 19 pédiatres nationaux du secteur public (chiffres de 1993) sont actuellement occupés dans des formations sanitaires de type CHD et devront y rester.

Si des circonstances particulières devaient conduire à affecter des spécialistes dans des hôpitaux de zone, cette mesure devrait être considérée comme une exception à la règle.

Le personnel de l'Hôpital de Zone comprend

1. Quatre (4) médecins généralistes, dont un ayant reçu une formation en santé publique et deux ayant reçu une formation d'un an en chirurgie courante
2. Sept (7) Infirmiers (IDE/IE/IS)
3. Deux (2) Infirmiers Anesthésistes
4. Deux (2) Infirmiers Instrumentistes
5. Cinq (5) Sages-femmes d'Etat (SFE)
6. Dix (10) Aides Soignants (AS)
7. Un (1) Technicien Supérieur de Laboratoire
8. Deux (2) Techniciens de Laboratoire
9. Un (1) Technicien Supérieur de Radiologie
10. Deux (2) Manipulateurs de Radiologie
11. Un (1) Mécanicien Dentiste

-
2. L'effectif des médecins en cours de spécialisation est le suivant: 14 chirurgiens (3 en 1994, 9 en 1995, 2 en 1996 et 0 en 1997); 21 gynécologues (4 en 1994, 9 en 1995, 0 en 1996 et 8 en 1997); 15 pédiatres (4 en 1994, 9 en 1995, 1 en 1996 et 1 en 1997).

12. Un (1) Comptable
13. Sept (7) Agents d'entretien et de Liaison
14. Un (1) Technicien de Maintenance (en commun avec le Bureau de Zone).

La responsabilité de **Médecin Chef de l'Hôpital** sera confiée au médecin possédant la formation complémentaire en *santé publique*. La fonction de médecin chef d'hôpital de zone ne justifiant pas un temps plein, ce médecin exercera aussi des *responsabilités cliniques en pédiatrie ou en médecine*. Les contraintes des fonctions de garde et d'urgence en chirurgie et en gynécologie-obstétrique interdisent que l'un des médecins responsables de ces services soit en même temps médecin chef de l'hôpital.

La responsabilité des services, des consultations et des gardes en médecine et en pédiatrie sera donc assumée par le médecin chef de l'hôpital et le médecin généraliste.

La responsabilité des services, des consultations et des gardes en chirurgie et en gynécologie-obstétrique sera assumée par les deux médecins formés en chirurgie.

Ces modalités de répartition des tâches seront définies en concertation entre les médecins de la zone et recevront l'approbation du DDS.

3° PERSONNEL DU CENTRE DE SANTE DE SOUS-PREFECTURE NON TRANSFORME EN HOPITAL DE ZONE

- Un (1) Médecin
- Trois (3) Infirmiers (IDE/IE/IS)
- Deux (2) Sages-femmes d'Etat (SFE)
- Quatre (4) aides-soignants (AS)
- Un Technicien de Laboratoire(TL)
- Deux Agents d'Entretien et de Liaison
- Un (1) Secrétaire Adjoint des Services Administratifs (SASA)
- Un (1) Chauffeur de Véhicule Administratif (CVA)

Le Personnel de cette structure réfère les malades, le cas échéant, à l'Hôpital de zone.

4° PERSONNEL DES COMPLEXES COMMUNAUX DE SANTE (CCS)

Le personnel des Complexes Communaux de Santé comprend

- Un (1) Infirmier (IDE/IE/IS)
- Une Sage-Femme d'Etat (SFE)
- Deux (2) Aides-soignants (AS)
- Un Agent d'Entretien et de liaison

Selon les cas, les malades issus de CCS peuvent être référés directement à l'Hôpital de zone ou soumis à l'examen préalable du Médecin de CSSP/NTHZ.

Personnel	Bureau de Zone	Hôpital de Zone	CS/SP NTHZ	CCS
Médecins	1	4	1	
Infirmier IDE/IS	1	7	3	1
Infirmier Anesthésiste		2		
Infirmier Instrumentiste		2		
Sage-Femme d'Etat	1	5	2	1
Aide Soignant		10	4	2
Technicien Supérieur		1		
Technicien Laboratoire		2	1	
Technicien Radiologie		1		
Manipulateur de Radiologie		2		
Mécanicien Dentiste		1		
Agent IEC	1			
Comptable	1	1		
Secrétaire SASA	1	1	1	
Conducteur VA	1	1	1	
Technicien Maintenance	0.5	0.5		
Agent d'entretien / liaison	2	7	2	1
TOTAL	9.5	47.5	15	5

1.2.3.3. Les relations entre les structures de la zone sanitaire

1 - L'HOPITAL DE ZONE ET LE COGEZ

L'Hôpital de Zone (HZ) est une unité de soins tandis que le COGEZ est un organe de décision de choix stratégiques de la Zone Sanitaire. Le Médecin Chef de Zone est membre de droit du COGEZ (mais le Médecin Chef de l'Hôpital n'en fait pas partie).

2 - L'HOPITAL DE ZONE ET LE BUREAU DE ZONE

Le Bureau de Zone est l'organe administratif de toute la Zone Sanitaire (HZ, CSSP/NTHZ, CCS) et son responsable est le Médecin Chef de Zone. L'Hôpital de Zone, structure de première référence, n'est donc pas une entité indépendante de la zone sanitaire, il en est partie intégrante.

3 - L'HOPITAL DE ZONE ET LES FORMATIONS SANITAIRES DE PREMIER CONTACT

L'Hôpital de Zone est la structure de référence du CSSP/NTHZ et des CCS. Grâce à un plateau technique amélioré et performant, il dispose en effet des possibilités de traitement adaptées aux malades ne pouvant être pris en charge en périphérie du système de santé.

4 - LE COGEZ ET LE BUREAU DE ZONE

Le COGEZ joue le rôle de Conseil d'Administration de la Zone Sanitaire tandis que le Bureau de Zone est l'organe de gestion et d'administration quotidienne de la Zone Sanitaire.

5 - LE COGEZ ET LES FORMATIONS SANITAIRES DE PREMIER CONTACT

Les relations qui doivent exister entre le COGEZ et les formations sanitaires de premier contact sont identiques à celles existant entre le COGEZ et l'Hôpital de Zone (voir point 1.)

6 - LE BUREAU DE ZONE ET LES FORMATIONS SANITAIRES DE PREMIER CONTACT

Les rapports entre le Bureau de Zone et les Formations Sanitaires de premier contact sont les mêmes que ceux qui doivent régir la collaboration entre le Bureau de Zone et l'Hôpital de Zone.

7 - HIÉRARCHIE

Le Médecin-Chef de Zone est le responsable de la Zone, tant sur le plan technique que sur le plan administratif. Il est le supérieur hiérarchique des médecins de la zone sanitaire, y compris du Médecin Chef de l'Hôpital de Zone et des médecins affectés dans les CSSP/NTHZ.

Le Médecin-Chef de l'Hôpital de Référence reste sur le même plan hiérarchique que les autres Médecins-Chefs CCS/NTHZ.

Les responsables des CCS peuvent référer directement les malades vers l'Hôpital de Zone, sans passer par l'éventuel CSSP/NTHZ. Ils dépendent hiérarchiquement, selon les cas, du Médecin-Chef du CSSP/NTHZ (lorsqu'il existe) ou du Médecin Chef de l'Hôpital de Référence.

Quant à l'équipe d'encadrement de la Zone, elle est placée sous l'autorité hiérarchique du Médecin Chef de Zone. Celui-ci, à son tour, dépend du DDS, à qui il rend compte du fonctionnement de la Zone.

1.2.3.4. Appui central aux zones sanitaires

Une équipe d'appui coordonnera la mise en oeuvre du redimensionnement de la base de la pyramide sanitaire en zones sanitaires, sous la présidence d'un membre du Cabinet. Les membres de cette équipe seront nommés par arrêté ministériel.

Cette équipe, appelée " *Cellule d'appui au développement des zones sanitaires* " aura le mandat suivant :

- améliorer progressivement le développement des zones sanitaires par l'adaptation au contexte béninois des concepts, normes et recommandations internationales
- harmoniser les expériences menées sur le terrain, afin d'éviter d'éventuelles dérives, tout en préservant l'originalité de chaque zone au cours de sa phase de démarrage
- renforcer les capacités des directions départementales de la santé dans la mise en oeuvre et le développement des zones sanitaires, notamment en matière d'encadrement, de supervision et de formation continue

De plus amples détails, relatifs au mode de fonctionnement développé ci-dessus, seront précisés par des textes réglementaires qui seront pris par le Ministère de la Santé.

1.2.3.5. Stratégie d'implantation

Il n'est pas réaliste de transformer brutalement la carte sanitaire du pays. La stratégie retenue se propose donc de commencer à faire fonctionner en zones sanitaires *deux zones par département* dans un premier temps. L'une de ces zones sera choisie là où les conditions de succès sont les plus favorables au point de vue du personnel, des infrastructures et de l'équipement; l'autre zone sera choisie dans un endroit défavorisé au regard de ces mêmes critères. Dans les deux cas, l'absence d'obstacle socio-politique local représentera une condition de succès.

Il ne s'agit donc pas de projets pilotes au sens courant du terme, c'est à dire qu'il ne s'agit pas de zones sanitaires qui disposeront de moyens exceptionnels par rapport aux autres futures zones. En outre, dès le début de la réforme, la planification prévoit *l'extension du redimensionnement en zones sanitaires à tout le pays*. Cependant, une *évaluation* de cette première phase devra guider l'extension de la réforme aux autres zones sanitaires.

En se basant sur les infrastructures existantes, la répartition de la population, l'expérience des partenaires au développement sanitaires et des responsables des programmes spécifiques, on peut prendre comme **hypothèse de travail** que le système sanitaire béninois devra être restructuré en *36 zones sanitaires* environ. Il semble bien que ce chiffre sera un maximum. Il faut aussi préciser que le nombre de zones sanitaires variera d'un département à l'autre.

1.3. OBJECTIFS GÉNÉRAUX

- Redimensionner la base de la pyramide sanitaire en **zones sanitaires**, en respectant les limites des sous-préfectures mais en regroupant au besoin deux ou plusieurs sous-préfectures en une seule zone sanitaire.

- Améliorer la **qualité et l'accessibilité des soins en périphérie** en s'inspirant du **district sanitaire** comme système d'organisation des zones sanitaires.

- * en adoptant une approche pragmatique dans la définition et le fonctionnement des zones sanitaires
- * en dotant les zones sanitaires de moyens suffisants et adéquats, selon des critères définis
- * en intégrant les formations confessionnelles et privées sans but lucratif dans le fonctionnement général des zones sanitaires
- * en intégrant effectivement toutes les activités des programmes verticaux dans les soins périphériques, au fur et à mesure que se développeront les capacités opérationnelles des zones sanitaires
- * en définissant le minimum d'activités attendu de chaque échelon de la pyramide sanitaire

1.4. OBJECTIFS SPECIFIQUES

1°) Déterminer les zones sanitaires d'ici au 30 septembre 1995

2°) Mettre en place, avant la fin de l'an 2 (31 décembre 1996) deux zones sanitaires par Département (opérationnelles pour janvier 1997)

3°) Généraliser à tout le pays la restructuration en zones sanitaires pour le 31 décembre 1999

1.5. ACTIVITES

1°) Déterminer les zones sanitaires d'ici au 30/09/95

1. Adoption des textes réglementaires portant création des zones sanitaires
2. Création de la Cellule d'appui au développement des zones sanitaires
3. Elaboration des supports d'information nécessaires (brochures, guides, etc.)
4. Organisation d'un atelier départemental d'information avec les cadres responsables de la santé du secteur public et du secteur privé et les préfets

5. Organisation d'un atelier départemental de sensibilisation à la politique de zones sanitaires à l'intention des autorités locales (sous-préfets, ministres des cultes, responsables des associations de développement, etc.)
6. Sensibilisation des populations de toutes les sous-préfectures du pays par la mobilisation sociale
7. Sensibilisation des populations de toutes les sous-préfectures du pays par des émissions de radiotélévision
8. Détermination des zones sanitaires et choix des deux premières zones par département.

2°) **Mettre en place, avant la fin de l'an 2 (31/12/96), deux zones sanitaires par département**

1. Elaboration des modules de formation des membres de l'équipe d'encadrement des zones sanitaires (EEZS)
2. Mise en conformité avec les normes fonctionnelles des 12 premiers hôpitaux de zone
3. Mise en place des équipes d'encadrement, du personnel de l'hôpital de zone et du bureau de zone
4. Formation des équipes d'encadrement de zone
5. Formation du personnel des bureaux de zone
6. Préparation des modules de formation du personnel des centres de santé à la gestion des zones sanitaires (par département)
7. Formation, dans chaque zone sanitaire, des agents de santé des centres de santé (séminaire de lancement)
8. Supervision des centres de santé par les équipes d'encadrement
9. Organisation de la formation continue

3°) **Généraliser à tout le pays la restructuration en zones sanitaires pour le 31/12/1999**

1. Evaluation des 12 premières zones sanitaires
2. Révision des modules de formation et multiplication pour les zones sanitaires restantes
3. Stages (1 an) en chirurgie générale de 2 médecins généralistes par hôpital de zone. Formation en santé publique de 2 médecins généralistes par zone sanitaire.

4. Planification de la mise en conformité des hôpitaux de zone restants
5. Mise en conformité des hôpitaux de zone restants.

1.6. CONDITIONS DE SUCCES

- L'effectivité de la décentralisation des responsabilités
- La sensibilisation et l'engagement des populations concernées
- La stabilité du personnel impliqué.
- La motivation du personnel impliqué.

Décentraliser pour mieux gérer

2.1. RAPPEL SUCCINCT DU DIAGNOSTIC

- La gestion du système de santé n'est pas optimale
- Les infrastructures sont mal planifiées. La maintenance du matériel et des bâtiments est mal assurée
- Les ressources humaines ne sont pas bien gérées
- Les ressources matérielles sont insuffisantes et souvent inadéquates
- L'aide extérieure est peu coordonnée.

2.2. BASE CONCEPTUELLE DE LA REFORME

La résolution des problèmes évoqués ci-dessus passe par une décentralisation effective.

La décentralisation envisagée ne consiste pas en une simple réorganisation administrative. Il s'agit de contribuer à l'amélioration de la qualité des services sanitaires en permettant plus d'autonomie au niveau départemental dans les domaines ci-après :

- programmation des activités
- gestion des ressources humaines, financières, matérielles et des infrastructures

2.3. OBJECTIF GENERAL

L'objectif est de renforcer l'autonomie des DDS dans la gestion des ressources humaines et financières. Ainsi, le niveau central devient un lieu de définition de normes et de suivi de gestion, les DDS exerçant la plénitude des décisions de leur ressort.

Conformément au Décret 94 - 145 du 26 mai 1994 portant Organisation, Attribution et Fonctionnement du Ministère de la Santé, la Direction Départementale de la Santé réalise l'intégration de toutes les activités du Ministère de la Santé au niveau du Département. Elle jouit d'une certaine autonomie de gestion dont le champ et l'étendue seront fixés par Arrêté du Ministre.

Elle est chargée, sur le territoire relevant de sa compétence, de deux missions:

- mettre en oeuvre la politique sanitaire au niveau du Département;
- gérer les Services et Formations Sanitaires placés sous son autorité

Au titre de sa première mission, elle a pour rôle de:

- planifier, coordonner, superviser et contrôler les activités des Services de Santé.
- assurer la surveillance épidémiologique.
- veiller à l'application de la législation sanitaire en vigueur;
- veiller au bon fonctionnement de toutes les Formations Sanitaires publiques et privées du Département.
- mettre en oeuvre la politique nationale en matière d'hygiène et d'assainissement.
- assurer une bonne mise en oeuvre des Programmes nationaux tels que: Programme Elargi de Vaccination (PEV/SSP), Planification Familiale, Nutrition, Programme National de Lutte contre le Sida, Lèpre, Tuberculose, Paludisme, Dracunculose, Maladies diarrhéiques, etc. ;
- promouvoir et mettre en oeuvre la politique sanitaire en matière d'Information, Education, Communication (IEC) et offrir des services y afférents aux intervenants du milieu.
- promouvoir la recherche opérationnelle ainsi que la recherche en Médecine et Pharmacopée traditionnelles.
- mettre en oeuvre la politique sanitaire nationale en matière de pharmacie, d'analyses biomédicales et de transfusion sanguine.

Au titre de sa seconde mission, et dans le cadre des règlements et procédures en vigueur, elle a pour rôle de :

- assurer la gestion des ressources humaines, matérielles et financières;
- évaluer et suivre les travaux de génie civil;
- assurer l'entretien des équipements médicaux et du parc automobile.

2.4. OBJECTIFS SPECIFIQUES

1°) **Elaborer un cadre fonctionnel de la DDS** prenant en compte la mission, l'organisation et la gestion de la DDS correspondant au Décret 94-145 du 26 mai 1994.

2°) **Créer et organiser les services de la DDS et assurer leur fonctionnement**
Ces services sont prévus par ledit décret. Secrétariat administratif. Service administratif et financier. Service des études, planification et documentation. Service de protection et promotion sanitaire. Service infrastructures, maintenance, hygiène et assainissement. Service pharmacies, laboratoires et transfusions sanguines.

2.5. ACTIVITES

1°) **Elaborer un cadre fonctionnel de la DDS**

1. Elaboration de l'organigramme, définition des services, description des postes et des profils des chefs de service de la DDS.
2. Mise en place du personnel de la DDS.
3. Renforcement des mécanismes de concertation et de prise de décision appuyant l'autorité du DDS. En l'absence de ces mécanismes (il s'agit du Comité de Direction et du CDEEP), le DDS est contraint de se référer au niveau central.
4. Sensibilisation du personnel de santé à la décentralisation
5. Organisation de journées de réflexion pour élaborer et adopter un PLAN D'ACTION du cadre fonctionnel des DDS.
6. Mise en oeuvre et évaluation du plan d'action des DDS.
7. Evaluation du plan d'action des DDS.
8. Réhabilitation ou construction des locaux des DDS

2°) **Créer et organiser les services de la DDS et assurer leur fonctionnement**

1. Restructuration du CDEEP: cette structure doit être revue au point de vue de sa composition (parfois inadéquate), de la définition de ses attributions (actuellement trop nombreuses) et de son mode d'organisation (rythme des réunions, etc.).
2. Mise en place des structures intersectorielles d'appui à la mise en oeuvre des programmes spécifiques: il s'agit soit de programmes spécifiques de lutte contre telle ou telle pathologie, soit d'activités sanitaires à organiser avec des intervenants (associations, ONG, etc.) dans le cadre d'une convention de collaboration.

3. Extension de la délégation des crédits du budget national à toutes les DDS et décentralisation des fonds des programmes spécifiques (lutte contre le paludisme, la tuberculose, etc.).
4. Décentralisation effective de la gestion des carrières du personnel: recrutement, affectation, congés, sanctions, autorisations, attestations, suivi des dossiers, archivage.
5. Domiciliation des salaires au lieu de travail.
6. Mise en place d'un mécanisme systématique de monitoring et d'évaluation interne des DDS.
7. Formation du personnel des DDS. La décentralisation ne donnera des résultats satisfaisants que si elle est soutenue par un effort de formation. Cette formation devra être conçue en se basant sur l'inventaire des besoins réels en formation et la définition d'objectifs précis à atteindre. Les publics-cibles et le contenu de la formation à prévoir sont les suivants.
 - Formation du personnel des DDS et des responsables des CHD aux procédures de gestion décentralisée.
 - Formation des DDS, des directeurs centraux, des coordonnateurs de projets et des gestionnaires (C/SAFA, C/SAF et comptables) aux procédures des bailleurs de fonds.
 - Formation des responsables des services des DDS et des comptables des DDS aux procédures budgétaires (élaboration et exécution des projets de budgets-programmes, des propositions budgétaires et du budget prévisionnel).
 - Formation des responsables (médecins chefs de zone) et des gestionnaires (comptables) des zones sanitaires à la gestion de la zone.
 - Formation des membres des COGEZ, COGES et COGEC à la gestion du financement communautaire.

2.6. CONDITIONS DE SUCCES

Le succès de la décentralisation exige l'application de toutes les mesures d'accompagnement qui faciliteront la mise en place tant des structures que des ressources humaines (Ces mesures d'accompagnement figurent dans le tableau 2 du chapitre 3).

Mieux planifier pour mieux gérer

3.1. RAPPEL SUCCINCT DU DIAGNOSTIC

La gestion du système de santé n'est pas optimale

Les structures mises en place pour assurer la planification et la coordination des programmes et des projets sont peu opérationnelles.

L'aide extérieure est peu coordonnée.

Les besoins ne sont pas quantifiés de façon adéquate.

L'information sanitaire est peu fiable et peu utilisée dans la planification et la gestion, et ce à tous les niveaux du système.

3.2. BASE CONCEPTUELLE DE LA REFORME

Avec le Décret 94 - 145 du 26 mai 1994 portant Organisation, Attribution et Fonctionnement, le Ministère de la Santé dispose actuellement de la *structure* qui pourra lui permettre de planifier son action. Il s'agit de la DPCE (Direction de la Planification, de la Coordination et de l'Évaluation).

Quant aux *outils* disponibles, le MS peut compter sur:

- * le SNIGS (Système National d'Information et de Gestion Sanitaire)
- * la Carte sanitaire
- * le PTD (Plan Triennal de Développement)
- * le PCT (Programme de Coopération Technique)

Il s'agit donc de rendre cette structure et ces outils plus cohérents et opérationnels.

3.2.1. Description des outils de planification

- le Système National d'Information et de Gestion Sanitaire (SNIGS) permet la tenue à jour des données épidémiologiques et des données agrégées concernant le personnel et les infrastructures
- la Carte sanitaire présente une image du système sanitaire à un moment donné, aussi bien pour le secteur public que pour le secteur privé. Elle permet le relevé, par commune, sous-préfecture ou département, de la population, du type de structure sanitaire, de l'infrastructure et de l'équipement présents, des logements disponibles, du personnel affecté, de quelques indicateurs, de quelques données financières et de l'identification des bailleurs de fonds
- le Plan Triennal de Développement (PTD) regroupe, selon une logique qui lui est propre (buts, objectifs, stratégies et programmes), les interventions des divers bailleurs de fonds. Il est à "horizon glissant", c'est-à-dire que les prévisions sont mises à jour chaque année pour la période triennale suivante. Il distingue les investissements des frais récurrents. Il permet une présentation analytique ou synthétique des interventions des bailleurs selon de multiples points de vue, par source de financement, par sous-préfecture, par programme, par thème, par montant investi, etc. (Cf. chapitre 2)
- Le Programme de Coopération Technique (PCT) doit permettre l'inventaire des besoins du MS en formation, en expertise, en consultations ainsi que le calendrier d'exécution correspondant

3.2.2. Problèmes à résoudre pour une utilisation efficace de cette structure et de ces outils

- La DPCE ne dispose pas encore de toutes les ressources nécessaires pour son fonctionnement correct
- Les statistiques ne sont pas fiables
- L'analyse des statistiques est insuffisante
- L'utilisation effective des statistiques reste encore limitée
- Le PTD ne fait que l'inventaire des financements acquis
- La carte sanitaire est peu vulgarisée et reste incomplète.
- Le PCT n'est pas opérationnel.
- Les différents outils reposent sur des conceptions différentes et nécessitent des procédures de recueil et de traitement des données différentes.

3.3. OBJECTIFS GENERAUX

La réforme à réaliser dans le domaine de la planification vise deux objectifs:

- Améliorer l'utilisation de l'information sanitaire afin d'aboutir à une meilleure gestion et à l'élaboration de plans d'action à tous les niveaux du système de santé
- Améliorer au niveau central du Ministère les mécanismes de planification, de programmation et de coordination tout en tenant compte des réformes relatives:
 - 1°) à l'autonomie des DDS
 - 2°) au fonctionnement du système en zones sanitaires
 - 3°) à l'amélioration des mécanismes d'utilisation des ressources

3.4. OBJECTIFS SPECIFIQUES

1°) **Renforcer la Direction de la Planification, de la Coordination et de l'Evaluation** pour lui permettre de faire face aux missions suivantes:

- L'actualisation de la politique sanitaire nationale
- La coordination des programmes et projets du secteur
- L'appui aux DDS devenues autonomes dans leur fonction de planification / programmation décentralisée
- L'intégration progressive des programmes verticaux aux activités des formations sanitaires périphériques, en commençant par les zones sanitaires fonctionnelles

2°) **Harmoniser les différentes sources d'information existantes**

Cette harmonisation suppose

- Une définition commune des concepts, des rubriques et des critères utilisés (exemple : adoption du critère de fonctionnalité des structures sanitaires au lieu du critère de conformité)
- Un seul mécanisme de recueil des données
- Un mécanisme de validation des données sur le terrain
- Une présentation des données décomposable jusqu'au premier niveau de contact
- Une possibilité d'utilisation des données au niveau des DDS et des zones sanitaires

3°) **Améliorer les instruments de coordination et d'évaluation des activités du secteur.** Cette amélioration implique :

- la restructuration du CNEEP et de ses antennes départementales (CDEEP)
- la revitalisation du cadre de concertation des partenaires au développement sanitaire
- la maîtrise du système d'information par les cadres du MS

3.5. ACTIVITES

1°) **Renforcer la Direction de la Planification, de la Coordination et de l'Evaluation (DPCE)**

1. Mise en place de la DPCE
2. Affectation et mise en place du personnel complémentaire
3. Stage et recyclage du personnel de la DPCE

2°) **Harmoniser les différentes sources d'information existantes**

1. Harmonisation et intégration des concepts et des méthodes de collecte, de validation et de présentation des données du SNIGS, du PTD et de la Carte sanitaire
2. Formation des acteurs impliqués dans l'élaboration et l'utilisation des outils de planification au niveau intermédiaire et en périphérie du système sanitaire
3. Elaboration du PCT - Actualisation du PCT
4. Actualisation annuelle du PTD
5. Actualisation périodique de la Carte sanitaire

3°) **Améliorer les instruments de coordination et d'évaluation des activités du secteur**

1. Actualisation du Décret 90-236 portant création, composition, attributions et fonctionnement du CNEEP
2. Organisation régulière des réunions du CNEEP
3. Révision du cadre de concertation périodique avec les partenaires au développement sanitaire
4. Organisation de la concertation périodique avec les partenaires

5. Formation des cadres béninois du niveau central et intermédiaire à l'utilisation du PTD, du SNIGS et de la Carte sanitaire, ainsi qu'à leur mise en oeuvre à des fins de programmation et de suivi
6. Informatisation des DDS et décentralisation des outils de planification à leur niveau
7. Informatisation des zones sanitaires et décentralisation des outils de planification à leur niveau

3.6. CONDITIONS DE SUCCES

Mise en oeuvre effective des mesures d'accompagnement identifiées (Voir tableau 3 du chapitre 3).

LA MOBILISATION ET L'UTILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES

Davantage d'efficacité, d'efficience et d'équité dans la gestion des ressources

4.1. RAPPEL SUCCINCT DU DIAGNOSTIC

Les structures de gestion ne sont pas assez performantes
Le financement du secteur de la santé reste insuffisant et inéquitable
Près de 90 % des formations sanitaires publiques mettent en oeuvre l'Initiative de Bamako avec plus ou moins de succès, mais l'implication de la communauté dans la gestion des programmes de santé par le canal du financement communautaire demeure encore limitée.

L'élaboration des budgets-programmes des divers niveaux du système de santé est peu adéquate. Cette élaboration, entamée comme une démarche de détermination des ressources selon l'estimation des besoins de base, finit comme une réallocation sous contrainte de ressources nationales insuffisantes.

4.2. BASE CONCEPTUELLE DE LA REFORME

En termes économiques, la mise en oeuvre d'une politique de santé nécessite la mobilisation de ressources (propres ou externes) utilisées pour atteindre des objectifs mesurables par des indicateurs de santé publique.

Les objectifs de la politique sanitaire du Bénin sont entre autres de promouvoir l'expansion des soins de santé primaires et de répondre aux besoins de la population. La façon dont les ressources sont allouées détermine la cohérence globale de tout le système de santé et traduit dans les faits les intentions affichées

L'allocation des ressources doit se faire selon une procédure basée sur:

- les besoins de santé des populations, exprimés au travers des priorités sanitaires évaluées à partir du niveau périphérique et des grandes orientations de la politique de santé du pays ;
- le coût des services de santé et leur structure en distinguant la distinction entre charges récurrentes et charges d'investissement ;
- l'inventaire et la mobilisation de toutes les ressources disponibles ;
- des résultats attendus.

4.3. OBJECTIFS GENERAUX

Le Ministère de la Santé, par la présente réforme de structure et de fonctionnement, vise à :

- Assurer une cohérence entre besoins et ressources

L'élaboration des budgets-programmes à partir de la base de la pyramide sanitaire doit se baser sur une juste appréciation des besoins. Le processus de budgétisation doit prendre en compte toutes les sources de financement existantes. L'allocation finale des ressources provenant de l'Etat doit respecter la vérité budgétaire ainsi recherchée.

- Assurer l'équité et l'efficacité dans l'utilisation des ressources

La politique de financement du secteur de la santé doit être étudiée de manière à utiliser au mieux les fonds disponibles, notamment en ce qui concerne les modalités du financement extérieur (dons ou prêts) ainsi que la place et l'importance du financement communautaire

- Améliorer la coordination des sources de financement et la capacité d'absorption des aides extérieures

Le financement extérieur doit être mieux coordonné et une meilleure connaissance des procédures doit permettre une meilleure absorption de l'aide

4.4. OBJECTIFS SPECIFIQUES

Assurer une cohérence entre besoins et ressources

- 1°) Renforcer la Direction des Services Administratifs et Financiers
- 2°) Mettre en place un mécanisme de coordination et d'évaluation de l'ensemble des composantes du système budgétaire (budget du MS résultant des budgets-programmes + financement communautaire + apports des partenaires au développement)
- 3°) Améliorer les procédures d'élaboration des budgets-programmes

Assurer l'équité et l'efficacité dans l'utilisation des ressources

- 4°) Réviser la politique de financement du secteur

Améliorer la coordination des sources de financement et la capacité d'absorption des aides extérieures.

5°) Renforcer les mécanismes de coordination de l'aide extérieure

6°) Renforcer la capacité d'absorption de l'aide extérieure

4.5. ACTIVITES

1°) Réviser la politique de financement du secteur

1. Revue des modalités de financement du secteur
2. Proposition et adoption d'une nouvelle politique de financement du secteur
3. Vulgarisation de la nouvelle politique par une large diffusion du document et l'organisation de séances d'explication
4. Supervision et formation du personnel de santé et des membres des comités de gestion

2°) Rendre l'Initiative de Bamako opérationnelle dans toutes les formations sanitaires

1. Evaluation de la participation communautaire
2. Généralisation du système harmonisé de gestion du financement communautaire via les COGES et COGEC
3. Formation et recyclage du personnel de santé et des membres des comités de gestion
4. Organisation de voyages d'étude pour des responsables des comités de gestion dans les zones opérationnelles
5. Organisation de voyages d'étude pour des cadres du Ministère dans des pays de la sous-région
6. Supervision de la gestion du recouvrement des coûts

3°) **Renforcer la Direction des Services Administratifs et Financiers**

1. Mise en place de la DSAF
2. Affectation du personnel complémentaire
3. Stages de recyclage du personnel de la DSAF

4°) **Mettre en place un mécanisme de coordination et d'évaluation de l'ensemble des composantes du système budgétaire**

1. Mise en place des EEZS, base de la microplanification
2. Renforcement des unités de planification au niveau central et au niveau des DDS
3. Formation des agents du niveau central à l'utilisation des outils informatiques de planification
4. Formation et recyclage du personnel à tous les niveaux
5. Recrutement, stage de recyclage et affectation de 2 comptables par zone sanitaire
6. Amélioration de l'organisation des campagnes budgétaires
7. Amélioration du contrôle budgétaire
8. Suivi et supervision des activités
9. Supervision et évaluation du système budgétaire et comptable mis en place.

5°) **Améliorer les procédures d'élaboration des budgets-programmes**

1. Formation-recyclage du personnel soignant à la technique du budget-programme
2. Formation-recyclage des membres des comités de gestion à la technique du budget-programme

6°) **Renforcer les mécanismes de coordination de l'aide extérieure**

1. Revitalisation des organes chargés du suivi et de l'exécution des programmes (CNEEP)

7°) **Renforcer la capacité d'absorption de l'aide extérieure**

1. Formation des cadres du Ministère aux règles et procédures de financement et de décaissement des partenaires
2. Formation du personnel de santé aux procédures de financement des partenaires.

4.6. CONDITIONS DE SUCCES

- Concertations périodiques entre le Ministère de la Santé, le Ministère des Finances et le Ministère du Plan et de la Restructuration Economique dans le cadre de l'allocation des ressources en vue d'éviter les coupes sombres dans le budget.
- Accroissement du pourcentage du budget du secteur Santé jusqu'à 6 % au moins dans le budget de l'Etat

Section 5

LES RELATIONS ENTRE SECTEUR PUBLIC ET SECTEUR PRIVE

A. Le secteur privé lucratif

Réglementer pour garantir une bonne pratique

5.1. RAPPEL SUCCINCT DU DIAGNOSTIC

Le secteur privé n'est pas entièrement réglementé et n'est pas intégré complètement au système sanitaire national.

5.2. BASE CONCEPTUELLE DE LA REFORME

Le secteur privé est divisé en sous-secteurs qui ne partagent pas la même conception de ce qu'il faut entendre par "exercice privé de la médecine"

Les distinctions suivantes sont fondamentales

- le secteur privé proprement dit ou secteur privé lucratif
- le secteur privé confessionnel;
- et le secteur coopératif

Les deux derniers secteurs feront l'objet des sections 6 et 7

Le secteur privé lucratif se caractérise par une offre de services (soins) et de produits (médicaments) répondant à la demande solvable d'individus vis-à-vis desquels le prestataire n'a qu'une obligation déontologique de bonne pratique professionnelle dans une relation de praticien à patient (ou de pharmacien à client); Les dimensions de médecine communautaire sont absentes de cette prestation de services (promotion de la prévention collective, prise en charge globale des problèmes de santé d'une population donnée, responsabilité pour une zone géographique définie, primauté de l'accessibilité aux soins sur la recherche légitime du profit, etc.). La loi peut imposer certaines limites au fonctionnement de cette prestation de services, par exemple par la fixation de tarifs pour les prestations.

5.3. OBJECTIFS GENERAUX

La réforme du Ministère de la Santé vise à :

- Réglementer le secteur privé lucratif en prenant les textes juridiques, législatifs et déontologiques nécessaires
- Assurer la promotion du secteur privé et une meilleure collaboration entre les secteurs public et privé
- Lutter contre la vente illicite des produits pharmaceutiques et l'exercice illégal des professions médicales et paramédicales.

5.4. OBJECTIFS SPECIFIQUES

Réglementer le secteur privé lucratif par les textes juridiques, législatifs et déontologiques nécessaires

1°) Adopter la législation sur l'exercice en clientèle privée

2°) Renforcer les différents ordres professionnels du secteur

Assurer la promotion du secteur privé et une meilleure collaboration entre le secteur privé et le secteur public

3°) Promouvoir le secteur privé

4°) Renforcer la collaboration entre secteur privé et secteur public

Lutter contre la vente illicite des produits pharmaceutiques et l'exercice illégal des professions médicales et paramédicales

5°) Lutter contre la vente illicite des produits pharmaceutiques

6°) Lutter contre l'exercice illégal de la médecine

5.5. ACTIVITES

1°) **Adopter la législation sur l'exercice en clientèle privée**

1. Suivi du projet de loi soumis au Parlement
2. Adoption des textes d'application de la loi

2°) **Renforcer les différents ordres professionnels du secteur**

1. Révision des textes existants
2. Elaboration des textes pour les ordres non encore réglementés
3. Saisine du Parlement pour l'adoption des textes

3°) **Promouvoir le secteur privé**

1. Recensement des cliniques privées
2. Identification des besoins en formation du personnel du secteur privé lucratif
3. Programmation des formations et organisation des séminaires

4°) **Renforcer la collaboration entre secteur privé et secteur public**

1. Mise en place d'un mécanisme de concertation en vue de l'harmonisation des modalités de l'action sanitaire sur le terrain

5°) **Lutter contre la vente illicite des produits pharmaceutiques**

1. Renforcement du cadre juridique relatif à la fabrication, la détention, la distribution ou la vente des médicaments
2. Réglementation et contrôle de l'importation des dons de médicaments
3. Information, sensibilisation et éducation des populations par les mass-médias, les comités de gestion et les services de santé
4. Organisation de séances de sensibilisation des prescripteurs

6°) **Lutter contre l'exercice illégal de la médecine**

1. Renforcement de l'inspection pharmaceutique
2. Création de l'inspection médicale

5.6. CONDITIONS DE SUCCES

La mise en oeuvre effective de la réglementation des divers ordres professionnels et de l'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales

LES RELATIONS ENTRE SECTEUR PUBLIC ET SECTEUR PRIVE

B. Les secteurs privé et confessionnel à caractère social

Collaborer pour une meilleure couverture sanitaire

6.1. RAPPEL SUCCINCT DU DIAGNOSTIC

Le secteur privé à but non lucratif (ONG, organisations confessionnelles) occupe une place non négligeable dans le secteur de la santé.

6.2. BASE CONCEPTUELLE DE LA REFORME

Les problèmes de couverture sanitaire et d'accessibilité aux soins de la population imposent la collaboration de tous les intervenants.

Les Secteurs Privé et Confessionnel à caractère social présentent les caractéristiques suivantes

- la faible coopération au sein de ces secteurs
- l'insuffisance de contrôle des activités de ces secteurs par la DNPS et les DDS
- l'absence de base juridique régissant ces établissements fait que le droit de personnalité morale dans ces secteurs est directement exercé par les responsables des dites structures.

La participation effective de ces secteurs à la mise en oeuvre de la politique sanitaire nationale devra se faire sur deux plans

a) **le plan juridique** : Elaboration d'un cadre légal dans lequel s'inscriront entre autres les conventions passées entre ces secteurs

b) **le plan opérationnel** : Implication des structures desdits secteurs dans le réseau sanitaire national mis en place

6.3. OBJECTIFS GENERAUX

- Réglementer les secteurs privé et confessionnel à caractère social en sauvegardant l'intérêt de ces secteurs
- Collaborer sur des bases claires pour une meilleure couverture sanitaire de la population
- Etendre la formation et le recyclage du personnel de santé à ces secteurs

6.4. OBJECTIFS SPECIFIQUES

Réglementer les secteurs privé et confessionnel à caractère social en sauvegardant l'intérêt de ces secteurs

1°) Adopter la législation de ces secteurs, qui garantisse leurs caractères spécifiques

Collaborer sur des bases claires pour une meilleure couverture sanitaire de la population

2°) Instaurer un cadre de concertation entre le MS et ces secteurs

Etendre la formation et le recyclage du personnel de santé à ces secteurs

3°) Former-recycler le personnel de santé de ces secteurs

6.5. ACTIVITES

1°) Adopter la législation de ces secteurs, qui garantisse leurs caractères spécifiques

1. Elaboration et adoption des textes législatifs relatifs à ces secteurs
2. Vulgarisation desdits textes
3. Renforcement de la Division des Soins Hospitaliers de la DNPS

2°) Instaurer un cadre de concertation entre le MS et ces secteurs

1. Organisation de réunions périodiques de concertation

3°) Former et recycler le personnel de santé de ces secteurs

1. Recensement des besoins en formation et recyclage de ces secteurs
2. Programmation de la formation et du recyclage du personnel de ces secteurs
3. Formation et recyclage du personnel de santé de ces secteurs

6.6. CONDITIONS DE SUCCES

Il faut une définition claire des intentions et des positions des responsables de ces secteurs dans la mise en application de la politique sanitaire nationale

Section 7

LES RELATIONS ENTRE SECTEUR PUBLIC ET SECTEUR PRIVE

C Le secteur coopératif

Collaborer pour une meilleure couverture sanitaire

7.1. RAPPEL SUCCINCT DU DIAGNOSTIC

Le projet de *Cliniques Coopératives de Santé*, soutenu principalement par le PNUD, s'inscrit dans le cadre de la Dimension Sociale de Développement (DSD), dont le but est d'atténuer les effets négatifs du Programme d'Ajustement Structurel. Commencé en 1991, il vise à contribuer à la résorption du chômage des jeunes diplômés de santé.

Dix sur 15 cliniques prévues ont été ouvertes. Le projet, dont les premiers résultats sont concluants, connaît des difficultés de financement. Le PNUD, pour son appui ultérieur, recommande que le dossier soit inscrit à la Table Ronde Sectorielle de la Santé.

7.2. BASE CONCEPTUELLE DE LA REFORME

La coopération entre le secteur public et le secteur privé coopératif s'inscrit dans le cadre des objectifs poursuivis par le Projet *Cliniques Coopératives de Santé* (CCS), cofinancé par le PNUD, l'OMS et le Bénin, et vise les objectifs essentiels ci-après :

- contribuer à la résorption du chômage des jeunes diplômés du secteur de la santé (médecins, infirmiers, sages-femmes, assistants sociaux.)
- contribuer à l'amélioration, sur le plan qualitatif et quantitatif, de la couverture sanitaire des populations défavorisées des zones urbaines et suburbaines.

En termes de résultats attendus, le projet présente le bilan suivant:

- a) Sur les quinze (15) cliniques initialement prévues, dix (10) ont pu être ouvertes: trois (3) dans l'Ouémé, trois (3) dans l'Atlantique, deux (2) dans le Zou, une (1) dans le Mono et une (1) dans le Borgou.
- b) Le financement pour l'installation prend la forme d'un prêt pour un montant de 6.000.000 à 7.500.000 de FCFA.
- c) Des cinq (5) premières cliniques installées, trois (3) remboursent régulièrement leur emprunt. Le coût des prestations est intermédiaire entre ceux des

formations sanitaires publiques et ceux des cliniques privées lucratives. Les remboursements du prêt effectués par les cliniques doivent servir à l'installation d'autres cliniques.

d) La réunion tripartite d'évaluation du projet à mi-parcours, tenue en juillet 1993, a jugé que l'expérience, assez concluante, mérite d'être soutenue et poursuivie sur la base de certaines recommandations et propositions en vue de son développement dans la sous-région

Parmi les recommandations mentionnons

- la formation du personnel des cliniques en gestion des Soins de Santé Primaires (SSP) et en gestion coopérative
- la mise en place d'un système de gestion comptable et financière propre à ces structures
- la supervision de ces cliniques par les Directions Départementales de la Santé (DDS) dans le respect de leur caractère spécifique

7.3. OBJECTIF GENERAL

Pérenniser les acquis du *Projet Cliniques Coopératives de Santé*

7.4. OBJECTIFS SPECIFIQUES

- 1°) Améliorer et renforcer la coordination des cliniques coopératives
- 2°) Améliorer le fonctionnement et la gestion des cliniques coopératives
- 3°) Programmer et mettre en place l'installation de cinq cliniques coopératives par an sur cinq ans

7.5. ACTIVITES

- 1°) **Améliorer et renforcer la coordination des cliniques coopératives**
 - 1 Redéfinition de la mission des cliniques coopératives
 2. Renforcement de l'équipe de coordination et amélioration de ses activités de supervision
- 2°) **Améliorer le fonctionnement et la gestion des cliniques coopératives**

1. Elaboration et application d'un système de gestion financière et comptable propre
 2. Elaboration et vulgarisation d'un guide d'action des cliniques coopératives
 3. Formation et recyclage du personnel
 4. Renforcement de la supervision des cliniques coopératives
- 3°) **Programmer et mettre en place l'installation de cinq cliniques coopératives par an pendant cinq ans**
1. Elaboration et adoption d'une carte d'installation des cliniques coopératives à partir de la Carte sanitaire nationale
 2. Elaboration et adoption des critères d'appréciation et des critères d'installation par le CNEEP
 3. Sélection des dossiers d'installation par le CNEEP
 4. Installation de 5 cliniques coopératives par an pendant 5 ans

7.6. CONDITIONS DE SUCCES

Adoption et application d'une réglementation de l'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales

La supervision et le contrôle, éléments d'amélioration de la mise en oeuvre et du suivi des programmes.

8.1. RAPPEL SUCCINCT DU DIAGNOSTIC

Les supervisions sont qualitativement et quantitativement insuffisantes à tous les niveaux. Lorsqu'elles sont réalisées, elles s'intéressent peu aux aspects techniques. Les supervisions spécialisées ne donnent pas souvent satisfaction aux agents supervisés.

Le contrôle est insuffisant à tous les niveaux.

8.2. BASE CONCEPTUELLE DE LA REFORME

La responsabilité en matière de supervision et de contrôle de chaque niveau hiérarchique vis-à-vis du niveau immédiatement inférieur doit être mieux définie. Le niveau central forme et supervise le niveau intermédiaire, lequel exerce le même genre de responsabilités vis-à-vis du niveau périphérique.

Les rôles et les responsabilités de chacun ainsi que les profils, activités et tâches propres à chaque poste à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et pour toutes les directions techniques doivent être clairement définis.

Les supervisions et les contrôles à chaque niveau doivent être planifiés après la mise au point de leurs objectifs, de leur contenu, de leur fréquence, de leur durée, etc.

8.3. OBJECTIFS GENERAUX

- Assurer la supervision effective de toutes les activités à tous les niveaux
- Rendre la supervision formative et éducative
- Renforcer les capacités en matière d'exécution et de suivi des programmes à tous les niveaux
- Assurer le contrôle et l'exécution des activités à tous les niveaux

8.4. OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Superviser et évaluer, par le niveau central, le niveau intermédiaire et les zones sanitaires, ainsi que les programmes de santé.
2. Superviser et évaluer, par l'équipe départementale, les hôpitaux et les zones sanitaires.
3. Superviser, par l'équipe d'encadrement de zone sanitaire, les formations sanitaires périphériques.
4. Améliorer les compétences des agents supervisés.
5. Améliorer les connaissances en management des responsables de programme à tous les niveaux.
6. Contrôler tous les niveaux par le niveau central.
7. Contrôler, par l'équipe départementale, le niveau intermédiaire et les zones sanitaires.
8. Contrôler, par l'équipe d'encadrement des zones sanitaires, les formations sanitaires périphériques.

8.5. ACTIVITES

- Mise à la disposition de l'équipe du niveau central de toutes les ressources nécessaires à la supervision de toutes les activités.
- Renforcement des DDS en ressources humaines pour l'équipe départementale chargée de la supervision des hôpitaux et des zones sanitaires.
- Mise en place des ressources matérielles et financières nécessaires à la supervision.
- Planification et organisation des formations-recyclages à tous les niveaux.
- Planification des formations.
- Mise à la disposition de l'équipe du niveau central de toutes les ressources nécessaires au contrôle.
- Mise à la disposition de l'équipe départementale des ressources financières et matérielles nécessaires au contrôle.
- Mise à la disposition de l'équipe d'encadrement de zone des ressources matérielles et financières nécessaires au contrôle.

8.6. CONDITIONS DE SUCCES

Supervision intégrée de tous les programmes (verticaux et horizontaux)

Chapitre 2. PROGRAMMATION DES AXES DE REFORME

Les différents axes de réforme tels qu'ils ont été développés dans le premier chapitre ont été compilés dans une grille générale reprenant les différents objectifs spécifiques, les activités (actions à entreprendre et mesures d'accompagnement), les responsables, le calendrier d'exécution, ainsi que des indicateurs de suivi et d'évaluation.

Ces différentes *grilles d'activités* (une grille par axe de réforme) sont présentées en premier lieu dans les pages qui suivent.

A partir de ces grilles, un *chronogramme* a été établi afin de situer l'ensemble des activités à entreprendre sur la période concernée de cinq ans.

Une budgétisation, par axe de réforme, a ensuite été entreprise pour toutes les activités des différentes grilles. Pour chaque activité, on a été utilisé un tableau standardisé reprenant investissements (génie civil, équipements, formation, assistance technique, fonds de roulement), coûts récurrents fixes (rémunérations, carburant, maintenance) et coûts récurrents variables (petit matériel, consommables, médicaments). En fait, pour faciliter la lecture du document, le coût de chaque activité a déjà été rajouté dans la présentation des différentes grilles d'activités (dernière colonne des grilles). La présentation finale de la *budgétisation* se présente donc par axe de réforme et rubrique budgétaire, mais dans la première colonne de ces tableaux a été repris le « code » correspondant aux différentes activités établies lors de la confection des grilles d'activités.

Un travail de *synthèse* présente le coût global des axes de réforme ventilé successivement par axes, par niveau de la pyramide sanitaire, par investissements et par coûts récurrents.

Enfin, une analyse des *besoins nécessaires en personnel* pour la réalisation des réformes est présentée à la fin du premier chapitre.

AXES DE REFORME

2.1. PRESENTATION DES « GRILLES D'ACTIVITES »

Thème N° 1 LE FONCTIONNEMENT DE LA BASE DE LA PYRAMIDE SANITAIRE
 Objectif général Améliorer la qualité des soins aux populations

Objectifs spécifiques	Activités		Responsable	Calendrier d'exécution	Indicateurs de suivi et d'évaluation	Coût de l'activité (en milliers de F CFA)		
	Code	Actions à entreprendre					Mesures d'accompagnement	
1*) Déterminer les zones sanitaires d'ici au 30-09-95	1 1 1	Adoption des textes réglementaires portant création des zones sanitaires	Comité de rédaction	DC	1er trimestre 95	Textes ongs	1 000	
	1 1 2	Création de la cellule d'appui au développement des zones sanitaires		DC	1er trimestre 95		421 250	
	1 1 3	Elaboration des supports d'information nécessaires (brochures, guides, etc.)	Cellule d'appui au développement des ZS	DAC responsable cellule d'appui		1er trimestre 95	Supports élaborés	7 200
	1 1 4	Organisation d'un atelier départemental d'information avec les cadres responsables de la santé du secteur public, du secteur privé et les préfets		DDS		2e trimestre 95	Rapports d'ateliers	7 200
	1 1 5	Organisation d'un atelier départemental de sensibilisation à la politique de zones sanitaires à l'intention des autorités locales (sous-préfets, ministres des cultes, responsables des associations de développement, etc.)		DDS préfets		2e trimestre 95	Rapports d'ateliers	7 200
	1 1 6	Sensibilisation des populations de toutes les sous-préfectures du pays par la mobilisation sociale		Medecin-chef de CSSP COGES		2e trimestre 95	Comptes rendus des séances de sensibilisation	5 000
	1 1 7	Sensibilisation des populations de toutes les sous-préfectures du pays par des émissions de radio-télévision		Attache de presse/MS		2e trimestre 95 et 1 à 2 mois avant la mise en place de chaque ZS	Nombre d'émissions radio-télévisées	1 200
	1 1 8	Détermination des 36 zones sanitaires et choix des 2 premières zones par département	- Critères de sélection - Arrêté d'application du Décret - Définition des statuts et des fonctions des médecins des CSSP/NTHZ	DAC responsable de la cellule d'appui		2e trimestre 95 au plus tard	Nouvelle carte sanitaire	20 000
2*) Mettre en place, avant la fin de l'an 2, deux zones sanitaires par	1 2 1	Elaboration des modules de formation des membres de l'équipe d'encadrement des zones sanitaires		DAC responsable de la cellule d'appui		2e trimestre 95 au plus tard	Modules de formation	48 000

* Code =
 - le premier chiffre représente le n° de l'axe concerné
 - le deuxième chiffre représente le n° de l'objectif spécifique
 - le troisième chiffre représente le rang de l'activité

Thème N° 1 LE FONCTIONNEMENT DE LA BASE DE LA PYRAMIDE SANITAIRE

Objectif général : Améliorer la qualité des soins aux populations

Objectifs spécifiques	Activités		Responsable	Calendrier d'exécution	Indicateurs de suivi et d'évaluation	Coût de l'activité	
	Code	Actions à entreprendre					Mesures d'accompagnement
	1.2.2	Mise en conformité avec les normes fonctionnelles des 12 premiers hôpitaux de zone	- Normes architecturales - Plateaux techniques - Cadre du personnel des HZ /bureaux Z. - Dotaton initiale en ME Mesures assurant la viabilité de la CA et l'accessibilité des ME après la dévaluation.	DIEM	Fin 1996 au plus tard	PV de reception des infrastructures et des équipements	11 613 000
	1.2.3	Mise en place des équipes d'encadrement, du personnel de l'hôpital de zone et du bureau de zone	Mesures d'affectation ou de recrutement du personnel	DAC DSAF responsable de la cellule d'appui	3e trimestre 96	Arrêtés de nomination et titres d'affectation	PM
	1.2.4	Formation des équipes d'encadrement de zone (EEZS)		DAC responsable de la cellule d'appui	Octobre 96 Octobre 98 Octobre 99	Rapports de séminaires de formation	9 000
	1.2.5	Formation du personnel des bureaux de zone		DAC responsable de la cellule d'appui	Octobre 96 Octobre 98 Octobre 99	Rapports de séminaires de formation	PM 1 2 4
	1.2.6	Préparation des modules de formation du personnel des centres de santé à la gestion des zones sanitaires (par département)	Constitution d'un comité de 14 personnes (1 représentant par zone + 2 DDS)	DDS responsables des EEZS	Novembre 1996	Modules de formation	PM AXE 2
	1.2.7	Formation, dans chaque zone sanitaire, des agents de santé des centres de santé (séminaire de lancement)		DDS responsables des EEZS	Décembre 1996 Décembre 98 Décembre 99	Rapports de formation	PM 1 2 2
	1.2.8	Supervision des centres de santé par les équipes d'encadrement	Canevas de supervision	Médecins-chefs de zones	1997-1999	Rapports de supervision	PM 1 2 2
	1.2.9	Organisation de la formation continue		Médecins-chefs de zones	2e trimestre 1997 -> 1999	Rapports de formation	PM 1 2 2
3*) Généraliser à tout le pays la restructuration en zones sanitaires pour le 31/12/1999	1.3.1	Evaluation des 12 premières zones sanitaires	Comité d'évaluation	DAC responsable de la cellule d'appui	-1ère phase janvier 98 -2e phase décembre 98	Rapports d'évaluation	43 750

Thème N° 1 LE FONCTIONNEMENT DE LA BASE DE LA PYRAMIDE SANITAIRE
Objectif général : Améliorer la qualité des soins aux populations.

Objectifs spécifiques	Activités		Responsable	Calendrier d'exécution	Indicateurs de suivi et d'évaluation	Coût de l'activité (en milliers de F CFA)
	Code	Actions à entreprendre Mesures d'accompagnement				
	1.3.2	Révision des modules de formation et multiplication pour les zones sanitaires restantes	DAC responsable de la cellule d'appui	1er trimestre 98	Modules révisés	PM 1 3 1
	1.3.3	Stages (1 an) en chirurgie générale de 2 médecins généralistes par hôpital de zone. Formation en santé publique de 2 médecins généralistes par zone sanitaire	DPCE	Septembre 95 - Juin 96 Septembre 97 - Juin 98 Septembre 98 - Juin 99	Attestations et diplômes de formation	900 000
	1.3.4	Planification de la mise en conformité des hôpitaux de zone restants	DPCE	1997-1998	Plans rédigés	PM 1 1 2
	1.3.5	Mise en conformité des hôpitaux de zone restants	DIEM	- 12 hôpitaux avant fin 1998 - les hôpitaux restants avant fin 1999	PV de réception des infrastructures et des équipements	14 57 500

Thème N° 2 : DECENTRALISATION

Objectif général: Renforcer l'autonomie des DDS dans la gestion des ressources humaines et financières

Objectifs spécifiques	Activités		Responsable	Calendrier d'exécution	Indicateurs de suivi et d'évaluation	Coût de l'activité (en milliers de F CFA)	
	Code	Actions à entreprendre					Mesures d'accompagnement
1*) Elaborer un cadre fonctionnel de la DDS	2.1.1	Elaboration de l'organigramme, définition des services, description des postes et des profils des chefs de service de la DDS	Prise d'un nouvel arrêté portant organisation, attribution et fonctionnement des DDS	DAC DDS	1er trimestre 95	Textes pris et rapports	PM
	2.1.2	Mise en place du personnel de la DDS	Prise de l'arrêté de nomination des chefs de service et titres d'affectation du personnel	DAC DSAF DDS	1er trimestre 95	Arrêtés de nominations	47 500
	2.1.3	Renforcement des mécanismes de concertation et de prise de décision appuyant l'autorité du DDS	Prise de notes circulaires et de divers actes précisant les pouvoirs du DDS	DAC DSAF DDS	2e trimestre 95	Rapports	9 150
	2.1.4	Sensibilisation du personnel de santé à la décentralisation		DAC SAF DDS	2e trimestre 95	Rapports	8 000
	2.1.5	Organisation de journées de réflexion pour élaborer et adopter un PLAN D'ACTION du cadre fonctionnel des DDS		DAC DDS DPCE	1er trimestre 95	Rapport final	PM 2 1 4
	2.1.6	Mise en oeuvre du plan d'action des DDS		DDS	A partir du 3e trimestre 95	Rapports	1 000
	2.1.7	Evaluation du plan d'action des DDS		DAC DPCE DDS	-Evaluation nationale en janvier 98 -Evaluation départementale annuelle	Rapports d'évaluation	PM 1 1 2
	2.1.8	Réhabilitation ou construction des locaux des DDS		DIEM	1995-1996		155 500
2*) Créer et organiser les services de la DDS et assurer leur fonctionnement	2.2.1	Restructuration du COEEP	Prise d'un texte	DAC DPCE DDS	1er trimestre 95	Acte pris	14 400
	2.2.2	Mise en place des structures intersectorielles d'appui à la mise en oeuvre des programmes ou des activités spécifiques	Conventions de collaboration selon les programmes ou les activités envisagés	DC DDS DNPS DPCE	2e trimestre 95	Conventions signées et rapports	PM 2 2 1
	2.2.3	Extension de la délégation des crédits du budget national à toutes les DDS et décentralisation des fonds des programmes spécifiques		DC DSAF DDS	1er trimestre 95	Acte d'extension de la délégation de crédit aux DDS Atlantique et Ouémé	PM 2 2 1

Thème N° 2 : DECENTRALISATION

Objectif général Renforcer l'autonomie des DDS dans la gestion des ressources humaines et financières

Objectifs spécifiques	Activités		Responsable	Calendrier d'exécution	Indicateurs de suivi et d'évaluation	Coût de l'activité (en milliers de F CFA)	
	Code	Actions à entreprendre					Mesures d'accompagnement
	2.2.4	Décentralisation effective de la gestion des carrières du personnel	Prise d'actes de délégation des pouvoirs aux DDS	DSAF DDS	2e trimestre 95	Actes pris	PM 2 2 1
	2.2.5	Domiciliation des salaires au lieu de travail	-Arrêté interministériel -Refus d'autorisation d'absence pour salaire	DSAF DDS	1er trimestre 95	Textes pris et rapports	PM 2 2 1
	2.2.6	Mise en place d'un mécanisme systématique de monitoring et d'évaluation interne des DDS		DAC DPCE DDS	1er trimestre 95	Rapports	PM 2 2 1
	2.2.7	Formation du personnel des DDS et des responsables des CHD aux procédures de gestion décentralisée	Vulgarisation des textes et des actes de la fonction publique	DSAF DDS	3e trimestre 95	Rapports de formation et comptes rendus	6 000
	2.2.8	Formation des DDS, des directeurs centraux, des coordonateurs de projets et des gestionnaires (C/SAFA, C/SAF et comptables) aux procédures des bailleurs de fonds		DC DPCE DSAF	2e trimestre 95	Rapports de formation	3 000
	2.2.9	Formation des responsables des services des DDS et des comptables des DDS aux procédures budgétaires		DSAF	3e trimestre 95	Rapports de formation	3 000
	2.2.10	Formation des responsables (médecins chefs de zone) et des gestionnaires (comptables) des zones sanitaires à la gestion de la zone		DSAF DDS	Novembre 96, Novembre 98 et Novembre 99	Rapports de formation	7 500
	2.2.11	Formation des membres des COGEZ, COGES et COGEC à la gestion du financement communautaire	Vulgarisation du règlement intérieur des COGEZ, COGES et COGEC	DSAF DDS	Activité permanente à partir du 1er trimestre 97	Rapports de formation	50 000

Thème N° 3 LA PLANIFICATION

Objectifs spécifiques	Activités		Responsable	Calendrier d'exécution	Indicateurs de suivi et d'évaluation	Coût de l'activité (en milliers de F CFA)	
	Code	Actions à entreprendre Mesures d'accompagnement					
1°) Renforcer la Direction de la Planification, de la Coordination et de l'Évaluation (DPCE)	3.1.1	Mise en place de la DPCE	DC DSAF	1er trimestre 95	Textes pris, comptes rendus et PV de réception	273 000	
	3.1.2	Affectation et mise en place du personnel complémentaire	DSAF	1er trimestre 95	Titres d'affectation et certificats de prise de service	PM 3 1 1	
	3.1.3	Stage et recyclage du personnel de la DPCE	DSAF	1995	Rapports de stage	600	
2°) Harmoniser les différentes sources d'information existantes	3.2.1	Harmonisation et intégration des concepts et des méthodes de collecte, de validation et de présentation des données du SNIGS, du PTD et de la carte sanitaire	Mise en place d'un mécanisme permanent de concertation entre les responsables des différents systèmes	DPCE	1995	Compte rendu	50 000
	3.2.2	Formation des acteurs impliqués dans l'élaboration et l'utilisation des outils de planification au niveau intermédiaire et en périphérie du système sanitaire	Réunion et ateliers d'information et de formation	DPCE DDS	1995	Rapport de formation	36 000
	3.2.3	Elaboration du PCT Actualisation PCT		DPCE	2e trimestre 95 Décembre de chaque année	PCT disponible	10 000
	3.2.4	Actualisation annuelle du PTD		DPCE	Décembre de chaque année	PTD disponible	PM 1 1 3
	3.2.5	Actualisation périodique de la carte sanitaire		DPCE	Décembre de chaque année	Carte sanitaire disponible	PM 1 1 3
3°) Améliorer les instruments de coordination et d'évaluation des activités du secteur	3.3.1	Actualisation du Décret 90-236 portant création, composition, attributions et fonctionnement du CNEEP	DC DPCE	1er trimestre 95	Décret révisé	PM 1 1 1	
	3.3.2	Organisation régulière des réunions du CNEEP	DC DPCE	Bimensuel 1995 à 1999		PM 3 1 1	
	3.3.3	Révision du cadre de concertation périodique avec les partenaires au développement sanitaire	DC DPCE	1er trimestre 95	Acte pris	41 600	
	3.3.4	Organisation de la concertation périodique avec les partenaires	DC DPCE	Trimestriel 1995 à 1999		PM 3 3 3	

Thème N° 3 : LA PLANIFICATION

Objectifs spécifiques	Activités		Responsable	Calendrier d'exécution	Indicateurs de suivi et d'évaluation	Coût de l'activité (en milliers de F CFA)
	Code	Actions à entreprendre Mesures d'accompagnement				
	3.3.5	Formation des cadres béninois du niveau central et intermédiaire à l'utilisation du PTD, du SNIGS et de la Carte sanitaire, ainsi qu'à leur mise en oeuvre à des fins de programmation et de suivi	DPCE	1995 1996	Rapport de formation	PM 3 2 2
	3.3.6	Informatisation des DDS et décentralisation des outils de planification à leur niveau	DPCE DDS	1996	Compte rendu	PM AXE 1
	3.3.7	Informatisation des zones sanitaires et décentralisation des outils de planification à leur niveau	Responsable de la cellule d'appui DPCE DDS	1996-1999	Compte rendu	PM AXE 1

Thème N° 4 : MOBILISATION ET UTILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES

Objectifs spécifiques	Activités		Responsable	Calendrier d'exécution	Indicateurs de suivi et d'évaluation	Coût de l'activité (en milliers de F CFA)
	Code	Actions à entreprendre				
Objectif général : 1 - Assurer équité et efficience dans l'utilisation des ressources						
1*) Réviser la politique de financement du secteur	4.1.1	Revue des modalités du financement du secteur	DC DSAF DPCE	2e trimestre 95	Documents budgétaires revus PTD amélioré Textes FC/RC	21 000
	4.1.2	Proposition et adoption d'une nouvelle politique de financement du secteur.	DC DSAF DPCE	3e trimestre 95	Document de la nouvelle politique	PM 4.1.1
	4.1.3	Vulgarisation de la nouvelle politique par une large diffusion du document et l'organisation de séances d'explication	Textes d'explication DSAF DPCE DDS	4e trimestre 95 et 1er trimestre 96	Lettre circulaire, rapports et comptes rendus de réunion	30 300
	4.1.4	Supervision et formation du personnel de santé et des membres des comités de gestion	DSAF DDS	1995-1999	Rapports de supervision et de formation	55 500
2*) Rendre l'Initiative de Bamako opérationnelle dans toutes les formations sanitaires	4.2.1	Evaluation de la participation communautaire	Prise des textes complémentaires DSAF DPCE DDS	1er trimestre 1995	Rapports d'évaluation et textes pris	2 400
	4.2.2	Généralisation du système harmonisé de gestion du financement communautaire	Prise des textes complémentaires DSAF DPCE DDS	4e trimestre 95	Comptes rendus	180 000
	4.2.3	Formation et recyclage du personnel de santé et des membres des comités de gestion	Prise des textes complémentaires DSAF	1995 -1999		PM 4.2.2
	4.2.4	Organisation de voyages d'étude pour des responsables des comités de gestion dans les zones sanitaires opérationnelles	DDS responsable cellule d'appui	2e trimestre 96 à 1999	Rapport de mission	8 000

Thème N° 4 : MOBILISATION ET UTILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES

Objectifs spécifiques	Activités		Responsable	Calendrier d'exécution	Indicateurs de suivi et d'évaluation	Coût de l'activité (en milliers de F CFA)	
	Code	Actions à entreprendre					Mesures d'accompagnement
	4.2.5	Organisation de voyages d'étude pour des cadres du Ministère dans des pays de la sous-région	DSAF DPCE	3e trimestre 95	Rapports de mission	3 000	
	4.2.6	Supervision de la gestion du recouvrement des coûts	DSAF DDS	1995-1999	Rapports de supervision	4 500	
Objectif général : 2 - Assurer une cohérence entre besoins et ressources.							
3°) Renforcer la Direction des Services Administratifs et Financiers	4.3.1	Mise en place de la DSAF	DC	1er semestre 95	Textes pris, comptes rendus et PV de réception	157 300	
	4.3.2	Affectation du personnel complémentaire	DC	1er semestre 95	Titres d'affectation et certificats de prise de service	31.000 Personnel total = 101.000	
	4.3.3	Stages de recyclage du personnel de la DSAF	DC	2e semestre 1995	Rapports de stage	11 440	
4°) Mettre en place un mécanisme de coordination et d'évaluation de l'ensemble des composantes du système budgétaire	4.4.1	Mise en place des EEZS	Etablissement systématique par zone sanitaire des rapports financiers mensuels ainsi que des rapports de synthèse trimestriels de suivi d'exécution du budget: lettre circulaire <u>pm thème 3 planification</u>	DAC Responsable de la cellule d'appui	1996-1998-1999	Titres d'affectation, actes administratifs, rapports	PM AXE 3
	4.4.2	Renforcement des unités de planification au niveau central et au niveau des DDS	<u>pm thème 3 planification</u>	DPCE DDS	1er semestre 95	PV de réception, certificats de prise de service	PM AXE 3
	4.4.3	Formation des agents du niveau central à l'utilisation des outils informatiques de planification	<u>pm thème 3 planification</u>	DSAF	1er semestre 95	Modules et rapports de formation, certificats	PM AXE 3

Thème N° 4 : MOBILISATION ET UTILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES

Objectifs spécifiques	Activités		Responsable	Calendrier d'exécution	Indicateurs de suivi et d'évaluation	Coût de l'activité (en milliers de F CFA)	
	Code	Actions à entreprendre					Mesures d'accompagnement
	4.4.4	Formation et recyclage du personnel à tous les niveaux		DSAF	1995	Modules et rapports de formation; certificats	15 600
	4.4.5	Recrutement, stage de recyclage et affectation de 2 comptables par zone sanitaire		DSAF	1996-1998-1999	PV de recrutement, modules et attestations de formation, titres	4 500
	4.4.6	Amélioration de l'organisation des campagnes budgétaires		DSAF	1995 et 1998	Rapports, propositions budgétaires et lettres circulaires	1 980
	4.4.7	Amélioration du contrôle budgétaire		DSAF	1995 et 1998	Rapports, propositions budgétaires et lettres circulaires	PM 4 3 1
	4.4.8	Suivi et supervision des activités		DSAF DPCE	De 1995 à 1999	Rapports de supervision	PM 4 3 1
	4.4.9	Supervision et évaluation du système budgétaire et comptables mis en place		DSAF DPCE	1996 et 1999	Rapports de supervision et d'évaluation	PM 4 3 1
5 ³) Améliorer les procédures d'élaboration des budgets programmes	4.5.1	Formation et recyclage du personnel soignant à la technique du budget-programme		DSAF DPCE DDS	1995 et 1998	Modules et rapports de formation	40 500
	4.5.2	Formation et recyclage des membres des comités de gestion à la technique du budget-programme		DSAF DDS	1995 et 1998	Rapports de formation et de supervision	27 000

Objectif général : 3 - Améliorer la coordination des sources de financement et la capacité d'absorption de l'aide extérieure.

Thème N° 4 : MOBILISATION ET UTILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES

Objectifs spécifiques	Activités		Responsable	Calendrier d'exécution	Indicateurs de suivi et d'évaluation	Coût de l'activité (en milliers de F CFA)
	Code	Actions à entreprendre				
6°) Renforcer les mécanismes de coordination de l'aide extérieure	4.6.1	Revitalisation des organes chargés du suivi et de l'exécution des programmes (CNEEP)	DAC DPCE DDS	1er trimestre 95	Rapports et textes	PM AXE 3
7°) Renforcer la capacité d'absorption de l'aide extérieure	4.7.1	Formation des cadres du Ministère aux règles et procédures de financement et de décaissement des partenaires	DC DPCE DSAF	2er trimestre 95	Comptes rendus	675
	4.7.2	Formation du personnel de santé aux procédures de financement des partenaires	DPCE DSAF DDS	4e trimestre 1995	Comptes rendus	900

Thème N° 5 : RELATIONS ENTRE SECTEUR PUBLIC ET SECTEUR PRIVE

Objectifs spécifiques	Activités		Responsable	Calendrier d'exécution	Indicateurs de suivi et d'évaluation	Coût de l'activité (en milliers de F CFA)	
	Code	Actions à entreprendre Mesures d'accompagnement					
Objectif général 1 - Réglementer le secteur lucratif par des textes juridiques, législatifs et déontologiques							
1*) Adopter la législation sur l'exercice en clientèle privée	5.1.1	Sumi du projet de loi soumis au Parlement	DNPS DPHL	1er trimestre 95	Texte de loi transmis	3 000	
	5.1.2	Adoption des textes d'application de la loi	DC DNPS DPHL	3e trimestre 95	Décret et arrêté	PM 5 * 1	
2*) Renforcer les différents ordres professionnels du secteur	5.2.1	Révision des textes existants	DNPS DPHL	2e trimestre 95	Texte pns	PM 5 * 1	
	5.2.2	Elaboration des textes pour les ordres non encore réglementés	DNPS DPHL	2e trimestre 95	Texte pns	PM 5 * 1	
	5.2.3	Saisine du Parlement pour l'adoption des textes	DNPS DPHL	3e trimestre 95	Décret de saisine	PM 5 * 1	
Objectif général 2 - Assurer la promotion du secteur privé et une meilleure collaboration entre les secteurs privés et publics							
3*) Promouvoir le secteur privé	5.3.1	Recensement des cliniques privées	Lettre circulaire	DNPS DDS	1er trimestre 95	Rapport et lettre circulaire	PM 5 3 2
	5.3.2	Identification des besoins en formation du personnel du secteur privé lucratif	Lettre de convocation	DNPS DDS	1er trimestre 95	Rapport et lettre circulaire	PM 5 3 2
	5.3.3	Programmation des formations et organisation des séminaires		DNPS CSAF	3e trimestre 95 96 97 98 et 99	Plan et rapport de formation	5 000
4*) Renforcer la collaboration entre secteur public et secteur privé	5.4.1	Mise en place d'un mécanisme de concertation en vue de l'harmonisation des modalités de l'action sanitaire sur le terrain		DNPS DPCE DDS	3e trimestre 95	Rapport	54 000
Objectif général 3 - Lutter contre la vente illicite de médicaments et contre l'exercice illégal des professions médicales et paramédicales							
5*) Lutter contre la vente illicite des produits pharmaceutiques	5.5.1	Renforcement du cadre juridique relatif à la fabrication, la détention, la distribution ou la vente des médicaments	Révision et/ou élaboration des textes subséquents	DPHL	1er trimestre 95	Textes et rapports	11 000
	5.5.2	Réglementation et contrôle de l'importation des dons de médicaments		DPHL	A partir du 2e trimestre 95 jusqu'à 99	Textes et rapports	PM 5 3 1
	5.5.3	Information, sensibilisation et éducation des populations par les mass-media, les comités de gestion et les services de santé		DPHL DNPS DDS	A partir du 1er trimestre 95 jusqu'à 99	Rapports	50 000
	5.5.4	Organisation de séances de sensibilisation des prescripteurs		DPHL DDS	2e trimestre 95, 97 et 99	Rapports	21 600

Thème N° 5 : RELATIONS ENTRE SECTEUR PUBLIC ET SECTEUR PRIVE

Objectifs spécifiques	Activités		Responsable	Calendrier d'exécution	Indicateurs de suivi et d'évaluation	Coût de l'activité (en milliers de F CFA)
	Code	Actions à entreprendre Mesures d'accompagnement				
6*) Lutter contre l'exercice illégal de la médecine	5.6.1	Renforcement de l'inspection pharmaceutique	DPHL DDS	2e trimestre 95	Rapports	32 000
	5.6.2	Création de l'inspection médicale	DNPS DDS	2e trimestre 95	Texte et rapports	37 000

Thème N° 6 RELATIONS ENTRE SECTEUR PUBLIC ET SECTEUR PRIVE
ET CONFESIONNEL A CARACTERE SOCIAL

Objectifs spécifiques	Activités		Responsable	Calendrier d'exécution	Indicateurs de suivi et d'évaluation	Coût de l'activité (en milliers de F CFA)	
	Code	Actions à entreprendre Mesures d'accompagnement					
Objectif général 1 Réglementer les secteurs privé et confessionnel à caractère social en sauvegardant l'intérêt de ces secteurs							
1*) Adopter la législation de ces secteurs, qui garantisse leurs caractères spécifiques	6 1 1	Elaboration et adoption des textes législatifs relatifs à ces secteurs	Prise de mesures incitatives en faveur de ces secteurs	DC DNPS	1er trimestre 95	Décret de saisine	PM
	6 1 2	Vulgarisation desdits textes		DC DNPS DDS	2e trimestre 95	Compte rendu	PM
	6 1 3	Renforcement de la Division des Soins Hospitaliers de la DNPS	Affectation du personnel	DC DNPS	3e trimestre 95	Arrêté, titres d'affectation et rapport	58 750
Objectif général 2 Collaborer sur des bases claires pour une meilleure couverture de la population							
2*) Instaurer un cadre de concertation entre le MS et ces secteurs	6 2 1	Organisation de réunions périodiques de concertation		DC DNPS	A partir du 2e trimestre 95 jusque 99	Procès verbaux et comptes rendus	12 000
Objectif général 3 Etendre la formation et le recyclage du personnel de santé à ces secteurs							
3*) Former et recycler le personnel de santé de ces secteurs	6 3 1	Recensement des besoins en formation et recyclage de ces secteurs	Association des personnes ressources de ces secteurs à la formation et au recyclage	DNPS OSAF DDS	1er trimestre 95	Lettre circulaire et rapports	PM 6 1 3
	6 3 2	Programmation de la formation et du recyclage du personnel de ces secteurs	Association des personnes ressources de ces secteurs à la formation et au recyclage	OSAF DPCE DNPS	2e trimestre 95	Plan et rapport de formation	PM 6 1 3
	6 3 3	Formation et recyclage du personnel de santé de ces secteurs	Association des personnes ressources de ces secteurs à la formation et au recyclage	OSAF DDS	A partir du 3e trimestre 95 jusque 99	Rapports	300

Thème N° 7 : SECTEUR COOPERATIF

Objectif général : Pérenniser les cliniques coopératives

Objectifs spécifiques	Activités		Responsable	Calendrier d'exécution	Indicateurs de suivi et d'évaluation	Coût de l'activité (en milliers de FCFA)
	Code	Actions à entreprendre Mesures d'accompagnement				
1*) Améliorer et renforcer la coordination des cliniques coopératives	7.1.1	Redéfinition de la mission des cliniques coopératives	DC DNPS coordinateur du projet	1er trimestre 95	Rapport	PM
	7.1.2	Renforcement de l'équipe de coordination et amélioration de ses activités de supervision - Textes de nomination et d'affectation. - Rattachement à la DNPS	DC DNPS DSAF	A partir du 1er trimestre 95 jusqu'à 99	Arrêté, titres d'affectation et rapport	12 000
2*) Améliorer le fonctionnement et la gestion des cliniques coopératives	7.2.1	Elaboration et application d'un système de gestion financière et comptable propre	DSAF coordinateur du projet	2e trimestre 95	Document des procédures	PM 7 * 2
	7.2.2	Elaboration et vulgarisation d'un guide d'action des cliniques coopératives	DNPS DDS coordinateur du projet	A partir du 2e trimestre 95 jusqu'à 99	Guides élaborés et rapports	6 000
	7.2.3	Formation et recyclage du personnel	DSAF DPCE coordinateur du projet	4e trimestre 1995 - 1999	Rapport	PM 7 * 2
	7.2.4	Renforcement de la supervision des cliniques coopératives	DNPS DDS coordinateur du projet	A partir du 3e trimestre 95 jusqu'à 99	Rapports de supervision	PM 7 * 2
3*) Programmer et mettre en place 5 cliniques coopératives par an pendant 5 ans	7.3.1	Elaboration et adoption d'une carte d'installation des cliniques coopératives à partir de la carte sanitaire nationale	DC DNPS DPCE	1er trimestre 95	Carte sanitaire des cliniques coopératives	PM 7 * 2
	7.3.2	Elaboration et adoption des critères d'appréciation et des critères d'installation par le CNEEP	DC DNPS DPCE DDS	3e trimestre 95	Rapport	PM 7 * 2
	7.3.3	Sélection des dossiers d'installation par le CNEEP	DC	4e trimestre 95, ensuite 2 fois par an jusqu'à	Rapports de réunion	PM 7 * 2
	7.3.4	Installation de 5 cliniques coopératives par an pendant 5 ans	DNPS coordinateur du projet	1er trimestre de chaque année à partir de 96	Rapports	200 000

AXES DE REFORME

2.2. PRESENTATION DU CHRONOGRAMME »

Plan Triénal de Développement : Objectifs, stratégies et activités par programme

Progr.	Objectifs	Stratégies	Activités
		Mettre en oeuvre les mesures de prévention	Approvisionnement en eau potable des populations en zones endémiques Traitement de cours d'eau contaminés au temephos Sensibilisation des populations
		Améliorer les capacités de diagnostic et de traitement	Formatio/recyclage du personnel Approvisionnement en médicaments/prise en charge médicale des malades
16	<i>Lutte contre la Lèpre</i>		
	Réduire la prévalence de la lèpre	Améliorer les connaissances épidémiologiques et thérapeutiques	Formation du personnel Elaboration d'un plan d'action
		Améliorer les capacités de diagnostic et de traitement (80% des malades estimés diagnostiqués) (90% des malades confirmés traités)	Utilisation des schémas thérapeutiques de l'OMS Approvisionnement en PTC Renforcement des Léproseries
		Intégrer les activités des grandes endémies (lèpre, Tuberculose, onchocercose)	Intégration du diagnostic et traitement dans le système national de santé
	Rééduquer et réinsérer les malades handicapés	Dépister et referer aux entres spécialisés de traitement et de réadaptation	Renforcement des centres de réhabilitation physique
		Organiser les centres d'apprentissage	
17	<i>Lute contre la Tuberculose</i>		
	Identifier au moins 70% des cas de tuberculose contagieuse	Améliorer les connaissances épidémiologiques et thérapeutiques	Dépistage actif (clinique) des sources d'infection Amélioration du système de collecte et de traitement des données Sensibilisation des collectivités
		Mettre en oeuvre les mesures de détection et de prévention	
	Assurer le traitement jusqu'à guérison d'au moins 85% des cas diagnostiqués	Améliorer les capacités de diagnostic et de traitement	Renforcement des moyens de diagnostic Utilisation de traitements courts Approvisionnement en médicaments Formation du personnel
19	<i>Programme de lutte contre les MST/SIDA</i>		
	Surveiller l'évolution de l'épidémie de SIDA	Améliorer les connaissances épidémiologiques et thérapeutiques	Enquêtes épidémiologiques Mise en place d'un système de surveillance des groupes sentinelles du VIH Notification des cas Promotion de la recherche
		Améliorer les capacités de diagnostic	Équipement des formations sanitaires en matériel technique, réactifs et médicaments Formation sur la connaissances des signes Création d'une unité de contrôle MST Renforcement du LNSP

Plan Triénel de Développement : Objectifs, stratégies et activités par programme

Progr.	Objectifs	Stratégies	Activités
	Prévenir la transmission du MST et du VIH	Eduquer le public sur les dangers de transmission par voie sexuelle	Organiser des séances de sensibilisation pour décideurs des préfectures Distribution des préservatifs aux séropositifs, aux personnes en situation de risque
			Prév. grossesse chez les femmes séropositives IEC du public et des groupes cibles Mobilisation des médias modernes et traditionnels
		Assurer la sécurité transfusionnelle et l'hygiène hospitalière	Rationalisation de la transfusion sanguine Renforcement du matériel de stérilisation dans les formations sanitaires Formation des agents socio-sanitaires
	Assurer la prise en charge des personnes infectées	Améliorer la prise en charge clinique	
		Améliorer la prise en charge psychosociale	Encadrement des membres des familles des sidéens Réglementation des droits de sidéens
20	<i>Programme de lutte contre les Maladies bucco-dentaires</i>		
	Réduire la prévalence générale des affections bucco-dentaires et en particulier chez les enfants d'âge scolaire	Améliorer les connaissances épidémiologiques et thérapeutiques	Enquête épidémiologique Identification de la prévalence de la carie dentaire et des parodontopathies Recherche sur l'utilisation de brosses végétales
		Mettre en oeuvre les mesure de prévention	Fluoruration de l'eau publique de cuisson Distribution des comprimés de fluor Introduction de la santé dentaire dans les programmes de médecine scolaire Sensibilisation des populations (IEC)
		Améliorer les capacités de diagnostic et de traitement	Dépistage précoce et traitement Équipement des services Odontostomatologie Formation des chirurgiens dentistes et infirmiers en santé publique Renforcement de la section bucco-dentaire
21	<i>Programme de lutte contre les Maladies mentales</i>		
	Réduire la prévalence des maladies mentales	Renforcer le cadre organisationnel et institutionnel de lutte	Recherche en santé mentale Élaboration de la législation en matière de santé mentale Collaboration avec les tradithérapeutes Intégration de la santé mentale dans les SSP

Plan Triènal de Développement : Objectifs, stratégies et activités par programme

Progr.	Objectifs	Stratégies	Activités
		Améliorer les capacités de diagnostic et de traitement	Renforcement des capacités d'expertise et de tests psychiatriques Amélioration des infrastructures et des moyens de traitement aux niveaux Centre Jacquot et CHD Renforcement des capacités de traitements d'urgence et de traitement en post-cure
			Formation de spécialisation des infirmiers
		Sensibiliser les population en matière de santé mentale	Inclusion d'une module sur Santé mentale au programme du 1er cycle du secondaire IEC/Campagnes de formation et de prévention
		Favonser la réinsertion sociale et la réadaptation des handicapés mentaux	
22	<i>Programme de lutte contre les Toxicomanies (l'alcoolisme et la drogue)</i>		
	Réduire la Prévalence de la toxicomanie et de l'alcoolisme	Réduire les facteurs et pratiques qui constituent des risques	IEC/Campagnes de prévention des abus de l'acool et de la drogue Formation du personnel
		Réhabiliter les toxicomanes et alcooliques	
23	<i>Développement des capacités de mobilisation sociale - IEC, EPS</i>		
	Développer les méthodes de communication sociales	Elaborer et appliquer une stratégie de communication interpersonnelle	Enquêtes CAP et focus group Formation du personnel Expérimentation des approches et du matériel
		Renforcer les capacités de conception de production et de dissémination des messages	Amenagement de bureaux Equipement technique et logistique aux niveaux central, intermédiaire et périphérique Production du matériel
		Amélioration des capacités d'évaluation de l'impact de l'éducation sanitaire	Etudes et évaluations
24	<i>Programme d'Hygiène et d'environnement</i>		
	Réduire la prévalence des maladies dues à la consommation de l'eau non potable	Veiller à la qualité de l'eau potable	Construction/équipement des laboratoires Formation du personnel Enquêtes de couverture en eau potable Contrôle de la qualité des eaux Réseau décentralisé d'entretien des pompes
			Formation des villageois à la réparation
		Amener la population à consommer l'eau potble	Sensibilisation

Plan Triénal de Développement : Objectifs, stratégies et activités par programme

Progr.	Objectifs	Stratégies	Activités
	Réduire la prévalence des maladies dues au manque d'hygiène et de salubrité	Evacuer les déchets et les eaux (usées, pluviales, etc.)	Création d'une cellule d'évacuation des déchets Organisation de la collecte, ramassage et disposition finale des ordures, excréta, etc. Construction/Promotion des ouvrages sanitaires dans les lieux publics
			Lutte contre les vecteurs et nuisances Enquête sur l'efficacité des insecticides
		Promouvoir l'amélioration de l'habitat	Enquête sur l'habitat salubre
		Contrôler la qualité des denrées alimentaires	Contrôle des cas d'intoxication alimentaire
25	<i>Programme de Réalisation des actions de développement communautaire</i>		
	Créer à la périphérie des capacités d'analyse et de solution des problèmes entravant le développement socio-sanitaire	Amélioration des connaissances et méthodes d'intervention à la périphérie	Etude du milieu Elaboration des supports d'appui à la communication sociale
		Renforcer les structures institutionnelles à la périphérie	Appui aux structures villageoises (UVS, AVS), groupements femmes
		Réaliser les projets de développement socio-sanitaire à la périphérie	Appui à l'élaboration et la programmation des initiatives villageoises Appui à la recherche et à l'accès aux fonds pour la réalisation des initiatives Suivi logistique et technique des initiatives
26	<i>Programme de renforcement des capacités de planification/préparation des programmes et projets</i>		
	Promouvoir le développement de la politique sectorielle	Renforcer les capacités de coordination et de suivi du secteur	Définition/Organisation des tâches et relations opérationnelles entre les services Appui aux structures interministérielles des niveaux central et préfectoral Appui au CTC
		Décentraliser le processus de planification	Séminaires nationales pour le développement de la politique socio-sanitaire Microplanification des stratégies au niveau préfectoral
	Rationaliser le programme des interventions en fonction de la politique sectorielle	Améliorer les informations disponibles sur la situation du secteur sanitaire	Études sur les ressources humaine, matérielles et financières du secteur Elaboration des cartes d'intervention Archivage des évaluations des programmes/projets

Plan Triénal de Développement : Objectifs, stratégies et activités par programme

Progr.	Objectifs	Stratégies	Activités
		Renforcer les capacités de planification de l'évolution du secteur socio-sanitaire	Mise en place des capacités de planification et de préparation des programmes/projets Elaboration des normes/procédures permettant d'apprécier la qualité des activités en cours
			Inventaire des activités/projets en cours/constitution d'un fichier des programmes/projets Conception et budgétisation des prog./projets de développement des services Elaboration des plans à moyen et long terme
27	<i>Programme de Renforcement des capacités d'exécution de la politique sanitaire</i>		
	Rendre opérationnelle les modalités appropriées d'exécution et de coordination à chaque niveau d'action de la pyramide sanitaire	Développer les capacités d'intégration des activités socio-sanitaires aux niveaux opérationnel et intermédiaire	Planification des actions prioritaires Suivi et évaluation des activités par zone Gestion administrative et financière
		Développer les capacités d'appui technique, administratif et financier des niveaux régional et central au profit du niveau opérationnel	Promouvoir des échanges d'expériences à tous les niveaux Développements des capacités régionales et périphériques de programmation Renforcement des capacités de formation et de supervision à partir des DDS Suivi et évaluation des activités Gestion administrative et financière
		Rendre plus efficace la mobilisation et l'allocation des ressources nécessaires pour la réalisation des activités par les bureaux de coordination des programmes/projets	Améliorer des procédures d'acquisition et d'allocation des biens et services Introduction des mesures comptables permettant une gestion financière plus rapide Organisation des achats
28	<i>Programme de Renforcement des statistiques sanitaires épidémiologiques</i>		
	Renforcer les capacités de collecte, de traitement et d'analyse des données socio-sanitaires	Améliorer les méthodes et outils du SNIGS Utilisation des statistiques épidémiologiques et socio-sanitaires	Aménagement et meublement des locaux Renforcement des moyens de traitement de données Formation et recyclage du personnel Impression des formulaires et registres
			Production de l'annuaire statistique Mise sous pied des sous-systèmes (programmes verticaux, secteur privé, etc.)

Plan Triénal de Développement : Objectifs, stratégies et activités par programme

Progr.	Objectifs	Stratégies	Activités
		Décentraliser les possibilités de collecte et d'analyse sur place	Création de section épidémiologique dans les DDS Equipement/Formation/Supervision du personnel DDS
	Diffuser les éléments fiables de prise de décision au niveau central, intermédiaire et périphérique	Intégrer les résultats du SNIGS dans le management des programmes	Adoption des indicateurs de performance Rétro-information aux différents niveaux
		Intégrer les résultats du SNIGS dans le processus de planification sanitaire	
29	<i>Programme de Développement des capacités de recherche</i>		
	Faciliter l'accès aux résultats des recherches déjà menées	Collecter et organiser l'archivage de la documentation existante aux différents niveaux	Aménagement et meublement des locaux Recrutement/Formation du personnel
		Sensibiliser les utilisateurs potentiels de recherche	Edition d'un bulletin semestriel des ouvrages courants
	Développer la recherche conçue et réalisée localement	Développer un cadre institutionnel et organiser les études, la recherche appliquée et les évaluations	Renforcement des moyens techniques et logistiques de réalisation des études Exécution d'un programme annuel d'études
30	<i>Programme de Mobilisation du financement sectoriel</i>		
	Elaborer une politique de financement du secteur fondée sur le partage des coûts financiers	Déterminer les besoins financiers compte tenu de développement et des priorités du secteur	Etude et analyse des dépenses réelles de santé (nature et niveau)
		Préciser les rôles des différentes sources de financement du secteur	
	Renforcer et orienter la participation de l'Etat	Augmenter la part du MSP dans le budget de fonctionnement de l'Etat Etablir des ratios entre les dépenses non salariales et salariales	
	Faire participer les communautés au financement des services de santé	Poursuivre et évaluer les possibilités de participation financière	Analyse des coûts réels des prestations de santé aux différents niveaux de la pyramide sanitaire Etude du pouvoir d'achat suivant les populations Mise au point d'une tarification acceptable dans le cadre de la politique du médicament et de la politique hospitalière Encadrement des comités/conseils de gestion
		Développer d'autres mécanismes de financement du secteur	Etudes sur l'extension de la couverture de la sécurité sociale, les mutuelles, les assurances sociales, etc.
	Améliorer la coordination et la complémentarité des financements extérieurs de l'assistance bi et multi-latérale		Mise au point des protocoles de collaboration dans le secteur Réglementation des dons matériels Sensibilisation des organismes sur les activités en cours Organisation des tables rondes des bailleurs de fonds

Plan Trienal de Développement : Objectifs, stratégies et activités par programme

Progr.	Objectifs	Stratégies	Activités
31	<i>Programme de rationalisation de l'allocation des ressources financières</i>		
	Renforcer le cadre institutionnel et réglementaire relatif à la gestion comptable et financière	Elaborer un système transparent	Concevoir et adopter les textes juridiques et outils techniques nécessaires Recrutement/Formation du personnel
		Mettre en place un système permanent de contrôle de gestion comptable et financière	Comptabilité analytique
	Rationaliser le processus d'allocation des crédits prévisionnels au secteur de la santé	Renforcer les méthodes d'élaboration des budgets d'investissement et de fonctionnement	Adoption d'une nomenclature budgétaire améliorée Adoption des budgets par programme Guide de procédures et support de confection pour les budgets
		Faciliter les procédures d'accès aux crédits alloués	Étude d'options (régie d'avance, sous-traitance, etc.) Organisation des achats groupés
32	<i>Programme de Rationalisation de la gestion du personnel</i>		
	Augmenter l'efficacité de l'utilisation du personnel socio-sanitaire	Améliorer les méthodes et pratiques de la gestion administratives du personnel aux niveaux central, intermédiaire et périphérique	Aménagement des bureaux des services du personnel aux niveaux central et régional Amélioration des méthodes et du matériel de gestion du personnel Décentralisation des responsabilités de gestion du personnel
		Renforcer le processus de planification et de déploiement des ressources humaines	Études qualitatives et quantitatives sur le déploiement actuel Appui aux agents redéployés
	Augmenter le rendement du personnel socio-sanitaire	Établir un cadre réglementaire d'appréciation du personnel et des services	Système de notation du personnel Mise en place d'un système décentralisé d'évaluation et de motivation du personnel
		Favoriser le développement de la carrière des travailleurs socio-sanitaires	Actualisation et diffusion du règlement du personnel socio-sanitaire Études sur les différents aspects de la motivation des agents Organisation des séminaires/débats sur l'augmentation du rendement des agents Bulletin d'information des agents
33	<i>Programme d'organisation de la formation de base, du perfectionnement et du recyclage</i>		
	Améliorer le cadre organisationnel et institutionnel de la formation de base des agents socio-sanitaires	Adapter le cursus des écoles aux besoins de la mise en oeuvre de la politique socio-sanitaire	
		Renforcer les moyens techniques et logistiques de l'enseignement	

Plan Triénal de Développement : Objectifs, stratégies et activités par programme

Progr.	Objectifs	Stratégies	Activités
		Rationaliser la formation des cadres spécialisés pour les niveaux central, intermédiaire et périphérique	
		Institutionnaliser une évaluation périodique interne et externe de la formation de base des agents	
	Améliorer la compétence et performance de toutes les catégories de personnel de santé	Institutionnaliser et adapter le recyclage aux besoins de la mise en oeuvre de la politique socio-sanitaire	
		Renforcer les moyens techniques et logistiques de la formation	
		Instaurer un système efficace de supervision du personnel	
34	<i>Programme de Rationalisation de la gestion du matériel</i>		
	Répartir équitablement les équipements et le matériel sur le territoire	Améliorer les méthodes d'inventaire et de comptabilité matière	Actualisation de l'inventaire du patrimoine
		Mettre en oeuvre les mesures d'allocation et de réallocation des ressources matérielles	
	Améliorer le processus de planification et d'acquisition des équipements et du matériel logistique et technique	Promouvoir la politique de standardisation des équipements et du matériel	
		Rationaliser les pratiques de passation des marchés	
34	<i>Programme de Renforcement des services d'entretien et de maintenance</i>		
	Créer et structurer les services publics d'intervention en matière d'entretien et de maintenance des équipements hospitaliers	Promouvoir une politique de gestion de maintenance des équipements hospitaliers basée sur le recouvrement des coûts	Renforcement des ateliers de maintenance aux niveaux centra. et régional
		Renforcer les capacités d'entretien et de maintenance des équipements hospitaliers aux niveaux central et régional	Aménagement/Équipement des centres régionaux et du centre national Organisation des centres spécialisés en gestion de l'entretien Formation des agents en matière de gestion de l'entretien
	Organiser les services d'entretien courant	Assurer le nettoyage et l'hygiène	
		Renforcer les capacités locales d'intervention en cas approprié de besoin	Renforcement des spécialités en bâtiment Organiser des réparations d'électricité, plomberie, etc. Aménagement/équipement des garages
			Appui à l'organisation des services d'entretien des véhicules

Programme	Année 93		Année 94	Année 95	Année 96
	Prévu	Réalisé			
1 Planification & Programmation des infrastructures sanitaires	42 632	20 843	147 234	637 571	568 650
2 Réhabilitation/Développ. des infrastructures périphériques	3 705 361	1 675 347	3 433 729	2 798 384	1 032 028
3 Réhabilitation des hôpitaux et autres services de référence	2 875 968	1 015 294	3 541 969	2 041 135	1 166 046
4 Réglementation du sous-secteur pharmaceutique	61 143	34 142	69 361	42 000	16 150
5 Renforcement des circuits d'appro. et de gestion des médicaments	261 697	321 835	147 476	26 240	18 240
7 Promotion/Dévelop. des activités des secteurs privé, parapublic & public	63 016	18 536	0	0	0
8 Maternité sans risque	164 634	34 138	322 748	209 124	120 466
9 Surveillance de l'enfant	132 540	7 218	128 623	15 337	10 000
11 Planification familiale	195 984	159 355	173 950	173 921	321 353
12 Paludisme	34 858	10 631	1 518	125	0
13 Onchocercose	20 987	661	1 302	1 302	0
14 Bilharziose	6 423	648	0	0	0
15 Dracunculose	14 561	3 199	11 266	11 266	0
16 Lèpre	237 539	84 518	145 806	0	0
17 Tuberculose	37 500	483	78 500	79 000	76 000
18 Epidémies	44 937	13 386	32 021	31 429	0
19 MST/SIDA	199 690	95 101	431 188	348 324	89 400
20 Maladies bucco-dentaires	810	3 283	8 776	13 639	0
23 Développement des capacités de mobilis. sociale - IEC, EPS	78 575	15 478	65 777	19 267	6 000
24 Hygiène et environnement	85 567	17 674	370 585	44 636	18 704
25 Réalisation des actions de développement communautaire	178 585	102 994	124 977	85 020	0
26 Renforc. capacités de planification/préparation des programmes	13 725	18 385	0	0	1 500
27 Renforcement des capacités d'exécution de la politique	1 104 062	518 693	991 527	752 939	477 911
28 Renforcement des statistiques sanitaires épidémiologiques	63 013	11 362	120 378	13 969	95
29 Développement des capacités de recherche	120 301	2 703	108 449	11 968	0
30 Mobilisation du financement sectoriel	145 643	21 810	47 138	36 800	29 500
31 Amélioration des systèmes budgétaire et comptable	58 291	6 402	79 671	59 434	27 545
32 Rationalisation de la gestion du personnel	242 802	169 052	196 024	137 574	129 354
33 Organisation de la formation de base et du recyclage	285 964	78 424	856 171	248 274	92 951
34 Rationalisation de la gestion du matériel	1 780	2 384	3 740	0	0
35 Renforcement des services d'entretien et de maintenance	176 070	8 488	589 787	138 013	132 227
TOTAL	10 654 658	4 472 467	12 229 691	7 976 691	4 334 120

Tableau N° 3.3. : PTD 1994 Répartition par bailleur

Bailleur	Année 93		Année 94	Année 95	Année 96
	Prévu	Réalisé			
12 ACDI	19 351	0	5 130	0	0
9 AFRF	237 539	84 518	145 806	0	0
25 AFVP	241 580	101 830	376 730	261 630	2 000
27 AN/SSP	101 460	0	90 960	41 504	0
8 BAD	313 300	0	2 903 371	3 046 628	1 932 007
14 BID	0	0	1 094 000	665 000	509 000
24 CHINE	1 000	1 000	3 380	6 650	7 980
16 CRDI	134 785	94 990	97 920	88 300	0
20 DDA	265 667	210 380	335 644	189 720	0
18 FAC	1 173 414	42 134	761 763	278 915	95
22 FED	3 936 031	1 708 899	3 348 682	1 801 509	522 738
17 FNUAP	103 587	0	77 032	884	0
5 Fonds Social	116 843	0	54 400	30 000	0
15 FRF/OM	24 737	0	0	0	0
23 GTZ	286 265	167 867	249 210	49 337	24 668
21 IDA	2 529 091	1 551 365	2 128 671	1 072 339	923 813
13 IPPF	150 084	159 355	147 220	173 921	321 353
10 OCP	69 042	0	1 302	1 302	0
19 OCSD	17 305	0	19 135	21 510	0
11 OMS	235 386	118 983	247 148	156 971	0
3 OMS/PNUD	20 000	0	0	0	0
2 OMS/UNICEF	5 000	0	0	0	0
7 PNUD	81 403	20 462	18 687	0	0
28 SAD	341 400	0	0	0	0
1 SUISSE	186 773	210 684	45 000	11 571	14 466
6 UICT	37 000	0	78 500	79 000	76 000
4 UNICEF	26 615	0	0	0	0
TOTAL	10 654 658	4 472 467	12 229 691	7 976 691	4 334 120

Tableau N° 3.4. PTD 1994 Répartition par localisation géographique

Département	Année 93		Année 94	Année 95	Année 96
	Prévu	Réalisé			
ATACORA	636 361	360 510	676 150	181 345	53 340
ATLANTIQUE	2 474 673	792 161	1 713 536	1 104 623	365 472
BORGOU	918 164	194 160	2 371 322	2 583 225	1 548 655
MONO	1 200 073	714 623	909 841	368 587	192 022
OUEME	2 619 816	1 193 203	2 791 072	1 169 744	269 344
ZOU	245 154	119 661	298 771	127 072	0
NATIONAL	25 476	24 854	170 786	65 783	48 065
NON PRECISE	2 534 941	1 073 295	3 298 213	2 376 312	1 857 222
TOTAL	10 654 658	4 472 467	12 229 691	7 976 691	4 334 120

Tableau N° 3.5 : PTD 1994 Répartition par rubrique budgétaire

RUBRIQUE BUDGETAIRE	Année 93		Année 94	Année 95	Année 96
	Prévu	Réalisé			
Génie Civil	4 863 929	2 453 363	3 882 787	2 052 562	1 816 014
Mobilier/Equipement	1 592 788	512 692	2 544 376	1 984 903	128 575
Matériel Roulant	388 984	261 217	1 360 884	564 903	151 462
Autre Matériel	417 064	164 745	483 780	380 668	167 115
Formation	757 017	207 287	1 222 588	801 799	560 984
Assistance Technique	376 070	371 594	1 275 177	706 971	361 804
Etude/Recherche/Evaluation	1 164 273	90 317	622 799	908 500	700 527
Fonds d'Initiative Communautaire	76 047	18 750	81 916	28 264	1 890
Non Précisé	3 645	0	4 995	18 960	0
Total Investissement	9 639 817	4 079 965	11 479 302	7 447 530	3 888 371
Personnel	265 441	211 891	276 889	221 210	179 018
Déplacement/Per Diem	46 331	31 055	47 150	32 758	39 343
Fonctionnement Matériel Roulant	109 287	61 721	136 878	44 240	25 359
Entretien Batiment	18 408	11 021	16 458	11 532	11 596
Entretien Matériel/Equipements	457 071	13 312	178 954	172 982	168 501
Fournitures de Bureau	52 858	38 392	61 451	36 283	13 956
Eau/Electricité/Téléphone	65 335	25 110	31 369	9 756	7 976
Non Précisé	110	0	1 240	400	0
Total Charges Recurrentes	1 014 841	392 502	750 389	529 161	445 749
TOTAL GENERAL	10 654 658	4 472 467	12 229 691	7 976 691	4 334 120

Tableau N° 3.6 : PTD 1994 Répartition par niveau de la pyramide sanitaire

Niveau de la pyramide sanitaire	Année 93		Année 94	Année 95	Année 96
	Prévu	Réalisé			
NIVEAU CENTRAL	729 124	462 463	815 503	395 884	314 164
CNHU	828 800	0	363 800	150 000	0
DDS & STI	483 665	216 628	1 138 027	464 445	199 157
CHD & assimilés	1 978 373	1 116 453	2 881 197	1 645 241	1 030 596
ZONE DE SANTE	14 528	2 614	198 518	85 392	0
CSSP & CCU	2 698 312	1 195 681	2 680 507	1 475 332	780 158
CCS	1 592 008	620 002	904 164	1 298 144	354 252
COMMUNAUITE	87 205	0	49 982	0	0
NATIONAL	1 498 611	543 684	2 351 710	1 758 823	1 287 157
CSSP & CCS	638 160	221 455	725 827	549 563	343 968
DEPARTEMENT	100	100	500	0	0
NON PRECISE	105 772	93 387	119 956	153 867	24 668
Total	10 654 658	4 472 467	12 229 691	7 976 691	4 334 120

3.2. La préparation du Plan Quinquennal de Développement

Le Plan Quinquennal de Développement (PQD) est un outil de planification qui est en préparation actuellement par les services du Ministère de la Santé.

Il utilise la même structure que le PTD et peut donc, de la même manière que le PTD, être présenté sous différentes formes, dont la plus commune est la présentation sous la forme des 35 programmes.

Le PQD ne se limite cependant pas aux engagements des bailleurs de fonds mais il s'efforce de *faire le bilan des besoins* du secteur de la santé, à partir de l'estimation financière des activités de chaque programme, que leur prise en compte soit assurée ou non par le budget de l'Etat ou un bailleur de fonds. Il faut noter qu'à l'occasion de ce travail, les différentes activités des programmes ont été actualisées

On trouvera ci-après une présentation résumée des résultats de cet exercice

La description des activités « actualisées » des différents programmes est reprise dans le tableau 3.7.

La répartition des montants actuellement inscrits dans le cadre du PQD (acût 1994) est ventilée de différentes manières dans les tableaux suivants

Répartition par programmes	Tableau 3.8
Répartition par bailleurs	Tableau 3.9
Répartition par localisation géographique (département)	Tableau 3.10
Répartition par rubrique budgétaire	Tableau 3.11
Répartition par niveau de la pyramide sanitaire	Tableau 3.12

LES PROGRAMMES EXISTANTS

Tableau 3.7. PQD (en préparation) : Activités et calendrier d'exécution par programmes

Programme	ACTIVITES A REALISER	Calendrier d'exécution				
		.95	96	97	98	99
1	Planification & Programmation des infrastructures sanitaires					
	Diffusion des normes et méthodes	XXXX	XX			
	Proposition de modification et d'actualisation des normes et procédures	XXXX	XXXX	XXX		
	Diffusion des plans type de construction et des listes standards d'équipement			XX	XX	
	Organisation d'un fichier d'information sur l'état des formations sanitaires	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Elaboration/Actualisation de la carte sanitaire départementale	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Définition des priorités d'intervention	XX	X	X	X	X
Mise en oeuvre de la politique hospitalière	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
2	Réhabilitation/Développement des infrastructures périphériques					
	Rénovation des CCS	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Construction des CCS	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Réhabilitation/Construction des hôpitaux de Zone (HZ)	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Mise en place du mobilier, de l'équipement technique et du transport	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Entretien et maintenance (PM)	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Assainissement du milieu (PM)	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
3	Réhabilitation des hôpitaux et autres services de référence					
	Construction CHD			XXXX	XXXX	
	Mise en place du mobilier, de l'équipement tech. et des moyens de transp.	XXXX		XXXX		XXXX
Transformation de l'Ambulance de Ouidah en HZ	XXXX					
4	Règlementation du sous-secteur pharmaceutique					
	Actualisation du cadre juridique	X				
	Evaluation des pratiques de prescription		X		X	
	Mise en place d'un mécanisme de stabilisation des prix	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Politique de gestion des dons de médicaments	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Promotion des plantes médicinales	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
5	Renforcement des circuits d'appro. et de gestion des médicaments					
	Stocks initiaux (nouveaux CCS)	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Soutien aux formations sanitaires en difficultés	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Formations		XXXX	XXXX	XXXX	
Renforcement des services départementaux de pharmacie / laboratoire	XXXX	XXXX	XXXX			
6	Promotion /Dévelop. des ressources de la médecine traditionnelle					
	Renforcement/Dynamisation des structures d'application des textes	XXXX				
	Participation des DDS à l'élaboration de certains textes	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Proposition périodique de la liste des ME sous nom générique	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Participation à l'actualisation d'un formulaire de ME sous nom générique	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Participation à la révision des ordigrammes	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Formation continue des prescripteurs	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	IEC du public	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Supervision et contrôle des structures pharmaceutiques au niveau dépt.	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Lutte contre la vente illicite des médicaments sur l'étendue du dépt.	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Formation des membres des comités de gestion à la gestion des ME	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
	Représentation du cadre de collaboration entre les deux ordres de médecins		XXXX			
	Actualisation de la liste des tradipraticiens par spécialité	XXXX		XXXX	XXXX	
	Réalisation des enquêtes ethnothérapeutiques			XXXX		
	Elaboration d'un herbier et d'un droguier	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
Evaluation des thérapeutiques traditionnelles par les enquêtes pré cliniques	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX		
7	Promotion/Dévelop. des activités des secteurs privé, parapublic & public					

Programme	ACTIVITES A REALISER	Calendrier d'exécution				
		95	96	97	98	99
	Recensement des cliniques privées	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	
	Identification des besoins en formation du personnel du secteur privé à but non lucratif					
	Sensibilisation des consommateurs et des prescripteurs	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	
	Concertation régulière avec le secteur privé et confessionnel à caractère social	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	
	Contrôle périodique de l'application des normes et standards régissant les act.m	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	
	Amélioration et organisation des supervisions	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	
	Etude du milieu/Sélection des lieux d'implantation des cliniques coopératives en collaboration avec le coordin	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	
	Formation des coopérateurs en SSP et en gestion coopératives	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	
	Identif. et sélection des formations sanitaires publiques sans personnel à transformer en clinique coopérative	xxxx				
	Mobilisation des populations pour rendre fonctionnelles les formations sanitaires sans personnel	xxxx				
8	Maternité sans risque					
	Organisation d'une enquête sur la mortalité maternelle	xxxx				
	Organisation d'une enquête CAP en procréation		xxxx			
	Organisation des séminaires de sensibilisation sur la mortalité maternelle	xxxx		xxxx		xxxx
	Dépistage des grossesses à risque	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Prise en charge des grossesses à risques	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Organisation du système d'alerte et de la référence	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Prévention, diagnostic et traitement des infections ovulaires	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Formation et équipement des accoucheuses traditionnelles	xxxx		xxxx		xxxx
	Prise en charge des accoucheuses traditionnelles	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Organisation des séances d'IEC sur l'éducation sexuelle	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Vaccination des femmes en âge de procréer contre le tétanos	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Diagnostic des dystocies	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Tracé systématique des partogrammes à chaque accouchement	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Mise en place d'un système de communication et de transport	xxxx			xxxx	
	Renforcement des infrastructures et des équipements des centres de référence à bloc chirurgical	xxxx			xxxx	
	Organisation des consultations post natales	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Diagnostic de traitement des infections puerperales	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Organisation de l'IEC en PF	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Supervision/Monitorage	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
9	Surveillance de l'enfant					
	Contribution à l'accès à l'eau saine	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Promotion de l'hygiène du milieu et de l'hygiène individuelle	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Promotion de l'allaitement maternel	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Promotion d'une alimentation diversifiée et équilibrée	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Promotion de la protection des aliments	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Promotion de l'utilisation des latrines	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Organisation de l'IEC/EPS en matière de surveillance de l'enfant	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Organisation de la surveillance épidémiologique des cas de diarrhées	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Recherche opérationnelle/Dépistage et notification des cas de diarrhées	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Dynamisation des systèmes d'information/Dépistage et notification des cas de diarrhées	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Renforcement des moyens de laboratoire	xxxx		xxxx		xxxx
	Accroissement de l'accessibilité de la TRO à la population	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Mise en place des centres de référence et de formation en réhydratation orale	xxxx		xxxx		xxxx

Programme	ACTIVITES A REALISER	Calendrier d'exécution				
		95	96	97	98	99
	Formation/Sensibilisation du personnel en matière de diagnostic et de traitement des cas de diarrhées	XXXX		XXXX		XXXX
	Organisation de la disponibilité des sachets de SRO	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Promotion de la production locale de SRO	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Organisation de la formation et du recyclage des prestataires	XXXX		XXXX		XXXX
	Production et actualisation du matériel éducatif de vulgarisation de la TRO	XXXX				
	Dynamisation du système d'information sur l'utilisation de SRO	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Evaluation de l'impact de la formation en TRO sur l'utilisation de SRO		XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Contrôle de la qualité des vaccins	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Organisation de l'approvisionnement régulier en vaccins	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Organisation de la mise en place et du fonctionnement de la chaîne de froid, du matériel de stérilisation dans	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Formation/Supervision du personnel chargé de la chaîne de froid	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Organisation de la vaccination contre les maladies cibles du PEV	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Renforcement des moyens logistiques pour la stratégie avancée	XXXX		XXXX		
	Accroissement des activités de mobilisation sociale	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Réalisation d'une enquête/évaluation de la couverture vaccinale	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
10	Nutrition					
	Création des coins de récupération nutritionnelle dans les CSSP	XXXX				
	Vulgarisation de la fiche de surveillance standardisée	XXXX	XXXX			
	Equiper des centres en balances et toises	XXXX		XXXX		
	Approvisionnement des centres en fiches et registres	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Organisation de la consultation des enfants sains	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Dépistage et prise en charge des cas de malnutrition légère	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Information/Sensibilisation de la population sur l'importance de la surveillance staturo-pondérale	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Promotion de l'allaitement maternel en milieu urbain et rural	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Promotion des produits locaux comme aliments de sévrage	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Promotion de la production/Consommation d'aliments locaux riches en protéines et	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Sensibilisation de la population sur les pratiques alimentaires traditionnelles néfastes	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Organisation des séances de démonstration et d'éducation nutritionnelles avec les produits locaux	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Collaboration avec les ONG et autres institutions	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Réalisation des enquêtes épidémiologiques (anémie avitaminose A chez les enfants de moins de 5 ans, etc.)	XXXX		XXXX		XXXX
	Diffusion/Application de normes et méthodes de prévention et trait standardisés pr anémies avitaminosés A	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Renforcement des laboratoires	XXXX		XXXX		XXXX
	Réalisation de la chimioprophylaxie (déparasitage et vitamine A)	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Réalisation des enquêtes épidémiologiques (anémie, carence en iode) chez les femmes en âge de procréation	XXXX		XXXX		XXXX
	Diffusion/Applic. normes et méth. de prév. et de trait. standard. pr anémie et carence iode chez femme âge pro	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Réalis. de chimioprophyl. (déparasitage, FAF, vitamine A, chloroqu., iode) chez les femmes en âge de procréer	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Traitement des cas de goitre (médical et chirurgical)	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Promotion des bonnes habitudes alimentaires chez les femmes en âge de procréation	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Supervision/Evaluation du programme	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
11	Planification familiale					
	Diffusion de la politique de population	XXXX				

Programme	ACTIVITES A REALISER	Calendrier d'exécution				
		95	96	97	98	99
	Sensibilisation des populations à travers les séminaires	XXXX		XXXX		XXXX
	Diffusion du code de la famille	XXXX	XXXX			
	Diffusion de la politique nationale de SMI/PF	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Diffusion des textes des lois abrogeant les mesures administratives restrictives en matière de PF	XXXX				
	Application des normes et méthodes de prestations de services	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Vulgarisation du document d'intégration du module PF par les séminaires annuels de formation des agents	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Organisation des sessions de formation et de recyclage	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Renforcement des équipements des formations sanitaires (FS)	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Extension des méthodes médicales/Chirurgicales dans les FS	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Amélioration de la collecte des données	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Approvisionnement régulier du matériel contraceptif dans les FS	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Organisation des stratégies avancées de PF	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Dynamisation de la collaboration avec les ONG et le secteur privé	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Organisation de l'IEC à tous les niveaux	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Organisation de l'IEC à tous les niveaux	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Diffusion des supports IEC dans les média	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Sensibilisation/Consultation des groupes cibles	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Sensibilisation des autorités responsables pour les clubs de jeunes	XXXX	XXXX			
	Publication des articles spécialisés de PF à l'attention des agents de développement communautaire	XXXX		XXXX		XXXX
	Sensibilisation des populations sur les risques des avortements provoqués	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Prise en charge précoce des cas d'avortement provoqué	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Formation du personnel à la technique d'aspiration utérine	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Formation du personnel à la prise en charge des infections pelviennes	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Sensibilisation public sur les facteurs predisposant de l'infertilité	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Application des protocoles de diagnostic de traitement et de référence précoce des cas d'infertilité	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Etudes CAP	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Supervision/Monitorage		XXXX		XXXX	
	Etablissement de la Direction de la Santé Familiale	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Définition d'une politique claire en matière de SMI/PF/Nutrition	XXXX	XXXX			
	Mise en place d'un mécanisme opérationnel de coordination (Comité intersectoriel et multidisciplinaire)	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Organisation de l'information et de la retro-information	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Formation des responsables chargés de la gestion des programmes SMI/PF/Nutrition	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Mise en place des outils de supervision des activités SMI/PF/Nutrition	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Réalisation des études de recherche en matière de SMI/PF/Nutrition	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
12	Paludisme					
	Surveillance épidémiologique	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Lutte antilarvaire	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Chimio prophylaxie des femmes enceintes	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Enquête CAP	XXXX				
	IEC sur utilisation des moustiquaires, moustiquaires imprégnées, insecticides et mesures d'hygiène	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Dotation des formations sanitaires en matériel de diagnostic et en fournitures techniques	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Diagnostic et traitement des cas	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Supervision et recyclage du personnel	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Approvisionnement régulier en médicaments	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX

Programme	ACTIVITES A REALISER	Calendrier d'exécution				
		95	96	97	98	99
13	Onchocercose					
	Surveillance épidémiologique	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Lutte antilarvaire	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Enquête CAP	xxxx	xxxx			
	IEC	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Diagnostic et traitement des cas	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Supervision / recyclage du personnel	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
14	Bilharziose					
	Diagnostic et traitement des cas	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Approvisionnement en praziquantel	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Surveillance épidémiologique	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Revue (collecte et analyse) des études existantes	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Elaboration d'un plan d'action	xxxx				
	IEC (PM)	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
15	Dracunculose					
	Education de la popul. pour filtrage eaux des mares/marigots, consomm. eaux de pompe & puits & points d'eau	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Création des points d'eau potable dans les zones rurales endémiques	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Information/Sensibilisation des populations sur le ver de Guinée	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Mise à la disposition des populations des filtres et tissu spéciaux	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Formation des agents de vulgarisation	xxxx				
	Recyclage des agents de vulgarisation		xxxx		xxxx	
16	Lèpre					
	Décentralisation du diagnostic de labo au niveau HZ et CSSP	xxxx				
	Traitement des cas	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Formation/Recyclage des techniciens labo (Diagnostic B) et des infirmiers (Diagnostic clinique et prélèvement)	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	IEC périphérique (PM)	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
17	Tuberculose					
	Dépistage passif	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Renforcement des structures de diagnostic de labo	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Dépistage actif clinique	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Traitement des cas	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Prise en charge de la phase d'entretien au niveau CCS	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Suivi du malade au niveau CCS	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Approvisionnement en médicaments	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	IEC des collectivités	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Formation/Recyclage du personnel	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
19	MST/SIDA					
	Notification des cas	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Equiperment des formations sanitaires en matériel technique, réactifs et médicaments	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Formation du personnel	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Organisation de l'approvisionnement des préservatifs dans les formations sanitaires	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Prévention des grossesses chez les femmes séro positives	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Traitement des infections opportunistes	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Rationalisation de la transfusion sanguine	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Organisation du test systématique du sang à transfuser	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	

Programme	ACTIVITES A REALISER	Calendrier d'exécution				
		95	96	97	98	99
	Encadrement des membres des familles des Sidéens	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	IEC des leaders d'opinion et des communautés	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Mobilisation des médias modernes et traditionnelles	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Formation des agents socio-sanitaires	xxxx				
	Renforcement du matériel de stérilisation	xxxx				
	Organisation de l'utilisation systématique du matériel de protection	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
20	Maladies bucco-dentaires					
	Introduction de la santé dentaire dans la médecine scolaire		xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Formation des agents de santé et des enseignants		xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Dépistage précoce et traitement	xxxx				
	Équipement des HZ en matériel odonto-stomatologiques	xxxx		xxxx		xxxx
	IEC Population	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Supervision (PM)	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Visites foraines					
23	Développement des capacités de mobilis. sociale - IEC, EPS					
	Réalisation des études du milieu/CAP	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Constitution de l'équipe multisectorielle	xxxx				
	Aménagement des bureaux DDS	xxxx				
	Formation du personnel		xxxx			
	Développement des approches et du matériel didactique et expérimentation			xxxx	xxxx	xxxx
24	Hygiène et environnement					
	Identification des infirmiers et sage-femmes et leurs formation du personnel identifié en matière de					
	Visites à domicile	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Construction et promotion des ouvrages sanitaires dans les lieux publics	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Sensibilis. autor. polit. et populat. à création d'une cell. évacuation des déchets & collecte ordures et eaux	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Traitement des intoxications alimentaires	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
25	Réalisation des actions de développement communautaire					
	Actualisation des études du milieu au niveau de chaque localité	xxxx				
	Finalisation du complément des supports d'appui à la communication sociale (IEC)		xxxx			
	Recensement et dynamisation des UVS fonctionnelles	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Appui aux groupements des femmes	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Appui à l'élaboration et à la programmation des initiatives villageoises y compris l'alphabétisation	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Appui à la recherche et à l'accès aux fonds pour la réalisation des initiatives locales	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
26	Renforc. capacités de planification/préparation des programmes					
	Participation à la définition des fonctions et relations opérationnelles entre les services de la DDS	xxxx				
	Participation à la description des postes et définition des profils des agents et responsables chargés	xxxx				
	Participation à l'élaboration des textes réglementaires régissant les attributions et les relations des différ	xxxx				
	Vulgarisation des textes réglementaires	xxxx				
	Prise d'arrêté de nomination des chefs services DDS et responsables des structures périphériques	xxxx		xxxx		xxxx

Programme	ACTIVITES A REALISER	Calendrier d'exécution				
		95	96	97	98	99
	Tenue de l'atelier départemental d'information avec les cadres responsables de la santé, des secteurs					
	Tenue de l'atelier départemental de sensibilisation sur la politique de zones sanitaires à l'intention des aut					
	Détermination des six zones sanitaires et choix des deux premières (Avant 1995)					
	Organisation du fonctionnement des deux hôpitaux de zone à titre expérimental	XXXX				
	Mise en place des équipes d'encadrement et du personnel de l'hôpital de zone	XXXX				
	Organisation du séminaire de formation des équipes d'encadrement de zone	XXXX				
	Organisation au niveau des zones du séminaire de lancement sur la gestion des SSP dans l'optique zone	XXXX	XXXX	XXXX		XXXX
	Supervision des CCS de base par l'équipe d'encadrement de zone		XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Organisation de la formation continue mensuelle des agents des CCS de base et de l'hôpital de zone		XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Participation à l'évaluation des deux premiers zones sanitaires		XXXX			
	Révision des modules de formations à multiplier pour les quatre autres zones sanitaires			XXXX	XXXX	
	Planification des stages de courte durée (1 an) en chirurgie générale pour 4 MDE et en santé publique pour		XXXX		XXXX	
	Mise à la disposition de CDEEP des moyens de fonctionnement	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Création/Installation du comité départemental de développement		XXXX			
	Evaluation des ressources humaine, matérielle et financière pour le fonctionnement de toutes les structures de					
	Mise en place d'une équipe capable d'analyser et d'utiliser le SNIGS	XXXX				
	Formation des agents au niveau départemental sur le processus de planification (SNIGS, PTD, Carte sanitaire)	XXXX				
	Actualisation de la carte sanitaire du département	XXXX				
	Elaboration et évaluation du PTD	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Mise à disposition des ressources matérielle et financière	XXXX				
	Renforcement de l'équipement de la structure de planification	XXXX				
	Constitution de l'équipe départementale de formation et de supervision	XXXX	XXXX			XXXX
	Formation de l'équipe départementale de supervision en techniques de supervision	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Suivi et évaluation des activités du département	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Formation des responsables des services de la DDS et comptables des zones sur le nouveau système de	XXXX		XXXX		XXXX
	Supervision et suivi de l'exécution des budgets	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Formation/Recyclage des membres de COGEC/COGES à la gestion du financement commu	XXXX		XXXX		
	Formation du personnel de la DDS et responsable des zones sur la gestion des carrières	XXXX				
	Actualisation du fichier du personnel de département	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Mise en oeuvre des procédures de délégation des crédits budgétaires nationaux et des fonds des différents prog	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Harmonisation des programmes d'activités entre les niveaux central et DDS	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Participation à l'harmonisation des méthodes de collecte des nommées du SNIGS	XXXX				
	Intégration du secteur privé dans la collecte des données du SNIGS	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Production de l'annuaire statistique	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Gestion de la documentation sanitaire du département	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	Promotion de la circulation des informations sanitaires	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX

Programme	ACTIVITES A REALISER	Calendrier d'exécution				
		95	96	97	98	99
27	Mise en place d'un fonds de documentation pour le département	xxxx				
	Achèvement de la construction de la DDS Mono	xxxx				
	Renforcement des capacités d'exécution de la politique					
	Responsabilisation de l'équipe du service planification/statistiques de la DDS à mener les activités de recherche	xxxx				
	Identification des domaines prioritaires de recherche en concertation avec toutes les	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Renforcement de l'équipe de planification de la DDS en personnel qualifié (épidémiologiste) et en matériels					
	Promotion de la recherche opérationnelle au niveau des services de base	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Formation des agents de santé de base sur la recherche opérationnelle		xxxx		xxxx	
	Organisation pratique de la recherche opérationnelle et diffusion des résultats		xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	30	Mobilisation du financement sectoriel				
Participation à la revue du financement du secteur en vue de la définition de la politique de financement et s		xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Vulgarisation de la politique de financement du secteur		xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Formation des personnels de santé et des membres des comités de gestion dans le cadre de la mise en application		xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Formation du personnel soignant et des membres de COGE aux techniques d'élaboration des budgets programmes ann		xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Elaboration des budgets programmes annuels avec la collaboration des COGE		xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Acquisition/Mise en place des outils de gestion		xxxx	xxxx			
Exécution des budgets adoptés		xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Evaluation de l'exécution des budgets		xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
32		Rationalisation de la gestion du personnel				
	Amélioration des méthodes et du matériel de la gestion du personnel (fichier manuel, logiciel)	xxxx		xxxx		xxxx
	Gestion décentralisée du personnel		xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Etude pour une meilleure utilisation du personnel	xxxx		xxxx		
	Suivi de la carrière	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Evaluation des agents	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Evaluation des besoins de formation et de perfectionnements des agents	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	Renforcement de la supervision des agents de santé aux différents niveaux de la pyramide sanitaire					
34 / 35	Rationalisation de la gestion du matériel / Renforcement des services d'entretien de de maintenanc					
	Inventaire du patrimoine					
	Création d'une cellule de maintenance (CHD)			xxxx		
	Formation des agents de la cellule de maintenance en gestion de l'entretien			xxxx		
	Entretien/Réparation des équipements, véhicules et bâtiments	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx

Tableau N° 3.8 : PQD (en préparation) : Répartition par programmes

Programme	Année 95	Année 96	Année 97	Année 98	Année 99
1 Planification & Programmation des infrastructures sanitaires	681 531	583 434	90 044	22 624	29 344
2 Réhabilitation/Développ. des infrastructures périphériques	19 260 269	10 969 607	18 567 243	8 962 431	13 356 068
3 Réhabilitation des hôpitaux et autres services de référence	2 512 655	1 320 326	633 586	335 048	508 649
4 Réglementation du sous-secteur pharmaceutique	180 531	155 560	73 724	115 148	57 574
5 Renforcement des circuits d'appro. et de gestion des médicaments	207 900	124 548	166 354	112 098	67 102
6 Promotion /Dévelop. des ressources de la médecine traditionnelle	2 632	2 744	41 076	44 156	2 436
7 Promotion/Dévelop. des activités des secteurs privé, parapublic & public	45 153	32 273	192 518	178 238	160 245
8 Maternité sans risque	1 508 379	420 681	995 063	224 839	797 384
9 Surveillance de l'enfant	169 544	196 032	330 482	168 116	242 189
10 Nutrition	1 120 785	44 642	43 914	272 517	118 990
11 Planification familiale	1 382 991	1 073 052	1 068 956	707 134	1 075 668
12 Paludisme	164 039	154 414	112 178	127 146	147 754
13 Onchocercose	774 249	404 886	302 566	261 898	267 286
14 Bilharziose	109 984	120 434	65 800	64 120	65 800
15 Dracunculose	70 647	68 775	55 335	60 347	46 907
16 Lèpre	101 958	97 926	87 678	97 926	83 198
17 Tuberculose	279 367	152 553	28 589	38 921	28 589
18 Epidémies	31 429	0	0	0	0
19 MST/SIDA	603 626	454 474	241 448	247 244	313 775
20 Maladies bucco-dentaires	242 167	44 820	171 660	135 725	152 844
23 Développement des capacités de mobilisation sociale - IEC, EPS	227 313	156 534	202 614	130 678	153 190
24 Hygiène et environnement	461 159	121 576	867 552	226 744	798 784
25 Réalisation des actions de développement communautaire	620 282	333 382	396 242	360 206	488 390
26 Renforc. capacités de planification/préparation des programmes	4 166 967	2 028 874	2 083 316	1 630 034	3 289 293
27 Renforcement des capacités d'exécution de la politique	1 105 277	477 911	300 528	51 296	407 400
28 Renforcement des statistiques sanitaires épidémiologiques	13 969	77 336	0	0	0
29 Développement des capacités de recherche	290 888	96 956	207 870	76 516	233 140
30 Mobilisation du financement sectoriel	182 725	132 451	204 036	52 360	95 340
31 Amélioration des systèmes budgétaire et comptable	96 300	58 206	0	0	0
32 Rationalisation de la gestion du personnel	192 308	131 034	46 334	0	1 680
33 Organisation de la formation de base et du recyclage	342 520	306 161	195 125	0	0
34 Rationalisation de la gestion du matériel	217 476	140 742	339 864	223 748	273 056
35 Renforcement des services d'entretien et de maintenance	339 761	391 039	140 831	133 725	57 677
TOTAL	37 706 781	20 873 383	28 252 526	15 060 983	23 319 750

Tableau N° 3.9. : PQD (en préparation) Répartition par bailleur

Bailleur	Année 95	Année 96	Année 97	Année 98	Année 99
AFVP	261 630	2 000	0	0	0
AN/SSP	41 504	0	0	0	0
BAD	3 046 628	2 144 969	152 690	0	0
BID	665 000	509 000	344 000	0	0
CHINE	6 650	7 980	0	0	0
CRDI	88 300	0	0	0	0
DDA	189 720	0	10	0	0
FAC	278 915	95	0	0	0
FED	1 888 155	630 888	620 795	0	0
FNUAP	884	0	0	0	0
Fonds Social	30 000	0	0	0	0
GTZ	49 337	24 668	0	0	0
IDA	1 114 565	923 813	0	0	0
IPPF	173 921	321 353	0	0	0
NON PRECISE	4 260	0	0	0	0
OCP	2 031	0	0	0	0
OCSD	21 510	0	0	0	0
OMS	159 211	0	0	0	0
PAS DE BAILLEUR	29 593 989	16 218 151	27 135 031	15 060 983	23 319 750
SUISSE	11 571	14 466	0	0	0
UIC	79 000	76 000	0	0	0
TOTAL	37 706 781	20 873 383	28 252 526	15 060 983	23 319 750

Tableau N° 3.10. PQD (en préparation) Répartition par localisation géographique

Département	Année 95	Année 96	Année 97	Année 98	Année 99
ATACORA	5 526 717	1 141 469	3 223 240	1 139 450	2 983 750
ATLANTIQUE	6 259 786	5 573 926	6 130 355	2 238 384	3 523 052
BORGOU	7 263 231	3 808 209	4 749 163	2 535 115	4 248 037
MONO	4 169 164	2 035 491	4 788 806	2 096 557	3 859 142
OUEME	3 538 388	2 179 924	2 167 386	1 751 938	1 866 476
ZOU	4 711 321	2 199 757	4 627 731	3 875 486	4 613 154
NATIONAL	65 783	48 065	0	0	0
NON PRECISE	6 172 391	3 886 542	2 565 845	1 424 053	2 226 139
TOTAL	37 706 781	20 873 383	28 252 526	15 060 983	23 319 750

Tableau N° 3.11. : PQD (en préparation) Répartition par rubrique budgétaire

RUBRIQUE BUDGETAIRE	1995	1996	1997	1998	1999
Génie Civil	13 177 811	7 233 902	9 635 618	2 337 516	4 657 800
Mobilier/Equipement	7 973 443	2 649 573	5 384 306	1 702 497	2 613 532
Matériel Roulant	3 101 507	472 258	584 696	433 328	1 865 528
Autre Matériel	811 419	404 110	313 665	268 412	394 668
Formation	4 729 161	2 186 132	2 997 952	1 455 544	2 441 613
Assistance Technique	1 887 762	1 408 584	564 110	247 380	210 504
Etude/Recherche/Evaluation	1 194 309	911 838	392 225	170 628	226 279
Fonds d'Initiative Communautaire	1 115 577	804 163	1 779 838	1 033 638	1 592 165
Non Précisé	18 960	0	0	0	0
<i>Total Investissement</i>	<i>34 009 949</i>	<i>16 070 560</i>	<i>21 652 410</i>	<i>7 648 943</i>	<i>14 002 089</i>
Personnel	1 694 282	1 871 792	2 678 384	2 778 261	3 256 809
Déplacement/Per Diem	292 934	308 983	268 296	265 160	267 736
Fonctionnement Matériel Roulant	48 440	30 973	18 930	8 400	8 400
Entretien Batiment	308 914	682 868	1 193 873	1 432 621	2 065 633
Entretien Matériel/Equipements	839 653	1 297 789	1 686 142	2 119 746	2 830 357
Fournitures de Bureau	404 537	438 742	512 027	542 713	590 429
Eau/Electricité/Téléphone	107 672	171 676	242 459	265 139	298 297
Non Précisé	400	0	0	0	0
<i>Total Charges Recurrentes</i>	<i>3 696 832</i>	<i>4 802 823</i>	<i>6 600 116</i>	<i>7 412 040</i>	<i>9 317 661</i>
TOTAL GENERAL	37 706 781	20 873 383	28 252 526	15 060 983	23 319 750

Tableau N° 3.12. : PQD (en préparation) Répartition par niveau de la pyramide sanitaire

Niveau de la pyramide sanitaire	Année 95	Année 96	Année 97	Année 98	Année 99
NIVEAU CENTRAL	2 734 547	1 618 987	1 375 547	975 254	1 109 462
CNHU	150 000	612	0	0	0
DDS & STI	2 451 532	1 464 215	799 691	775 449	1 312 394
CHD & assimilés	3 254 079	1 284 983	2 679 400	870 964	1 082 762
ZONE DE SANTE	9 841 386	2 091 394	9 883 398	3 817 691	10 343 307
CSSP & CCU	2 621 061	2 313 689	1 924 574	979 367	406 431
CCS	6 817 912	5 708 204	4 592 067	2 501 640	2 743 647
UVS	186 480	18 480	24 528	17 024	181 216
NATIONAL	2 677 849	2 077 606	798 227	531 929	526 015
CSSP & CCS	2 178 590	2 694 134	3 047 071	2 820 015	3 013 507
DEPARTEMENT	4 639 478	1 576 411	3 128 023	1 771 650	2 601 009
NON PRECISE	153 867	24 668	0	0	0
TOTAL	37 706 781	20 873 383	28 252 526	15 060 983	23 319 750

3.3. Le problème particulier des programmes n'ayant jamais reçu de financement

La mise en oeuvre de la Nouvelle Stratégie Nationale a conduit à la mise en place des 35 programmes décrits ci-dessus, dont trois sont restés à ce jour sans financement. Il s'agit des programmes suivants:

- Programme 6: Promotion et développement des ressources de la médecine traditionnelle
- Programme 21 Lutte contre les maladies mentales
- Programme 22: Lutte contre les toxicomanies.

Les objectifs, activités, responsables et calendrier d'exécution programmés pour ces trois programmes sont repris dans le tableau 3.13.

Les coûts de ces programmes peuvent être estimés comme suit (en milliers de francs CFA) pour la période 1995-1999

Programme	Année 95	Année 96	Année 97	Année 98	Année 99	Total
6 Promotion et développement des ressources de la médecine traditionnelle	2 632	2 744	5 800	5 200		17 376
21 Lutte contre les maladies mentales	209 438	108 938	118 638	70 438	137 138	644 590
22 Lutte contre les toxicomanies (alcoolisme, drogue)	20 800	22 300	24 800	28 300	30 200	126 400

Tableau 3.13. Programmes restés sans aucun financement

Objectifs spécifiques	Activités		Responsables	Calendrier d'exécution.	Indicateurs de suivi
	Actions à entreprendre				
<i>Programme 6 - Promotion et développement des ressources de la médecine traditionnelle</i>					
1°) Intégrer la médecine traditionnelle dans la structure sanitaire nationale	Elaboration des textes relatifs à l'exercice de la médecine traditionnelle et à l'utilisation des médicaments traditionnels dans les établissements de soins		DNPS	3è trimestre 1995	Textes pris
2°) Elever le niveau de compétence des tradipraticiens	Enquêtes ethnothérapeutiques		DNPS	3è et 4è trimestre 1995	Rapports d'enquêtes
	Elaboration d'un herbier et d'un droguier		DNPS	Toute l'année 1996	Herbier et droguier élaborés
	Evaluation des thérapeutiques traditionnelles par des enquêtes pré-cliniques		DNPS	4è trimestre 1996	Rapport d'évaluation
	Etudes pharmacognosiques		DNPS	1er trimestre 1997	Protocole d'études Rapport d'études
	Recensement systématique des tradipraticiens avec domaines pathologiques d'intervention		DNPS	Activité permanente	Registre à jour
3°) Faire bénéficier les populations des acquis de la médecine traditionnelle	Evaluation des besoins et formations complémentaires selon leur profil d'activité		DNPS	3è et 4è trimestre de chaque année	- Rapport d'évaluation - Modules de formation - Rapports de formation
	Publication d'ouvrages et bulletins de formation/information		DNPS	Chaque trimestre de 1995 à 1999	Articles rédigés Bulletins publiés
<i>Programme 21 - Lutte contre les maladies mentales</i>					
1°) Améliorer le cadre organisationnel	Elaboration de la législation en matière de santé mentale		DNPS + Médecin-Chef Centre National de Psychiatrie	2è trimestre 1995	Textes pris
2°) Diminuer la prévalence des maladies mentales	Recherche en santé mentale		DNPS + Médecin-Chef Centre National de Psychiatrie	3è et 4è trimestre 1995	Rapport de recherche
	Collaboration avec les tradithérapeutes		DNPS + Médecin-Chef Centre National de Psychiatrie	Activité permanente	Nombre de malades guéris
	Intégration de la santé mentale dans les SSP		DC + DNPS	3è trimestre 1995	Rapport d'activités

Tableau 3.13. Programmes restés sans aucun financement

Objectifs spécifiques	Activités		Responsables	Calendrier d'exécution	Indicateurs de suivi
	Actions à entreprendre				
	Renforcement des Activités d'expertises et de tests psychiatriques par des formations et des voyages d'études	DSAF	3è trimestre de chaque année	Rapport de formation Compte rendu	
	Réhabilitation/Construction des infrastructures (nationale et départemental)	DIEM	Du 1er trimestre à 1997	P.V. de réception provisoire	
	Acquisition de mobilier et matériel de bureau, de matériel de transport et d'équipements médicaux de traitement	DIEM	Du 2è trimestre à 1997	P.V. de réception	
	Formation/spécialisation des agents entre autres en traitement d'urgence et de traitement postcure	DSAF	1996 et 1997	Rapport de formation	
	Inclusion d'un module sur la santé mentale au programme du premier du secondaire	DC et MEN	2è trimestre 1995	Programme de cours élaboré Texte du MEN pris Cours dispensé	
	IEC/Campagnes de formation et de prévention	DNPS + Médecin-Chef Centre National de Psychiatrie	Activité permanente à compter du 1er trimestre 1995	Causeries Séances de sensibilisation radiotélévisées	
	<i>Objectif général 22 - Lutte contre les toxicomanies (alcool, drogue)</i>				
Réduire la prévalence de la toxicomanie (alcool, tabac, drogue)	IEC/Campagnes de prévention des abus de l'alcool et de la drogue	DNPS et DPHL	Activité permanente	Causeries Séances de sensibilisation radiotélévisées	
	Formation du personnel	DSAF	1996 - 1997	Rapport de formation	

Chapitre 4. CADRAGE MACRO-ECONOMIQUE

4.1. LE CONTEXTE ÉCONOMIQUE

Au cours des dix dernières années, l'économie béninoise a été marquée par des changements profonds. L'évolution du PIB a été la suivante :

Evolution du PIB (prix courants)

	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
PIB (Milliards FCFA)	459	470	463	470	482	480	519	536	571	602
Taux de croissance	-	2.4	-1.5	1.5	2.6	-0.4	8.1	3.3	6,5	5.4
PIB/Hab (000FCFA)	117	116	111	109	108	105	110	110	115	120

Durant la période 1984-88, le taux de croissance du PIB n'a été que de 1,25% soit sensiblement moins que le taux d'accroissement de la population (soit environ 3%). L'année 1989 a été marquée par des manifestations anti-gouvernementales qui ont réduit l'activité du pays. En 1990, est mise en place un Gouvernement de transition et l'élection présidentielle du nouveau régime a eu lieu en février-mars 1991. A partir de ces années, l'économie du pays retrouve une croissance soutenue, particulièrement en comparaison à une situation africaine dégradée. Le PIB par habitant retrouve seulement maintenant son niveau d'avant 1984. L'inflation a été très faible sur la période: environ 2% par an.

4.1.1. La période avant 1990

Avant le renouveau démocratique, la situation se traduisait par:

- un recul de l'investissement: le taux d'investissement passe de 30% du PIB en 1982 à moins de 12% en 1988;

- un fort interventionnisme des pouvoirs publics dans l'économie: la politique économique suivie entre 1974 et 1986 se traduisait par un interventionnisme et un contrôle de l'Etat dans la plupart des secteurs de l'économie. L'agriculture a été fortement collectivisée, la plupart des entreprises du secteur moderne et les institutions financières ont été nationalisées et de nombreuses entreprises publiques ont été créées;

- un déficit budgétaire important: ce déficit atteint par exemple, 16,3 milliards de FCFA en 1988 pour un niveau de dépenses primaires de 67,3 milliards de FCFA. Les difficultés pour assurer son financement ont conduit l'Etat à accumuler des arriérés importants tant auprès des créanciers extérieurs qu'intérieurs. Les créanciers de l'Etat se sont alors trouvés face à des problèmes de trésorerie les empêchant d'honorer leurs engagements, concourant ainsi au freinage de l'activité économique.

La part des dépenses salariales a progressé fortement au cours des années quatre-vingt, passant de 65% à 75% des dépenses de fonctionnement, due notamment au recrutement automatique des diplômés de l'enseignement supérieur dans la fonction publique.

- un déficit de la balance commerciale: à la fin des années quatre-vingt, le déficit s'élève à environ 30 milliards de FCFA par an: ce n'est qu'à partir de 1990 que ce solde deviendra positif (+2 milliards en 1990 et +12 milliards en 1991).

4.1.2. Le PAS II

L'ensemble de cette situation déséquilibrée a conduit le pays à rechercher le rééchelonnement de sa dette auprès du Club de Paris et à adopter différentes mesures de stabilisation et d'ajustement. Le Gouvernement a lancé en 1989, avec l'appui de l'IDA et du FMI, un premier Programme d'Ajustement Structurel (PAS). Ce programme a été mis en oeuvre dans un climat de crise financière généralisée et de difficultés politico-économiques croissantes. Ses résultats ont été plutôt décevants malgré certaines avancées: privatisation d'un certain nombre d'entreprises publiques, liquidation de trois banques publiques, ouverture de quatre banques commerciales privées.

Le nouveau Gouvernement a signé le PAS II couvrant la période 1991-93. Ce programme a pour principal objectif "de créer les conditions d'une reprise soutenue de l'activité économique et d'améliorer les services sociaux de base, tout en garantissant le revenu des secteurs les plus vulnérables de la population. A cette fin, le programme a été conçu de manière à assainir les finances publiques et à redresser la balance des paiements, à maintenir au dessous de 3% le taux d'inflation du coût des biens et services et à assurer à partir de 1994 un taux de croissance réel du PIB de 4%" (Déclaration de la stratégie de développement dans le contexte d'un deuxième Programme d'Ajustement Structurel, République du Bénin, 31 mai 1991).

Les principaux résultats ont été les suivants:

- le pays retrouve progressivement le chemin de la croissance économique. Le secteur bancaire et de nombreuses entreprises publiques ont été privatisées. le secteur primaire a progressé (augmentation de la production de coton et résultats satisfaisants pour la production vivrière). Mais ces résultats restent fragiles notamment en raison de la compétitivité avec le Nigéria voisin.

- on assiste à un assainissement progressif des finances publiques: le déficit budgétaire passe de 21.7 milliards en 1990 à 14.3 milliards en 1992 et à 1.9 milliard en 1993.

Evolution récente des opérations consolidées de l'Etat (prix courants)
En milliards de FCFA

	1990	1991	1992	1993(est.)
Recettes totales	49.9	61.5	69.3	77.1
Dépenses primaires	56.3	58.8	61.5	63.4
Intérêts dette (int+ext)	15.3	13.9	22.1	15.6
Déficit budgétaire	-21.7	-11.5	-14.3	-1.9
Investissement sur financement extérieur		26.6	31.4	24.7

Nb: Dépenses primaires comprennent la contribution budgétaire à l'investissement

Ce rétablissement des finances publiques est du à un maintien des dépenses primaires (celles-ci passant de 56.3 milliards de FCFA en 1990 à 63.4 milliards de FCFA en 1993, mais surtout à une augmentation substantielle des recettes totales, notamment grâce à de meilleures rentrées fiscales.

Ainsi le solde par rapport aux dépenses primaires (c'est-à-dire hors dette) est redevenu positif, objectif principal fixé par le PAS II

En ce qui concerne l'investissement, on peut aussi présenter les chiffres figurant au Programme d'Investissement Public (PIP):

Evolution du PIP

	1991	1992	1993
Financement intérieur	?	4.4	4.9
Financement extérieur	38.9	41.2	40.5
Dont:			
. Prêts	22.6	21.7	
. Dons	16.3	19.5	

4.1.3. Prévisions macro-économiques

En raison de la dévaluation du franc CFA intervenue le 12 janvier 1994, les prévisions macro-économiques, qui sont produites sur une base plus routinière en temps de stabilité monétaire, sont depuis cet événement plus rares.

Ainsi l'INSAE, à partir de ses estimations de celle du FMI, a établi des projections pour le PIB:

Evolution du PIB (en milliards de FCFA courants)

	1994	1995	1996
PIB	648,6	690,6	735,3
Taux de croissance	4,3%	5,0%	5,5%

Evolution des opérations consolidées de l'Etat (prix courants)
En milliards de FCFA

	1993 (Est.)	1994 (proj.)	1995 (proj.)	1996 (proj.)
- Recettes totales	77,1	103,3	115,7	125,3
- Budget de fonctionnement dont:	76,6	115,2	112,6	112,7
Salaires+fonct.	61,0	88,6	85,2	86,2
Intérêts dette	15,6	26,6	27,4	26,5
- Budget d'invest. Etat	2,4	9,6	10,3	11,0
- Invest. sur ressources extérieures	24,7	62,3	72,4	79,2

A l'intérieur de ces projections, l'ensemble des salaires qui atteint 47,6 milliards de FCFA en 1993 passe à 60,4 milliards de FCFA en fin de période alors que dans le même temps le fonctionnement passe de 13,4 milliards de FCFA à 25,8 milliards: ainsi, la hausse de la masse salariale est de 27% alors que celle du fonctionnement atteint 92%, ou encore que, dans les dépenses primaires de l'Etat, la part des salaires passe de 76% en 1993 à 70% en 1996.

Même si l'investissement reste largement financé par l'extérieur, l'Etat entend contribuer à cet effort: ainsi la part de l'investissement sur fonds intérieurs, qui était de 8,8% en 1993, passe à 12,2% en 1996.

Alors que sur la période les dépenses primaires n'augmentent que de 41,3%, les dépenses d'investissement augmentent de 232%.

4.2. LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Dans cette partie, seront présentés ci-dessous les dépenses de fonctionnement du secteur de la santé, les dépenses d'investissement, le chiffre d'affaire de la centrale d'achat ainsi que le recouvrement des coûts afin de couvrir tous les aspects financiers relatif à la santé à l'exception des dépenses du secteur privé.

4.2.1. Les dépenses de fonctionnement

- Le Ministère de la Santé

L'évolution du budget du Ministère de la Santé est retracée dans le tableau suivant:

Evolution du budget du Ministère de la santé (prix courants)

Années	Budget national (milliards)	Budget Ministère de la Santé (milliards)	dont, personnel (milliards)	dont fonctionio (milliards)	Dépense de santé par habitant (FCFA)	Rapport Bud.santé: Bud.nat. (en %)
1984	55.9	3.2	2.4	0.8	934	5.7%
1985	50.8	3.1	2.2	0.8	757	5.0%
1986	45.2	3.1	2.4	0.7	773	6.9%
1987	45.9	4.0	2.8	1.3	997	8.8%
1988	53.6	3.2	2.2	1.0	788	6.0%
1989	49.5	2.4	1.9	0.5	600	4.9%
1990	67.6	2.5	1.9	0.6	523	3.7%
1991	81.4	2.7	2.0	0.7	561	3.4%
1992	85.4	2.7	1.9	0.8	566	3.2%
1993	84.3	2.9	1.9	0.9	569	3.4%
1994(projet)	107.0	3.9	2.4	1.5		3.6%

Ainsi, la part du budget de la santé dans le budget national de fonctionnement a fortement diminué au cours des dernières années passant de 8.8% en 1987, année la plus favorable, à 3.5% en 1993 et 3.6% en 1994

Si ce pourcentage est calculé à partir des seuls budgets des ministères (lignes 10 à 40 du budget) du pays, on observe que la part du Ministère de la santé représentait 5,3% en 1993 et 7,8% en 1994.

Entre 1990 et 1993, l'évolution montre que les dépenses de personnel sont restées à peu près stables alors que les dépenses de fonctionnement ont fortement augmenté, passant de 0,5 milliard de FCFA à près de 1 milliard. Ainsi, les dépenses de personnel qui représentaient 78% du Budget du Ministère de la Santé ne représentent plus que 67% en 1993

Avant la dévaluation du Fcfa, le projet de Budget pour la santé était d'un montant de 3,1 milliards de FCFA. Il a été révisé après la dévaluation pour s'élever à 3,9 milliards de FCFA. Lors de cette révision, les dépenses de personnels ont été augmentées de 17% et les dépenses de fonctionnement de 43%.

Le tableau suivant présente le budget du Ministère de la santé selon les principaux découpages administratifs

Budgets de Ministère de la santé (en milliers de FCFA)

	1992		1993		1994	
	Personnel	Foncti.	Personnel	Foncti.	Personnel	Foncti.
- Cabinet	93.647	119.763	74.456	289.084		
- Dir. Protection sanitaire	56.376	6.579	86.467	7.109		
- Dir. Pharma & Labo.	56.411	4.105	43.031	4.864		
- Dir. Infra. & Mainte.	22.268	5.150	23.504	6.676		
- Dir. Hygiène & assain.	21.216	2.589	20.424	2.825		
- Comité Lutte Oncho.	2.263	1.281	2.194	1.410		
Sous-total	252.181	139.467	250.076	311.968		
- DDS Oueme	359.739	150.564	330.801	155.548		
- DDS Atlantique	476.766	135.492	442.237	134.783		
- DDS Mono	148.010	47.687	151.246	47.674		
- DDS Zou	271.293	120.405	291.786	119.253		
- DDS Atacora	188.542	98.475	249.309	106.458		
- DDS Borgou	253.432	105.410	212.804	89.906		
Sous-total	1.697.782	658.533	1.678.183	653.622		
TOTAL	1.949.963	798.000	1.928.259	958.000	2.364.247	1.510.311
	2.747.963		2.886.259		3.874.648	

Si ce pourcentage est calculé à partir des seuls budgets des ministères (lignes 10 à 40 du budget) du pays, on observe que la part du Ministère de la santé représentait 5,3% en 1993 et 7,8% en 1994.

Entre 1990 et 1993, l'évolution montre que les dépenses de personnel sont restées à peu près stables alors que les dépenses de fonctionnement ont fortement augmenté, passant de 0,5 milliard de FCFA à près de 1 milliard. Ainsi, les dépenses de personnel qui représentaient 78% du Budget du Ministère de la Santé ne représentent plus que 67% en 1993.

Avant la dévaluation du Fcfa, le projet de Budget pour la santé était d'un montant de 3,1 milliards de FCFA. Il a été révisé après la dévaluation pour s'élever à 3,9 milliards de FCFA. Lors de cette révision, les dépenses de personnels ont été augmentées de 17% et les dépenses de fonctionnement de 43%.

Le tableau suivant présente le budget du Ministère de la santé selon les principaux découpages administratifs.

Budgets de Ministère de la santé (en milliers de FCFA)

	1992		1993		1994	
	Personnel	Foncti.	Personnel	Foncti.	Personnel	Foncti.
- Cabinet	93.647	119.763	74.456	289.084		
- Dir. Protection sanitaire	56.376	6.579	86.467	7.109		
- Dir. Pharma & Labo.	56.411	4.105	43.031	4.864		
- Dir. Infra. & Mainte.	22.268	5.150	23.504	6.676		
- Dir. Hygiène & assain.	21.216	2.589	20.424	2.825		
- Comité Lutte Oncho.	2.263	1.281	2.194	1.410		
Sous-total	252.181	139.467	250.076	311.968		
- DDS Oueme	359.739	150.564	330.801	155.548		
- DDS Atlantique	476.766	135.492	442.237	134.783		
- DDS Mono	148.010	47.687	151.246	47.674		
- DDS Zou	271.293	120.405	291.786	119.253		
- DDS Atacora	188.542	98.475	249.309	106.458		
- DDS Borgou	253.432	105.410	212.804	89.906		
Sous-total	1.697.782	658.533	1.678.183	653.622		
TOTAL	1.949.963	798.000	1.928.259	958.000	2.364.247	1.510.311
	2.747.963		2.886.259		3.874.648	

- Les premières orientations pour le budget du Ministère de la Santé en 1995:

Le budget pour l'année 1995 est en cours de préparation au moment de la préparation des documents de cette table ronde sectorielle. Néanmoins, des premières négociations budgétaires, il ressort:

- en ce qui concerne les dépenses de personnel, on constatera un certain accroissement dû:

à la restitution des indemnités de résidence pour les Agents permanents de l'Etat (APE), soit 10%;

au relèvement de la base indiciaire qui passe de 2100 à 2310;

au recrutement d'agents de santé (autorisé par le FMI et la Banque mondiale);

- en ce qui concerne les autres dépenses de fonctionnement, l'enveloppe globale passerait de 1.510 milliard de FCFA en 1994 à 1.541 milliard de FCFA en 1995, soit une augmentation de 2%. Le financement des trois nouvelles Directions centrales n'est pas prévu dans ce nouveau budget.

- le Budget d'Equipeement Socio-administratif (BESA) serait maintenu à 21 millions de FCFA;

- en ce qui concerne les charges non réparties, plusieurs postes seraient réduits:

subvention au CNHU: 700 millions de FCFA contre 900 millions de FCFA en 1994;

subvention aux centres de santé: 700 millions de FCFA au lieu de 1 milliard de FCFA en 1994;

travaux d'entretien des centres de santé: 350 millions de FCFA au lieu de 650 millions de FCFA en 1994;

appui au secteur de la santé: 500 millions de FCFA au lieu de 1 milliard en 1994;

- Le secteur de la santé

Selon la présentation budgétaire adoptée par le Bénin, les dépenses de santé ne se limitent pas au seul Ministère de la Santé: il convient en effet de retenir "les charges non réparties" dont certaines sont relatives à la santé. Les dépenses budgétaires pour le secteur de la santé se présentent comme suit:

Dépenses budgétaires de fonctionnement pour le secteur de la santé

En milliers FCFA

	1991	1992	1993	1994
- Ministère de la santé	2.742.752	2.747.963	2.886.259	3.874.648
- Ch.51 Frais hospitalisation des fonctionnaires	400.000	400.000	425.000	412.709
- Ch.52 Entretien des Centres de santé	-	150.000	150.000	660.000
- Ch.53 Comité Nat. Lutte Oncho	2.910	2.910	2.910	2.910
- Ch.53 CNHU	500.000	500.000	500.000	900.000
- CH.53 Institut Nat. Médico-soc	3.000	3.000	3.000	3.000
- Ch.53 Subv. fonctionnement des Centres de santé (1)	-	300.000	300.000	2.030.000
- CH.54 Evacuations sanitaires	800.000	500.000	1.644.000	300.000
TOTAL	4.448.662	4.603.873	5.911.169	8.194.443

(1) En 1994, cette ligne comprend la contribution au fonctionnement du Projet PEV (ressources nationales) pour 30 millions de FCFA, la contribution aux autres centres de santé pour 1 milliard de FCFA, et l'appui du secteur de la santé pour 1 milliard de FCFA.

Si l'on retient l'ensemble des dépenses de l'Etat pour le fonctionnement du secteur de la santé, la part de la santé dans le budget de fonctionnement de l'Etat s'élève à 5,5% en 1991, 5,7% en 1992, 6,7% en 1993 et 7,6% en 1994, montrant ainsi l'effort que le pays consent à la santé. On remarquera tout particulièrement l'augmentation entre 1993 et 1994, les dépenses pour la santé passant de 5,9 milliards de FCFA à 8,2 milliards de FCFA, soit une augmentation de 39%.

4.2.2. Les dépenses d'investissement

Le recensement des dépenses d'investissement pour la santé peut être présenté à partir de deux sources principales d'informations complémentaires

- Le Programme d'Investissement Public (PIP): il figure au Budget de la nation pour l'exercice budgétaire en cours. Le Ministère de Plan établit un PIP sur trois ans. Le PIP recense tous les projets en cours d'exécution. Seuls les projets inscrits au PIP sont officiellement reconnus par l'Etat. Le PIP distingue entre les sources de financement: financement interne et financement extérieur. En recommandation du Ministère du Plan, il est demandé que figure au PIP, la partie relative aux investissements des projets: le financement des charges récurrentes des projets doit alors figurer dans les "charges non réparties" du Budget de l'Etat.

- Le Plan Triennal de Développement à horizon glissant (PTD): le PTD recense les programmes du Ministère de la santé. Il recense les financements acquis de ces programmes (35). Parmi ceux-ci, certains ne sont pas inscrits au PIP parce que, bien que les financements soient acquis, ces projets n'ont pas été recensés au moment de l'établissement annuel du PIP. Le PTD actuel, qui sera présenté ci-dessous, a fait l'objet d'un examen conjoint par les bailleurs de fonds.

Il faut enfin noter qu'en 1994 le PTD a évolué vers le Plan Quinquennal de Développement (PQD) qui, en adoptant la même présentation en 35 programmes recense les besoins du secteur tels qu'évalués par le Ministère de la santé, c'est-à-dire tant les financements acquis que les financements à rechercher. Le PQD est encore à l'heure actuelle un document en cours de préparation qui n'a pas fait l'objet d'un examen concerté des bailleurs de fonds: il constitue néanmoins un outil précieux de planification des activités du secteur de la santé.

Jusqu'en 1993 (y compris), le PTD est estimé en FCFA d'avant la dévaluation. A partir de 1994, le PTD a été évalué avec des FCFA d'après la dévaluation. Il a été demandé aux bailleurs de fonds d'estimer leurs engagements en FCFA d'après la dévaluation, c'est-à-dire en tenant compte de l'augmentation des coûts internes au pays. En ce qui concerne le PQD, toutes les estimations ont été réalisées sur la base de FCFA d'après la dévaluation. Ainsi les coûts unitaires ont été revus en tenant compte de coefficients de hausse des prix dans le pays (par exemple, pour les constructions un coefficient de 1.7 a été retenu. Pour l'expertise internationale ou les bourses en dehors de l'Afrique un coefficient de 2.0 et pour les salaires, un coefficient de 1.1) Ces différents coefficients ont été établis en concertation avec le Ministère du Plan.

A ces deux sources principales d'informations, il faut ajouter le Budget d'Equipelement des Services Administratifs (BESA) qui figure au budget de l'Etat, mais qui n'est pas compris dans le PIP.

- Le PIP

L'évolution du PIP pour la santé¹ au cours des dernières années est présentée dans le tableau ci-dessous:

Evolution du PIP - santé
En milliers de FCFA

	1991	1992	1993	1994
Financement interne:				
- Prévu		129.300		1 504.300
- Réalisé			75 000	-
Financement extérieur:				
- Prévu		5 238.000		8 793.375
- Réalisé			5 697 000	-
Total:				
- Prévu		5 367.300		10 297.675
- Réalisé			5 772.000	-
BESA (prévu)	9.900	16.200	14 000	21.000

Pour 1994, les projets inscrits au PIP sont les suivants

PIP Santé (en milliers de FCFA)

	1993	1994
Financement interne:		
- Equipement du CNHU		1 000.000
- Développement des services de santé		225.000
- Centre région pour le développement de la santé		13.300
- Centres de santé zone rurale		100.000
- Equipement de la maternité Kandi		16.000
- Soins de santé primaires Néerlandais III		100.000
Financement extérieur:		
- Développement des services de santé		2 329.000
- Centre régional pour le développement de la santé		200.000
- Projet de soins de santé primaires (Allemagne)		230.000
- Projet 7° FED: Santé		2 249.000
- Projet médico-sanitaire (Suisse)		266.000
- PEV		466.000
- Centre hospi.de l'Oueme et 11 centres médicaux		1 060.000

¹ Il s'agit des projets "santé" et non de la rubrique "S6 - Santé" indiquée parfois dans la répartition du PIP par secteur, cette dernière rubrique comporte en effet la santé, mais aussi les Affaires sociales et le Travail.

- Centres de santé zone rurale		333.000
- Education pour la santé		29.000
- Renforcement PF et santé maternelle		72.000
- Soins de santé primaires Néerlandais III		133.000
- Construction hôpital de Lokossa		338.000
- Lutte contre la tuberculose		34.000
- Programme de lutte contre le SIDA		443.375
- Réhabilitation CNHU - Phase II		350.000
- Acquisition 3 cars frigorifiques		45.000
- Contrôle des maladies et soins de santé		266.000

Le PIP pour la santé a donc beaucoup progressé au cours des dernières années montrant la volonté du Gouvernement de développer ce secteur. Les bailleurs de fonds ont apporté des contributions de plus en plus importantes, mais il faut aussi souligner l'effort de la nation: le financement interne a très fortement progressé et atteint en 1994 1,5 milliard de FCFA et représente maintenant 14,6% du PIP alors que cette même part était insignifiante en 1991. Le PIP pour l'ensemble du Pays a évolué de la manière suivante:

Evolution du PIP pour l'ensemble du pays (en millions de FCFA)

	1991	1992	1993	1994
Total:				
- Prévu	55 800	59.329	67.137	
- Réalisé	39 200	37.560	44.877	
Administration centrale				
- Prévu			44.474	64.665
- Réalisé			30.032	
Financement interne				
- Prévu			3.985	9.276
- Réalisé			2.932	
Financement extérieur				
- Prévu			40.489	55.389
- Réalisé			27 100	

Le PIP global comprend l'Administration centrale, les Entreprises publiques, les collectivités locales et le Programme d'urgence. Les lignes pour le financement interne et extérieur sont relatives à l'administration seule.

En termes de réalisation pour 1993, le PIP "santé" a représenté 21,3% des réalisations du PIP "Administration centrale", attestant de l'effort important pour le secteur de la santé.

Pour 1994, l'effort pour le secteur de la santé est important: la santé représente 15,9% du PIP. Sur financement interne, cette part est de 16,2%: cette part place le Ministère de la Santé en troisième position des Ministères dans le pays, derrière le Ministère des Travaux publics et des Transports et le Ministère du Développement rural

- Le PTD

Le dernier PTD disponible a été réalisé en 1994. Le PTD permet de distinguer, pour chacun des programmes et projets, les Investissements et les Coûts récurrents.

Au cours des quatre dernières années, l'évolution du financement des 35 programmes contenus dans le PTD a été la suivante:

Evolution du PTD (en millions de FCFA)

	Acquis	Réalisé	Acquis/Réalisé
1990	6.110.6	3.576.8	58.5%
1991	10.352.2	5.236.3	50.6%
1992	11.339.2	5.500.0	48.5%
1993	10.619.8	4.472.5	42.1%
1994	12.229.6		
Dont Charges récurrentes	750.4		

NB: la baisse constatée en 1993 s'explique en partie par la non-communication des chiffres de l'UNICEF ce qui entraînerait un taux de réalisation de 47.8%.

En résumé, le financement du secteur de la santé ressort comme suit:

	1994	
	Approche PIP	Approche PTD
<u>* Fonctionnement:</u>		
- Ministère de la santé	3.874.648	3.874.648
- Charges non réparties sur fonds nationaux	769.795	739.795
- Charges non réparties sur fonds extérieurs(1)	3.550.000	0
<u>* Investissement:</u>		
- BESA	21.000	21.000
- Financement interne	1.504.000	
- Financement extérieur	8.793.000	
*TOTAL	18.512.443	

(1) Appui budgétaire Union Européenne. FAC

Si l'on retient comme définition du budget de l'Etat le "budget des institutions et ministères" (c'est-à-dire en dehors de la Caisse autonome d'Amortissement notamment), le budget de l'Etat s'élève en 1994 à 173 432 millions de FCFA. Selon l'approche PIP, qui est exactement dans cette définition du budget de l'Etat, la part de la santé est de 10,7%.

- Les axes de la réforme:

Lors de la préparation de la Table ronde sectorielle, le Ministère a défini des nouvelles orientations pour sa politique de santé. D'un point de vue stratégique, ces nouvelles orientations ont été traduites au travers de 7 axes de la réforme (cf chapitre II du Tome II). Pour chacun de ces axes ont été définies des activités qui ont fait ensuite l'objet d'un chiffrage financier. Parmi ces activités, certaines avaient déjà été envisagées lors de la préparation du PQD. Cependant, ces activités ont été redéfinies, notamment dans leur approche conceptuelle, et replanifiées dans le temps: il s'agit essentiellement (mais pas uniquement) des zones sanitaires. D'autres au contraire n'avaient pas été envisagées lors de la préparation du PQD: il s'agit essentiellement de la cellule d'appui à la mise en place des zones sanitaires ainsi que des trois nouvelles Directions centrales mises en place.

En ce qui concerne le financement de ces axes de la réforme (pour une définition de leurs activités, il faut se reporter au chapitre II et III), les résultats peuvent être regroupés en:

- activités déjà envisagées lors du PQD en préparation,
- activités non prévues lors de l'élaboration du PQD, ces activités constituent ce que l'on peut appeler les coûts additionnels de la réforme.

Les chiffrements réalisés dans ce cadre l'ont été avec des FCFA d'après la dévaluation, c'est-à-dire en tenant compte de la hausse des coûts dans le pays.

Financement à rechercher des axes de la réforme (en millions de FCFA)

	1995	1996	1997	1998	1999	Total
Activités de la réforme envisagées dans le PQD en préparation	641,2	8 101,8	1 610,1	8 786,3	9 834,0	28 973,5
Coûts additionnels de la réforme	723,0	249,0	232,0	112,0	112,0	1 428,0

On remarquera ainsi que les principaux montants financiers des axes de la réforme concernent le financement d'activités qui avaient déjà été envisagées lors de la préparation du PQD: il s'agit essentiellement des réhabilitations et des équipements relatifs aux 36 hôpitaux des zones de santé.

- Trois programmes restés sans financement:

Parmi les 32 programmes contenus tant dans le PTD que dans le PQD, 3 programmes répertoriés ont fait l'objet d'une définition de leurs activités: mais ces 3 programmes n'ont jusqu'ici fait l'objet d'aucun financement extérieur (programmes 6, 21 et 22, cf. chapitre I?).

Les montants que le Ministère de la santé propose au financement des bailleurs de fonds sont résumés dans le tableau ci-dessous: ils ont également été estimés sur la base de FCFA d'après la dévaluation

Financement à rechercher pour 3 programmes restés sans financement
En millions de FCFA

	1995	1996	1997	1998	1999	Total
Total des 3 programmes	232.0	133.0	148.0	105.0	167.0	785.0

- Résumé de l'analyse:

L'ensemble des éléments contenus dans les paragraphes ci-dessus peut être rassemblé ainsi:

* Les financements acquis à ce jour: ces renseignements peuvent provenir de trois sources voisines: le PIP, le PTD et le PQD en préparation.

* Les financements à rechercher: ceux-ci se décomposent en quatre grandes rubriques:

- . Axes de la réforme: activités envisagées dans le PQD en préparation.
- . Les coûts additionnels de la réforme.
- . Les activités des 35 programmes recensées dans le PQD en préparation et qui sont restées sans financement: il s'agit de la part du PQD sans financement en dehors des axes de la réforme et des trois programmes restés sans financement.
- . Les trois programmes restés sans financement;

Ces quatre éléments constituent la demande de financement du Ministère de la santé. Leurs montants financiers sont contenus dans le tableau ci-dessous. A l'issue de la Table ronde sectorielle, ces quatre éléments constitueront les nouvelles bases du PQD.

	1995	1996	1997	1998	1999	Total
FINANCEMENTS ACQUIS:						
Source PTD dont charges récurrentes.	7.977.0 529.2	4.334.0 445.7	-	-	-	-
Source PQD en préparation	8.113.0	4.655.0	1.117.0	-	-	-
Source PIP	10.755.6	11.002.2	-	-	-	-
Chiffres moyens retenus	8.000.0	4.500.0	1.100.0	-	-	-
FINANCEMENTS A RECHERCHER:						
1- Activités de la réforme envisagées dans le PQD en préparation	641.3	8 101.8	1.610.1	8 786.3	9 834.0	28.973.5
2- Les coûts additionnels de la réforme	723.0	249.0	232.0	112.0	112.0	1 428.0
3- Les activités des 32 programmes recensées dans le PQD en préparation et qui sont restées sans financement	20.746.5	14 166.0	17.068.1	11.713.2	12.677.7	76.371.6
4- Les trois programmes restés sans financement	232.0	133.0	148.0	105.0	167.0	785.0
Demande de financement du Ministère de la santé = 1+2+3+4	22.342.7	22.689.8	19 058.2	20.828.5	22.790.7	107.709.9
Financement du secteur = Financements acquis + Financements demandés	38.180.0	31 486.0	21 101.1	20.828.5	22.790.7	133.918.1

NB: Pour connaître l'ensemble du financement du secteur, il convient d'ajouter à la dernière ligne de ce tableau le Budget du Ministère de la santé ainsi que les "charges non réparties" relatives à la santé (dont la majeure partie concerne l'appui budgétaire).

On remarquera que, notamment pour les deux premières années de ce plan, les financements pour le secteur de la santé sont assez élevés, notamment si on les rapporte à la contribution des bailleurs qui en 1994 s'est élevée à 12.229 millions de FCFA (prévisions), desquels on peut estimer qu'entre 40 et 50% seront effectivement dépensés.

Il convient de remarquer que l'essentiel des montants financiers de la demande du Ministère de la santé ne se situe pas dans les axes de la réformes mais dans le financement complémentaire d'activités des 32 programmes.

Afin de bien comprendre l'analyse de l'évolution du financement du secteur, il convient de bien analyser la conséquence de la dévaluation du FCFA sur les estimations présentées ci-dessus. La charnière se situe en 1994. Rappelons deux chiffres:

- en 1993, le montant des financements prévus (source PTD) s'est élevé à 10,6 milliards de FCFA: FCFA d'avant la dévaluation.

- en 1994, le montant des financements prévus s'est élevé à 12,2 milliards de FCFA: FCFA d'après la dévaluation;

Il ne s'agit pas d'une augmentation de 15% mais au contraire d'une baisse du financement de 30%.

En effet, entre 1993 et 1994, les coûts intérieurs au Bénin ont augmenté du fait de la dévaluation. La définition d'un coefficient moyen est difficile à établir, car il faudrait pondérer chacun des coefficients établis avec le Ministère du Plan par les volumes financiers correspondants. Néanmoins, le coefficient est compris entre 2,0 le plus élevé pour l'expertise internationale et les bourses en dehors de l'Afrique et 1,1 pour les salaires. Par ailleurs, rappelons que le taux d'inflation au 30 juin 1994 (source INSAE) est de 35%; il a été retenu un coefficient moyen de hausse des coûts de 1,5.

En conséquence, en 1994, le financement d'un volume d'activité identique à celui de 1993 aurait dû se traduire par un montant de 15,9 milliards de FCFA. En termes "réels", il s'agit donc d'une baisse des financements de 30%.

Par ailleurs, en 1993, sur la base du taux de change d'avant la dévaluation (300 en moyenne), les bailleurs de fonds s'étaient engagés pour un financement de 10,6 milliards de FCFA, soit un montant de 35,3 millions de dollars US. En 1994, en s'engageant pour 12,2 milliards de FCFA, les bailleurs de fonds ne se seront engagés que pour 20,3 millions de dollars US.

S'ils s'étaient engagés pour un financement "réel" maintenu en FCFA, soit 15,9 milliards de FCFA, cet engagement aurait été de 26,5 millions de dollars US.

Enfin, si les bailleurs de fonds avaient poursuivi leur effort financier exprimé en monnaie internationale, le Bénin aurait disposé de 21,2 milliards de FCFA en 1994.

Du fait de la dévaluation, avec la même somme exprimée en monnaie internationale, les bailleurs de fonds ont la possibilité d'aider le Bénin à réaliser davantage d'activités.

Dans le tableau ci-dessus, le "financement du secteur" sur fonds extérieurs s'élève à 30,2 milliards de FCFA en 1995, à 27,0 milliards en 1996, à 20,0 milliards en 1997, à 20,5 milliards en 1998 et à 20,6 milliards en 1999. A part pour les deux premières années (mais beaucoup de réalisations ont été prévues sur les deux premières années de ce plan), le financement demandé par le Ministère de la santé n'entraîne pas un effort supplémentaire des bailleurs exprimé en monnaie internationale

Aussi le Ministère de la santé considère que la demande de financement ci-dessus présentée constitue sa demande "optimale". Mais, compte tenu des difficultés souvent rencontrées dans la mise en place de ces financements (capacité d'absorption) a préparé une demande dite "intermédiaire" sa rationalité en est la suivante:

- Activités envisagées dans le PQD en préparation constitue une priorité qu'il demande aux bailleurs de considérer comme telle il s'agit, rappelons-le, de la mise en place des 36 zones sanitaires du pays.

- Les coûts additionnels de la réforme, ces coûts sont également prioritaires puisqu'ils garantissent un encadrement efficace de la mise en place de la réforme:

- Les trois programmes restés sans financement: le Ministère de la santé attire l'attention des bailleurs de fonds sur le fait que ces activités qu'il considère comme importantes n'ont jusqu'ici pas retenu l'attention des bailleurs et qu'elles sont exécutées avec beaucoup de déficience.

- Les activités des 32 programmes en dehors des activités prises en compte dans les axes de la réforme, ces activités sont actuellement financées par les bailleurs de fonds à hauteur de 12,2 milliards de FCFA (chiffre de 1994). Ces financements, comme le montre le tableau ci-dessus, ne sont pas suffisants pour faire face à l'ensemble des activités identifiées.

Le Ministère de la santé souhaiterait exprimer à la communauté des bailleurs de fonds son souhait que, pendant toute la durée de la programmation, celle-ci poursuive l'effort qu'elle a déjà consenti en finançant ces programmes sur la lancée de 1993, soit 15,9 milliards de FCFA (arrondis à 16 milliards).

Selon ces principes, la demande "intermédiaire" du Ministère de la santé peut être résumée dans le tableau ci-dessous:

	1995	1996	1997	1998	1999	Total
1- Activités envisagées dans le PQD en préparation	641.2	8.101.8	1.610.1	8.786.3	9.834.0	28.973.5
2- Les coûts additionnels de la réforme	723.0	249.0	232.0	112.0	112.0	1.428.0
4- Les trois programmes restés sans financement	232.0	133.0	148.0	105.0	167.0	785.0
3- Activités des 32 programmes	16.000.0	16.000.0	16.000.0	16.000.0	16.000.0	80.000.0
Dont financements acquis	8.000.0	4.500.0	1.100.0	-	-	13.600.0
Demande du Ministère de la santé	9.596.2	19.983.8	16.890.1	25.003.3	26.113.0	97.586.5
Financement du secteur	17.596.2	24.483.8	17.990.1	25.003.3	26.113.0	111.186.4

Le financement du secteur sur fonds extérieur s'élèverait alors en moyenne à 22 milliards de FCFA par an, soit 36.7 millions de dollars US. Par rapport à 1993, l'effort demandé aux bailleurs exprimé en monnaie internationale serait minime, mais il permettrait au Bénin de faire progresser plus rapidement que par le passé son système de santé et de tirer ainsi un avantage de la dévaluation. L'augmentation "réelle" serait alors de 38.4% (22 milliards / 15.9 milliards). Cette amélioration du système de santé devrait conduire les populations à se tourner encore davantage vers les structures de santé et atteindre un niveau de santé plus élevé. En conséquence, les demandes de financement du Ministère de la santé sont possibles au sens de l'effort des bailleurs de fonds exprimé en monnaie nationale (sur la base de 1993). Cependant,

- Le Ministère de la santé a conscience que cette augmentation des financements pour le Bénin devrait entraîner une amélioration des capacités d'absorption. Rien ne sert en effet de disposer de nombreuses promesses si elles ne peuvent pas se traduire dans la réalité,

Avec les bailleurs de fonds, le Ministère doit trouver les moyens d'améliorer ces capacités d'absorption: la création d'une cellule d'appui à la mise en oeuvre des axes de la réforme s'inscrit dans cette voie, de même que la création de la nouvelle direction centrale DPCE. Mais il faudra encore aller au delà. Afin de poursuivre la dynamique instaurée lors de la préparation de cette table ronde sectorielle, le Ministère propose que soit mise en place une "cellule" de suivi de cette table ronde dont une des tâches consistera à proposer des améliorations des capacités d'absorption.

- Une telle augmentation des financements extérieurs entraînera une augmentation assez substantielle des charges récurrentes pour faire face à tous les investissements prévus, tant en termes de maintenance de ces équipements que de fonctionnement courant. Cependant, l'approche qui a été adoptée dans les chiffrements ci-dessus prévoit sur la période les frais de fonctionnement courant ainsi qu'une partie des salaires des personnels nécessaires. Cette demande de financement auprès des bailleurs aboutit à ce que sur la période, jusqu'en 1999, les équipements seront entretenus et auront les moyens nécessaires à leur fonctionnement. Mais au delà de cette période, cette question des charges récurrentes induites par ces équipements sera posée à nouveau. Afin que le financement de ces charges ne reste pas à la merci du financement extérieur, le Ministère de la santé devra progressivement l'inclure dans son budget de fonctionnement.

4.2.3. La centrale d'achat en médicaments essentiels

La centrale d'achat en médicaments essentiels, mise en place dans le cadre du Projet PDSS de la Banque mondiale avec co-financement de la Suisse, a réalisé ses premières ventes en octobre 1991 et n'a été vraiment opérationnelle qu'en 1992. Cette centrale d'achat, pour son démarrage, a reçu une dotation de 370 millions de FCFA en médicaments et de 279 millions de FCFA en produits consommables (auquel il faut ajouter 9,4 millions de FCFA donnés par l'UNICEF)

Selon les statuts mêmes de cette centrale d'achat, l'ensemble des dépenses d'investissement a été jusqu'ici pris en charge par le Projet PDSS. En 1992, ces dépenses ont été de 40,6 millions de FCFA, de 46,6 millions de FCFA en 1993, et sont prévues pour un montant de 82,5 millions de FCFA en 1994 (augmentation due aux conséquences de la dévaluation et à des travaux complémentaires).

Le chiffre d'affaires de la centrale d'achat doit couvrir les dépenses de fonctionnement qui peuvent être regroupées en trois rubriques: "Salaires", "Fonctionnement courant", "Achat de médicaments et consommables"

Le bilan économique pour les trois dernières années se présente comme suit:

Bilan économique du fonctionnement de la centrale d'achat en médicaments essentiels
En milliers de FCFA

	1992 Réalizations	1993 Réalizations	1994 Prévisions
- Salaires	11.508	17.935	27.000
- Fonctionnement	13.141	16.905	55.367
- Achat médic.&consommables(1)	400.957		
Chiffre d'affaires	451.077	734.902	758.557 (2)
Total	425.606		

(1) Il s'agit d'une présentation "artificielle" en ce sens que la dépense d'achat en médicaments n'est pas connue. Par contre le chiffre d'affaires est connu et en prenant le fait que la centrale d'achat applique une marge de 15% sur le prix rendu à la centrale d'achat, cela signifie que si la centrale d'achat avait eu à acheter ces médicaments et consommables elle aurait dépensé 400,9 millions de FCFA en 1992. Ce taux de 15% pourrait être révisé à la baisse après le déblocage des prix (10% ou 11%).

(2) Chiffre d'affaires réalisé au 31 août 1994 75,2% sont relatifs aux médicaments et 24,8% aux consommables.

4.2.4. Le bilan financier du recouvrement des coûts

Bien que le financement communautaire ait été mis en place depuis de nombreuses années au Bénin, les informations relatives aux sommes mobilisées sont encore partielles. Les informations suivantes peuvent être rassemblées:

Recettes du recouvrement des coûts

En milliers de FCFA

	1991	1992	1993
Niveau Périphérique (CCS et CSSP)	477.800		
Niveau intermédiaire et CNHU	2.000.000		
Total	2.477.800		

4.3. Les mesures d'accompagnement de la politique de santé

Pour mettre en place de la politique sanitaire du pays, plusieurs mesures d'accompagnement ont été retenues elles sont principalement inscrites dans le "Document-cadre de politique économique du pays, 1994-96" établi par les autorités béninoises en collaboration avec les services du Fonds monétaire international et la Banque mondiale, 2 février 1994. Ce document prend en compte les incidences induites par la dévaluation du FCFA du 12 janvier 1994. Les principales mesures sont les suivantes:

- Renforcement du Programme d'Investissement public (PIP):

Sur la période 1994-96, le PIP sera renforcé, il met l'accent sur les infrastructures dans les secteurs prioritaires, à savoir les transports, les télécommunications, la santé et l'éducation. Cet effort s'est déjà traduit dans le budget de l'Etat pour la santé en 1994 où l'on a pu observer (cf ci-dessus) que l'investissement pour la santé tant sur financement interne que sur financement extérieur a assez considérablement augmenté.

- Dépenses en personnels:

Si la politique globale de l'Etat vise à limiter la masse salariale, il est prévu une certaine souplesse pour améliorer la qualité des services sociaux clés, tels que la santé et l'éducation.

- Création de trois nouvelles Directions centrales au Ministère de la Santé:

Selon les recommandations de l'audit organisationnel du secteur effectué en 1993 il était prévu de créer trois nouvelles Directions centrales. Le Décret N°94-145 du 26 mai 1994 port création de la Direction des Services administratifs et financiers (DSAF), de la Direction de la Planification, de la Coordination et de l'Evaluation (DPCE) et de la Direction de la Santé familiale (DSF). Les directeurs de ces nouvelles Directions ont été nommés en septembre 1994.

- Le développement progressif des zones sanitaires dans tous les départements du pays:

Le document-cadre de politique économique indique que, selon les recommandations de l'audit, le Ministère de la Santé développera progressivement les zones sanitaires dans tous les départements du pays.

Cette recommandation constitue un des axes prioritaires de la réforme du secteur tel que présenté au Chapitre II du Tome II des documents de la table ronde sectorielle. Il est rappelé dans ce document-cadre que le deuxième projet en cours de préparation prévoit le développement progressif de cette approche, contribuant ainsi à une amélioration de la qualité des soins de base et au bon fonctionnement de la pyramide sanitaire.

- L'informatisation du fichier des personnels:

L'informatisation du fichier du personnel a été réalisée en 1994

- Statut légal permanent de la Centrale d'achat des médicaments:

Le Ministère de la santé a préparé un nouveau statut pour la centrale d'achat des médicaments essentiels. A l'expiration de sa durée de vie en tant que projet, conformément au décret n° 89-307 du 28 juin 1989, la centrale d'achat en médicaments essentiels et consommables médicaux est transformée en Association sans But lucratif (ASBL), régie par la loi de 1901. Ce statut la dote de la personnalité morale et de l'autonomie financière, elle a un statut de grossiste pharmaceutique. Ce statut est complété par une Convention entre le Gouvernement et la Centrale d'achat fixant les termes de référence et le rôle des deux partenaires. Conformément au Document-cadre de politique économique, ce statut sera adopté avant décembre 1994.

- Le subventionnement du prix des médicaments essentiels et des consommables médicaux sous noms génériques:

Du fait de l'augmentation des prix d'achat des médicaments due à la dévaluation du FCFA, le Gouvernement a décidé de maintenir inchangés les prix des médicaments essentiels sous noms génériques et des consommables médicaux pour les formations sanitaires publiques et privées à but non-lucratif pour l'année 1994. Cette mesure devrait engendrer un déficit de 2 milliards de FCFA auprès de la centrale d'achat. Cette somme sera prise en charge par le financement extérieur, notamment la Banque mondiale.

La subvention sera progressivement éliminée durant la période 1995-97. Le Ministère de la Santé a déjà engagé une réflexion sur les adaptations tarifaires qu'il conviendra de prendre; il invite les bailleurs de fonds à s'associer à cette réflexion.

- Discussions avec le secteur privé dans le domaine du médicament:

Le Ministère de la santé a engagé des discussions avec les opérateurs privés afin de réduire les marges proportionnelles des prix des médicaments

- Suppression du droit fiscal sur les médicaments:

Afin d'atténuer les effets de la dévaluation du FCFA, le Gouvernement a supprimé le droit fiscal sur les médicaments. celui-ci était de 5% avant la dévaluation du FCFA. Cette mesure devrait entraîner une perte de recettes de l'ordre de 161 millions de FCFA

- Livraison aux sociétés pharmaceutiques grossistes de médicaments essentiels sous noms génériques qui seront vendus au public dans les officines privées:

- La disponibilité en personnel et répartition géographique.

La mise en place des zones sanitaires, telle qu'elle a été présentée au chapitre I.1, fait ressortir la nécessité de disposer d'un personnel additionnel. Les estimations qui ont été réalisées au chapitre II.5 aboutissent à un besoin additionnel, à la fin de la période, soit 1999, lorsqu'auront été mises en place toutes les 36 zones sanitaires, de 800 personnes si l'on se base sur les normes optimales de dotation et à 435 personnes additionnelles si l'on adopte une approche "minimale". Ce besoin additionnel pourra être couvert soit par des recrutements nouveaux soit par des redéploiements internes au ministère de la santé, voire de la fonction publique dans son ensemble.

- Appui à la supervision:

Le Ministère de la santé, par rapport aux premiers travaux sur la définition des axes de la réforme, a tenu à particulariser la supervision afin de mieux montrer son importance dans le nouveau dispositif. Par ailleurs, au cours des derniers mois, le Ministère de la santé a constitué une Commission nationale de la supervision ainsi que 6 commissions départementales. Ces commissions devront être officialisées par des décrets réglementaires.

- Amélioration des capacités d'absorption de l'aide extérieure:

Que l'on adopte les informations en provenance du PIP ou celles du PTD, il ressort que la capacité d'absorption de l'aide extérieure est assez faible et a diminué au cours des dernières années. Le Ministère de la Santé a conscience de cet état de fait et propose aux bailleurs de fonds de l'aider.

Certaines améliorations sont extérieures au Ministère de la Santé. Dans le document-cadre de politique économique, plusieurs mesures devraient permettre d'éliminer certains goulots d'étranglement.

un suivi mensuel des déboursements des fonds de contrepartie sera mis en place.

la mise en place du nouveau code des marchés publics et la création d'un service spécial au Ministère des Finances chargé d'assurer un suivi adéquat des fonds de contrepartie et de leurs décaissements dans les délais prévus.

le renforcement des structures au Ministère du Plan devrait conduire à une meilleure sélection des projets.

Mais le Ministère de la Santé doit aussi contribuer à améliorer les capacités d'absorption. Pour ce faire, il compte mettre sur pied une commission spécifique qui aura pour tâches de proposer des mesures