

**REPUBLIQUE DU BENIN**

~~~~~

**MINISTERE DE LA SANTE**

~~~~~

**Cabinet**

**DIRECTION DE LA  
PROGRAMMATION ET  
DE LA PROSPECTIVE**

**DIRECTION DU DEVELOPPEMENT  
DES ZONES SANITAIRES**

~~~~~

Fiche d'identification

**APPUI INSTITUTIONNEL**

**AU RENFORCEMENT DE LA PYRAMIDE SANITAIRE**

**dans le cadre de la MISE EN ŒUVRE DU PNDS**

Mars 2008

*Handwritten signature*

*PH*

## Abréviations et acronymes

|         |                                                                                                            |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BAD     | Banque Africaine de Développement                                                                          |
| CHD     | : Centre Hospitalier Départemental                                                                         |
| CNHU    | : Centre National Hospitalier Universitaire                                                                |
| COGECS  | : Comité de Gestion de Centre de Santé                                                                     |
| CS      | : Centre de Santé                                                                                          |
| CTB     | : Coopération Technique Belge                                                                              |
| DDS     | : Direction Départementale de la Santé                                                                     |
| DDZS    | : Direction du Développement des Zones Sanitaires                                                          |
| DIEM    | : Direction des Infrastructures Equipements et Matériels                                                   |
| DNPEV   | : Direction Nationale du Programme Elargi de Vaccination et des Soins de Santé Primaires                   |
| DPP     | : Direction de la Programmation et de la Prospective                                                       |
| EDS III | : Enquête Démographique et de Santé III                                                                    |
| EEZS    | : Equipe d'Encadrement des Zones Sanitaires                                                                |
| FED     | : Fonds Européen de Développement                                                                          |
| HZ      | : Hôpital de Zone                                                                                          |
| INSAE   | : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique                                           |
| KTL     | : Klouékanme Toviklin Lalo                                                                                 |
| MCZS    | : Médecin Coordonnateur de Zone Sanitaire                                                                  |
| OMD     | : Objectif du Millénaire pour le Développement                                                             |
| OMS     | : Organisation Mondiale de la Santé                                                                        |
| ONG     | : Organisation Non Gouvernementale                                                                         |
| PASTAM  | : Projet d'Appui à la Sécurité Transfusionnelle dans les départements de l'Atacora/Donga et du Mono/Couffo |
| PAZS    | : Programme d'Appui à la Zone Sanitaire                                                                    |
| PIC     | : Programme Indicatif de Coopération                                                                       |
| PIP     | : Programme d'Investissement Public                                                                        |
| PNDS    | : Plan National de Développement Sanitaire                                                                 |
| PSCS    | : Plate forme Société Civile et Santé                                                                      |
| PTF     | : Partenaire Technique et Financier                                                                        |
| SSP     | : Soins de Santé Primaires                                                                                 |
| USAID   | : United States Agency for International Development                                                       |

PM

# 1. Titre, contexte, perspectives et description

## 1.1. Titre

### « Appui institutionnel au renforcement de la pyramide sanitaire dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS »

Il s'agit d'une intervention visant à **renforcer les capacités** des institutions du secteur, à savoir les structures opérationnelles chargées de la dispensation des soins et les structures chargées de les appuyer : Ministère de la Santé (MS) au niveau central et Direction Départementale de la Santé (DDS) au niveau intermédiaire.

## 1.2. Contexte sectoriel (situation actuelle)

### *Profil épidémiologique*

Le profil épidémiologique du Bénin est caractérisé par la prédominance de problèmes majeurs classiques liés à une écologie particulière et à des conditions de vie défavorables: paludisme, infections respiratoires aiguës, diarrhées, anémies, et affections gastro-intestinales. Les traumatismes et les maladies non transmissibles (hypertension artérielle, diabète) sont de plus en plus prévalents. Le taux de prévalence du VIH/SIDA pour la population entre 15 et 49 ans, qui est de 1.8 %<sup>1</sup>, ne semble pas être un problème majeur de santé publique, et il faut tout mettre en œuvre pour qu'il ne le devienne pas.

De 1996 à 2001, la mortalité infantile (enfants de moins de 5 ans) a baissé de 94 à 67 pour mille naissances vivantes<sup>2</sup>. Le ratio de mortalité maternelle est de 397 décès pour 100.000 naissances vivantes (stable depuis 2006). L'Enquête Démographique et Santé (EDS), montre des indicateurs en stagnation. Ces indicateurs indiquent que l'état de santé, et l'état du service de santé dispose encore d'une marge importante d'amélioration.

### *Politiques et stratégies sectorielles. Système de soins de santé.*

Depuis l'Initiative de Bamako en 1987 et les Tables Rondes de la santé du Bénin en 1995, le Bénin a créé les zones sanitaires à partir de 1998. Les Soins de Santé Primaires (SSP) et le développement des zones sanitaires (ZS) restent les priorités de la politique sanitaire du Pays, soucieuse de répondre aux besoins fondamentaux de tous les Béninois.

Le Bénin dispose actuellement d'un grand nombre de programmes verticaux dont les activités chevauchent celles des zones sanitaires, qui dispensent des SSP.



<sup>1</sup> (Source : Rapport UNAIDS 2006)

<sup>2</sup> Ministère de la Santé Publique. Stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle et néonatale, mars 2006, p. 3, citant l'EDS3 (2006).

## *Les principaux constats et les enjeux du système de santé sont :*

### **L'offre Privée**

A côté de l'offre de soins assurée par des structures publiques, des structures privées existent (souvent confessionnelles), qui offrent des soins de qualité aux populations. Elles doivent être intégrées dans le système.

Mais l'offre privée à but lucratif est en augmentation considérable. Les activités de ce secteur dérégulé échappent aux autorités de Santé Publique et il est pour le moment difficile de juger de la qualité de ses prestations.

### **Le financement du secteur de la santé**

La dépense globale de santé en 2003 était estimée à près de 96 milliards FCFA, soit environ **13.742 FCFA par habitant** (21 €). Elle est assurée à hauteur de 52,5% par les ménages, de 31% par l'Etat, et de 16,5% par l'aide extérieure.

Le budget du Ministère de la Santé est structuré en programmes liés à des maladies ou des aspects particuliers, **dont le volet d'investissement public (PIP) est géré à partir du niveau central, même pour les activités ayant lieu dans la zone de santé.**

Le mode de financement des bailleurs suit également deux logiques différentes : le **financement de programmes** verticaux de lutte contre la maladie et le **financement du système.**

Un des points positifs de la déconcentration vers la zone sanitaire est la délégation de crédits. Depuis 2005, un fonds pour les indigents est alloué aux zones de santé les plus pauvres et est aujourd'hui étendu aux trente quatre (34) zones.

### **L'évolution de l'aide**

Au Bénin, bien que la politique officielle se fonde sur les SSP et la zone sanitaire, des changements significatifs ont lieu dans l'aide au secteur de la santé : on est passé du concept de SSP, centré sur le concept d'**intégration** (aussi bien des services que des soins, dans la communauté...) au financement **de programmes verticaux**, plus ou moins importants, avec leur logique propre, peu ou pas intégrés,

### **La gestion du personnel**

La planification du personnel est rendue difficile par la **non maîtrise des effectifs** et un manque de connaissance des besoins, y compris des critères de leur définition.

Des tendances contradictoires sont encore très vives concernant le profil de médecins pour les hôpitaux de zone : **spécialistes** (auquel cas il en faudrait un grand nombre et ils ne sont pas disponibles) ou **généralistes** formés aux besoins prioritaires des populations (mais il n'y a pas consensus sur cette **option**).

La gestion du personnel, en donnant plus d'avantages aux fonctions administratives qu'aux fonctions techniques, entraîne l'aspiration des personnels cliniques vers des postes administratifs offrant plus d'opportunités.

Suite aux opportunités représentées par différents programmes, les cadres quittent le Bénin (diaspora externe) ou bien travaillent à l'intérieur du Bénin pour des agences de coopération, ONG ... (diaspora interne).

PM

### 1.3. Perspectives

La situation actuelle, décrite ci-dessus, est celle que connaît le pays à l'issue de la mise en œuvre de la Politique de Développement du Secteur Santé 2002-2006.

Le nouveau **PNDS (Plan National de Développement Sanitaire 2007-2016)** ouvre de nouvelles perspectives en insistant notamment sur le développement à moyen terme des 34 zones de santé du pays.

**La zone de santé est un enjeu important du développement des services de santé.**

La vision et le sens de la réforme présentés dans ce document sont décrits dans l'extrait suivant :

« Pour favoriser l'émergence d'un système performant de service et de soins de santé de qualité à toute la population, le gouvernement réaffirme la nécessité de renforcer à l'horizon 2016 la base de la pyramide sanitaire. Il s'agira de rendre toutes les zones sanitaires fonctionnelles pour leur permettre d'être la cheville ouvrière de la mise en œuvre au niveau opérationnel du présent plan. Dans cette perspective, le secteur privé sera également encouragé et renforcé pour lui permettre de jouer pleinement son rôle dans l'offre de soins. L'Etat ne sera plus l'Etat providence, mais celui qui joue le rôle de régulateur, de conception de la politique, du suivi des normes. Cette ambition requiert du secteur une optimisation des ressources et des potentialités disponibles ».

La présente intervention de la coopération bénino-belge s'inscrit dans cette perspective et appuiera le Ministère de la Santé, conjointement, en coordination et en complémentarité avec les autres partenaires techniques et financiers du secteur, pour la mise en œuvre de la stratégie.

La **planification ascendante** (préparée par les ZS et transmise au niveau intermédiaire, puis au niveau central) veille à **intégrer les préoccupations majeures des programmes verticaux dans les stratégies de développement du système**. C'est une activité financée par le PISAF/USAID et l'opérationnalisation a commencé dans le département du Zou/Collines, zone d'intervention de PISAF.

Il y a lieu de souligner que, sans la mise en place préalable d'un système de zone performant il sera difficile d'atteindre durablement les objectifs des programmes et ceux des OMD.

Ce point sera central dans la **concertation permanente que le Ministère de la Santé mène avec les partenaires au développement**, à l'occasion des rencontres périodiques, des revues de performance du secteur de la santé et des Etats généraux de la Santé (novembre 2007).

Après avoir décidé de la nécessité de développer des systèmes durables, fondés sur la zone de santé, il est maintenant nécessaire de définir quelle stratégie mettre en œuvre pour améliorer la fonctionnalité des zones de santé afin qu'elles contribuent à faire évoluer les indicateurs de santé vers l'atteinte de ces objectifs.

Le Ministère de la Santé a la **volonté politique** de relancer ce dialogue dans le cadre d'une réforme du système, suite notamment à l'analyse de ses forces et faiblesses réalisée avec l'appui du Fonds d'Etudes bénino-belge.

Ceci offre un cadre dans lequel développer la présente intervention, et donne une orientation claire à la finalité des interventions de la Coopération bénino-belge dans le secteur.

PM

## **1.4. Description succincte de l'appui institutionnel**

### **1.4.1. Projets en cours**

Actuellement, trois projets bénino-belges sont en cours dans le secteur : deux projets de développement de zones de santé (**PAZS-KTL** et **PAZS-Bassila**) et un projet d'appui à la transfusion sanguine dans quatre départements (**PASTAM**).

Un dernier projet est arrivé au terme d'un long processus de préparation et a démarré : le projet **PAZS-Comé**.

Les trois PAZS sont des projets d'appui au développement système et le projet PASTAM un projet d'appui à un aspect particulier. Ces projets constituent des appuis au niveau local, mais insuffisamment en relation les uns avec les autres, et sans capitalisation des résultats au niveau national.

C'est pourquoi, dans le cadre de la préparation du PAZS-Comé, une réflexion sur l'appui au développement du secteur des soins de santé de base a été entamée depuis 2004, et a abouti à mettre en place en 2006 un **appui institutionnel au niveau central** du MS sous la forme d'un assistant technique (AT) affecté à la Direction de Développement des Zones Sanitaires (DDZS).

La présente intervention a pour objet d'étendre la réflexion à l'ensemble des zones sanitaires du pays et aux différents appuis que reçoit le Bénin.

L'intervention belge dans le secteur santé au Bénin, a donc évolué d'interventions géographiquement ou verticalement isolées vers un appui à l'ensemble du secteur.

### **1.4.2. Description de l'intervention**

**Principes de base de l'approche:** Evoluer vers un appui global au système de santé.

Cet appui se basera sur toutes les expériences béninoises de mise en place des zones sanitaires (appuyées ou non par des partenaires au développement).

Il sera cohérent avec les projets antérieurs d'appui aux zones sanitaires de la coopération bénino-belge, mais appuiera les différents niveaux de la pyramide sanitaire : le **niveau opérationnel (zones sanitaires)**, le **niveau intermédiaire (Directions Départementales et Centre hospitaliers départementaux)** et le **niveau central (Ministère de la Santé)**, afin d'obtenir un impact au niveau national.

L'appui tiendra compte des problèmes systémiques.

Appui global ne signifie pas donner un appui ponctuel à toutes les zones. Appui global signifie qu'à partir de l'expérience des zones dans lesquelles on intervient directement et grâce à l'appui donné au niveau intermédiaire et au niveau central, ce dernier deviendra capable de transférer sur toutes les zones du pays les améliorations introduites dans les zones appuyées directement (**capitalisation** des expériences).

L'intervention s'inscrira en synergie avec les autres actions au niveau central, notamment celle **du 9ème FED** (ainsi qu'avec les projets d'autres partenaires qui se préparent ou qui sont en cours, et qui visent un développement systémique du secteur), ceci afin de rester en parfaite adéquation avec le dispositif de suivi-évaluation du Ministère de la Santé.

Les termes de référence de l'assistance technique fournie par ces différents projets seront complémentaires. Ces AT s'associeront pour travailler de manière fonctionnelle avec les cadres béninois et expatriés, en appui stratégique au MS pour une définition toujours plus adaptée de la politique.

#### **Inscription dans le PNDS:**

S'agissant d'un appui sectoriel, le Programme bénino-belge d'Appui au Secteur de la Santé s'inscrit dans les cinq domaines prioritaires du PNDS :

- La prévention et lutte contre les principales maladies et amélioration de la qualité des soins ;
- Valorisation des ressources humaines ;
- Le Renforcement du partenariat dans le secteur, promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale ;
- Le mécanisme de financement et gestion des ressources du secteur ;
- Le renforcement de la gestion du secteur.

Les **plans triennaux de développement**, qui représentent la mise en oeuvre du PNDS, doivent être élaborés de manière ascendante par les **zones sanitaires**, qui représentent le niveau opérationnel d'exécution des programmes et activités de santé.

A ce titre, l'appui institutionnel s'intègre plus particulièrement au quatrième domaine prioritaire : le **renforcement de la gestion du secteur**, par un programme de **renforcement institutionnel**, qui comporte :

- a) le **renforcement des capacités de planification, de coordination et d'évaluation du Ministère** ;
- b) le **renforcement du rôle du niveau départemental (CHD, DDS)** ;
- c) le **renforcement de la base de la pyramide sanitaire (zones sanitaires)**

Le Ministère de la Santé élabore des outils de suivi de la mise en oeuvre du PNDS.

Les progrès vers l'atteinte des trois objectifs santé des OMD seront les éléments essentiels d'une évaluation à mi-parcours du PNDS qui sera menée à la fin du deuxième plan triennal.

Trois groupes d'indicateurs sont retenus pour cette enquête. Les indicateurs de résultats, les indicateurs de couverture (taux de couverture, taux d'utilisation ...) et les indicateurs d'impact (taux de mortalité, taux de morbidité ...).

#### **1.4.3. L'appui Institutionnel et sa logique de développement.**

L'appui institutionnel concerne le renforcement des capacités au niveau central et intermédiaire (CHD et DDS), pour permettre à ces deux niveaux de jouer leur rôle de moteurs de développement des zones de santé. Il concerne également le niveau périphérique au cours de la période de soudure entre la fin des PAZS et le démarrage effectif du nouveau Programme.

L'ancrage institutionnel, le profil de l'assistance technique, sont alignés sur les besoins du Ministère, et spécialement au niveau central, de manière harmonisée avec les autres partenaires (notamment l'UE).



PM

## A. Les objectifs de l'appui institutionnel au niveau central:

- Appuyer le Ministère dans son rôle de coordination des bailleurs (alignement autour d'une stratégie élaborée au niveau central et qui constituerait son référentiel pour la réforme du système de santé) et l'appuyer dans la création des structures et procédures pour mieux gérer un appui budgétaire futur.  
**Ceci posera les jalons vers une réelle approche sectorielle.**
- Appuyer notamment le Ministère dans la mise en œuvre de sa politique sanitaire avec une attention particulière à l'intégration des programmes verticaux dans les services opérationnels de routine en périphérie (une redéfinition de la place et rôles des programmes verticaux aux niveaux national et intermédiaire).
- Renforcer la capacité du Ministère dans son rôle normatif.
- Appuyer le Ministère dans le processus de déconcentration : décentraliser les moyens financiers et humains, décentraliser le pouvoir de décision au niveau des EEZS pour une autonomie relative renforcée (concept fondamental de zone de santé), articuler le processus de déconcentration avec le processus de décentralisation politique et administrative.
- Dans ce cadre, appuyer le Ministère à construire des liens opérationnels et complémentaires avec les services privés à but social et contractualiser leur performance
- Dans le cadre de la poursuite de la réforme, appuyer le Ministère à mieux définir la place et le rôle du niveau intermédiaire pour que ce dernier soit effectivement en appui aux zones de santé.
- Prévoir des appuis spécifiques dans le cadre de l'assurance qualité.

## B. Appui institutionnel au niveau intermédiaire:

Au niveau intermédiaire, l'intervention aidera à un renforcement des capacités des médecins, au plan clinique et administratif, un appui aux hôpitaux (CHD : fonctionnement) et un appui aux DDS : rôle d'appui-conseil en direction des ZS (supervision) et des communes, planification ascendante, politiques de prévention etc.

## C. Appui au niveau périphérique

De leur côté, les zones sanitaires doivent développer une capacité d'absorption des nouvelles politiques mais aussi une capacité d'interprétation locale des nouvelles directives. Aucune réglementation ou norme n'est parfaitement adaptée à toutes les circonstances et environnements dans lesquels elle doit être appliquée. C'est pourquoi les EEZS doivent être renforcées dans les prises de décisions pour appliquer la politique sectorielle. De plus, les ZS sont responsables d'une rétro-information organisée, basée sur les expériences systématisées du terrain, vers le niveau central. C'est ainsi que le processus continu et circulaire d'émission de règles et normes, application, rétro-information et adaptation d'une politique sectorielle peut se réaliser.

L'une des qualités du système amélioré, sera la meilleure circulation de l'information entre périphérie, niveau intermédiaire et central, dans les deux sens.





### Intégration de l'approche genre.

Aux trois niveaux de l'intervention, des activités spécifiques pourront être financées, notamment pour encourager la mise en place de mesures incitatives pour attirer et maintenir un plus grand nombre d'agents de santé féminins dans les zones sanitaires : amélioration des conditions de travail, aménagement de locaux adaptés (logements, toilettes, crèches ...), recyclages, élaboration d'un système de primes lié à des contrats de performance spécifiques...

## **2. Ministère responsable de la préparation et de la mise en œuvre du programme**

Le Ministère de la Santé est l'entité responsable de la préparation et de la mise en œuvre de l'intervention. Il est donc responsable du volet appui institutionnel.

Au sein du Ministère de la Santé, le volet sera rattaché à deux directions :

- La **DDZS** (Direction du Développement des Zones Sanitaires), au vu de la responsabilité qui lui incombe dans le développement des zones de santé, cœur de la politique sectorielle;
- La **DPP** (Direction de la Programmation et de la Prospective) dans sa responsabilité générale de la **collecte** et du traitement des informations stratégiques en provenance de la périphérie, et du rôle central de coordination qu'elle doit jouer pour aider le MS à remplir les fonctions qui sont les siennes.

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

### **Objectif Général :**

L'état de santé de toute la population béninoise est amélioré.

### **Objectif spécifique :**

La fonctionnalité de l'ensemble des zones sanitaires est renforcée, grâce à une meilleure gouvernance du secteur suite à une meilleure organisation.

## **4. Groupe-cible - Localisation - Bénéficiaires**

Le groupe cible direct de l'appui institutionnel est représenté par les différents niveaux de la pyramide sanitaire : le Ministère de la Santé au niveau central, les Directions départementales et les Centres Hospitaliers départementaux au niveau intermédiaire et les Zones sanitaires au niveau périphérique.

Indirectement, par l'amélioration du fonctionnement de la pyramide sanitaire, l'appui institutionnel induira des bénéfices pour tout le territoire national et l'ensemble de la population béninoise.



PM

L'intervention vise donc le développement du système dans son ensemble. L'appui au niveau central va concerner les domaines prioritaires : lutte contre le SIDA, TBC, Transfusion sanguine...etc.

## 5. Liens avec le Document Stratégique de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (DSCR) et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)

### Politique de développement du pays bénéficiaire

Le lien entre l'intervention et les orientations stratégiques du nouveau *Document de Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté* (DSCR, 2007-2009), se situe au niveau du renforcement du capital humain (axe 3 du DSCR). Rappelons que le DSCR est le résultat d'un exercice de planification stratégique auquel ont participé toutes les composantes de la société béninoise et les partenaires techniques et financiers.

Le présent appui se situe au niveau du domaine prioritaire 3 de l'axe 3 du DSCR : « **l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des services de santé** », et principalement du programme 3.14, qui concerne le renforcement du partenariat entre les acteurs et notamment la décentralisation de la gestion du secteur.

Les stratégies sectorielles énoncées intègrent trois des Objectifs du Millénaire pour le Développement : (i) **réduire la mortalité des enfants** de moins de 5 ans ; (ii) **améliorer la santé maternelle** ; et (iii) **combattre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose**.

La faible performance du système de santé peut expliquer, en partie, le peu de progrès observés en matière de mortalité maternelle et de la mortalité infantile - deux des Objectifs du Millénaire pour le Développement - au cours des quinze dernières années. Ceci justifie le ciblage des groupes à hauts risques, tels que les femmes enceintes et les urgences obstétricales, dans la perspective d'améliorer l'accès aux populations les plus vulnérables, incluant les indigents. La mise en œuvre d'actions spécifiques (entre autres financières à travers le Fonds des Indigents -FI) pour ces groupes va dans ce sens.

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

### Coordination des bailleurs de fonds

Les partenaires au développement dans le secteur de la santé au Bénin forment un **groupe de coordination** (dont la Belgique est le chef de file depuis janvier 2007) qui sert de plateforme commune pour mener la concertation avec les autorités nationales. Ce groupe réunit tous les partenaires du secteur de la santé (y inclus les acteurs du secteur privé). Le Ministère de la Santé (MS) participe habituellement aux réunions du groupe de coordination. Le **Ministre** est le président du groupe et il participe aux deux réunions semestrielles organisées sur l'initiative du Ministère. Le cadre de concertation et de suivi conjoint existe mais pourra évoluer vers des activités d'analyses, de discussions, d'un plus grand dialogue sur des problèmes systémiques

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

Parmi ces partenaires au développement, ceux qui apportent principalement un appui au système de santé sont : la **Commission Européenne**, la **Coopération Suisse**, l'**USAID**, la **BAD** et la **Belgique**.

La synergie la plus importante du présent Appui institutionnel aura lieu avec le nouveau projet 9<sup>ème</sup> FED, en préparation, qui met notamment l'accent sur l'**amélioration du fonctionnement et de la qualité du système de santé** dans le cadre de la mise en œuvre des **zones sanitaires (ZS)**. En outre, le projet 9<sup>ème</sup> FED choisit la zone sanitaire comme point d'entrée pour la remobilisation du secteur de la santé et l'amélioration de la gouvernance du secteur. De plus, les résultats attendus de ce projet devraient permettre au secteur de la santé d'augmenter l'efficacité et l'impact de l'appui budgétaire global. Ce projet prévoit également une assistance technique au niveau central, qui sera complémentaire à celle de l'intervention de la coopération belge.

*Le futur projet 9<sup>ème</sup> FED est parfaitement complémentaire et développe une approche similaire à celle de l'appui institutionnel du programme de la Belgique.*

#### **Autres acteurs belges**

Au Bénin, le programme de l'**APEFE** est axé principalement sur le secteur de la Santé : Kinésithérapie et Transfusion Sanguine.

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

En dehors des zones de santé appuyées par la CTB (à Comé, Bassila et Klouékanmé), la coopération belge appuie aussi les zones de santé de Boko et Papané (dans le Borgou) grâce au programme de la Fondation Hubi et Vinciane (Plan d'action de l'ONG **CDI-Bwamanda**). Ces mêmes zones de santé sont appuyées par la coopération suisse.

## **7. Budget belge et durée indicative**

La contribution belge au projet d'appui institutionnel du programme sera de maximum **Quatre millions trois cent mille (4 300 000) euros**.

La durée de mise en œuvre de ce volet du programme est estimée à quatre années; la convention spécifique aura quant à elle une durée de cinq ans (60 mois).

## 8. Mesures pour assurer la durabilité

Le volet appui institutionnel du programme vise des changements institutionnels allant vers le renforcement des capacités d'institutions aussi bien au niveau central et intermédiaire qu'en périphérie

La pérennité se trouve dans les institutions dont l'existence perdure à travers les soubresauts conjoncturels: les structures du Ministère de la Santé qui prennent des décisions plus rationnelles, une politique sanitaire qui se rationalise, des équipes d'encadrement de zones de santé qui acquièrent progressivement un réel pouvoir de décision et qui prennent des décisions allant vers une meilleure fonctionnalité de la zone...

Des partenaires qui s'alignent sur une politique nationale visant le renforcement du système à long terme, des associations diverses qui voient le jour ou se renforcent... etc. A cet égard, les groupes existants de concertation (Gouvernement et partenaires), et des groupes à renforcer, comme la commission technique regroupant des représentants du PTF et des partenaires béninois, l'organe paritaire public/privé et autres structures existantes donnent des garanties de pérennité.

Au niveau des bénéficiaires, des collectivités locales qui participent dans le secteur, une PSCS fonctionnelle, assurant une représentativité de la population cible du programme, et qui les aide à s'organiser en mutuelles viables...

Le fait que la stratégie belge dans le secteur de la santé s'inscrive dans le long terme, en continuité avec et en renforcement des actions antérieures, est en soi une garantie de parvenir à des changements qui constitueront un point de non-retour et donc pérennisés.

Le fait que le programme vise des changements systémiques irréversibles (sauf en cas de catastrophe majeure) est une garantie de pérennité. Pour y parvenir, l'adoption d'une démarche de recherche sur le système et également un suivi scientifique extérieur, lui permettra les adaptations nécessaires et la possibilité de profiter des opportunités qui pourront se présenter.

Ceci suppose que la pérennité et la stabilité des institutions (structures du Ministère de la Santé, collectivités locales, partenaires, associations ...) perdurent dans le temps.

Cependant, les groupes de concertation existants (entre le gouvernement et les partenaires), et les groupes à créer, comme la Commission technique regroupant des représentants du Ministère et des partenaires, l'Organe paritaire public/privé et d'autres structures encore, donnent des garanties de pérennité.