

# **DOSSIER TECHNIQUE ET FINANCIER**

**APPUI INSTITUTIONNEL AU RENFORCEMENT DE LA PYRAMIDE  
SANITAIRE DANS LE CADRE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PNDS**

**BÉNIN**

**CODE DGCD : NN 3004908  
CODE NAVISION : BEN 08 017 11**



# **TABLE DES MATIÈRES**

<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	<b>2</b>
<b>ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>4</b>
<b>FICHE PROJET DE L'INTERVENTION</b> .....	<b>6</b>
<b>RESUME EXECUTIF</b> .....	<b>7</b>
Objectif général.....	9
Objectif spécifique .....	9
Résultats attendus et activités .....	10
<b>1. ANALYSE DE LA SITUATION</b> .....	<b>11</b>
1.1 Situation Démographique.....	12
1.2 Situation économique et sociale .....	12
1.3 Contexte Sanitaire.....	13
1.4 Forces, faiblesses, opportunités et menaces .....	17
1.5 Appui de la coopération bilatérale belge au secteur.....	18
<b>2. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES</b> .....	<b>20</b>
2.1 Orientations stratégiques de l'intervention .....	20
2.2 Les principes de l'appui institutionnel .....	21
2.3 Le positionnement de l'assistance technique au sein du MS.....	30
2.4 La complémentarité des interventions.....	31
2.5 Les bénéficiaires .....	34
2.6 Les organisations partenaires .....	34
2.7 Localisation de l'intervention.....	35
<b>3. PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE</b> .....	<b>36</b>
3.1 Objectif général.....	36
3.2 Objectif spécifique.....	36
3.3 Résultats attendus .....	36
3.4 Activités à mettre en œuvre.....	38
3.5 Indicateurs et sources de vérification.....	53
3.6 Conditions préalables, risques et hypothèses.....	54
3.7 Acteurs Intervenants dans la mise en œuvre .....	55
<b>4. RESSOURCES</b> .....	<b>58</b>
4.1 Les Ressources Humaines .....	58
4.2 Les Ressources Matérielles .....	62
4.3 Ressources Financières .....	63
<b>5. MODALITÉS D'EXÉCUTION</b> .....	<b>66</b>
5.1 Cadre légal et responsabilités administratives.....	66
5.2 Responsabilités techniques et financières.....	66

5.3	Structures d'exécution et de suivi.....	67
5.4	Responsabilités financières.....	71
5.5	Mécanisme d'appropriation des adaptations au DTF.....	76
5.6	Suivi et évaluation.....	77
5.7	Clôture de la prestation.....	78
<b>6.</b>	<b>THÈMES TRANSVERSAUX.....</b>	<b>79</b>
6.1	Economie sociale.....	79
6.2	Genre.....	79
6.3	Droits de l'enfant.....	80
6.4	VIH/SIDA.....	80
6.5	Protection de l'environnement.....	80
<b>7.</b>	<b>ANNEXES.....</b>	<b>81</b>
7.1	Cadre Logique.....	82
7.2	Chronogramme.....	90
7.3	Budget détaillé.....	91
7.4	Termes de Référence personnel long terme.....	95
7.5	Organigramme du MS.....	108

## **ABRÉVIATIONS**

AI :	Appui Institutionnel
AIMS :	Appui Institutionnel au MS
AMCES :	Association des Oeuvres Médicales Privées Confessionnelles et Sociales au Bénin
APLO :	Accompagnement, Gestion Professionnelle, Leadership, Organisation Ouverte
AT :	Assistant Technique
ATD :	Assistant Technique Départemental
ATLT :	Assistant Technique Long Terme
ATCT :	Assistant Technique Court terme
ATP :	Assistant Technique Principal
BM :	Banque Mondiale
CAFS :	Centre for African Family Studies
CAME :	Central d'Achat des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux
CDEEP :	Comité Départemental d'Exécution et d'Evaluation des Projets/programmes
CDH :	Centre Hospitalier Départemental
CDMT :	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CFCD :	Chirurgien Formateur et Chirurgie de District
CG :	Comité de Gestion (de la Commune)
CNEEP :	Comité National d'Exécution et d'Evaluation des Projets/Programmes
CODIR :	Comité de Direction
CoSa :	Comité de santé
CS/ZS :	Comité de Santé de la zone sanitaire
CSA :	Centre de Santé d'Arrondissement
CSC :	Centre de Santé de Commune
CTB :	Coopération Technique Belge
CVS :	Comité Villageois de Santé
DDS :	Direction Départementale de la Santé
DDS :	Directeur Départemental de la Santé Publique
DDZS :	Direction du Développement des zones sanitaires
DGCD :	Direction Générale (belge) de la Coopération au Développement
DH :	Direction des Hôpitaux
DH/H :	Directeur de l'Hôpital (de zone sanitaire)
DHAB :	Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base
DIVI :	Direction de l'Inspection de la Vérification Interne
DNPEV/SSP :	Direction Nationale du Programme Elargi de Vaccination et des SSP
DNPS :	Direction Nationale de la Protection Sanitaire
DNPS :	Direction Nationale de la Santé Publique
DPM :	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DPP :	Direction de la Programmation et de la Perspective
DRF :	Direction de la recherche et de la Formation
DRFM :	Direction des Ressources Financières et du Matériel
DRH :	Direction des Ressources Humaines

DRS :	Direction de la Recherche en Santé
DSF:	Direction de la Santé Familiale
DSIO :	Direction des Soins Infirmiers et Obstétricaux
DTF :	Dossier Technique et Financier
EEZS :	Equipe d'Encadrement de la Zone de Santé
FASS :	Fonds d'Achat des Soins de Santé
FDSS :	Fonds de Développement des Services de Santé
FI :	Fonds d'Indigence
FMI :	Fonds Monétaire International
GAVI :	Alliance Nationale pour les Vaccins et la Vaccination
HZ :	Hôpital de Zone
IGM :	Inspection Générale du Ministre
IMT :	Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (Belgique)
IRSP :	Institut de Régionale de Santé Publique
MCZS :	Médecin Coordonnateur de Zone Sanitaire
MFFE :	Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant
MS :	Ministère de la Santé
OMD :	Objectifs Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
OPP :	Organe Paritaire pour le Partenariat
PAZS :	Projet d'Appui à la zone sanitaire
PCA :	Paquet Complémentaire d'Activités
PEV :	Programme Elargi de Vaccination
PIC :	Programme Indicatif de Coopération
PMA :	Paquet Minimum d'Activités
PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire
PROMUSAF :	Promotion des Mutuelles de Santé en Afrique
PSCS :	Plate-forme Société Civile et Santé
PTF :	Partenaires Techniques et Financiers
RA :	Recherche Action
RAC :	Revue Annuelle Conjointe
ROBS :	Réseau des ONG's Béninoises de Santé
SGM :	Secrétaire Général du Ministère
SMCL :	Structure Mixte de Concertation Locale
SEPD	Servie des Etudes, de la Planification et de la Documentation
SPPS	Service de la Protection et de la Promotion Sanitaire
SWAp :	Sector Wide Approach
TDR :	Termes de Référence
UAC	Unité Appui Conseil
ZS :	Zone sanitaire

## FICHE PROJET DE L'INTERVENTION

Numéro national DGCD	3 004 908
Code Navision CTB	BEN 08 017 01
Institution partenaire	Ministère de la Santé
Durée de la Convention Spécifique	60 mois
Durée de la mise en œuvre	48 mois
Contribution de l'Etat béninois	603149 EUR
Contribution de la Belgique	4 300 000 EUR
Secteurs d'intervention	<u>Secteur principal :</u> Santé – Politique de la Santé et Gestion administrative (CAD 12110) <u>Sous-secteur :</u> Santé - Santé de base - Soins et services de santé de base (CAD 12220)
Objectif général	L'état de santé de toute la population béninoise est amélioré à travers le renforcement de la pyramide sanitaire dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS
Objectif spécifique	Les activités de planification, de coordination, de suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNDSS dans le cadre du renforcement de la pyramide sanitaire du Ministère de la santé sont opérationnelles et efficaces
Résultats intermédiaires	Résultat 1 : L'organisation interne du Ministère de la santé et les interactions entre les différentes directions au niveau central du MS sont renforcées ; Résultat 2 : Les interactions et les lignes de communication entre le niveau central, le niveau intermédiaire (Direction Départemental de la Santé ou DDS) et le niveau opérationnel (zones sanitaires) sont renforcées ; Résultat 3 : Le partenariat entre le secteur privé/associatif et le secteur public (ONGs, le secteur privé confessionnel, associations, mutuelles, privé lucratif, médecine traditionnelle), collectivités locales, PTF et Ministères concernés par la santé est clarifié et intensifié

# **RESUME EXECUTIF**

## **1. Stratégie**

### **L'intégration dans le PNDS**

L'intervention s'inscrit complètement dans le PNDS et se concentrera en particulier sur certains programmes et sous-programmes :

- Le renforcement de la gestion du secteur :
  - Le renforcement des capacités de Coordination, de Planification et d'Evaluation;
  - Le renforcement de la base de la pyramide sanitaire.
- Le renforcement du partenariat dans le secteur et promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale:
  - Le partenariat entre le Ministère de la Santé et les autres Ministères;
  - Le partenariat entre le Ministère de la Santé et les collectivités locales;
  - Le partenariat entre le secteur privé/associatif et le secteur public;
  - La promotion et développement de l'assurance qualité.
- La valorisation des ressources humaines, des aspects spécifiques concernant :
  - L'amélioration de la production et du développement des compétences;
  - L'amélioration du système de management des ressources humaines.
- Certains aspects spécifiques des mécanismes de financement du secteur

De façon générale, les activités développées dans le cadre de cette intervention contribueront au développement d'une politique sanitaire plus rationnelle et d'une approche sectorielle. Cette approche est également cohérente avec la stratégie d'appui de la Coopération belge en santé.

### **Principes de l'appui institutionnel**

L'appui à la mise en oeuvre du PNDS est réalisé en travaillant à deux niveaux :

- Accompagner le développement d'une politique sanitaire rationnelle à travers un appui institutionnel au niveau central et intermédiaire du MS (sujet de ce DTF pour un montant de 4,3 M euro).
- Accompagner l'opérationnalisation de la politique au niveau des ZS à travers des Projets d'Appui aux ZS (PASZ). Il s'agit plus particulièrement du PASZ Comé (3,5 M euro) en cours et le PASZ KTL-Bassila (10,8 M euro) qui sera formulé au cours de 2009.

L'intervention « appui institutionnel au renforcement de la pyramide sanitaire dans le cadre de la mise en oeuvre du PNDS » (AIMS) travaillera à travers la Conférence des Directeurs qui doivent assurer la mise en oeuvre du PNDS. Dans cette mission ils seront appuyés par une expertise mixte interne et externe au MS. Cette expertise peut être mobilisée pour des consultations ad hoc sur des problèmes spécifiques ou dans le cadre de groupes de travail thématiques. En vue de développer une politique sanitaire rationnelle, ces groupes devront se pencher sur les défis décrits dans le PNDS. Comme cet appui institutionnel se concentrera sur quelques sous-programmes, à savoir le renforcement de la gestion, le renforcement du partenariat, l'assurance de la qualité des soins, la rationalisation de la politique des ressources humaines et les mécanismes de financement, ces sous-programmes seront le point départ pour la constitution des groupes de travail. Il reste encore à ajouter une autre dimension, la rationalisation des infrastructures et leurs normes. Pour accompagner cette dynamique au niveau central il est prévu une assistance technique internationale. Cette

personne mettra à la disposition du MS son expertise en matière de santé publique et son expertise en matière des compétences transformationnelles.

Par ailleurs, une politique sanitaire rationnelle se développe en se basant sur les besoins et les inputs du terrain. La communication entre le niveau central et le niveau opérationnel doit ainsi être développée. Pour cette raison, cet appui institutionnel accompagnera également le niveau intermédiaire. A part un audit organisationnel (qui concerne toutes les directions départementales de la santé - DDS), un appui particulier sera apporté à 2 DDS, à savoir celle du Mono-Couffo et celle de Atacora-Donga. Ces DDS ont été retenues en fonction de l'appui de la Coopération belge aux ZS dans ces départements.

Dans ces 2 DDS des stratégies opérationnelles pour renforcer le fonctionnement interne de la direction et son rôle envers les ZS et plus général dans le système de santé seront testées. L'objectif est que, à terme, ces stratégies puissent bénéficier aux autres DDS.

Cet appui institutionnel est conçu en fonction de quatre principes :

- Le renforcement des interactions internes et externe au secteur de la santé suivant une approche systémique ;
- L'appui orienté vers le développement de la base sanitaire : les zones sanitaires avec la notion de qualité centrée sur le patient ;
- La promotion des savoirs, des compétences et attitudes pour faire face au changement (compétences "transformationnelles");
- La promotion de la mémoire institutionnelle à travers la mobilisation d'une expertise mixte, c'est à dire d'experts nationaux, régionaux et internationaux qui vont appuyer diverses expertises dans des groupes thématiques mis en place au niveau central et intermédiaire. Cette expertise mixte et les groupes thématiques sont sous l'autorité du SGM et de la Conférence des Directeurs.

## **L'Assistance Technique**

Complémentairement à l'expertise mixte interne et externe au MS, il est prévu :

- Au niveau central : une assistance technique internationale avec une expertise en santé publique et en développement des compétences interpersonnelles et de gestion du changement. Un poste d'AT au niveau central a déjà été créé dans le cadre du projet PASZ Comé (volet appui institutionnel) depuis août 2006 et prévu jusqu'en août 2009. Il ne s'agit pas ici de mettre à disposition un second AT mais bien d'élargir les TDR du poste actuel en vue des résultats définis dans le cadre du projet 'appui institutionnel au renforcement de la pyramide sanitaire dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS. Cette possibilité sera envisagée sur base du profile de l'AT PAZS/Comé.
- Au niveau intermédiaire : la mise à disposition d'une assistance technique (de niveau d'expérience régional (ATR) en appui à chacun des 2 DDS (Mono-Couffo et Atacora-Donga) pourra être envisagée le cas échéant, suite aux conclusions de l'audit organisationnel au niveau intermédiaire qui sera réalisé au démarrage de l'intervention. Par ailleurs, 1 ATR en chirurgie sont prévus au niveau de chaque CHD pour accompagner l'appui technique de ces 2 hôpitaux aux ZS.

## **Stratégie commune et complémentarité des PTF**

Dans l'esprit de la Déclaration de Paris, la complémentarité des interventions sera stimulée en vue de



préparer une approche sectorielle pour le secteur santé au Bénin. Les quatre bailleurs qui ont déjà programmé un appui institutionnel sont la Banque Mondiale (BM), la Commission Européenne (CE), le GAVI et la CTB. Plusieurs partenaires techniques et financiers, dont aussi l'OMS, s'accordent à considérer la zone sanitaire comme point d'entrée et partagent la stratégie de double ancrage : central et intermédiaire/opérationnel. Trois PTF qui partagent ces stratégies (BM, CE et CTB) sont en phase de conception et de lancement de leurs appuis institutionnels respectifs. Les PTF ont prévu une concertation étroite à partir de la phase actuelle de formulation et de validation de l'appui de la CTB. C'est une excellente opportunité d'harmonisation sous le leadership du MS qui pourrait déboucher, progressivement sur un programme d'appui institutionnel conjoint. Dans ce cas un « mémorandum of understanding » sur les modalités de fonctionnement conjoint du programme serait établi. Le dispositif d'accompagnement du Ministère, et les modalités de suivi et évaluation décrites dans ce DTF sont par conséquent adaptables en fonction des négociations entre le MS et les PTF concernés par l'appui institutionnel.

La synergie entre PTF se ne situe pas uniquement au niveau central mais aussi au niveau opérationnel. Entre autre à travers le système des groupes de travail thématiques au sein du MS, les expériences entre les différents appuis au niveau du DDS et/ou ZS seront échangées et mise en valeur en vue de rationaliser la politique sanitaire.

## 2. Planification opérationnelle

Le moteur de cette intervention est constitué tout d'abord par l'engagement des ressources humaines du MS. Celui-ci est appuyé par la mise en place de groupes de travail, et complété par une mise à disposition d'un assortiment d'expertises nationale/régionale/internationale. Ceci explique que l'intervention est moins un apport de ressources qu'un apport de « software », c'est-à-dire les capacités de négociation, de facilitation, d'accompagnement, d'écoute et de réponse à des visions différentes dans un contexte changeant, de travail en réseau et d'autres compétences utiles.

L'action proposée s'appuie sur la volonté de réforme du MS (à la suite de l'audit organisationnel) et sur l'élan nécessaire pour le lancement, la mise en œuvre et le suivi du PNDS 2009-2018. Une première hypothèse de l'appui institutionnel est que le MS approuve la politique d'appui institutionnel ici proposée. La seconde hypothèse est que ces groupes thématiques ou que cette expertise mixte soient utilisés par des niveaux institutionnels du MS (Directions, Services, DDS, ZS) ayant principalement des mandats en matière de réforme du MS, de suivi du PNDS ou de recherche.

### **OBJECTIF GÉNÉRAL**

L'état de santé de la population béninoise est amélioré à travers le renforcement de la pyramide sanitaire dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS.

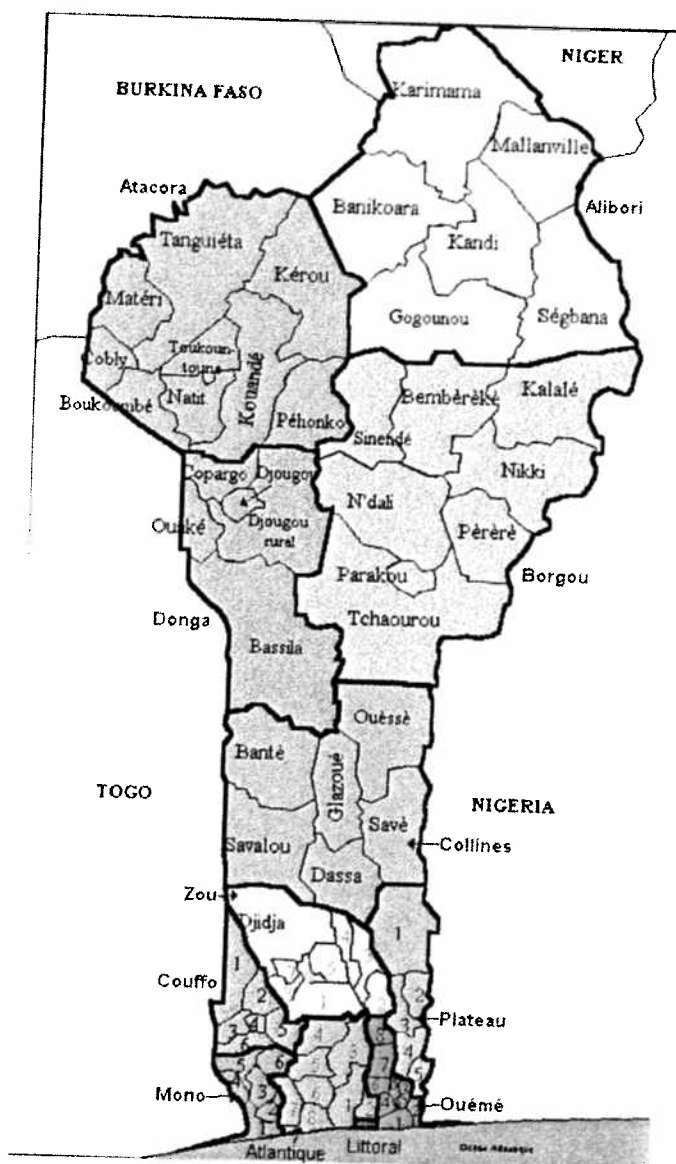
### **OBJECTIF SPÉCIFIQUE**

Les activités de planification, de coordination, de suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNDSS dans le cadre du renforcement de la pyramide sanitaire du Ministère de la santé sont opérationnelles et efficaces.

## RÉSULTATS ATTENDUS ET ACTIVITÉS

<b>R 1</b>	<b>L'organisation interne du Ministère de la santé et les interactions entre les différentes directions au niveau central du MS sont renforcées.</b>
A 1.1	Mettre à disposition un cycle de formation en gestion du changement pour 35 cadres du niveau central et intermédiaire (DDS).
A 1.2	Compléter l'audit organisationnel du MS : fiches de postes, profils et rôle et suivi de la rédaction des procédures.
A 1.3	Appuyer le processus de planification ascendante à partir du niveau central, consolider un plan opérationnel annuel du MS et développer des indicateurs systémiques de la mise en œuvre du PNDS.
A 1.4	Dynamiser la capacité de coordination du MS par la mise à disposition d'une expertise mixte positionnée au SGM.
A 1.5	Développer les capacités d'analyse, de suivi et d'évaluation du MS par la création de groupes thématiques et avec la participation aux plates-formes de concertation du MS. Créer une mémoire institutionnelle.
A 1.6	Appuyer la révision du système de primes de supervision du niveau central et intermédiaire.
<b>R 2</b>	<b>Les interactions et les lignes de communication entre le niveau central et le niveau intermédiaire et le niveau opérationnel (EEZS, HZ) sont renforcées.</b>
A 2.1	Elaborer et mettre en œuvre un plan de formation départemental.
A 2.2	Réaliser un audit institutionnel et organisationnel du niveau intermédiaire et de zone sanitaire, élaborer des fiches de postes, profils et rôle avec un suivi de la rédaction des procédures.
A 2.3	Appuyer le processus de planification ascendante à partir du niveau intermédiaire (DDS).
A 2.4	Dynamiser la capacité de coordination de la DDS et appuyer les activités de coordination de la DDS.
A 2.5	Développer les capacités d'analyse de suivi et d'évaluation par la participation aux plates-formes de concertation de la DDS. Développement du rôle de pilotage des recherches actions soutenues par le suivi scientifique.
A 2.6	Renforcer les capacités de gestion administrative et financière.
A 2.7	Développer l'appui technique du CHD aux zones sanitaire (contre référence, revue des pairs, audits des décès ou incidents critiques, stages et ateliers ...).
<b>R 3</b>	<b>Les partenariats entre le secteur privé/associatif et le secteur public, les collectivités locales, les PTF et les autres Ministères concernés par la santé sont clarifiés et intensifiés</b>
A 3.1	Intégrer les principes, méthodes et outils de la gestion du changement et de l'organisation apprenante dans les formations de base.
A 3.2	Promouvoir la vision systémique et le double ancrage (interactions, zones sanitaires, qualité centrée sur le patient) auprès des acteurs et partenaires.
A 3.3	Assurer la participation des acteurs à la planification dès le CS, voire articulation avec le plan de développement communal (PDC) et au niveau départemental (PDD).
A 3.4	Renforcer les plates-formes de concertation au niveau intermédiaire et central, y compris avec les PTF et le privé.
A 3.5	Impliquer l'IRSP ainsi que les autres expertises dans la recherche action et les mécanismes de suivi évaluation.

# 1. ANALYSE DE LA SITUATION



Sur le plan administratif, le Bénin compte 12 départements depuis le 15 janvier 1999, conformément à la loi N° 97-028 portant organisation de la République du Bénin. Ce sont : l'Alibori, l'Atacora, l'Atlantique, le Borgou, les Collines, le Couffo, la Donga, le Littoral, le Mono, l'Ouémé, le Plateau, et le Zou. Ces départements sont divisés en 77 communes dont trois à statut particulier que sont : Cotonou, Porto-Novo et Parakou. Les 77 communes sont subdivisées en 546 arrondissements comportant 3743 villages et quartiers de ville, le village étant la plus petite unité administrative dans un arrondissement rural au même titre que le quartier de ville en milieu urbain. Un processus de décentralisation de l'administration, visant la prise en charge du développement communautaire par les communautés elles-mêmes est actuellement en cours.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Extrait de l'Enquête Démographie Santé 2006

## 1.1 SITUATION DÉMOGRAPHIQUE

Comparé aux autres pays d'Afrique de l'Ouest, la population du Bénin est de taille moyenne. Les données démographiques proviennent essentiellement de deux sources : l'Enquête Démographie Santé (EDS) (tous les 5 ans) et le Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) (tous les 10 ans). Les dernières données disponibles remontent à 2002 et indiquaient une population de 7,669,914 personnes. Selon l'INSAE, la population béninoise en 2006 serait de 7,839,914 personnes.

Avec 65% de la population âgée de moins de 25 ans, le Bénin est jeune. Cela se traduit par une pyramide des âges très « écrasée » à la base. Cette situation s'explique par le fort taux de fécondité, encore supérieur à 5 enfants par femme.

Tableau 1 : Données démographiques au sein de la CEDEAO

Etat Membre	Pop 2004 en milliers	Taux d'accr annuel (%) 1994-2004	Proportion population âgée de 60 ans et plus 2004 (%)	Taux de fécondité global
Bénin	8 177	3,2	4,3	5,7
Burkina-Faso	12 822	3	4,3	6,6
Cap Vert	495	2,4	5,7	3,6
Côte d'Ivoire	17 872	2,2	5,2	4,9
Gambie	1 478	3,2	5,9	4,6
Ghana	21 664	2,3	5,6	4,2
Guinée	9 202	2,4	5,6	5,8
Guinée-bissau	1 540	2,9	4,8	7,1
Libéria	3 241	4,6	3,7	6,8
Mali	13 124	2,9	4,3	6,8
Niger	13 499	3,5	3,3	7,8
Nigéria	128 709	2,4	4,8	5,7
Sénégal	11 386	2,5	4,8	4,9
Sierra-léone	5 336	2,6	5,5	6,5
Togo	5 988	3,2	4,8	5,2

Source : OMS, rapport sur la santé dans le monde 2006

## 1.2 SITUATION ÉCONOMIQUE ET SOCIALE

La pauvreté semble avoir augmenté au Bénin ces dernières années. Selon la récente enquête EMICOV (Insaec 2008), l'incidence de la pauvreté monétaire<sup>2</sup> atteint 37,4% au Bénin. Un autre indice – celui de la pauvreté non monétaire<sup>3</sup> – est légèrement supérieur, 40,2%. Enfin, lorsque l'on interroge les ménages béninois sur leur statut, 50,6% se considèrent comme pauvre. Le tableau ci-dessous montre que la plupart des indicateurs de pauvreté monétaire (incidence et profondeur) se sont détériorés entre 2002 et 2006. C'est particulièrement le cas en ville, où l'incidence de la pauvreté monétaire a progressé par un facteur de 1,48 sur la période (seulement 1,22 en milieu rural). Cette

<sup>2</sup> En 2006, le revenu minimum de subsistance a été fixé à 82,224 FCFA, soit environ \$205 par an. On peut constater que ce montant (équivalent à \$0,56 par jour) a tendance à sous-estimer le niveau de pauvreté. Le standard aujourd'hui admis est celui de \$1,5 par jour.

<sup>3</sup> Cet indice est calculé selon une méthodologie proche de celle des DHS, puisque l'EMICOV produit un indice de pauvreté monétaire en s'appuyant sur 19 variables reflétant les conditions et le patrimoine des ménages.

conclusion reste néanmoins provisoire étant donné que les deux études (2002 et 2006) ne suivent pas exactement la même méthodologie. La pauvreté subjective a aussi progressé (37.2% en 2002 contre 38.7 en 2006). Seule la pauvreté non monétaire semble s'être réduite, passant de 43% en 2002 à 40.2% en 2006

Tableau 2 : Indices de pauvreté monétaire au Bénin en 2002 et 2006

	2002 (Enquête CWIQ)			2006 (Enquête EMICOV)		
	Incidence de la pauvreté <sup>4</sup> P0 (%)	Profondeur de la pauvreté P1 (%)	Sévérité de la pauvreté P1 (%)	Incidence de la pauvreté P0 (%)	Profondeur de la pauvreté P1 (%)	Sévérité de la pauvreté P1 (%)
URBAIN	23.60%	0.107	0.069	35.04%	0.111	0.0519
RURAL	31.60%	0.110	0.058	38.82%	0.118	0.0547
Ensemble	28.50%	0.109	0.062	37.40%	0.116	0.0536

Source :

La pauvreté reste encore largement rurale, même si elle se répand rapidement en milieu urbain. En termes de pauvreté monétaire, les deux départements les plus pauvres sont le Couffo (40.6%) et l'Alibori (43%). Sur le plan de la pauvreté non monétaire, les deux plus pauvres sont cette fois l'Atacora (72%) et le Mono (59.5). Tous ces départements sont fortement ruraux. A l'inverse, les deux départements urbains<sup>5</sup> sont les moins touchés, quel que soit l'indicateur de pauvreté retenu. Lorsque l'on compare les ménages urbains et ruraux, les différences en termes d'incidence de la pauvreté monétaire sont faibles : 35.04% en milieu urbain contre 38.82% en milieu rural. Il en est de même en termes de pauvreté subjective. En revanche, l'approche en terme de pauvreté monétaire fait apparaître un écart considérable : si seulement 18% des urbains sont pauvres en terme de patrimoine et de conditions d'existence, ce taux atteint les 54.2% en milieu rural. Pour autant, il faut souligner que la pauvreté en milieu urbain peut être plus aiguë en milieu urbain. Le tableau 2 ci-dessus montre que le déficit de pauvreté (ratio P1/P0) est légèrement plus élevé en ville qu'à la campagne.

## 1.3 CONTEXTE SANITAIRE

### 1.3.1 Evolution du système de santé au Bénin

Le système de santé au Bénin a connu l'évolution suivante :

- La santé pour tous basée sur la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP) en 1978. Les grands principes de cette option portent sur l'équité, la participation communautaire et la collaboration intersectorielle. Le cadre de mise en application de cette stratégie est la zone sanitaire ;
- L'Initiative de Bamako (IB) en 1987 qui met l'accent sur la participation communautaire et le recouvrement des coûts des soins de santé ;
- L'initiative pour la Maternité Sans Risque, composante des SSP visant la réduction des

<sup>4</sup> L'incidence de la pauvreté (P0) mesure simplement la proportion de pauvres dans la population (i.e. pourcentage de ménages dont les revenus monétaires sont inférieurs à 82,224 FCFA par an).

La profondeur de la pauvreté (P1) mesure l'écart entre le revenu minimum (82,224 FCFA) et le revenu moyen des pauvres.

La sévérité de la pauvreté (P2) mesure les inégalités entre les pauvres.

<sup>5</sup> Il s'agit du Littoral, où se trouve Cotonou, la capitale économique, et de l'Ouémé, où est située Porto-Novo, la capitale politique.

taux de mortalité maternelle et infantile en 1987 après les conférences de Nairobi en 1987 et de Niamey en 1989 ;

- le droit à la santé : en effet, la constitution du 11 décembre 1990 stipule dans son article 26 relatif aux droits et devoirs que «...l'Etat protège la famille et particulièrement la mère et l'enfant. Il veille sur les handicapés et les personnes âgées» ;
- L'amélioration continue des conditions de vie des populations à travers l'adoption le 2 mai 1996 de la déclaration de politique de population (DEPOLIPO);
- La prise en août 2000 des décisions consacrant l'engagement du Gouvernement à contribuer de façon significative à la lutte contre les IST/ SIDA. Au terme de cet engagement, une ligne budgétaire réservée à la lutte contre le VIH/SIDA est créée au sein de chaque ministère.

Ces options ont été traduites en réformes dont les principales sont : (i) la réforme territoriale fondée sur la décentralisation et la participation communautaire ; (ii) la réforme économique ayant pour corollaire la réforme budgétaire dont l'objectif est la performance dans la gestion des ressources financières caractérisées par la délégation effective de crédits aux zones sanitaires et la mise en place d'un fonds au profit des indigents.

Les différents documents de politique et stratégies adoptées participent de la volonté des autorités sanitaires de s'inscrire dans la logique du Gouvernement dont l'objectif fondamental est l'amélioration des conditions socio sanitaires des populations.

Aussi, le Ministère de la Santé s'est-il assigné comme mission : « l'amélioration des conditions socio sanitaires des familles sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes ».

Le document de politique et des stratégies 2002-2006 est arrivé à terme. Une revue à mi-parcours a été faite et a mis en exergue la persistance de certains problèmes, notamment la mortalité maternelle et infantile inquiétante, la marginalisation d'une couche non négligeable de la population du système de soins et l'insuffisance de ressources humaines, matérielles et financières adéquates. Il s'avère donc urgent de pallier de façon pérenne ces insuffisances.

Pour ce faire, une étude sur les scénarios de développement possibles du secteur sur dix ans a été menée dans le sillage du scénario Alafia des études nationales de perspectives à long terme Bénin 2025. Les Comptes Nationaux de la Santé exercice 2003 ont été élaborés. Sur la base de ces actions, un regard prospectif est jeté sur le secteur. Des orientations stratégiques, des programmes et sous programmes qui en découlent sont codifiés dans un ensemble cohérent et intégré d'activités que le Gouvernement de la République du Bénin entend mener pour la période 2009-2018.

**Tableau 3 : Les structures de fonctionnement au sein du MS :**

<b>Niveau administratif</b>	<b>Structure de décision et de gestion (MS)</b>	<b>Structure de soins</b>	<b>Organe de gestion et de participation</b>
Central (National)	Ministère de la Santé Publique	Centre Hospitalier Universitaire	Comité National d'Exécution et d'Evaluation des Projets/Programmes (CNEEP) Comité de Direction
Intermédiaire (Départemental)	Direction départementale de la Santé	Centre Hospitalier Départemental	Comité Départemental d'Exécution et d'Evaluation des Projets/programmes (CDEEP) Comité de Direction
Périphérique, Zone sanitaire (Inter Communal)	Zone sanitaire, Equipe d'encadrement de la Zone Sanitaire	Hôpital de zone	Comité de Santé Comité de Gestion de l'Hôpital de Zone (+ autres comités de l'HZ)
Commune		Centre de Santé	Comité de Gestion

### 1.3.2 Evénements récents dans le secteur de la santé au Bénin

Tableau 4 : Les événements récents dans le secteur de la santé au Bénin

Titre de l'évaluation	Institutions impliquées	Domaines / thèmes couverts	Dates
Audit organisationnel du MS	MS, OMS,...	Analyse des institutions, de l'organisation du MS	Juin 2008
Rapport de performance 2006	Ministère de la santé	Performance sectorielle	Décembre 2007
Etats Généraux de la santé	Ministère de la santé OMS, FNUAP, CTB	Gouvernance, qualité des soins et services, ressources humaines,	Novembre 2007
Plan National stratégique de Développement des Ressources Humaines en santé	OMS, 8ème FED, FNUAP	Développement des ressources humaines en santé	Draft novembre 2007
Le système de soins de santé du Bénin: Principales caractéristiques systémiques et propositions de renforcement	DPP CTB GAVI	Analyse de la situation sanitaire : offre de soins, financement, organisation administrative, contre performance et leurs causes Proposition de solutions : pièges à éviter pour réussir la réorganisation et le renforcement du système sanitaire	Septembre 2007
Evaluation rapide de la fonctionnalité des zones sanitaires	OMS, MS	Fonctionnalité des zones sanitaires	Août 2007
Plan pluriannuel complet du PEV 2007-2011	MS, UNICEF, OMS, AMP	La gestion du PEV (estimation des besoins et viabilité financière)	Octobre 2006
Evaluation rapide du système de santé au Bénin	USAID, MS MSH, MEASURE Evaluation, Quality assurance Project	Analyse du système sanitaire Identification des forces et faiblesses Repérage des obstacles à la performance du secteur Approches de solution	Juin 2006
Stratégies Nationales de réduction de la mortalité maternelle et néo-natale	USAID, OMS, UNICEF, FNUAP, ACQUIRE, Ministère de la santé	Santé familiale et infantile	Mars 2006
Revue à mi-parcours des politiques et stratégies du secteur santé 2002-2006	Ministère de la santé Cabinet d'étude BASP'96	Appréciation de la mise en oeuvre de la stratégie sectorielle	Juillet 2005

### 1.3.3 Synthèse du Plan stratégique du secteur national de la santé

Le plan stratégique du secteur de la santé du Bénin est le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui traduit la volonté des acteurs du Ministère de la Santé et des Partenaires Techniques et Financiers d'apporter des réponses urgentes et efficaces aux problèmes sanitaires des populations. Ce plan qui est la concrétisation d'un travail consensuel ciblant les problèmes majeurs de santé de la population béninoise, est le résultat de plusieurs ateliers sur les priorités du secteur de la santé pour les dix prochaines années (2009-2018).

L'un des objectifs spécifiques majeurs du nouveau Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) est le développement des 34 zones de santé du pays.

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

## **Vision**

En s'inspirant de la vision ALAFIA 2025, déduite des études prospectives à long terme, les participants aux Etats généraux du secteur de la santé ont proposé la vision suivante capable de contribuer au renforcement de la performance du système national de santé béninois :

« Le Bénin dispose en 2025 d'un système de santé performant basé sur des Initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, pour l'Offre et la Disponibilité permanentes de Soins de Qualité, équitables et accessibles aux Populations de toutes catégories, fondées sur les Valeurs de Solidarité et de Partage de risques pour répondre à l'ensemble des besoins de santé du peuple béninois».

## **Domaines prioritaires**

Cinq (5) domaines prioritaires ont été définis dans le Plan à savoir :

- i. La prévention et lutte contre les principales maladies et amélioration de la qualité des soins ;
- ii. la valorisation des ressources humaines ;
- iii. le renforcement du partenariat dans le secteur, la promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale ;
- iv. le mécanisme de financement du secteur ;
- v. le renforcement de la gestion du secteur.
  - Renforcement institutionnel
  - Développement des zones sanitaires
    - ✓ Renforcement de la base de la pyramide sanitaire
    - ✓ Développement des services à base communautaire

Malgré les intentions affichées dans la vision à savoir « Pour favoriser l'émergence d'un système performant de service et de soins de santé de qualité à toute la population, le gouvernement a réaffirmé la nécessité de renforcer à l'horizon 2016 la base de la pyramide sanitaire. Il s'agira de rendre toutes les zones sanitaires fonctionnelles afin qu'elles jouent pleinement leur rôle de cheville ouvrière de la mise en œuvre du présent plan au niveau opérationnel. Dans cette perspective, le secteur privé sera également encouragé et renforcé pour lui permettre de jouer pleinement son rôle dans l'offre de soins et services de santé. L'Etat joue le rôle de régulation, de conception de la politique, du suivi des normes. Cette ambition requiert du secteur une optimisation des ressources et des potentialités disponibles », il faut constater que le développement des zones sanitaires n'est pas élevé au niveau d'un axe, mais plutôt au niveau d'un sous-axe



## 1.4 FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS ET MENACES

L'analyse de la revue Santé 2008 a permis de faire les constats suivants :

### 1.4.1 Les forces

- Le Bénin a une longue tradition de formation du personnel médical et paramédical ;
- Personnel de santé en déficit limité ;
- La couverture géographique en infrastructures est excellente : 90% ;
- Des avancées des objectifs du millénaire ;
- Les indicateurs relatifs aux activités préventives, notamment ceux de la couverture en antigènes et de consultation prénatale sont bons ;
- L'épidémie du VIH/SIDA stabilisée à un taux relativement bas (1,2%) ;
- L'existence d'un PNDS ;
- L'existence de planification ascendante ;
- Un secteur privé croissant et agissant, notamment le secteur privé confessionnel et associatif.

### 1.4.2 Les faiblesses

Mais le secteur est miné par :

- Un mal gouvernance caractérisée ;
- Un sous-management endémique ;
  - Le système institutionnel met du temps à se déconcentrer ;
  - Mauvaise répartition du personnel ;
  - Le niveau central éclaté en 11 directions ;
  - Une taille considérable (727 agents avec 66 médecins) ;
  - Une DDS avec des fonctions pas claires avec un nombre considérable de personnel ;
  - Des équipes d'encadrement de zones sanitaires avec des pouvoirs et des ressources limitées, sans appui clinique ;
  - Des COGECS assez peu représentatifs (du moins en 2006) surtout intéressés par le contrôle des revenus communautaires ;
  - Des personnels peu motivés et peu contrôlés ;
- Une lourde bureaucratie ;
- Des pratiques de corruption étendues ;
- Une performance insuffisante du système de soins public ;
- Lente intégration du secteur privée malgré son importance ;
- Une pratique en clientèle privée en grande partie illégale ;
- Des lacunes au niveau éthique et déontologique ;
- Des indicateurs inquiétants :
  - La létalité du paludisme augmente ;
  - La mortalité maternelle diminue très peu, ainsi que la mortalité infantile ;
- Faible accessibilité des populations aux services sociaux de base (éducation, santé, eau, etc.) ;
- Mauvaise planification d'acquisition de construction et de maintenance des infrastructures et des équipements ;
- Précarité du mécanisme de financement des dépenses de santé ;
- Pratiques illicites dans la gestion des médicaments ;
- Morbidité élevée ;

- Mortalité élevée, notamment la mortalité maternelle ;
- Insuffisance de la collaboration inter et intra sectorielle.

### **1.4.3 Opportunités**

- Une profusion de médias y compris dans les zones rurales ;
- Une alphabétisation qui prend de l'ampleur ;
- Une ambition affichée et un projet BENIN EMERGENT ;
- Les réformes en cours dans le secteur suite aux études ayant posé le diagnostic du secteur (notamment : Le système de soins de santé du Bénin: Principales caractéristiques systémiques et propositions de renforcement, l'audit organisationnel du MS, etc...) ;
- La disponibilité des PTF pour accompagner le développement du secteur.

### **1.4.4 Menaces**

- L'émergence de nouvelles maladies ;
- Le recul des efforts dans l'hygiène et assainissement ;
- La pollution atmosphérique et chimique grandissante ;
- Le déficit en eau potable surtout dans les zones rurales.

## **1.5 APPUI DE LA COOPÉRATION BILATÉRALE BELGE AU SECTEUR**

La CTB met en œuvre plusieurs projets de santé dans le cadre de la coopération bilatérale belge au Bénin. Les projets visent principalement à rendre fonctionnelles les zones sanitaires (performance – renforcement de l'offre et de la qualité des soins) et d'étudier des alternatives de financement de ces zones (accessibilité – renforcement de la demande).

Un premier projet d'appui à la mise en place des zones sanitaires du Mono (PAZS-Mono) a été clôturé en décembre 2003 après une durée de 4 ans. Le PIC 2004-2007 appuyait la mise en œuvre du « Document de Politiques et Stratégies de Développement du Secteur de la Santé » du Bénin (2002-2006), dont l'objectif principal était l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des services et des soins de santé primaires. Dans ce cadre, les projets d'appui aux zones de santé de Comé (PASZ Comé) de Bassila (PAZS-Bassila) et de Klouékanmé-Tovlikin-Lalo (PAZS-KTL), actuellement en phase de clôture ont donné une priorité au renforcement des services de santé de base, organisés en zones sanitaires.

Une faiblesse de ces projets résidait dans le fait qu'ils apportaient des appuis au niveau local, sans relation les uns avec les autres. La nécessité s'est fait ressentir de capitaliser davantage les résultats des actions de terrain afin de renforcer l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies nationales, et aboutir à une amélioration du système de santé au niveau national. Le projet PAZS-Comé concrétise cette approche avec la mise en place, depuis août 2006, d'un appui institutionnel au niveau central du Ministère de la Santé (Direction du Développement des zones sanitaires). Par ailleurs, ce projet contribue à côté du renforcement de l'offre, à la structuration de la demande des soins de santé au niveau de la zone sanitaire.

Cette orientation progressive vers une approche programme incluant un ancrage institutionnel plus solide, a été retenue dans le programme indicatif de coopération (PIC) 2008 – 2011. L'appui belge

dans le secteur santé au Bénin y est conçu comme un appui global au système de santé. Dans cette optique l'ancrage du futur programme se fera à 3 niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau opérationnel. Les ZS de Klouékanmé – Toviklin – Lalo - Comé et de Bassila ont été maintenues comme zones d'intervention pilotes au niveau opérationnel pour ce nouveau programme de coopération. Là-dedans sera également prévu un appui complémentaire au CHD.

Sur ces bases, le programme se déclinera en trois interventions :

- Un appui institutionnel pour le renforcement des capacités au niveau central – à travers une assistance technique au Ministère de la santé – et au niveau intermédiaire (départemental) pour un montant maximum de 4.300.000 euros ;
- Un renforcement du développement des zones de santé de Bassila et KTL pour un montant maximum de 10.800.000 euros;
- Un renforcement du développement de la zone sanitaire de Comé (suite de la phase actuelle financée sur le PIC en cours), pour un montant maximum de 3.500.000 d'euros.

L'évaluation finale récente des projets d'appui aux zones sanitaires de Bassila et Klouékanmé, Toviklin, Lalo a mis en exergue plusieurs contraintes dans le fonctionnement des zones sanitaires qui confirment encore cette nécessité d'un appui relevant du niveau institutionnel ou des stratégies et politiques nationales. Au nombre de celles-ci le problème de mobilité du personnel, l'insuffisance de personnel qualifié, les textes qui régissent le fonctionnement des HZ et des ZS, la forte sollicitation du niveau central et des programmes verticaux, la faible opérationnalisation du dispositif de maintenance, et l'implication relativement limitée du niveau intermédiaire (DDS). Les évaluateurs ont aussi insisté sur la nécessité de développer le rôle d'appui de l'hôpital aux formations sanitaires de premier niveau, d'améliorer le processus de planification-budgétisation, de régler la pratique de soins en clientèle privée dans la zone sanitaire, etc....

## **2. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES**

### **2.1 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DE L'INTERVENTION**

#### **2.1.1 L'intégration dans le PNDS**

L'intervention s'inscrit complètement dans le PNDS et se concentrera en particulier sur certains programmes et sous-programmes :

- Le renforcement de la gestion du secteur :
  - Le renforcement des capacités de Coordination, de Planification et d'Evaluation;
  - Le renforcement de la base de la pyramide sanitaire.
- Le renforcement du partenariat dans le secteur et promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale:
  - Le partenariat entre le Ministère de la Santé et les autres Ministères;
  - Le partenariat entre le Ministère de la Santé et les collectivités locales;
  - Le partenariat entre le secteur privé/associatif et le secteur public;
  - La promotion et développement de l'assurance qualité.
- La valorisation des ressources humaines, des aspects spécifiques concernant :
  - L'amélioration de la production et du développement des compétences;
  - L'amélioration du système de management des ressources humaines.
- Certains aspects spécifiques des mécanismes de financement du secteur

Partant de ces sous-programmes, les activités développées dans le cadre de cette intervention contribueront à une rationalisation de la politique sanitaire et au développement d'une approche sectorielle. Tout ceci en respectant la logique de déconcentration / décentralisation (voir 2.2.1.3). L'intervention s'inscrit également dans la réforme institutionnelle possible du MS après l'audit organisationnel de juin 2008.

#### **2.1.2 La cohérence avec la stratégie d'appui de la Coopération belge en santé**

Les principes de l'appui de la Coopération belge en Santé, décrits dans la nouvelle note politique de santé de la Coopération belge<sup>6</sup> et le cadre conceptuel de la plate-forme Because Health<sup>7</sup>, peuvent se résumer à deux piliers :

- La qualité de l'interaction et du dialogue entre tous les partenaires et acteurs concernés par la santé au sein et en dehors du secteur de la santé en vue du renforcement global du système de santé dans son ensemble. Ceci est basé sur une vision constructiviste qui prône que la réalité se « construit » à travers le dialogue.
- Le développement endogène qui vise l'appui à l'élaboration des politiques de santé appropriées par les décideurs aux différents niveaux du système de santé, et des stratégies à finalité publique adaptées aux besoins des bénéficiaires et aux services de santé opérationnels. Pour cette raison, la Belgique maintient la spécificité d'un appui technique et une présence sur le terrain qui resteront pertinentes même au moment où le pays se lance

---

<sup>6</sup> Note politique de santé Coopération belge, novembre 2008

<sup>7</sup> Cadre Conceptuel de la Coopération belge en santé "investir dans la santé pour un meilleur bien-être", Décembre 2007 (cf. [www.be-causehealth.be](http://www.be-causehealth.be))

dans un appui budgétaire.

Dans ce sens, la Coopération belge rejoint la Déclaration de Paris, tout en insistant sur l'importance que les principes de cette Déclaration s'appliquent non seulement au niveau national mais aussi au niveau opérationnel : l'alignement des politiques et stratégies sectorielles aux besoins du terrain, l'appropriation, la gestion axée sur les résultats et la responsabilité au niveau local, l'harmonisation entre acteurs au niveau décentralisé, tout cela renforçant l'efficacité de l'aide. L'orientation vers le niveau opérationnel rejoint le processus de décentralisation et de déconcentration au Bénin, et aussi l'intention du PNDS de renforcer la base de la pyramide sanitaire avec la zone sanitaire comme responsable de la gestion cohérente des activités de santé au niveau opérationnel.

## 2.2 LES PRINCIPES DE L'APPUI INSTITUTIONNEL

L'appui de la coopération bilatérale à la mise en oeuvre du PNDS est réalisé en travaillant à deux niveaux :

- Accompagner le développement d'une politique sanitaire rationnelle à travers un appui institutionnel au niveau central et intermédiaire du MS (sujet de ce DTF pour un montant de 4,3 M euro).
- Accompagner l'opérationnalisation de la politique au niveau des ZS à travers des Projets d'Appui aux ZS (PASZ). Il s'agit plus particulièrement du PASZ Comé (3,5 M euro) en cours et le PASZ KTL-Bassila (10,8 M euro) qui sera formulé au cours de 2009.

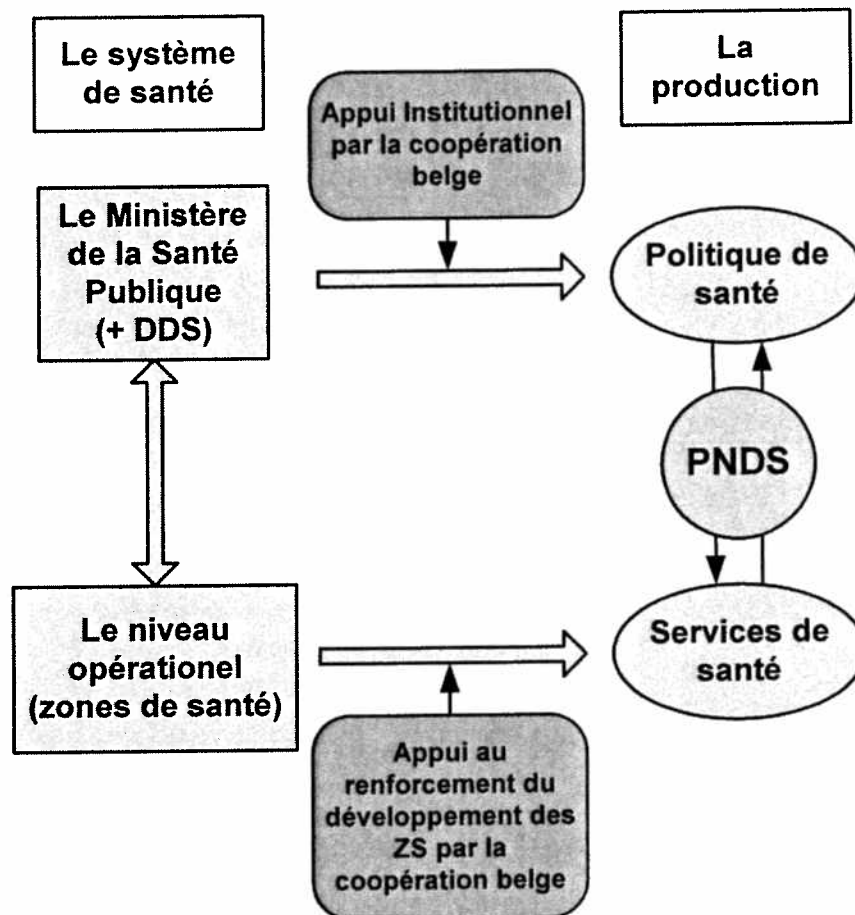
L'intervention « appui institutionnel au renforcement de la pyramide sanitaire dans le cadre de la mise en oeuvre du PNDS » travaillera à travers la Conférence des Directeurs qui doivent assurer la mise en oeuvre du PNDS. Dans cette mission ils seront appuyés par une expertise mixte interne et externe au MS. Cette expertise peut être mobilisée pour des consultations ad hoc sur des problèmes spécifiques ou dans le cadre de groupes de travail thématiques. En vue de développer une politique sanitaire rationnelle, ces groupes devront se pencher sur les défis décrits dans le PNDS. Comme cet appui institutionnel se concentrera sur quelques sous-programmes, à savoir le renforcement de la gestion, le renforcement du partenariat, l'assurance de la qualité des soins, la rationalisation de la politique des ressources humaines et les mécanismes de financement, ces sous-programmes seront le point départ pour la constitution des groupes de travail. Il reste encore à ajouter une autre dimension, notamment la rationalisation des infrastructures et leurs normes. Pour accompagner toute cette dynamique au niveau central il est prévu une assistance technique internationale. Cette personne mettra à la disposition du MS son expertise en matière de santé publique et son expertise en matière des compétences transformationnelles.

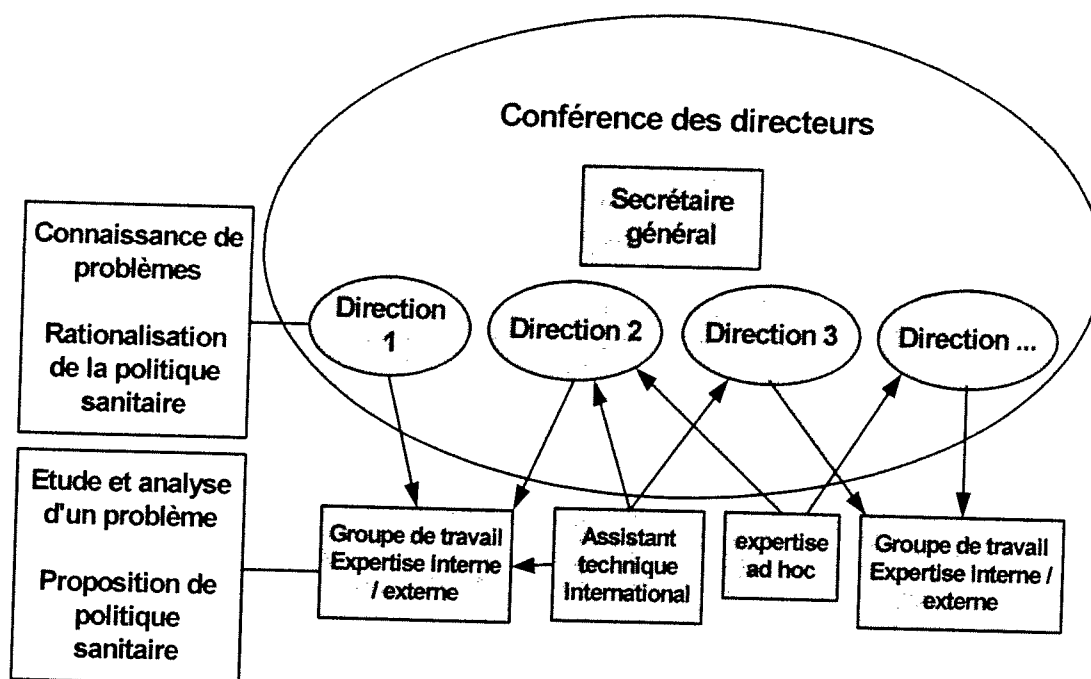
Par ailleurs une politique sanitaire rationnelle se développe en se basant sur les besoins et les inputs du terrain. La communication entre le niveau central et le niveau opérationnel doit ainsi être développée. Pour cette raison, cet appui institutionnel accompagnera également le niveau intermédiaire. A part un audit organisationnel (qui concerne tous les DDS), un appui particulier sera donné à 2 DDS, celle du Mono-Couffo et celle de l' Atacora-Donga. Ces DDS ont été retenues en fonction de l'appui de la Coopération belge aux ZS dans ces départements. Dans ces DDS des stratégies opérationnelles pour renforcer le fonctionnement interne de la DDS et son rôle envers les ZS et plus général dans le système de santé seront testés. L'objectif est que, à terme, ces stratégies puissent bénéficier aux autres DDS.

Ceci constitue l'axe central de l'intervention. Les résultats et les activités dans le cadre de cet axe sont exprimés dans le résultat 1 et le résultat 2 (cf. tableau 3 sous le point 2.2.1.3).

Le PNDS insiste également sur le partenariat avec les acteurs non-étatiques dans le secteur en vue de progresser vers une approche sectorielle et de réaliser une approche complémentaire des partenaires quant à la mise en oeuvre du PNDS. Ce renforcement du partenariat est élaboré plus en détail dans le résultat 3 de l'intervention, bien que les résultats 1 et 2 partent eux aussi du principe d'un travail en partenariat. Cette approche systémique est développée sous le point 2.2.1.

Schéma 1 : Le concept de l'appui institutionnel





*Note : L'ATI est ancré au niveau du SG et mais s'intègre dans la dynamique de la Conférence des Directeurs, l'expertise mixte et les Groupes de travail*

Pour mettre en œuvre la stratégie explicitée ci-haut, le projet d'appui institutionnel comporte 3 résultats pour appuyer la mise en œuvre du PNDS et le développement d'une politique sanitaire rationnelle. Pour ces 3 résultats des activités génériques existent. Afin démontrer la cohérence dans l'intervention, les activités génériques par résultat sont présentées dans le tableau 3 ci-dessous.

**Tableau 3 : Cohérence des 6 axes d'intervention**

Axes d'intervention	Résultat 1 : l'organisation interne du MS et les interactions entre les différentes directions au niveau central du MS sont renforcées	Résultat 2 : les interactions et les lignes de communication entre le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau opérationnel du Ms sont renforcées	Résultat 3 : les partenariats entre le secteur privé/associatif et le secteur public, les collectivités locales et les Ministères concernés par la santé sont explicités et intensifiés
<b>Cycle de formation en gestion du changement</b>	Elaborer module Former les cadres Suivre application	Former cadres Suivre application	Intégrer dans la gestion du changement dans les formations de base Suivre application
<b>Compléter l'audit organisationnel</b>	Expliciter la vision du système (ZS, qualité des soins centrée sur le patient) ; Description postes, profils et rôles ; Développement des	Organisation d'un audit niveau décentralisé (DDS, zones sanitaires) Description postes, profils et rôles Développement des procédures, méthode de	Expliciter la vision du système (ZS, qualité des soins centrée sur le patient) avec la participation de tous les acteurs et partenaires (appropriation de la vision, orientation axée

	procédures, méthode de résolution goulots d'étranglement : organisation apprenante par rapport au fonctionnement interne du MS	résolution goulots d'étranglement : organisation apprenante par rapport au fonctionnement interne DDS	sur les résultats)
<b>Capacité de planification</b>	Un seul plan intégré du MS avec 2 priorités pour diminuer les interférences du niveau central sur les zones sanitaires  Concept de plan de visites de terrain avec primes pour outputs systémiques et non programmatiques  Plan de formation cohérent limitant les interférences et déplacements hors du département ;  Développement des indicateurs systémiques de suivi du PNDS	Renforcer l'accompagnement de la planification ascendante intégrée et budgétisée (valoriser l'expérience du PISAF) avec un plan de visite de terrain et un plan de formation à l'image du niveau central  Plan de travail DDS et consolidation avec plans des zones sanitaire	Participation des acteurs opérationnels au plan d'action dès le niveau CS  Articulation avec plan de développement communal
<b>Capacité de coordination</b>	Expertise mixte positionnée au niveau du SGM	Expertise mixte disponible pour DDS et zones sanitaires (y compris CHD et ZS) ;  Renforcement coordination interne équipe DDS et intégration de l'appui aux zones sanitaires.	Renforcement des plateformes de concertation au niveau intermédiaire et central  Complémentarité avec autres PTF impliqués dans l'appui institutionnel (ancrage, AT et méthodes)
<b>Capacité d'analyse et de suivi, notamment du PNDS</b>	Redynamiser le système d'information : mémoire institutionnelle  Capitalisation des expériences par la mise en place des groupes thématiques (expertise du MS ou du secteur et lien avec RA, implication de la DRS  Alimentation et renforcement dynamique du CNEEP semestriel et de la RAC  Revue annuelle (réflexion autour des problèmes-clé / suivi des indicateurs	Appuyer la recherche-action dans les ZS à travers des groupes de travail thématiques.  Suivi scientifique par un Institut de Santé Publique, FORESA.  Suivi du CDEEP trimestriel	Impliquer l'IRSP ainsi que les autres expertises dans la recherche action et dans les différents mécanismes de suivi et évaluation



	systémiques) Séminaire international sur les expériences de développement institutionnel (RA sur le processus de développement institutionnel) Stages, échanges d'expériences avec d'autres pays		
<b>Capacité de mise en œuvre</b>	Capacités de mise en œuvre	Renforcement des capacités de gestion financière transparente au niveau des EEZS et DDS Renforcement des capacités des ZS par le CHD à travers : contre-référence, revue des pairs (médecins CHD, HD, EEZS), audit incidents critiques, stages du personnel ZS, facilitation d'ateliers à la demande des ZS	

## 2.2.1 Le renforcement des interactions internes et externes au secteur de santé suivant une approche systémique

### 2.2.1.1 L'approche systémique

Un système est composé d'éléments qui sont en interaction. L'approche systémique consiste à agir à la fois sur les éléments et les interactions du système de soins ou de santé.

Schéma 3 de l'approche systémique : voir page suivante.

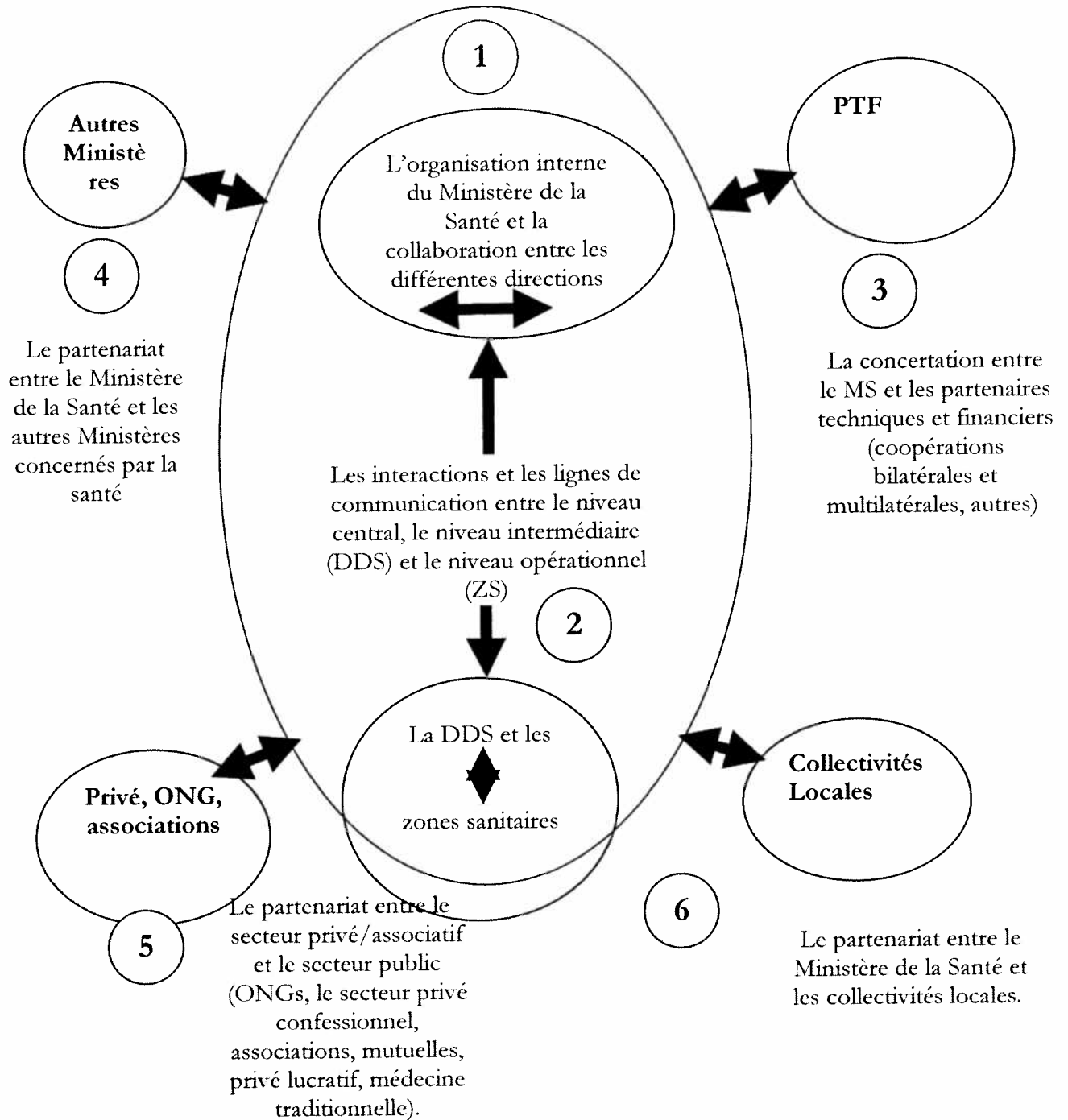
### 2.2.1.2 Les interactions dans le système de soins

L'approche systémique permet d'analyser l'appui institutionnel suivant six lignes d'interactions :

1. L'organisation interne du Ministère de la santé et la collaboration entre les différentes directions au niveau central du MS ;
2. Les interactions et les lignes de communication entre le niveau central, le niveau intermédiaire (DDS) et le niveau opérationnel (ZS) ;
3. Le partenariat entre le secteur privé/associatif et le secteur public (ONGs, le secteur privé confessionnel, associations, mutuelles, privé lucratif, médecine traditionnelle) ;
4. Le partenariat entre le Ministère de la Santé et les collectivités locales ;
5. La concertation entre le MS et les partenaires techniques et financiers (coopérations bilatérales et multilatérales, autres) ;
6. Le partenariat entre le Ministère de la Santé et les autres Ministères concernés par la santé.

Ces lignes d'interactions ont été regroupées dans les 3 résultats attendus de l'intervention décrits dans le point précédent.

### Schéma 3 : Les axes d'analyse du MS dans l'approche systémique



#### 2.2.1.3 L'appui institutionnel et la déconcentration/décentralisation

Le renforcement de l'accompagnement, de l'administration et de la régulation du MS nécessite un renforcement et une redynamisation de l'ensemble des trois niveaux du MS ; central, intermédiaire et

opérationnel. L'appui institutionnel s'intègre naturellement au processus de déconcentration des structures du MS. L'appui institutionnel au MS est appelé à s'harmoniser avec la réalité de la décentralisation territoriale en cours au Bénin. En ce domaine, la présente intervention veillera à travailler en étroite collaboration avec le Programme d'appui aux Plans de Développement communaux (PAPDC), programme de la coopération bénino-belge démarré en 2008 dans les Départements de l'Atacora-Donga et du Mono-Couffo pour une durée de 4 ans.

### **2.2.2 L'appui institutionnel orienté vers le développement de la base de la pyramide sanitaire : la zone sanitaire avec la notion de qualité centrée sur le patient.**

Le PNDS, dont la mise en œuvre est appuyée dans cette intervention, a choisi la zone sanitaire comme pierre angulaire du système. La politique sanitaire du pays doit être renforcée suivant ce principe.

Partant d'une vision systémique, l'appui institutionnel proposé travaillera selon une logique de double ancrage : i) au niveau central et ii) au niveau intermédiaire et opérationnel.

En stimulant un accompagnement de proximité du terrain par le niveau central, l'intervention visera à appuyer le MS pour faire appliquer les normes et en stimulant, dans l'autre sens : du terrain au MS, la remontée des expériences de terrain (capitalisation), pour promouvoir et valoriser la réflexion sur l'éventuelle nécessité d'adapter les normes existantes et pour le feedback aux acteurs opérationnels. Il s'agit donc d'appuyer les lignes d'action du développement des zones sanitaires du PNDS, à savoir :

- Rendre accessibles les soins de premier échelon aux populations (accessibilité géographique, financière) ;
- Améliorer la qualité des soins et services de santé de premier échelon ;
- Améliorer le système de référence et de contre-référence à tous les niveaux ;
- Renforcer l'intégration des activités à tous les niveaux ;
- Rendre les structures sanitaires existantes conformes aux normes en matière d'infrastructures et d'équipements ;
- Doter les structures sanitaires de premier échelon de personnel qualifié ;
- Renforcer les capacités de coordination et de conseil des DDS et des organes de gestion des zones sanitaires ;
- Préciser les rôles et responsabilités de chaque niveau de la pyramide sanitaire et les liens entre les différents niveaux.

Cet appui institutionnel cherchera non seulement à renforcer « l'intégration des activités » (il s'agit avant tout pour les activités faisant partie du paquet minimum d'activités (PMA) ou du paquet complémentaire d'activités (PCA) des programmes verticaux au niveau des centres de santé, mais également à « intégrer les programmes » eux-mêmes à partir du niveau intermédiaire (DDS). Ceci signifie que l'expertise en matière de lutte contre la maladie sera maintenue mais qu'elle évoluera vers un nouveau rôle au niveau stratégique : politique sanitaire, régulation, application des normes, surveillance et feedback sur les résultats.... En d'autres termes cet appui institutionnel cherchera à promouvoir :

- le travail d'équipe au niveau DDS comme au niveau EEZS avec un cadre programmatique commun à l'ensemble des équipes à chaque niveau,
- la diminution des « interférences » du niveau central et DDS sur le plan de travail de l'EEZS et de l'organisation des supervisions intégrées du niveau central

- des supervisions intégrées de la DDS en encadrement de l'EEZS et de l'hôpital de zone (HZ) – et non directement au niveau des centres de santé ;
- le transfert des compétences de mise en œuvre et de gestion des programmes du niveau DDS dans le plan de travail d'équipe de l'EEZS ; ainsi l'EEZS tendra à devenir « le pilote de tous les programmes », y compris verticaux ; d'une équipe unique de formation, supervision et rétro-information pour la direction et l'accompagnement du travail dans les centres de santé (CS).

Cet appui institutionnel cherchera à appuyer non seulement « l'intégration des activités » (il s'agit avant tout pour les activités faisant partie du paquet minimum d'activités (PMA) ou du paquet complémentaire d'activités (PCA) des programmes verticaux au niveau des centres de santé, mais cherchera à « intégrer les programmes » eux-mêmes à partir du niveau intermédiaire (DDS). Cela veut dire que l'expertise en matière de lutte contre la maladie sera maintenue, mais qu'elle évoluera vers un nouveau rôle : au niveau stratégique (politique sanitaire, régulation, application des normes, surveillance et feedback sur les résultats...). C'est-à-dire que cet appui institutionnel fera la promotion :

- Du travail d'équipe au niveau DDS comme au niveau EEZS avec un cadre programmatique commun à l'ensemble des équipes à chaque niveau, de la diminution des « interférences » du niveau central et DDS sur le plan de travail de l'EEZS et de l'organisation des supervisions intégrées du niveau central ; des supervisions intégrées de la DDS en encadrement de l'EEZS et de l'hôpital de zone (HZ) – et non directement au niveau des centres de santé ;
- Du transfert des compétences de mise en œuvre et de gestion des programmes du niveau DDS dans le plan de travail d'équipe de l'EEZS ; ainsi l'EEZS tendra à devenir « le pilote de tous les programmes », y compris verticaux ; d'une équipe unique de formation, supervision et rétro-information pour la direction et l'accompagnement du travail dans les centres de santé (CS).

L'évolution éventuelle vers une gestion intégrée durable des programmes au niveau DDS ou EEZS passera par un audit organisationnel, suivi de recommandations et d'une réforme de l'organigramme et des fonctions complémentaires entre ces deux niveaux (voir : 3.4.2.2).

### **2.2.3 Promouvoir le savoir, les compétences et les attitudes pour faire face au changement (compétences « transformationnelles »). Des ressources humaines pour le renforcement des capacités de Coordination, de Planification et d'Evaluation**

#### **2.2.3.1 Les compétences nécessaires face au changement**

Pour que le MS retrouve sa dynamique, il n'est pas suffisant de le doter en compétences techniques et en ressources. Il est nécessaire de développer, en plus, les **compétences « transformationnelles »** : c'est-à-dire les capacités de leadership et de relations interpersonnelles nécessaires pour maîtriser le cycle de transformation d'une organisation : i) documentation des expériences, ii) attitude d'écoute et d'innovation, capacités de négociation et de facilitation iii) modification des stratégies en fonction des résultats de la politique et iv) transformation de l'organisation en fonction de la nouvelle stratégie du MS dans un contexte changeant. Autrement dit, il s'agit de stimuler une gestion au niveau central du MS suivant 4 principes 'APLO': Accompagnement, Gestion Professionnelle, Leadership, Organisation Ouverte. Cela implique un focus sur le savoir-faire et le changement d'attitude, qui ne peut se faire qu'à travers la pratique.

En d'autres termes, il faut que le MS renforce sa dimension d'**organisation apprenante** » c'est-à-dire une organisation qui base le développement de ses politiques, stratégies et normes sur la disponibilité et l'analyse de l'information à jour, de qualité et bien organisée (accessible) et sur la valorisation des réflexions critiques et des bonnes pratiques venant du terrain, mais aussi du niveau central (auto-évaluation, analyse des goulots d'étranglement) et des acteurs externes au MS. La stratégie spécifique au développement d'une organisation apprenante est l'échange sur base de groupes thématiques.

### **2.2.3.2 Un meilleur encadrement des ressources humaines du MS**

Quand on parle d'interactions on parle de relation entre des personnes. Les interactions se font entre des personnes et la qualité de leur relation de travail détermine largement l'obtention des résultats. En effet, le goulot d'étranglement pour la mise en œuvre des plans, des normes et des réformes du MS est la disponibilité de personnes compétentes et motivées.

L'encadrement des RH doit viser à créer un milieu de travail stimulant ; rendre le personnel motivé pour travailler en fonction des résultats est essentiel. Pour évoluer vers ce type d'encadrement des RH, un travail en équipe et un accompagnement de proximité, à l'écoute du personnel, qui stimule l'échange et l'apprentissage mutuel, et qui essaie de résoudre les problèmes exprimés par le personnel dans le cadre de son travail, sont essentiels. C'est ce qu'il sera convenu d'appeler encadrement « global » des RH.

Cet encadrement « global » des ressources humaines dépasse donc le niveau de la seule mise en place de procédures ou des plans de carrière, mais intègre une dimension systémique ; cela signifie qu'on va tenter d'améliorer les interactions entre les personnes et les structures dans lesquelles elles travaillent.

Ces principes doivent être intégrés quand le MS développe, à travers un groupe de travail thématique, une politique rationnelle pour les ressources humaines.

Cette politique inclura également la mise en place d'un système de motivation pour attirer les spécialistes au niveau décentralisé.

### **2.2.4 Promouvoir la mémoire institutionnelle**

Au-delà du système d'information sanitaire de routine, il sera également nécessaire de renforcer l'organisation, le flux d'information et des expériences documentées. Générer de l'information et des preuves opérationnelles pour alimenter la réflexion continue à tous les niveaux, la révision des normes et des politiques de santé revient en fait à la création d'une mémoire institutionnelle.

Ceci implique entre autre de soutenir une vue d'ensemble du secteur, d'opérationnaliser des documents stratégiques, de valoriser des stratégies opérationnelles élaborées par des acteurs de terrain (mais pas toujours bien exploitées), et de renforcer la confiance et l'esprit de collaboration entre tous les acteurs concernés par la santé (voir : 3.4.1.5.b).

La stratégie-clé pour le développement de la mémoire institutionnelle est l'échange sur base des **groupes thématiques** (voir : 2.2.5). Ces groupes thématiques sont aussi une stratégie-clé pour le développement d'une organisation apprenante et le développement de la mémoire institutionnelle. On verra plus bas que cette stratégie est également la stratégie-clé pour le développement des interactions entre les niveaux institutionnels du MS et avec l'extérieur du MS. Ces groupes thématiques doivent, en effet, être composés des cadres du MS, des professionnels du terrain, des

experts nationaux ou internationaux externes au MS, des représentants des acteurs opérationnels, des instituts scientifiques ou d'autres personnes avec une expertise pertinente, non seulement pour réaliser un brassage, mais surtout pour faire remonter les expériences et visions du terrain. Tout en veillant à la représentativité, il faut également veiller au fonctionnement efficace de ces groupes. Pour cette raison, ces groupes seront composés de 4 – max. 7 personnes.

La mise en place des groupes thématiques sera décidée par la Conférence des Directeurs sous la responsabilité du SGM. L'ancrage institutionnel et les modalités d'exécution de ces groupes thématiques sont décrits en 4.1.2.

**L'expertise mixte**, c'est-à-dire une expertise nationale, régionale et internationale, n'est pas un principe, mais une ressource importante qui va marquer le style de cet appui institutionnel. Cette idée d'un pool d'experts n'est pas nouvelle et est partagée par plusieurs PTF. Comme il a été dit plus haut, le financement, l'encadrement et la gestion de cette expertise seront d'ailleurs très probablement partagées - en plus du MS lui-même - avec plusieurs bailleurs, notamment la Banque Mondiale et la Commission européenne, etc.

Cette solution a quelques avantages : elle permet de valoriser des experts nationaux du MS, mais également chez les partenaires non-étatiques, elle tient compte de l'abondance d'expertise disponible au Bénin et évite de créer une structure ad hoc supplémentaire au sein du MS.

Cette expertise mixte sera rattachée au SGM, car elle peut à la fois être convoquée pour traiter d'aspects administratifs, financiers ou techniques. L'ancrage institutionnel et les modalités d'exécution de cette expertise mixte sont repris au point en 4.1.1.

Cette expertise mixte est destinée à appuyer l'ensemble de l'axe institutionnel du MS (central, intermédiaire et opérationnel) pour des tâches diverses en fonction des besoins, mais restant sous l'autorité du SGM. Certains experts pourront être mobilisés ponctuellement ou en appui aux groupes thématiques.

Il conviendra de trouver une modalité pratique pour que la disponibilité de cette expertise soit connue à tous les niveaux (y compris hôpitaux) et imaginer un système de requête, par exemple adressée au SGM, pour la mobilisation de cette expertise (avec des TDR précis). L'idée est que cette expertise fonctionne comme un « pool fonctionnel ».

L'assistance technique long terme sera complémentaire à cette expertise. Avec le Responsable de l'intervention et les organes de pilotage, cette assistance technique devra veiller à consolider les inputs donnés par l'expertise mixte plus ponctuelle. Son rôle est défini davantage ci-après.

## **2.3 LE POSITIONNEMENT DE L'ASSISTANCE TECHNIQUE AU SEIN DU MS**

### **2.3.1 La valeur ajoutée de l'assistance technique**

La valeur ajoutée de l'assistance technique se situe en premier lieu dans le domaine de la santé publique. Cette (ces) personne(s) doi(ven)t, complémentarément à l'expertise mixte interne et externe au MS, assurer un appui à la mise en œuvre du PNDS à travers un développement d'une politique sanitaire rationnelle.

La valeur ajoutée de l'assistance technique devra résider également dans un appui axé sur le

renforcement des compétences « compétences transformationnelles » au sein du MS (voir : 2.2.3). Car la mise en œuvre du PNDS nécessite aussi un travail sur les comportements. A son tour cela implique un processus de gestion du changement. Pour pouvoir guider ce processus, il faut que l'assistance technique (AT) dispose elle-même de « compétences transformationnelles » au niveau de son expertise et de sa personnalité.

L'AT aura comme rôle de faciliter une dynamique plutôt que d'exécuter des activités préprogrammées selon un cahier de charge établi. Travailler sur des interactions implique une flexibilité afin de saisir les opportunités qui se présentent.

La présence de l'assistante technique internationale (ATI) ainsi que la mobilisation de l'expertise mixte interne et externe au MS doit être vue comme un investissement au-delà des perspectives de cet appui institutionnel. L'objectif est de renforcer le fonctionnement du MS et du secteur de santé en général. L'hypothèse est que de cette façon le secteur va renforcer la confiance et attirer des « investisseurs » dans le secteur. De nouvelles opportunités de financement seront ainsi générées au bénéfice de la population béninoise. Il faut donc mettre cet appui institutionnel dans une perspective plus large, comme une graine qui contient l'espoir d'avoir un effet de multiplicateur. Cette évolution sera suivie à travers un indicateur spécifique (cf. cadre logique).

A travers son appui à la rationalisation de la politique sanitaire, l'AT peut contribuer à une gestion plus efficace et efficiente dans le MS et dans le secteur et ainsi mobiliser des ressources supplémentaires au sein de l'enveloppe budgétaire existante pour réaliser les objectifs décrits dans le PNDS.

### **2.3.2 L'ancrage de l'assistance technique internationale (ATI) au sein du MS**

Un tel processus exige un accompagnement de proximité continu pour la durée totale de l'appui.

Cet accompagnement est prévu à 2 niveaux : i) un appui au SGM et ii) un appui aux DDS du Mono-Couffo et de l'Atacora-Donga qui servira de base pour lancer une recherche-action autour du fonctionnement d'une DDS. En fonction des conclusions d'un audit organisationnel du niveau intermédiaire la mise à disposition d'AT au niveau de la DDS permettra d'assurer une approche d'intégration des programmes et la mise à disposition à ce niveau de compétences (en santé publique, en gestion, avec le pool d'expertise, en méthodologie par exemple recherche-action (RA), etc.) et de ressources renforçant le rôle de la DDS vis-à-vis des zones sanitaires. Les chirurgiens formateurs en chirurgie de district (CFCD) seront positionnés au niveau des Centres Hospitaliers Départementaux (CHD) de Lokossa et Natitengou.

## **2.4 LA COMPLÉMENTARITÉ DES INTERVENTIONS**

### **2.4.1 La complémentarité les autres appuis institutionnels au niveau central du MS.**

Les partenaires au développement dans le secteur de la santé au Bénin ont déjà formé un groupe de coordination (dont la coopération belge était le chef de file jusqu'en 2007) qui sert de plate-forme commune pour mener la concertation avec les autorités nationales. Le USAID est actuellement chef de file. 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 donc mais

il est souhaitable de le voir évoluer vers des activités d'analyses, de discussions, d'un plus grand dialogue sur des problèmes systémiques et d'actions conjointes pour appuyer les zones sanitaires et harmoniser l'aide au développement sanitaire.

Au total, 16 partenaires au développement (9 bilatéraux, 5 multilatéraux et 2 institutions financières) interviennent dans le domaine de la santé au Bénin.

Dans l'esprit de la Déclaration de Paris, la complémentarité des interventions sera stimulée en vue de préparer une approche sectorielle pour le secteur santé au Bénin. Les quatre bailleurs qui ont déjà programmé un appui institutionnel sont la Banque Mondiale (BM), la Commission Européenne (CE), le GAVI et la coopération belge. Plusieurs partenaires techniques et financiers s'accordent à considérer la zone sanitaire comme point d'entrée et partagent la stratégie de double ancrage : central et intermédiaire/opérationnel. Trois PTF qui partagent ces stratégies (BM, CE et coopération belge) sont en phase de conception et de lancement de leurs appuis institutionnels respectifs :

1. *La Banque Mondiale prévoit un programme qui vise à renforcer le système de soins, au travers de deux composantes :*
  - *Une amélioration du pilotage du système et surtout une transformation des incitations des acteurs de terrain ;*
  - *Un renforcement des moyens consacrés à l'ODM le plus négligé, à savoir la santé maternelle et néonatale.**La première composante vise à appuyer deux évolutions institutionnelles majeures :*
  - *redonner aux formations sanitaires (centres de santé et hôpitaux) un rôle central dans le pilotage du système (notamment dans le processus de planification) ;*
  - *mieux lier les incitations (i.e. leur financement) des acteurs avec leur performance.*
2. *Le nouveau programme de Coopération Benin-UNICEF 2009-2013 comporte un projet d'appui à la Politique et stratégie du secteur santé. UNICEF travaille en étroite collaboration avec la Banque Mondiale, en particulier dans le domaine de la budgétisation du PNDS.*
3. *L'Appui institutionnel UE de 3 millions d'Euro prévu pour 2009-2010 vise le niveau central et le niveau zone sanitaire. Le niveau intermédiaire n'est pas prévu. Un pool d'expertise est prévu au niveau central sans que son positionnement ne soit déjà précisé.*

Ainsi, il existe actuellement une réelle opportunité d'harmonisation sous le leadership du MS. Les PTF ont prévu une concertation étroite à partir de la phase actuelle de formulation et de validation de l'appui de la coopération belge. Des contacts préliminaires assez avancés ont d'ores et déjà eu lieu.

Les PTF impliqués et le MS se concertent encore sur l'opportunité de créer un dispositif de coordination du programme conjoint. Cette coordination aura lieu sous l'autorité du Ministère de la Santé (SG), qui désignera le responsable qui est chargé de faciliter la communication, la collaboration et l'harmonisation des PTF. L'idée directrice est de développer un appui institutionnel qui facilite les relations à double sens entre le niveau central et le niveau opérationnel: application des normes, remontée d'expériences documentées et feedback au niveau opérationnel. Cette facilitation suppose également un renforcement du système de soins au niveau intermédiaire : la Direction Départementale de la Santé (DDS).

Il a été convenu qu'en fin 2008 une concertation ait lieu entre ces PTF qui pourrait aboutir à un



« memorandum of understanding ». Il n'a pas été prévu de créer un fonds commun. Chaque PTF appliquera ces propres modalités par rapport à la gestion administrative et financière des dépenses. En revanche, il est essentiel que les fonds des différents PTFs soient décaissés en fonction d'un plan annuel préparé par le MS, validé par les coordinateurs de projet et approuvé par les PTFs (non-objection conjointe). Les conditions et les calendriers de décaissement devront être alignés le plus possible entre les PTFs. Le système de suivi & évaluation devra être commun et aligné autant que possible sur celui du MS. Chaque PTF signera bilatéralement un accord de financement avec le MS avec en annexe un « protocole d'entente » sur les modalités de fonctionnement conjoint du programme.

Les modalités d'exécution décrites dans ce DTF seront donc adaptables en fonction des négociations entre le MS et les PTF concernés par l'appui institutionnel quant aux modalités d'accompagnement et de suivi. Ce processus devra passer par l'élaboration d'un « memorandum of understanding » sur les modalités de fonctionnement conjoint du programme. Ces appuis seront harmonisés par rapport à l'accompagnement à la planification, la mise en œuvre et le suivi du PNDS. Par rapport aux évaluations externes, l'objectif est, là aussi, de tendre vers une organisation conjointe.

#### **2.4.2 La complémentarité avec les interventions au niveau intermédiaire et opérationnel du MS et double ancrage.**

Partant d'une vision systémique, l'appui institutionnel proposé renforcera la notion « d'intervention globale » pour le secteur de la santé, c'est à dire s'appuyant fortement sur les interventions au niveau intermédiaire et opérationnel. En stimulant un accompagnement de proximité du terrain par le niveau central du MS, l'intervention visera à intensifier les relations à double sens entre le niveau central et le niveau opérationnel.

Pour cette raison, les liens opérationnels avec les différents appuis au niveau intermédiaire dans les différents départements seront soigneusement entretenus et les remontées d'expériences de ces partenaires seront valorisées. Par rapport aux synergies aux niveaux décentralisés (niveau intermédiaire et niveau de la ZS), il faut mentionner des appuis tels que :

- le projet PISAF (USAID) par rapport à la planification ascendante
- l'appui VI à la santé et l'appui VI aux mutuelles de la santé dans le DDS du Borgou-Alibori (coopération suisse)
- le programme d'appui au système de la santé dans le DDS Zou-Collines (BAD)
- l'appui à la santé maternelle dans les ZS (FNUAP)
- l'appui à la lutte contre les maladies de l'enfance dans les ZS (UNICEF).
- Les appuis aux ZS de Comé, KTL et Bassila (coopération belge). L'UE, qui a l'intention d'appuyer quelques ZS, réfléchit sur l'opportunité d'appuyer les ZS non couvertes dans les 2 DDS appuyés par la coopération belge dans les cadres de cet appui institutionnel.

Il est important de valoriser ces différentes expériences du terrain et assurer un lien avec la politique sanitaire. Le mécanisme des groupes de travail thématiques (élaboré dans le cadre de cette intervention) permet une valorisation structurée.

Les projets d'appui aux zones sanitaires dans le département du Mono-Couffo et de l'Atacora-Donga, appuyé par la Coopération belge, constituent une excellente porte d'entrée pour d'illustrer comment des projets de terrain peuvent nourrir le processus central d'approche sectorielle fondée sur une politique nationale adaptée aux besoins réels de terrain. Un accompagnement rapproché de deux DDS est donc utile pour affiner les mécanismes de collaboration entre le niveau central et intermédiaire. Cela en soi sera documenté et sera un sujet de recherche-action. Cela n'exclut

néanmoins pas que l'appui institutionnel renforce le lien avec les autres DDS à travers les différentes activités proposées.

Comme on le verra plus bas, les méthodes et outils de gestion du changement développés au niveau central dans le cadre du renforcement des interactions du MS doivent être mis à la disposition du niveau intermédiaire. Une formation des cadres du niveau intermédiaire en relation avec ces méthodes et outils est prévue et sera facilitée par le niveau central.

## **2.5 LES BÉNÉFICIAIRES**

### **2.5.1 Les bénéficiaires directs**

Les bénéficiaires directs du projet d'appui institutionnel au MS sont :

- l'ensemble du niveau central du Ministère, via le renforcement de son fonctionnement interne;
- le niveau intermédiaire, c'est à dire la DDS, y compris les CHD, du Mono-Couffo et de l'Atacora-Donga

### **2.5.2 Les bénéficiaires indirects**

Les bénéficiaires indirects du projet sont :

- la population du Bénin, via l'amélioration du service ;
- le niveau opérationnel, notamment les EEZS de Comé/KTL/Bassila, dans la perspective d'améliorer l'encadrement du personnel et de la prise en compte de leurs préoccupations ;
- les partenaires-acteurs (agences d'exécution, ONGs, mutuelles, autres), via les objectifs suivants : la clarification du cadre de collaboration avec le MS, le dialogue plus régulier avec le MS, l'amélioration de la prise en compte de leurs réflexions et la complémentarité accrue entre ces acteurs ;
- les partenaires-bailleurs, via l'objectif suivant : le dialogue politique plus efficace, la gestion des ressources mises à la disposition du MS plus rationnelle, et l'avancement vers une approche sectorielle ;
- les autres Ministères, notamment le Ministère de la Décentralisation par le moyen d'un dialogue régulier et constructif avec le MS, la meilleure planification des activités et du budget (Ministère du Plan, Ministère des Finances), la gestion plus rationnelle et transparente des ressources (Ministère des Finances), la réflexion autour l'encadrement « global » des ressources humaines (Ministère de la Fonction Publique).

## **2.6 LES ORGANISATIONS PARTENAIRES**

Dans un appui institutionnel qui vise à renforcer l'ensemble du système de santé, les différents acteurs au sein du système sont en même temps bénéficiaires et partenaires. Dans la dynamique des interactions, les différents acteurs reçoivent et contribuent en même temps. Les différents niveaux du Ministère, les différents partenaires-acteurs, les partenaires-bailleurs et les autres Ministères contribuent ainsi tous d'une façon ou d'une autre aux objectifs de l'intervention.

Néanmoins, il faut mentionner en particulier la complémentarité avec les autres partenaires qui visent à donner un appui institutionnel au niveau central du MS. Nous référons ici à la Banque

Mondiale, la Commission européenne, le GAVI, la Coopération belge qui veulent assurer un appui coordonné en vue de progresser vers une approche sectorielle (voir : 2.4.a).

## **2.7 LOCALISATION DE L'INTERVENTION**

L'assistant technique international travaillera pour la durée de l'appui dans un bureau au sein du MS à Cotonou mis à disposition par le MS. Cet ATP sera un assistant technique international (ATI). Son bureau sera localisé de telle façon que cela facilite l'interaction avec le SGM et plus particulièrement avec les groupes thématiques et l'expertise mixte. Vu l'importance de renforcer les interactions entre le niveau central et le niveau intermédiaire ou opérationnel, il assistera aussi régulièrement à des visites de terrain ou aux ateliers dans les départements.

Si après l'audit institutionnel et organisationnel il s'avère opportun de mettre à disposition un assistant technique au niveau départemental (ATD). Les éventuels ATs travailleront pour la durée de l'appui dans un bureau au sein de la DDS du Mono/Couffo et de l'Atacora-donga. Ces ATD seront des assistants techniques régionaux (ATR)<sup>8</sup>. Les bureaux seront localisés de telle façon que cela facilite l'interaction avec le DDS pour un appui global aux services de la DDS. Ils pourront participer au fonctionnement de groupes thématiques de la DDS. Vu l'importance du renforcement des interactions entre le niveau intermédiaire et opérationnel, ils assisteront aussi régulièrement à des visites de terrain ou aux ateliers dans les zones sanitaires.

Les chirurgiens formateurs en chirurgie de district (CFCD) travailleront dans le service de chirurgie du CHD de Lokossa et Natitengou.

---

<sup>8</sup> ATR sont des AT avec une expérience régionale.

## **3. PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE**

### **3.1 OBJECTIF GÉNÉRAL**

L'état de santé de la population béninoise est amélioré à travers le renforcement de la pyramide sanitaire dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS.

### **3.2 OBJECTIF SPÉCIFIQUE**

Les activités de planification, de coordination, de suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNDSS dans le cadre du renforcement de la pyramide sanitaire du Ministère de la santé sont opérationnelles et efficaces.

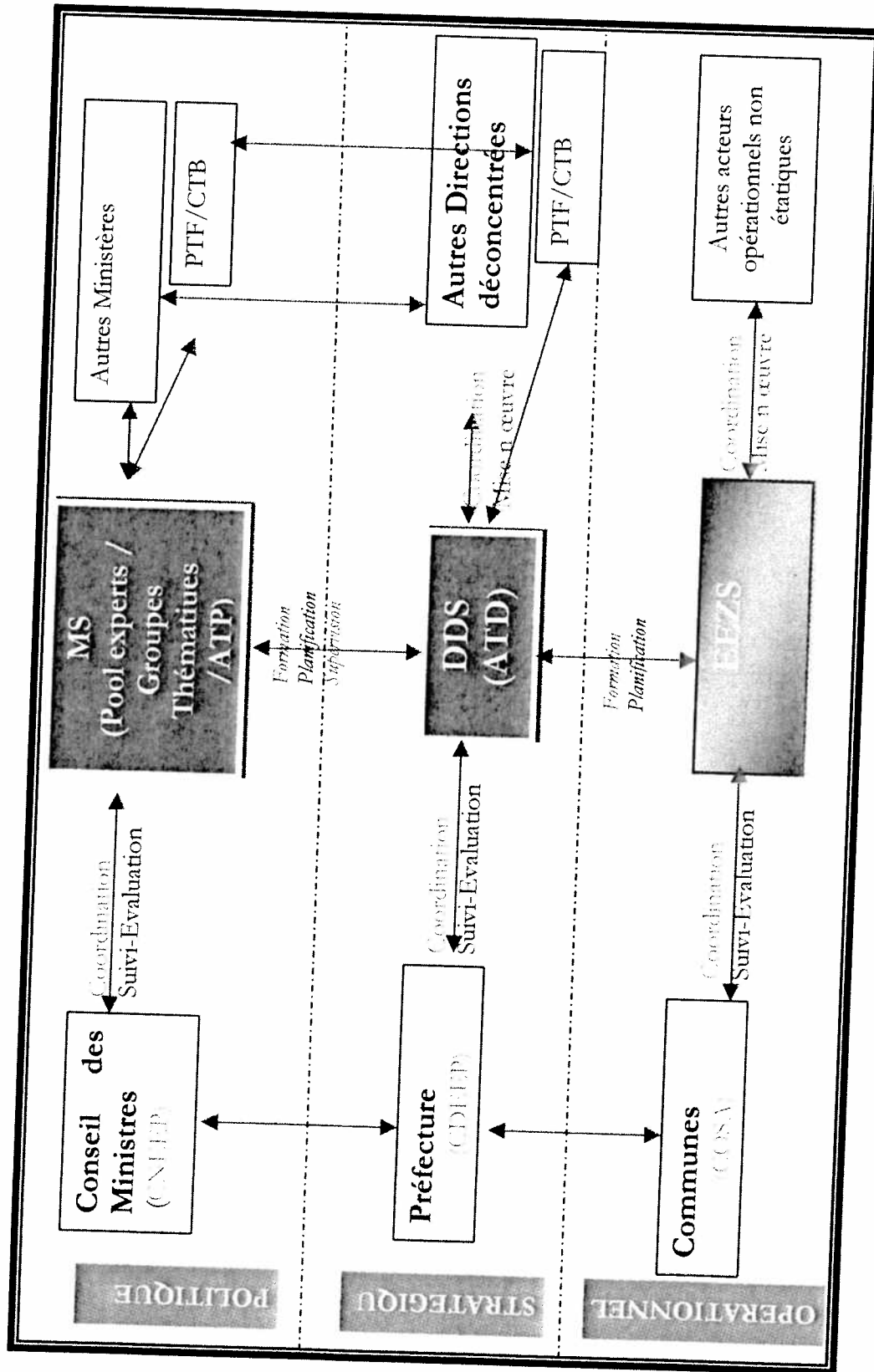
### **3.3 RÉSULTATS ATTENDUS**

Les 6 axes d'analyse des interactions de l'approche systémique permettent de définir trois résultats attendus (voir schéma 1 en 2.2.1.1 et schéma 2, page suivante) :

- Résultat 1 : L'organisation interne du Ministère de la santé et les interactions entre les différentes directions au niveau central du MS sont renforcées ;
- Résultat 2 : Les interactions et les lignes de communication entre le niveau central, le niveau intermédiaire (Direction Départemental de la Santé ou DDS) et le niveau opérationnel (zones sanitaires) sont renforcées ;
- Résultat 3 : Le partenariat entre le secteur privé/associatif et le secteur public (ONGs, le secteur privé confessionnel, associations, mutuelles, privé lucratif, médecine traditionnelle), collectivités locales, PTF et Ministères concernés par la santé est clarifié et intensifié

Les activités serviront à renforcer les capacités de gestion au niveau du Ministère de la Santé, notamment en planification, coordination et évaluation.

Schéma 2 : Relations fonctionnelles



Axes d'intervention

Cycle de formation

Audit Organisationnel

Capacité de Planification

Capacité de Coordination

Capacités d'analyse

Capacités de mise en oeuvre

## 3.4 ACTIVITÉS À METTRE EN ŒUVRE

### 3.4.1 Résultat 1 : L'organisation interne du Ministère de la santé et les interactions entre les différentes directions au niveau central du MS sont renforcées.

Le Résultat 1, situé au niveau central, est décliné en 6 activités principales :

#### 3.4.1.1 Mettre à disposition un cycle de formation en gestion du changement (change management) pour 35 cadres centraux et intermédiaires (2 à 3 modules d'une semaine chacun), ce qui suppose deux sous activités:

##### a) **Elaboration d'un cycle de formation aux méthodes et outils nécessaires aux compétences pour faire face au changement** (compétence transformationnelle et organisation apprenante).

L'objectif est de développer les capacités des cadres au niveau central et intermédiaire (max. 35 personnes : des DDS, les Directeurs et le SGM), essentielles pour une approche sectorielle. Il s'agit avant tout des outils pratiques en relation avec le savoir-faire et les attitudes. Parmi les méthodes et outils de travail à rendre disponible, les suivants ont déjà été identifiés :

- les techniques de tenue de réunion (à partir de la préparation, la tenue des réunions, le rapport jusqu'au suivi des conclusions des réunions et la circulation de l'information) ;
- les méthodes de travail en équipe et de leadership ;
- la démarche participative<sup>9</sup> dans le développement des plans opérationnels et dans l'organisation de la concertation ;
- des outils pédagogiques quant à l'organisation et la facilitation des groupes thématiques (cf. infra) ateliers ainsi que leur suivi ;
- l'attitude d'accompagnateur (par exemple durant les visites de terrain) ;
- les techniques de négociation, d'animation de réseau, de communication ;
- la notion d'analyse de système ;
- la gestion du changement (change management) : analyse des détenteurs d'enjeux (stakeholders), stratégie de changement : les différentes phases dans l'évolution d'une organisation (suivi, procédures); comment accompagner le changement d'un système<sup>10</sup>.
- l'élaboration d'indicateurs systémiques (par exemple : "nombre d'opportunités saisies") orienté vers l'appréciation de la qualité des interactions;
- le travail à partir des incidents critiques et le développement des procédures sur base d'analyse des goulots d'étranglement ; organisation apprenante sur base d'auto évaluation ;
  - l'attention au genre dans l'analyse de l'organisation ;
  - le rattachement de ces compétences au niveau de la formation de base.

##### b) **Former 35 cadres du Ministère au niveau central et**

<sup>9</sup> Par exemple l'approche CPPE : "Comprehensive Participatory Planning and Evaluation".

<sup>10</sup> Par exemple : méthodologie de l'Exploration Constructive.

**intermédiaire** par rapport à la mise en œuvre des méthodes et outils de travail mentionnés sous a) et en assurer le suivi.

Les formations se feront par modules avec appui d'expertise locale externe au MS, en deux phases : la formation proprement dite et le suivi annuel de la mise en pratique.

La mise en pratique est en effet essentielle pour vérifier l'acquisition de ce genre de savoir-faire et de ces attitudes. On utilisera à cet effet des fiches d'observation et d'évaluation après chaque atelier (ou périodiquement pour apprécier les dynamiques de réunion). Le suivi sera ainsi organisé le plus possible en exploitant les réunions et ateliers planifiées comme moments de « stage pratique » suivis d'une brève évaluation. L'ATP coordonnera cet accompagnement.

#### **3.4.1.2 Compléter l'audit organisationnel du MS : élaborer des fiches de postes, profils et rôles avec un suivi de la rédaction des procédures, au moins pour les postes-clés et les organes de concertation et de décision.**

Le récent audit organisationnel du MS central a formulé des recommandations. Conditionné par l'engagement du MS pour mettre en œuvre ces recommandations, l'appui institutionnel prévoit un accompagnement pour cet exercice.

Cette réforme pourrait commencer par une révision de l'organigramme du MS. Les compléments à cet audit organisationnel sont donc les définitions de postes, de rôle et de profils et la rédaction de procédures.

Cette réforme pourrait être une opportunité pour créer une dynamique positive et pourrait être accompagnée par des experts en « gestion du changement ». Il ne s'agit pas seulement de clarifier les rôles de chacun et renforcer le fonctionnement du MS central, mais de poser un regard extérieur sur le MS pour se demander comment le secteur peut répondre mieux aux besoins de santé et quels résultats et performances il veut atteindre. Dans ce sens, il sera nécessaire d'impliquer le niveau intermédiaire, opérationnel et les autres acteurs-clés concernés (stakeholders). L'effort de changement devra partir des forces existantes à l'intérieur du MS et du système de santé en général.

A titre indicatif nous soumettons ici une proposition indicative pour évaluer le processus d'accompagnement du MS par ces experts en « gestion du changement ». Ce processus d'évaluation en trois phases sera, en préalable, à valider par la Conférence des Directeurs qui constituera un groupe thématique chargé de l'accompagnement de la réforme du MS. La participation des expertises non étatiques à ce processus est recommandée pour impliquer ces partenaires dans la réforme de leur Ministère régulateur (AMCES, ONGs, institutions scientifiques, etc.).

Chaque phase commence avec une mission de 15 jours facilitée par le pool d'expertise (équipe externe). La récolte d'information devrait se faire le plus possible avant la mission. Pendant la mission il y aura des interviews (par échantillon) aux différents niveaux du MS et des acteurs-clés concernés, ainsi qu'un atelier de 25 personnes au maximum (afin de permettre un dialogue efficace) qui regroupe des représentants des différents acteurs-clés concernés.

La première phase (15 jours) se concentrera : i) sur l'approche systémique, ii) la construction d'une vision commune autour de la zone sanitaire, iii) la vision et les implications des soins de santé « centrés vers le patient », iv) les interactions dans le secteur.

La seconde phase (15 jours également, idéalement dans les 3-4 mois après la première phase) se focalisera sur les actions à entreprendre pour compléter l'audit organisationnel (postes, profils, rôles, compétences...) et concernant le développement, la mise en œuvre et le suivi du PNDS. Le travail proposé reposera sur l'identification et l'analyse des goulots d'étranglement. Des leçons en seront tirées et le manuel sera adapté, là où c'est nécessaire.

La troisième phase (par exemple 1 à 1,5 an après la 2ème phase) servira à évaluer la dynamique, voir ce qui est faisable, et consolider le processus. Entre les phases, le groupe thématique mandaté par la Conférence des Directeurs fera le suivi du travail effectué en fonction des objectifs et de la feuille de route établis par l'expertise extérieure. Dans le principe de l'appui institutionnel proposé, l'expertise extérieure n'a qu'un rôle d'accompagnement et d'appui conseil, le groupe thématique d'accompagnement de la réforme du MS étant responsable des produits présentés au SGM.

**3.4.1.3 Appuyer le processus de planification ascendante à partir du niveau central, réaliser d'un seul plan opérationnel annuel du MS et développer des indicateurs systémiques, ce qui suppose trois sous-activités.**

**a) Appuyer la planification ascendante à partir du niveau central.**

La méthodologie de planification ascendante développée dans le Manuel de Procédures de Planification Ascendante Intégrée du MS (décembre 2006) prévoit les huit étapes ci-dessous :

- Définition des priorités du MS (envoi de la lettre d'orientation) avant fin février ;
- Concertation DDS et MCZS sur le processus de planification au niveau du département avant le 15 mars ;
- Information des Médecins Chefs, Chefs de postes et présidents des COGECS avant fin mars ;
- Elaboration des plans d'action des Centres de Santé<sup>11</sup>, de l'HZ et de la coordination de la ZS avant la mi-avril ;
- Harmonisation des plans d'action des Centres de santé, de l'HZ et de la coordination de la ZS à la mi-avril ;
- Elaboration des plans d'action des ZS et de la DDS avant la fin avril ;
- Harmonisation des plans d'action des ZS, et de la DDS avec les programmes/projets nationaux et partenaires à la mi-mai ;
- Elaboration du plan d'action du département avant fin mai (envoyé au MS à cette date).

L'appui du niveau central consistera essentiellement : i) à mettre à la rédaction la lettre d'orientation et à l'envoyer (début d'année) et ii) à être présent avec des représentants des partenaires opérationnels lors de l'harmonisation des plans d'action du département (mai). Pour la formation au processus de planification ascendante il sera possible de valoriser l'expérience du PISAF/USAID et disposer de ses ressources en formation.

Les arbitrages peuvent être guidés par des visites de "terrain" (supervisions intégrées) et par l'assistance d'appuis centraux aux ateliers de formation au processus de planification ascendante.

---

<sup>11</sup> Avec les COGECS et des représentants de la commune pour les CS de commune.



**b) Consolider le plan opérationnel et élaborer le rapport d'activités annuel du MS.**

La consolidation des plans annuels des départements dans le plan opérationnel annuel du MS nécessite un arbitrage de chaque plan opérationnel départemental en présence du DDS ou d'un de ses représentants informés. La consolidation des autres volets du plan annuel intégré du MS est faite en fonction du PNDS et de son Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT).

L'assistant technique principal contribuera à faciliter le processus de planification et de rapportage des activités du MS. Il veillera à assurer que les différents appuis en expertise communiquent, travaillent dans la complémentarité et se renforcent mutuellement. Il s'agit d'une planification et d'un rapportage global annuel du MS avec les points d'attention suivants :

- veiller à l'intégration des plans des programmes verticaux qui ont souvent une planification et un rapportage parallèles ;
- veiller à la coordination des différents appuis institutionnels au MS ;
- veiller à l'élaboration et l'opérationnalisation des mécanismes financiers afin d'assurer la disponibilité des fonds de fonctionnement au niveau intermédiaire et opérationnel.
- Veiller en particulier à progresser vers un plan de formation harmonisé afin d'éviter que les cadres des ZS soient trop absents de leur ZS, en particulier les médecins.

Un atelier de planification central regroupant l'ensemble des DDS est utile i) pour débattre des orientations stratégiques à appliquer au niveau intermédiaire et des ZS, ii) pour fixer l'ensemble du calendrier de visite des projets/programmes, par exemple pour un an, en présence des programmes verticaux et des PTF et iii) pour présenter aux DDS l'arbitrage final et le plan opérationnel annuel du MS.

**c) Affiner des indicateurs du système et de la mise en œuvre du PNDS:**

L'objectif de la sous activité est de développer un petit nombre (10 à 20) d'indicateurs de suivi du système<sup>12</sup> et de la mise en œuvre du PNDS - au-delà de la multitude des indicateurs techniques par programme (peuvent avoisiner 70 à 100 et au-delà).

Ce groupe limité d'indicateurs permettra aux réunions de concertations semestrielles/annuelles (CNEEP, RAC) de dégager des tendances – en réduisant les signaux contradictoires qui sont nécessairement donnés par des indicateurs trop nombreux et trop spécifiques – par ailleurs difficiles à collecter.

**3.4.1.4 Dynamiser la capacité de coordination du MS par la mise à disposition d'une expertise mixte rattachée au SGM à destination de l'ensemble de l'axe institutionnel du MS (central, intermédiaire ou opérationnel).**

**a) Constituer l'expertise mixte ;**

Les objectifs, la composition, l'ancrage institutionnel ou les modalités d'exécution sont décrits par

---

<sup>12</sup> Cf. Expérience au Niger

ailleurs (voir 2.2.5 et 4.1.1). Bien que décrit sous cette activité, l'expertise mixte constitue un appui transversal à la plupart des activités. Cette expertise mixte aura des tâches variées :

- Dans le domaine administratif, financier ou technique ;
- Au niveau central, intermédiaire ou opérationnel (administration et hôpitaux compris) ;
- En consultation individuelle, au sein des groupes de travail ou dans la capitalisation : projets récemment clôturés (PAZS Bassila et KTL, PROSAF, AMCES, etc.) ou dans une recherche action prospective ;
- Pour la remontée, la formalisation et la présentation de ces expériences aux instances de concertation et aux instances politiques du MS ;
- Autres tâches suivant le besoin

Comme il a été déjà dit : la disponibilité de cette expertise mixte et ses objectifs pourront être utilement rappelés – en présence des acteurs-clés concernés centraux, intermédiaires et des zones sanitaires - lors de l'atelier d'orientation clôturant la phase de démarrage de l'intervention.

#### **b) Dynamiser les organes de concertation et de prise de décision commune**

Les outils et méthodes de redynamisation du MS ont été décrits (voir 2.2.3). Les organes de concertation ou de prise de décision commune au sein du MS au niveau central (CNEEP, Revue Annuelle Conjointe) peuvent bénéficier de ces outils et méthodes, des apports du pool d'experts dans les groupes thématiques et en particulier le groupe thématique chargé de l'accompagnement de la réforme du MS.

#### **3.4.1.5 Développer les capacités d'analyse, de suivi et d'évaluation du MS par la création de groupes thématiques avec la participation aux plates-formes de concertation du MS**

L'output de cette activité est d'accompagner le MS à devenir « une organisation apprenante », c'est-à-dire renforcer ses capacités de réflexion continue, suivi et évaluation (voir 2.2.3). Cet ensemble est constitué de plusieurs sous-activités :

##### **a) Redynamiser le système d'information sanitaire en vue de créer une mémoire institutionnelle (voir 2.2.4).**

Redynamiser le système de l'information sanitaire en vue de créer une mémoire institutionnelle comprend les sous-activités suivantes :

- Organiser et rendre accessible l'information existante :
  - Faire l'inventaire des documents, internes et externes au MS, comme le règlement d'ordre intérieur, le manuel de procédures, les plans, les rapports, des données statistiques, des rapports de supervisions, des bilans annuels, etc. ou tout autre document jugé pertinent ;
  - Mettre en place un système de classification opérationnelle (donc facilement compréhensible et accessible) et à jour de toute la documentation, en copie papier et sous forme électronique, et suivre son application ;
  - Assurer la formation du responsable de la gestion de la documentation ;
  - Elaborer des procédures pour assurer une circulation efficace de la documentation entre les différents niveaux (quand c'est pertinent) dans le secteur ;

- Assurer une mise à jour de ces procédures opérationnelles.
- Actualiser le cahier des charges de la collecte et de la transmission des informations, rapports et expériences (bilan annuel, recherche action) par niveau / programmes ;
- Organiser l'analyse et l'interprétation périodique de l'information existante; accompagner la recherche action (RA) ou d'autres types de capitalisation d'expérience et les valoriser en mettant à contribution les groupes thématiques avec expertise externe au MS, les acteurs de la RA ou les experts du suivi scientifique (IMT, FORESA, etc....) ;
- Dégager les preuves opérationnelles, prendre celles-ci comme base pour la prise de décision et le développement de la politique sanitaire et les décisions de politique sanitaire éventuelles et alimenter les plates-formes de concertation ;

#### **b) Organiser et gérer les groupes thématiques**

Dans la conception de l'appui institutionnel proposé ces groupes thématiques sont essentiellement destinés à capitaliser des expériences et à faire des propositions au niveau politique du MS sous formes de stratégies ou de normes à faire évoluer. Ces groupes thématiques ne sont pas en priorité proposés pour des réflexions sans rapport direct avec les expériences documentées remontant du terrain. Comme il a été dit plus haut, ces groupes thématiques sont aussi une stratégie pour activer les interactions entre le niveau central et le terrain, ils doivent à ce titre regrouper des personnes ressources d'origines multiples (cadres du MS, de la DDS, professionnels du terrain, ONGs, représentants des PTF, experts nationaux, IRSP, autres acteurs non étatiques...).

Les objectifs, la composition, l'ancrage institutionnel ou les modalités d'exécution sont décrits par ailleurs (voir 2.2.5 et 4.1.2).

#### **c) Alimenter les plates-formes de concertation du MS**

Les expertises mobilisées par l'intervention peuvent - sur demande du MS - contribuer à la préparation du CNEEP, de la RAC ou des réunions de suivi général du PNDS par la présentation de réflexions ou de problématiques sur la politique nationale de santé. Cette animation technique permettra de pousser la réflexion commune autour de certains thèmes centraux pour la solution des problèmes de terrain, en évitant de se cantonner à la seule présentation des taux d'exécution budgétaires par programme.

La concertation au niveau du MS sera principalement alimentée par les groupes thématiques ou des expertises ponctuelles. Ces expertises pourront être impliquées, également sur demande du MS, dans la revue systématique du plan annuel du MS, la collecte des indicateurs systématiques du MS13 ou le suivi des réalisations du PNDS, éventuellement soutenus par des visites de terrains.

#### **d) Des visites d'échange d'expérience dans la région**

Ces échanges d'expérience (par exemple au Niger) devront être soigneusement préparés par le choix de pays ou de départements du Bénin et d'expériences permettant de donner quelques éléments d'appréciation ou modèles en réponses aux questions qui se posent pratiquement au MS au Bénin, par exemple : sur l'appui institutionnel, sur la conduite et le suivi du PNDS, sur la répartition des fonctions entre niveau intermédiaire et zones sanitaires, sur l'intégration des programmes, etc.

Les visites des expériences seront précédées de la préparation de grilles d'analyse polyvalentes réparties

<sup>13</sup> Par exemple : 12 indicateurs au Niger.

en les membres de la mission (compétences polyvalentes également). La préparation de ces grilles pourra faire l'objet de la création d'un groupe thématique. Ces grilles seront validées par la Conférence des Directeurs. Les missions seront suivies d'un rapport de visite tendant à modéliser les expériences observées, à comparer ces expériences avec les expériences similaires du Bénin (avantages / inconvénients). Le rapport de mission sera clôturé par une série de recommandations et accompagné de la documentation des expériences observées. Le rapport de mission sera présenté à la Conférence des Directeurs ou à une plate-forme de concertation de niveau national.

**e) Organiser un séminaire régional / international**

Un séminaire régional/international dans la seconde moitié du programme permettra d'échanger les expériences autour de l'appui institutionnel (par exemple : sur le rôle du niveau intermédiaire, sur les expériences positives en matière de gestion du changement, sur le choix des indicateurs systémiques).

Ce suivi comparatif du processus de l'appui institutionnel pour la mise en œuvre du PNDS dans divers pays peut constituer une sorte de recherche-action, en soi.

**3.4.1.6 Appuyer la révision du système de supervision au niveau central et intermédiaire**

Les supervisions du niveau central et du niveau intermédiaire semblent fonctionner, de façon préférentielle par Direction et avec des visites de terrain descendant jusqu'au niveau des centres de santé, parfois sans informer la DDS et le MCZS et avec un agenda de type 'suivi vertical' des programmes spécifiques. L'appui institutionnel proposé instaurera une révision des modalités, des méthodes et des objectifs des supervisions, en essayant d'organiser des supervisions intégrées. Cette étude pourra être l'objet d'une expertise ou être pris comme sujet par un groupe thématique (par exemple dans le cadre de la rationalisation des ressources humaines et leur encadrement).

**a) Un passage en revue du Manuel de Supervision Intégrée du MS avec comme grille de lecture un concept de supervision intégrant l'ensemble des programmes verticaux les plus importants**

- a. Résultats recherchés : changement du suivi vertical du programme pour un appui plus orienté vers le renforcement du système (politique de santé, ...)
- b. Méthode utilisée : changement d'une utilisation de check-list linéaire pour une appréciation plus globale et plus qualitative (multicritères : utilisation du service, couverture, respect des bonnes pratiques, efficacité du service, efficience et charge de travail, qualité des relations avec le patient, la population, transparence des comptes et besoins non couverts, etc.) ;
- c. Attitude du superviseur : changement d'attitude de contrôleur pour une attitude d'accompagnateur et de formateur à l'écoute des problèmes de terrain et de facilitation des interactions ;
- d. Organisation pratique : des supervisions conjointes et polyvalentes dans la mesure du possible, éviter les supervisions directes au niveau des centres de santé, organisation du planning en concertation avec les MCZS, choix des moments clés (comme les ateliers de planification et la revue semestrielle et annuelle) pour respecter le rôle pivot des DDS/EEZS ;
- e. Rapportage, analyse en commun du pool des superviseurs, organisation du

- feedback ;  
f. Révision éventuelle du Manuel de Supervision Intégrée du MS.

**b) Etude du système d'incitation aux supervisions centrales et intermédiaires et propositions de révision.**

On étudiera les systèmes d'incitation et des critères d'attribution des primes qui pourraient permettre une reprise des supervisions intégrées<sup>14</sup> et un paiement pour l'encadrement polyvalent (administratif, financier et technique) de l'organisation et du fonctionnement des équipes de DDS, des CHD, des EEZS et des HZ.

L'objectif n'est pas de diminuer l'enveloppe totale des primes mais d'orienter le paiement des primes vers des outputs qui renforcent le fonctionnement cohérent du système de santé. Il peut s'agir d'un système de primes à la « performance » de l'appui du « système ». Vu qu'il s'agit d'une réorientation des primes existantes, le budget ne prévoit pas des moyens additionnels pour le paiement de ces primes.

**3.4.2 Résultat 2 : Les interactions et les lignes de communication entre le niveau central, le niveau intermédiaire (Direction Départementale de la Santé Publique) et le niveau opérationnel (Hôpital de Zone et EEZS) sont renforcées.**

Ce résultat se focalise sur le niveau intermédiaire et réfère à un appui à deux DDS, notamment la DDS du Mono-Couffo et le DDS de l'Atacora-Donga. Pour certaines activités, les autres DDS sont associées (cf. par exemple l'audit institutionnel organisationnel au niveau intermédiaire).  
Le résultat 2. a décliné en 7 activités principales :

**3.4.2.1 Elaborer et mettre en oeuvre un plan de formation départemental** ce qui se compose de plusieurs sous-activités.

**a) Elaborer le plan de formation départemental**

Ce plan de formation sera essentiellement élaboré en fonction des besoins de compétences au niveau de la zone sanitaire (EEZS, HZ et Centres de Santé) avec quelques formations pour l'encadrement des Zones Sanitaire (DDS).

Ce plan de formation départemental comprendra :

1. Le cycle de formation en gestion du changement (voir : 3.4.1.1);
2. Une formation en gestion de District Sanitaire pour les Médecins Chefs de Zones Sanitaires (MCZS) des départements du Mono-Couffo et du Atacora-Donga. Le niveau DDS pourra recevoir cette formation sous l'angle de la formation à l'encadrement / supervision de l'EEZS et de l'HZ (à la différence de la gestion de district par le MCZS, elle nécessite d'une organisation polyvalente et coordonnée de la DDS sur au moins trois volets : administratif, financier et technique, etc. ;
3. Des formations de généralistes en chirurgie de district (expérience réussie lors du PAZS

<sup>14</sup> Le MS dispose d'un Manuel de Supervision Intégrée.

- KTL, mais à reprendre à Bassila) ;
4. Formation à des «paquets standardisés» de programmes verticaux (voir b: ci-dessous).

Cette formation est également destinée à renforcer le rôle pivot des DDS par rapport aux ZS.

#### **b) Mettre en œuvre ces formations**

La mise en œuvre de ces formations sur l'ensemble des deux DDS (2 x 2 départements) se fera par roulement, par exemple, sur les deux premières années de l'intervention. La formation aux paquets standardisés de programmes verticaux – dans un cycle de formation intégrée - est une innovation dans le sens où ces programmes sont habituellement enseignés séparément, parfois hors de la zone sanitaire (Cotonou). L'idée est de :

- i) Concevoir un bloc de huit à dix programmes principaux – avec la collaboration des programmes verticaux – couvrant approximativement le PMA ;
- ii) Former l'ensemble des personnels soignants de la DDS selon un enseignement modulaire itératif (par exemple : 3 fois 3 jours sur 1 ou 2 ans) par groupes d'une à deux classes de 20 personnels. Les formations seront organisées au niveau de la ZS avec la participation d'un pool d'enseignants constitué de l'EEZS et des ressources de l'HZ et
- iii) Transmettre l'enseignement de ces modules à l'EEZS. Cette autorité d'enseignement de l'EEZS permettra de rétablir – à partir du MCZS – les activités habituelles de soutien à la « délégation des tâches » : formation, supervision et rétro-information.

En même temps, on veillera à ce que ces cycles de formation soient harmonisés avec les formations au niveau central afin d'éviter des absences trop fréquentes et optimiser la mise en œuvre des connaissances acquises dans les formations déjà reçues.

#### **3.4.2.2 Réaliser un audit institutionnel et organisationnel du niveau intermédiaire et de zone sanitaire, élaborer des fiches de postes, profils et rôle avec un suivi de la rédaction des procédures**

Un audit organisationnel du niveau intermédiaire et des zones sanitaires sera organisé. Il pourra être conçu et préparé par un groupe thématique regroupant des personnes ressources du niveau central et intermédiaire. Cet audit sera complété par une évaluation fonctionnelle des mêmes niveaux pour juger du besoin éventuel d'appui technique, de formations complémentaires et pour la définition des fonctions complémentaires entre les deux niveaux : DDS et ZS. L'audit et l'évaluation seront suivis de propositions concernant l'organisation du niveau intermédiaire et des zones sanitaires dans le sens d'une meilleure intégration des programmes, d'une complémentarité de fonctions entre les niveaux DDS/ZS et d'un fonctionnement d'équipe tant au niveau DDS qu'au niveau EEZS. Ces recommandations organiseront une déconcentration plus effective permettant aux DDS de mieux encadrer les EEZS et HZ.

Comme au niveau central cet audit sera amorcé par un audit institutionnel et organisationnel et l'évaluation fonctionnelle (2 hommes/mois) et sera suivi d'un travail d'élaboration de fiches de poste, de profils et de rôle avec un suivi de la rédaction des procédures s'appuyant sur l'analyse des goulots d'étranglement (voir 3.4.1.2). Le suivi de la rédaction des procédures pourra s'inspirer du calendrier proposé pour le niveau central (voir 3.4.1.2).

Toutes les DDS seront impliqués dans cet exercice mais quant à la mise en œuvre des recommandations de cet audit, le projet se concentrera davantage sur la DDS du Mono-Couffo et la DDS de l' Atacora-Donga.

Un des objectifs de l'audit institutionnel et organisationnel est de clarifier en quels domaines les DDS ont besoin d'un renforcement en capacités<sup>15</sup> en fonction de la vision dans le secteur et le rôle spécifique des DDS dans la mise en œuvre de cette vision. Suivant cette analyse, il sera décidé comment l'expertise mixte peut appuyer les DDS et si un accompagnement permanent de proximité à travers un ATR en appui à la DDS du Mono-Couffo et un ATR en appui à la DDS de l' Atacora-Donga sont opportuns. Les modalités d'exécution du projet au niveau intermédiaire et les délégations de coresponsabilités nécessaires pourront également être précisées à la suite de cet exercice.

### **3.4.2.3 Appuyer le processus de planification ascendante à partir du niveau intermédiaire.**

#### **a) Du niveau central au niveau intermédiaire**

Comme il a été déjà dit plus haut (voir 3.4.1.6), le principal appui du niveau central sera de réorganiser les supervisions intégrées. Il est essentiel que les Directions et les programmes verticaux s'inscrivent dans cette dynamique de supervision, dans un esprit d'accompagnement de proximité et d'une amélioration continue de la qualité du travail – tant du niveau institutionnel (DDS et EEZS) que du niveau opérationnel (au moins 3 jours, 2 fois par an par DDS).

Du point de vue de la planification ascendante budgétisée, le meilleur moment pour une visite du niveau central (MS et PTF) sera lors de l'harmonisation des plans d'action des ZS, et de la DDS avec les programmes/projets nationaux et partenaires, en mai. Le niveau central pourra se doter d'une grille d'analyse lui permettant d'apprécier les aspects techniques, administratifs et budgétaires. Cette grille permettra éventuellement de corriger les orientations du plan d'action annuel, bien qu'en principe il soit préférable d'imprimer ces orientations stratégiques du MS dès le début du processus de planification. En clair ces orientations stratégiques doivent figurer dans la lettre d'orientation du MS, envoyée avant la fin février.

Le but n'est pas de maximiser les activités, mais d'arriver à élaborer un plan équilibré, cohérent et réaliste. Comme corollaire important, il faut donc que le processus de planification ascendante permette un arbitrage central respectant les grandes lignes des plans d'action annuels des départements. Pour ce faire, il faut éviter que les départements ne soumettent des budgets disproportionnés qui entraîneront nécessairement des « coupes budgétaires » très importantes. Pour prévenir cet état de choses, le niveau central veillera à plafonner certaines lignes budgétaires. Ces indications – par zone sanitaire - figureront également dans la lettre d'orientation, envoyée fin février.

#### **b) Du niveau intermédiaire aux zones sanitaires.**

Des 8 étapes de la planification ascendante proposées par le Manuel de Procédures de Planification Ascendante Intégrée du MS (voir 3.4.1.3), cinq concernent le niveau DDS :

---

<sup>15</sup> Il y a entre autre un grand besoin de renforcer les capacités au niveau intermédiaire pour assurer la maintenance des infrastructures et du matériel. Suivant les conclusions de l'audit organisationnel au niveau intermédiaire, des activités à cet égard peuvent être incluses dans le plan opérationnel au niveau des ZS et des DDS. L'enveloppe de l'expertise mixte permet aussi de contribuer à ce renforcement des capacités.

- Concertation DDS et MCZS sur le processus de planification au niveau du département avant le 15 mars ;
- Information des Médecins Chefs, Chefs de postes et présidents des COGECS avant fin mars ;
- Elaboration des plans d'action des ZS et de la DDS avant la fin avril ;
- Harmonisation des plans d'action des ZS, et de la DDS avec les programmes/projets nationaux et partenaires à la mi-mai ;
- Elaboration du plan d'action du département avant fin mai (envoyé au MS à cette date).

L'appui institutionnel à la DDS s'appuiera sur le Manuel de Procédures de Planification Ascendante Intégrée du MS existant et valorisera l'expérience du PISAF/USAID. Ce projet dispose de personnes ressources pour la formation à ce processus. L'appui direct de la DDS aux EEZS peut se situer à deux étapes du processus : i) élaboration du plan des activités après l'analyse des problèmes et besoins ou ii) programmation des ressources et élaboration du budget après l'élaboration des activités. Le second appui est plus important en première analyse et peut se réaliser par un travail de un ou deux jours de la DDS avec le MCZS et son équipe. Cette participation à la session des zones sanitaires permettra à la DDS de s'assurer de la participation de tous les acteurs opérationnels, de la logique de plan intégré et d'une budgétisation transparente.

#### **c) Du niveau intermédiaire aux collectivités locales.**

La DDS veillera à intégrer tous les objectifs de santé contenus dans les plans de développement communaux (PDC) ou les plans de développement départemental intégré (PDDI). Il veillera à rechercher les synergies d'action possibles dans le domaine de la santé avec les collectivités locales.

#### **3.4.2.4 Dynamiser la capacité de coordination de la DDS et appuyer les activités de coordination de la DDS.**

La dynamisation des capacités de coordination correspond à : i) un appui au suivi des réalisations ou suivi budgétaire de la DDS et des ZS, ii) un appui au système de réunions et des plates-formes de concertation de la DDS (CODIR, CDEEP, collectif des médecins, etc.) ou iii) un appui à la coordination interne (travail quotidien en équipe), aux supervisions intégrées (voir : 3.4.1.6) ou au système de bilan annuel de la DDS.

Cet appui technique pourra provenir de la formation en gestion du changement, d'une mobilisation de l'expertise mixte ou de l'ATD positionné dans le Mono Couffo et l'Atacora Donga.

La DDS veillera à participer à toutes les activités de coordination avec le niveau préfectoral, notamment à intégrer dans ses plans d'action les éléments des plans de développement communaux et départementaux.

#### **3.4.2.5 Développer les capacités d'analyse de suivi et d'évaluation participative au niveau des plates-formes de concertation de la DDS. Développement du rôle de pilotage des recherches actions soutenues par le suivi scientifique.**

- a) L'output de cette sous-activité est d'abord le renforcement de la réflexion continue et du suivi / évaluation de la DDS (avec la participation de l'ensemble des acteurs opérationnels) lors du suivi trimestriel ou semestriel de routine. Des groupes



thématiques pourront être créés au niveau DDS en contribuant au CDEEP et en alimentant les groupes thématiques du niveau central. Il faudra donc veiller à la synergie quant aux thèmes traités par les groupes de travail au niveau central et les groupes de travail au niveau intermédiaire et quant aux interactions entre ces groupes ; L'objectif de ces groupes est de traduire la politique nationale à travers le développement des stratégies opérationnelles et à donner un feedback documenté au niveau central afin de rationaliser la politique sanitaire.

- b) En complément de cette dynamique de réflexion locale, la DDS sera invitée à assurer le pilotage de l'appui externe en recherche-action dans le département, elle assurera :
- L'approbation des TDR du suivi scientifique ;
  - La désignation des membres du MS des ZS ayant reçu une formation en recherche de la part de l'IRSP ;
  - La réception et le briefing des assistants techniques du suivi scientifique et autres expertises associées (IRSP, FORESA, AMCES, expertise mixte, etc.) ;
  - La logistique des missions ;
  - Le suivi des travaux entre les missions de suivi scientifique ;
  - La réception des produits de ces missions ;
  - La présentation et la diffusion de ces produits au niveau des plates-formes de concertation départementales (CDEEP) ou centrales.
- c) A part la planification ascendante, la revue annuelle départemental constitue un autre moment-clé dans les visites intégrées du niveau central au niveau intermédiaire. C'est une opportunité pour discuter de l'avancement du plan d'action départemental et des problèmes opérationnels, mais aussi pour écouter la présentation des résultats de la recherche-action et des groupes de travail thématiques départementaux.

#### **3.4.2.6 Renforcer les capacités de gestion administrative et financière**

Ce renforcement de capacités de gestion administrative, comptable et financière est tout particulièrement important pour les hôpitaux en fonction de leur autonomie croissante.

L'appui direct de la DDS aux hôpitaux (CHD et HZ) et à l'EEZS, qui peut inclure un recours à l'expertise mixte est destiné à :

- Compléter et harmoniser les procédures au niveau du DDS et ZS en se basant sur les procédures nationales existantes et éventuellement des procédures opérationnelles développées par les ZS elles-mêmes : travailler en équipe avec les ZS ;
- Renforcer les capacités à établir un budget-programme reposant sur une planification intégrée et qui inclut l'ensemble des sources de financement de la zone
- Organiser une gestion financière transparente et passer progressivement à la comptabilité analytique dans tous les hôpitaux et ZS du département (afin de permettre une meilleure traçabilité des dépenses en lien avec les activités planifiées et les différentes sources de financement). Le logiciel Perfecto retenu par le MS devra être installé au niveau des ZS et les deux DDS (compétence comptable nécessaire). Il sera paramètre en fonction des besoins

d'analyse suivant le plan d'action. Un cycle de formation pour graduellement développer les compétences en gestion comptable (avec l'objectif d'assurer une gestion financière de base transparente et de renforcer la crédibilité de la zone sanitaire et du département auprès des différents partenaires techniques et financiers

- Appliquer des mécanismes d'audit et contrôle du niveau central vers le niveau DDS ou vers les ZS (auditeur, commissaire au compte).

Ces différentes activités devront paver la voie vers une véritable gestion décentralisée par les DDS et ZS et un renforcement de la confiance des différents partenaires techniques et financiers. Ils sont également des préalables au passage une approche sectorielle.

### **3.4.2.7 Développer l'appui technique du CHD aux zones sanitaires**

- a) Améliorer le système de référence et de contre-référence à l'exemple des expériences développées dans les PAZS Bassila et PAZS KTL.
- b) Structurer l'appui technique du CHD aux ZS par le développement des méthodes suivantes : revue des pairs réguliers entre médecins des HZ et CHD, audit régulier des décès ou incidents critiques (par le staff médical des hôpitaux), facilitation des stages ou ateliers sur des thèmes spécifiques sur demande dans le cadre de la formation continue (par exemple des sages-femmes).

Un ATR chirurgien est prévu dans chacun des deux DDS pour une période de 2 ans pour accompagner le CHD au niveau intermédiaire à développer un appui technique structuré et efficace aux ZS dans le département.

### **3.4.3 Résultat 3 : les partenariats entre le secteur privé/ associatif et le secteur public (ONGs, le secteur privé confessionnel, associations, mutuelles, privé lucratif, médecine traditionnelle), les collectivités locales, les PTF et autres Ministères concernés par la santé sont clarifiés et intensifiés**

Le Résultat 3 situé au niveau de l'ensemble des partenariats a décliné en 5 activités principales:

#### **3.4.3.1 Intégrer les principes, méthodes et outils de la gestion du changement et de l'organisation apprenante dans les formations de base.**

Cette activité consiste à prévoir une intégration des méthodes et outils de la gestion du changement et la notion d'organisation apprenante dans les curricula des écoles du personnel de santé et des médecins, après sa mise en pratique, en fin d'intervention.

La formation aux « capacités transformationnelles » (voir 2.2.3) sera enseignée au niveau de l'enseignement de base des infirmiers, du personnel paramédical et les médecins généralistes. La formation aura une composante théorique mais développera davantage des exercices pratiques. Pour les médecins de santé publique, cette formation sera l'objet d'un bloc d'enseignement plus significatif avec un bon niveau de maîtrise.

### 3.4.3.2 Promouvoir la vision systémique et le double ancrage (interactions, zones sanitaires, qualité centrée sur le patient) auprès des acteurs et partenaires.

Cette activité est dirigée vers les acteurs et partenaires du MS. Il s'agit de promouvoir une approche sectorielle à travers une discussion autour des sujets différents comme :

- la signification et les implications d'une approche systémique avec une réflexion concernant le développement des interactions internes et externes du MS et la stratégie du double ancrage (interaction niveau stratégique et niveau opérationnel).
- le rôle des différents acteurs dans la mise en œuvre du PNDS et leur complémentarité.
- les conséquences du choix décrit dans le PNDS pour mettre la ZS intégrée comme pierre angulaire du système
- une réflexion autour la signification d'une « qualité des soins centrée sur le patient » et les conséquences opérationnelles.

Pratiquement on impliquera les responsables, acteurs et partenaires, y compris non étatiques, du niveau central et intermédiaire lors de l'exercice de la mise en œuvre des recommandations de l'audit organisationnel du MS. On pourra compléter cet audit par une analyse de situation conjointe du secteur (plus large que le MS) de la santé (privé communautaire et lucratif, autres intervenants dans le domaine de la santé). Enfin on confrontera cette analyse avec les objectifs de la politique pour mieux guider la réforme de structure nécessaire du MS et la rationalisation de la politique sanitaire.

### 3.4.3.3 Assurer la participation des acteurs à la planification dès le CS, voire articulation avec le plan de développement communal (PDC) et au niveau départemental (PDD) ce qui comprend trois sous-activités :

- a) S'assurer que les DDS organisent la participation des acteurs locaux au développement des plans opérationnels. On peut veiller à ce que les plans d'action annuels reflètent les activités de tous les acteurs ou au moins renforcent la synergie entre les activités de tous les acteurs en déléguant un cadre planificateur central pour rappeler que le processus de planification ascendante repose sur une démarche participative et pour accompagner le processus sur le terrain ;
- b) Former les membres des communes et les COGECS – en préalable à tout le processus de planification ascendante – pour s'assurer de leur participation à l'élaboration des plans d'action annuels des centres de santé. Au niveau communal on tiendra compte du plan de développement communal (PDC) lorsque des objectifs de santé sont formulés ;
- c) Au niveau départemental, la DDS se maintiendra en contact avec la préfecture pour intégrer les objectifs de santé du plan de développement départemental intégré (PDDI)
- d) A ce niveau également l'expérience pilote en cours au PAZS/comé, de structuration de la demande de soins de santé à travers la mise en place d'une Plate-forme Société Civile santé, sera accompagnée, documentée et capitalisée. Sa

diffusion à d'autres zones sanitaires sera envisagée le cas échéant. (en lien également avec le volet recherche-action explicité au point 3.4.3.5 ci-dessous)

#### **3.4.3.4 Renforcer les plates-formes de concertation au niveau intermédiaire et central, y compris avec les PTF et le privé ce qui comprend deux sous-activités :**

- a) Appuyer le MS pour avoir un inventaire opérationnel et à jour des programmes des différents acteurs afin qu'il puisse pleinement jouer son rôle de coordinateur et de régulateur. L'activité principale consiste à assurer que les rapports annuels les plus récents de chaque partenaire exécutif sont exploités au niveau du MS. Cette activité fait partie du développement de la mémoire institutionnelle (voir : 2.4) au service de la synergie et de la complémentarité des partenaires. Une cartographie des activités des partenaires opérationnelles pourrait contribuer à cet effet ;
- b) Faciliter une concertation régulière entre le MS et les acteurs opérationnels. D'une part, il s'agit d'encourager la participation des acteurs opérationnels aux groupes thématiques au niveau intermédiaire et central. D'autre part, il faut appuyer le MS pour l'organisation de concertations annuelles avec les acteurs opérationnels. En préparation de ces ateliers, il faut s'assurer que les rapports annuels des acteurs opérationnels sont analysés et qu'un feedback structuré soit donné. A cette occasion, le MS présentera aussi son rapport annuel ce qui renforcera sa responsabilité vis-à-vis du niveau opérationnel. Il faut également préparer un ordre de jour qui reflète les préoccupations de tous les acteurs concernés par cette concertation. L'objectif est d'assurer un dialogue technique approfondi sur des thèmes prioritaires par rapport à la mise en œuvre et la rationalisation de la politique sanitaire (comme par exemple les ressources humaines, le financement dans le secteur, la qualité des soins et les normes des infrastructures). Parallèlement au contenu, il y a également une attention à améliorer le processus de concertation durant ces forums.

#### **3.4.3.5 Impliquer l'IRSP ainsi que les autres expertises dans la recherche action et les mécanismes de suivi évaluation.**

Cette activité consiste à poursuivre ou reprendre la collaboration amorcée entre l'IRSP et la Commission européenne dans le cadre d'une recherche action au niveau des zones sanitaires amorcée avec la formulation du Projet Santé 9<sup>ème</sup> FED.

Cette recherche-action a comme objectif de mettre en place dans chaque zone sanitaire ciblée, un processus de recherche devant contribuer au bon fonctionnement de la zone sanitaire et à une prise en charge adéquate des patients avec des actions spécifiques pour les indigents et autres groupes vulnérables (femmes et enfants). La proposition de l'IRSP (2004) repose sur quatre axes :

1. La recherche action qui sera fondée sur l'assurance qualité ;
2. L'analyse et la recherche opérationnelle dans la zone sanitaire doivent permettre de tirer des leçons des faits quotidiens ;
3. La mise en œuvre de la programmation linéaire qui aide à résoudre les problèmes d'allocation des ressources en vue d'une prise de décision ;
4. La mise en place d'actions spécifiques en faveur des indigents et autres groupes