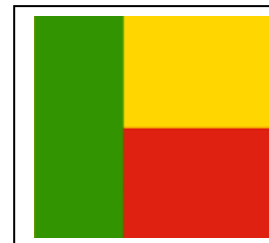


REPUBLIQUE DU BENIN
MINISTERE DE LA SANTE
SECRETARIAT GENERAL DU MINISTERE



DIRECTION DE LA PROGRAMMATION ET DE LA PROSPECTIVE

PLAN TRIENNAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2010-2012

Cotonou, Juin 2010

SIGLES ET ABREVIATIONS	5
LISTE DES TABLEAUX	8
PREFACE	10
INTRODUCTION.....	12
1. CONTEXTE D'ELABORATION DU PTD	13
2. POSITIONNEMENT DU PTD DANS L'ESPACE DE PLANIFICATION DU SECTEUR DE LA SANTE.....	14
2.1 Objectif du PTD	14
2.2 Relation entre PTD et le PNDS	14
2.3 Relation entre le PTD et le Budget programme	14
3. PROCESSUS D'ELABORATION DU PTD.....	15
4. ANALYSE DE LA SITUATION	18
4.1 Problèmes majeurs de santé de la population.....	18
4.1.1 Profil épidémiologique	18
4.1.2 Problèmes liés au système de santé.....	21
4.2 Analyse du budget du secteur.....	22
4.3 Leçons apprises des précédents PTD	25
4.4 Grands enjeux du secteur.....	26
4.5 Analyse des goulots d'étranglements du système :	27
4.5.1 Services à base communautaire et familiale.....	28
4.5.2 Services orientés vers les populations	32
4.5.3 Soins cliniques individuels.....	37
4.5.4 Soins cliniques de deuxième niveau de référence	42
5 OBJECTIFS ET STRATEGIES.....	44
5.1 Objectifs du PTD.....	44
5.2 Impacts attendus du PTD.....	47
5.3 Domaines prioritaires d'action	47
5.4 Stratégies :	50
5.4.1 Stratégies des composantes programmatiques	50

CPA1 : « Eau Hygiène et Assainissement ».....	50
CPA2 : Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale	50
CPA3 : Lutte contre la mortalité infantile et juvénile	50
CPA4 : Lutte contre les maladies prioritaires (IST/VIH/SIDA, Paludisme, Tuberculose) :	51
CPA5 : Lutte contre les autres maladies :	52
CPA6 : Promotion des autres aspects de santé.....	52
5.4.2 Stratégies des composantes programmatiques de soutien	53
- CPS1 : Développement et Valorisation des ressources humaines :	53
- CPS2 : Disponibilité des médicaments, des vaccins, des produits sanguins et des consommables de bonne qualité.....	54
- CPS3 : Accessibilité Géographique équitable et maintenance des équipements	54
- CPS4 : Développement et promotion de l'assurance qualité, de l'éthique, de la responsabilité médicale et la régulation du secteur	54
- <i>CPS5 : Communication pour le changement de comportement et promotion des actions sur les déterminants de santé.....</i>	<i>54</i>
- CPS6 : Amélioration de l'accès financier aux soins et du financement du secteur.....	55
- <i>CPS7 : Développement hospitalier et promotion de la recherche en santé</i>	<i>55</i>
- CPS8 : Renforcement de capacités institutionnelles et du Partenariat	55
- <i>CPS9 : Promotion de la Sécurité Transfusionnelle et renforcement des capacités diagnostiques.....</i>	<i>56</i>
6 MISE EN ŒUVRE DU PTD	56
6.1 Réformes, mesures et autres préalables nécessaires.....	56
6.1.1 Adoption d'une carte sanitaire prospective et fonctionnelle	57
6.1.2 Application harmonisée de paquets d'interventions à haut impact (PIHI) par niveau de soins	57
6.1.3 Développement optimal des Ressources Humaines	59
6.1.4 Accès permanent aux médicaments et consommables de qualité et à tous les niveaux	60
6.1.5 Utilisation efficiente des ressources financières allouées au secteur.....	61
6.1.6 Amélioration de l'accès financier aux soins	62
6.1.7 Redynamisation de l'approche communautaire	63

6.1.8	Renforcement de la supervision du monitoring et de la gestion de l'information sanitaire	64
6.2	Cadre institutionnel de mise en œuvre du PTD et de ses produits	65
6.2.1	Elaboration du CDMT 2010-2012	65
6.2.2	Elaboration des plans opérationnels à différents niveaux de la pyramide sanitaire	65
6.3	Conditions de réussite	67
7	PLAN DE FINANCEMENT ET MOBILISATION DES RESSOURCES	68
7.1	Evolution des niveaux de financement additionnels en fonction des trois scénarios	68
7.2	Répartition des ressources additionnelles en fonction du domaine du PNDS	69
7.3	Impacts attendus en fonction du scénario retenu	69
7.3.1	Mortalité maternelle	69
7.3.2	Mortalités infantile, infanto-juvénile et néonatale	70
7.4	Répartition des ressources additionnelles	71
7.4.1	Répartition des ressources additionnelles en fonction du mode de prestation des services	71
7.4.2	Répartition des ressources additionnelles en fonction du type de dépense	72
7.4.3	Répartition des ressources additionnelles en fonction du Programme de PTD	72
7.4.4	Répartition des ressources additionnelles en fonction de la catégorie de dépense	73
7.5	Répartition des enveloppes budgétaires totales	75
8	SUIVI ET EVALUATION	77
8.1	Suivi des PIHI, Supervision et monitoring	77
8.2	Cadre de suivi et évaluation du PTD	77
8.3	Evaluation	78
	CONCLUSION	78

SIGLES ET ABREVIATIONS

ACD	: Approche Atteindre Chaque District
ARV	: Anti Retro Viraux
CAME	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CDMT	: Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CHD	: Centre Hospitalier Départemental
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CPN	: Consultation Périnatale
CTA	: Combinaison Thérapeutique à base d'Arthémisinine
DDZS	: Direction de Développement des Zones Sanitaires
DOTS	: Direct Observed Treatment Short (Traitement Directement Observé de Courte Durée)
DPM	: Direction des Pharmacies et des Médicaments
DPP	: Direction de la Programmation et de la Prospective
DRFM	: Direction des Ressources Financières et du Matériel
DRH	: Direction des Ressources Humaines
ECV	: Enquête de Couverture Vaccinale
EDS	: Enquête Démographique de Santé
EGS	: Etats Généraux de la Santé
F CFA	: Francs CFA
FNUAP	: Fonds des Nations Unies pour la Population

GAR	: Gestion Axée sur les Résultats
IDE	: Infirmier Diplômé d'Etat
MIILD	: Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'action
MS	: Ministère de la Santé
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
OSD	: Orientations Stratégiques de Développement
PA	: Plan d'Action
PCIME	: Prise en Charge Intégrée de la Maladie de l'Enfant
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PS	: Poste de Santé
PTD	: Plan Triennal de Développement
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PTME	: Prévention de la Transmission Mère et Enfant
PTO	: Plan Triennal Opérationnel
PVVIH	: Personnes Vivant avec le VIH
SAMU	: Service d'Accueil Médical d'Urgence
SFE	: Sage Femme
SNIGS	: Système National d'Information et de Gestion Sanitaires
SONU	: Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence

SONUB	:	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	:	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence Complets
TMM	:	Taux de Mortalité Maternelle
TPI	:	Traitement Préventif Intermittent
TRO	:	Thérapie de Réhydratation Orale
UEMOA	:	Union Economique Monétaire Ouest Africaine
USD	:	Dollar US
VIH/SIDA	:	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Rapport budget santé budget général et rapport investissement fonctionnement.....	23
Tableau 2 : Mode de prestation, paquet de services et interventions traceurs.....	27
Tableau 3 : Structure du PTD.....	48
Tableau 4 : Matrice programmatique proposée pour le PTD	49
Tableau 5 : Evolution des niveaux de financement additionnel.....	68
Tableau 6 : Répartition des ressources additionnelles en fonction du mode de prestations.....	71
Tableau 7 : Ressources additionnelles en fonction du programme PTD.....	73
Tableau 8 : Ressources additionnelles en fonction de la catégorie de dépenses	74
Tableau 9 : Point des enveloppes de base par le Millénium Project	75
Tableau 10 : Point de la programmation et de l'exécution des ressources du secteur.....	75
Tableau 11 : Point des ressources globales de 2010 à 2012.....	76


LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Ratio Budget de la Santé sur Budget de l'Etat de 1997 à 2009.....	24
Graphique 2 : Ratio investissement sur fonctionnement de 1997 à 2009.....	24
Graphique 3: Part des engagements par niveau.....	25
Graphique 4 : Goulot d'étranglement pour les services de santé préventive familiale	29
Graphique 5 : Goulot d'étranglement pour l'Alimentation du nourrisson et du jeune enfant.....	30
Graphique 6 : Goulots d'étranglement pour la prise en charge communautaire des maladies.....	32
Graphique 7 : Goulots d'étranglement pour les soins préventifs pour adolescents et adultes.....	33
Graphique 8 : Goulots d'étranglement pour soins préventifs pendant la grossesse	34
Graphique 9 : Goulots d'étranglements pour la prévention de la Transmission Mère et Enfant	35
Graphique 10 : Goulots d'étranglements pour soins préventifs de l'enfant	36
Graphique 11 : Goulots d'étranglements pour soins cliniques maternel et néonatal de premier niveau clinique.....	38
Graphique 12 : Goulots d'étranglement pour soins curatifs de l'enfant et de l'adulte au premier niveau clinique.....	39
Graphique 13 : Goulots d'étranglement pour soins cliniques de premier niveau de référence	41
Graphique 14 : Goulots d'étranglement pour soins cliniques de deuxième niveau de référence.....	43
Graphique 15 : Répartition des ressources en fonction des domaines selon les scénarios.....	69
Graphique 16 : Impact sur la mortalité maternelle selon le scenario retenu	70
Graphique 17 : Impact sur la mortalité infanto juvénile et néonatale selon le scénario retenu	71
Graphique 18 : Ressources additionnelles en fonction du type de dépenses.....	72

PREFACE

A l'instar des autres pays du monde, le Bénin se mobilise pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) à l'horizon 2015. Pour y arriver le Bénin a adhéré aux initiatives internationales en consentant plus d'efforts pour améliorer son système de santé.

L'exercice du PTD s'inscrit dans ce contexte. Il est l'aboutissement d'un long processus incluant le Marginal Budgeting For Bootlenecks. C'est une nouvelle génération de PTD. Il est une opérationnalisation du PNDS. Il rappelle la situation sanitaire de la morbidité et la mortalité élevées et reprend la vision du secteur qui se résume en la fourniture des prestations de soins de qualité à toute la population. Il vise à :

- Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans ;
- Améliorer la santé maternelle ;
-  Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et les autres maladies ;
- Améliorer l'accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable.

La tendance de réalisation des OMD devrait permettre de 


- Réduire le taux de mortalité infanto-juvénile de 166,5 pour mille en 1996 à 90 pour mille en 2015
- Réduire le taux de mortalité maternelle de 398 pour cent mille en 1996 à 125 pour 100 000 naissances vivantes en 2015
- Réduire la mortalité due au paludisme, la prévalence du VIH/SIDA, l'incidence de la tuberculose

En somme, les OMD pourraient être atteints si les différents programmes de lutte contre les maladies et le programme de l'hygiène et de l'assainissement de base sont efficacement mis en œuvre.

Pour ce faire, le processus d'élaboration du PTD a connu quatre étapes principales 

- (i) la collecte et la saisie des informations épidémiologiques, démographiques et financières ;
- (ii) la détermination des goulots d'étranglement (GE) de la couverture universelle en 12 paquets d'interventions à haut impact avec une analyse des causes de ces GE;
- (iii) la levée des goulots d'étranglement en fixant des frontières ou objectifs de couverture (hypothèses) ;
- (iv) la détermination de l'impact attendu de la levée de ces GE pour la santé des populations en termes de réduction de la mortalité, de mobilisation de ressources additionnelles nécessaires pour le financement de cet effort.

Cet exercice a débouché sur des composantes programmatiques d'action et d'appui et sur un scénario optimal qui permet d'approcher le niveau de 2015 en termes de réduction de la mortalité maternelle, de la mortalité infanto juvénile.

L'engagement du gouvernement est total avec une volonté politique manifeste par rapport aux principes de l'appropriation, de l'harmonisation, de l'alignement et de l'orientation vers les résultats et la responsabilité mutuelle 

Cet engagement est aussi renouvelé vis-à-vis des parties prenantes en matière de santé avec le souhait manifeste de leur appui constant à faire de la mise en œuvre de cet outil un succès en termes d'atteinte des résultats mais également en termes d'accès de soins et services de qualité aux populations. C'est l'occasion de remercier les Partenaires Techniques et Financiers pour leur accompagnement dans ce processus d'élaboration et aussi dans la mise en œuvre.

Le Ministre de la santé

Professeur Issifou TAKPARA

INTRODUCTION

L'élaboration des Plans Triennaux de Développement (PTD) participe à l'opérationnalisation du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) pour la décennie 2009-2018.

Dans le cadre de l'accomplissement de la mission dévolue au Ministère de la Santé qui est d'œuvrer efficacement à l'amélioration des conditions socio-sanitaires des populations, le PNDS élaboré est en cours d'adoption par le gouvernement béninois. Ce plan constitue le référentiel du secteur de la santé pour la période 2009-2018 permettant d'orienter les interventions de tous les acteurs nationaux et des Partenaires Techniques et Financiers (PTF). Le PNDS, basé sur les études nationales de perspectives à long terme Bénin 2025, est fortement ancré dans les Orientations Stratégiques de Développement (OSD) 2006-2011 et tient compte des recommandations des Etats généraux de la santé de novembre 2007.

Le Plan National de Développement Sanitaire est décliné en cinq domaines prioritaires ou stratégiques, treize (13) programmes et trente neuf (39) sous-programmes ayant chacun des objectifs spécifiques visant l'amélioration de l'état de santé des populations.

Ainsi, le premier Plan Triennal de Développement intervient dans le cadre de la mise en œuvre de la tranche 2010-2012 du PNDS. Il est le fruit de l'analyse avec l'outil Marginal Budgeting for Bottlenecks (MBB) qui a permis d'identifier et d'analyser les goulots d'étranglement (GE) des composantes essentielles du système de santé. Ceci permettra la définition des priorités pour les trois prochaines années dans l'optique d'accélérer l'évolution vers les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en matière de santé.

Le Plan Triennal de Développement du secteur de la santé couvre la période 2010-2012. Il est structuré comme suit :

- contexte d'élaboration;
- positionnement du PTD dans l'espace de planification du secteur de la santé
- processus d'élaboration du PTD
- analyse de la situation
- vision, objectifs et stratégies
- mise en œuvre du PTD
- plan de financement et mobilisation des ressources
- suivi et évaluation.

1. CONTEXTE D'ELABORATION DU PTD

Le contexte d'élaboration du Plan Triennal de Développement sanitaire (PTD) fondé sur le MBB est essentiellement caractérisé par la nécessité de relancer la gestion du secteur de la santé sur de nouvelles bases plus efficaces afin de permettre à notre pays de faire face aux défis du millénaire qui déterminent dans chacun des domaines concernés et dont le secteur de la santé, les références en matière de développement pour la communauté internationale.

Depuis les années 2000, année d'adoption des OMD et de son opérationnalisation à travers les Stratégies de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCR), le secteur de la santé a été relégué au rang des secteurs prioritaires, notamment en matière de développement humain. A cet égard, une attention particulière est accordée au secteur de la santé tant au niveau des politiques de développement qu'au niveau de la gestion budgétaire.

En effet, au niveau des Orientations Stratégiques de Développement qui constituent la plate forme programmatique au niveau national, la problématique de développement sanitaire révèle que, bien que des efforts importants sont consentis par l'Etat dans le secteur de la santé, tant en ce qui concerne les infrastructures que le développement des ressources humaines, l'accès aux soins et l'approvisionnement en médicaments de première nécessité demeurent difficiles pour la majorité de la population. Par ailleurs, la qualité des services de santé reste à améliorer. Pendant ce temps, le VIH/SIDA et d'autres épidémies, pandémies et la malnutrition ne cessent de progresser. Dans ces conditions, il est retenu dans les OSD que le secteur de la santé participe au « développement du capital humain » à travers entre autres, l'extension des infrastructures sanitaires ; l'amélioration et la répartition équitable des offres de services en santé maternelle et infantile, le recrutement et la mise en place du personnel de santé qualifié.

Au niveau des Objectif du Millénaire pour le Développement, le secteur de la santé a à charge 3 objectifs sur les 8 proposés. Il s'agit de : réduire la mortalité infantile (objectif 4) ; Améliorer la santé maternelle (objectif 5) et de combattre le VIH/SIDA, le paludisme et autres maladies (objectif 6).

Pour mettre en œuvre les objectifs qui sont qui lui assigné sur le sentier du développement national, le ministère a d'abord engagé les travaux devant améliorer le processus de la planification sectoriel. En effet le Ministère s'est doté d'un plan de développement sanitaire (PNDS) qui reste la plate forme programmatique au niveau du secteur pour le Moyen terme.

Dans une démarche de la gestion axée sur les résultats, le ministère met en œuvre le PNDS à travers les budgets programmes triennaux glissants. Dans cet espace programmatique du secteur, il devient nécessaire de fonder l'allocation des ressources sur une base scientifique afin de relever les niveaux de dépenses dans une proportion compatible aux objectifs de développement. Ce contexte pose le problème d'un Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) consensuel qui permettra d'offrir aux Budgets Programmes les repères pour une programmation cohérente.

Ce souci répond à l'esprit de la Déclaration de Paris dans un contexte où les acteurs et Partenaires Techniques et Financiers du secteur de la santé viennent de s'engager dans la mise

en place du COMPACT dont le PTD fondé sur le MBB permettra de mettre en œuvre les contrats de performance.

2. POSITIONNEMENT DU PTD DANS L'ESPACE DE PLANIFICATION DU SECTEUR DE LA SANTE

Le Plan Triennal de Développement (PTD) intègre l'espace programmatique du secteur de la santé au titre d'instrument d'opérationnalisation du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Il occupe une position intermédiaire entre le PNDS et le budget programme. De par son objectif, il facilite le ciblage à court terme et l'élaboration du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) qui est le socle des budgets programmes.

2.1 Objectif du PTD

Le PTD vise à renforcer l'arsenal de programmation dans le secteur de la santé. Fondé sur la méthode MBB, il permet d'établir le consensus entre les PTF et le Gouvernement et facilite la traduction conséquente des objectifs de développement sanitaire en budgets cohérents.

2.2 Relation entre PTD et le PNDS

Le PNDS est le premier instrument d'opérationnalisation des Politiques générales de développement au niveau du secteur de la santé. Il reste un des outils officiels à travers lequel le Ministère de la Santé coordonne la mise en œuvre de la politique du secteur. Il est fondé sur la problématique générale et le diagnostic stratégique de développement sanitaires au Bénin. Par rapport au PTD, il se positionne comme élément d'orientation.

Le PTD, au regard de ses ambitions et du processus de son élaboration, s'appuie sur le PNDS pour proposer un mode opératoire fondé sur des éléments de ciblage nécessaire à l'atteinte des objectifs du secteur. En définitive, le PTD met en œuvre les choix opérés dans le PNDS.

2.3 Relation entre le PTD et le Budget programme

Le budget programme constitue la dernière étape de programmation sectorielle avant les Plans d'Action qui gèrent le budget par centre de responsabilité. Le couloir de transmission entre le PTD et les budgets programme est le Cadre de dépenses à moyen terme, d'où la nécessité et l'utilité du PTD dans le système. Les CDMT constituent des inputs exogènes au Budgets programmes. Tout en permettant de construire les CDMT et de les gérer, les PTD fondés sur le MBB offrent au secteur de la Santé les facilités d'établir les priorités à travers les budgets, même dans des situations d'instabilité financière. Le PTD présente également les grandes lignes d'activités, déclinées sur la base des domaines du PNDS et qui marque le point de départ des budgets programmes.

3. PROCESSUS D'ELABORATION DU PTD

L'élaboration du PTD est un processus de planification qui, dans le développement de ses cinq aspects à savoir, stratégique, structurel, organisationnel, opérationnel et budgétaire, a besoin d'outils spécifiques. Pour l'utilisation des notions des coûts et de budgétisation suivant l'approche de la gestion axée sur les résultats, il y a globalement quatre approches que sont :

- Modèle de coût moyen
- Modèle de coût marginal
- Approche d'estimation des coûts des interventions clé au niveau pays
- Budgétisation par résultats des programmes prioritaires au niveau pays.

La méthode suivie pour l'élaboration du PTD se base essentiellement sur l'adaptation de l'outil MBB (Marginal Budgeting for Bottlenecks) au contexte du Bénin. Cet outil de planification et de budgétisation permet de lier les objectifs attendus avec les ressources additionnelles nécessaires en utilisant les évidences scientifiques autour de l'efficacité d'un certain nombre d'interventions ayant un impact fort sur les mortalités maternelle et infantile.

Pour cela, six étapes ont été nécessaires pour obtenir ce produit :

- Collecte et saisie des informations épidémiologiques, démographiques et financières ainsi que les données sur le système de santé ou sur les couvertures des populations cibles par les interventions prioritaires ; chaque fois que des données essentielles ne sont pas disponibles, le choix est fait entre deux types de solutions :
 - les estimer en utilisant d'autres informations disponibles avec des hypothèses de calcul proposées par l'équipe ;
 - ou ne rien saisir et laisser l'outil générer une moyenne tirée des données d'un groupe de pays africains comparables sur le plan socio-sanitaire.
- Détermination des goulots d'étranglement sur la voie de la couverture universelle en 12 paquets d'interventions à haut impact, et analyse des causes de ces goulots. Les causes proposées sont en fait des hypothèses basées sur (i) les études et évaluations nationales, (ii) l'expérience internationale et sur le vécu des responsables ayant préparé et validé ce travail. Exemple d'un goulot d'étranglement : faible couverture en contraception moderne ; causes identifiées : (i) faiblesse du niveau d'instruction, (ii) insuffisance de la CCC, (iii) insuffisance des SFE qualifiées au niveau périphérique, (iv) inaccessibilité des services de contraception (v) faible implication des hommes,
- Tenant compte de ces causes, de leur faisabilité, et se référant aux objectifs du PNDS pour la première tranche triennale, les goulots d'étranglement ont été levés en fixant des frontières ou objectifs de couverture (hypothèses) par an pour chacun des paquets

grâce à l'analyse des interventions traceurs¹. La finalité pour chaque intervention est la couverture en services de qualité ; le modèle propose six déterminants pour chaque intervention traceur allant de la disponibilité des intrants matériels (ex : médicaments) ou des ressources humaines jusqu'à la couverture effective par des services de qualité ; seule cette dernière couverture a un impact confirmé sur l'amélioration de la santé et permet d'éviter le décès ou guérir/contrôler la maladie.

- A partir de cette étape, il s'est agi de recueillir le fruit de l'effort de collecte, de saisie, d'analyse et de choix stratégiques en analysant deux types de produits essentiels de cet outil :
 - l'impact attendu de la levée de ces goulots sur la santé des populations en terme de réduction de la mortalité (maternelle, néonatale, infanto-juvénile ou celles attribuables au paludisme, au VIH/SIDA, à la tuberculose ou à l'HTA), et ce pour chacune des phases triennales du PNDS ;
 - les ressources additionnelles nécessaires pour le financement de cet effort, et ce pour chacune des années de la période du PNDS.

Ces deux produits ont donc servi à estimer l'impact attendu de la mise en œuvre du PNDS et les ressources à mobiliser pour l'atteinte de ces objectifs ; ceci a également permis d'évaluer l'évolution vers l'atteinte des OMD retenus pour la fin de la deuxième phase triennale (en 2015).

- Pour disposer de trois scénarii de financement pour le PTD, les mêmes informations collectées ont été utilisées pour renseigner une autre variante du modèle permettant, non plus d'évoluer sur des périodes successives ou « cumulatives », mais plutôt sur la première période triennale (2010-2012) avec trois cas de figure « indépendants » ou scénarii. La différence entre ces scénarii se base essentiellement sur deux types de choix :
 - Les interventions nouvellement introduites varieront en fonction du scénario :
 - le scénario maximal – conforme aux orientations du PNDS – les gardera ;
 - alors que pour les deux autres scénarios – minimal ou intermédiaire – elles ne seront retenues que partiellement ;
 - Les niveaux de couverture choisis pour lever les goulots d'étranglement sont croissants allant du scénario minimal vers le maximal.
- Enfin, les couvertures, les impacts et les fonds additionnels nécessaires ont été utilisés dans la rédaction des orientations, des objectifs et des coûts additionnels pour le présent PTD. Parallèlement, et dans le but de faciliter la lecture de la stratégie sectorielle pour les trois prochaines années, une matrice programmatique a été proposée synthétisant ainsi les cinq domaines, les treize programmes et les trente neuf

¹ Une intervention traceur permet de renseigner de manière fiable sur l'évolution de l'ensemble du paquet ; elles sont déjà déterminées au niveau du modèle

sous programmes du PNDS. Un paragraphe spécifique décrit cette matrice qui se base sur des programmes d'action en utilisant des programmes d'appui.

RESUME SUR LE MBB (tiré du Manuel d'utilisation du MBB)

L'approche MBB, développée récemment par l'UNICEF, la Banque Mondiale, et testée dans de nombreux pays, par des équipes conjointes de partenaires incluant OMS et FNUAP, apporte un élément de réponse aux questions relatives à l'accès et à l'utilisation des services de santé de qualité par les populations, en particulier les plus pauvres.

MBB identifie les contraintes du système de santé sur lesquelles il faut agir pour avoir les résultats escomptés et d'estimer les coûts additionnels pour la suppression des contraintes qui ont été identifiées. Il permet d'élaborer les cadres de dépenses à moyen terme (CDMT), tant nationaux que régionaux, et les documents des Stratégies pour la Réduction de la Pauvreté en liant les dépenses aux OMD relatifs à la santé, comme la réduction de la mortalité maternelle et infantile, et permet de clarifier les ressources additionnelles requises et existantes pour atteindre les résultats escomptés.

MBB facilite le processus de budgétisation pour les dépenses nationales de la Santé, il permet d'allouer efficacement les ressources disponibles, et ménage des espaces de dialogue et de négociation entre décideurs et planificateurs.

L'approche se focalise sur l'identification des interventions avérées efficaces et actuellement mises en œuvre dans certains pays à travers des systèmes de santé spécifiques. Sur la base de la couverture actuelle de ces interventions, des objectifs réalistes sont définis en tenant compte des contraintes entravant la performance du système de santé en place, et du contexte épidémiologique (morbidité et mortalité). La budgétisation pour la levée des goulots d'étranglement repose sur les coûts unitaires des intrants spécifiques au pays. L'outil calcule le coût additionnel qu'engendrerait l'augmentation de couverture de chaque intervention retenue pour atteindre les objectifs fixés.

Le résumé ci-dessous mis en encadré donne les principaux avantages du modèle par rapport aux autres, mais a également des limites.

Il faut noter que l'outil ne prend pas en compte les problèmes institutionnels et de capacités des prestataires.

4. ANALYSE DE LA SITUATION

Il est unanimement reconnu que l'état sanitaire d'une population dépend de déterminants liés à des facteurs complexes et interdépendants. Il s'agit des facteurs politiques, économiques, génétiques, technologiques, environnementaux (y inclus le climat) et culturels (y compris les comportements).

Au Bénin, la situation sanitaire est caractérisée par une morbidité et une mortalité élevées avec la persistance des maladies transmissibles et l'émergence des maladies non transmissibles (MNT). L'offre de services sanitaires est insuffisante et leur qualité est faible. Le contexte est caractérisé aussi par des capacités humaines limitées et un cadre de vie précaire.

Les lignes qui suivent présentent brièvement les problèmes majeurs de santé auxquels les populations sont confrontées (les principales maladies et les problèmes liés au système de santé) et les grands enjeux du secteur.

4.1 Problèmes majeurs de santé de la population

4.1.1 Profil épidémiologique

La situation épidémiologique est caractérisée par une prédominance des affections endémo-épidémiques qui représentent 40% de l'ensemble des pathologies identifiées. Les huit premières affections représentant près de 80% des cas de consultations sont : le paludisme (39,6 %), les infections respiratoires aiguës (14,9%), les autres affections gastro-intestinales (6,8%), les traumatismes (5,8%), les diarrhées (3,5%), l'anémie (2,2%), les affections dermatologiques (1,7%), l'hypertension artérielle (1,5%), (Source SNIGS 2008).

Par ailleurs, les nouveaux modes de vie liés à l'urbanisation et la sédentarisation ont entraîné l'augmentation de la prévalence de certaines pathologies telles que les maladies cardiovasculaires (l'enquête de STEPS réalisée en 2008 a révélé que 27,5% des béninois souffrent d'hypertension artérielle), le diabète, les pneumopathies ainsi que l'augmentation des décès liés aux accidents de la circulation.

4.1.1.1 Mortalité maternelle

Bien que la couverture en infrastructures sanitaires soit améliorée, beaucoup de femmes meurent en voulant donner la vie. Selon les données de l'Enquête Démographique et de Santé III, le taux de mortalité maternelle (TMM) est estimé à 397 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes pour la période 1999-2006. Il faut noter que la mortalité maternelle n'a diminué que de 20 % sur les 10 dernières années et reste donc très élevée. Ceci risque de ne pas permettre au Bénin d'atteindre l'OMD n°5 en 2015 à savoir « Réduire le taux de mortalité

maternelle de 397 pour cent mille en 1996 à 125 pour 100 000 naissances vivantes² ». Pourtant, la plupart des principales causes de mortalité maternelle (hémorragies, infection puerpérales, ruptures utérines, éclampsies) sont évitables si une bonne prise en charge est assurée avec la qualité requise.

4.1.1.2 Mortalité néonatale, infantile, infanto juvénile

Selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS III), entre 2001 et 2006, sur 1000 enfants qui naissent, 67 décèdent avant d'atteindre leur premier anniversaire : 32‰ entre 0 et 1 mois et 35 ‰ entre 1 et 12 mois. Par ailleurs, on note que pour 1000 enfants ayant atteint leur premier anniversaire, 62 décèdent avant d'atteindre leur cinquième anniversaire et, globalement sur 1000 naissances, 125 décèdent avant d'atteindre leur cinquième anniversaire. Les causes immédiates des décès sont connues: il s'agit principalement des affections néonatales, du paludisme, des diarrhées, des pneumonies. La malnutrition contribue à plus 35% de ces décès d'enfants de moins de cinq ans. Bien que ces maladies soient évitables et curables, la tendance actuelle de réduction de la mortalité infanto-juvénile est en deçà des attentes et compromet l'atteinte de l'OMD n°4 « *Réduire le taux de mortalité infanto-juvénile de 166,5 pour mille en 1996 à 62 pour mille en 2015* ». Ainsi, des efforts devront être davantage fournis pour permettre au Bénin d'être au rendez-vous de 2015.

4.1.1.3 Paludisme, VIH/SIDA et tuberculose

Malgré les progrès accomplis dans le domaine de la prévention et du traitement, les statistiques sanitaires nationales de 2008 révèlent que le paludisme se situe toujours au 1er rang des affections et représente 39,6% des motifs de recours aux soins dans les formations sanitaires ; ce chiffre est de 43,5 % chez les enfants de moins de 5 ans. Le paludisme constitue également la première cause d'hospitalisation tant pour la population générale que pour les enfants de moins de 5 ans, avec respectivement 20,1 % et 34,6 % des causes d'hospitalisation en 2008. Il constitue donc un problème majeur de santé publique au Bénin à cause des pertes en vies humaines, du coût élevé pour la prise en charge des cas et sa part dans la mortalité maternelle et infantile.

Par rapport au VIH/SIDA, sa prévalence est restée stable à 1,2% chez les 15-49ans³, avec une prédominance chez les femmes (1,5% contre 0,8%) ; ce ratio est assez similaire avec ceux des pays de la sous-région. Cette prévalence paraît plus importante (i) en milieu urbain (1,7% contre 0,9% en milieu rural) et (ii) dans la tranche d'âge de 30-34 ans pour les femmes et de 35-39 ans pour les hommes. En particulier, c'est à Cotonou que la prévalence du VIH est la

² Chiffre révisé PNDS

³ EDS III 2006

plus élevée (2,8 % contre 2,0 % dans les Autres Villes). Dans les départements, le niveau de séroprévalence varie d'un maximum de 3,5 % dans la Donga et de 2,8 % dans le Littoral à moins d'1% dans les départements de l'Alibori, des Collines, de l'Ouémé et du Zou⁴.

Quand à la tuberculose, son taux d'incidence est passé de 4,6% en 2004 à 4,4% en 2008. Elle fait partie des maladies opportunistes du VIH/SIDA. En 2008, 53 Centres de Dépistage et de Traitement (CDT) répartis dans le pays ont participé au dépistage et à la prise en charge des malades. Cette décentralisation a permis d'enregistrer un taux de succès thérapeutique atteignant 85%.

La situation actuelle de ces trois maladies prioritaires fait apparaître que leur impact va au-delà de la santé et influence négativement le développement du pays.

En somme, l'OMD 6 « inverser les tendances évolutives du paludisme, du VIH/SIDA et de la tuberculose » pourra être atteint si les différentes politiques de prévention et de prise en charge de ces trois maladies sont efficacement mises en œuvre.

4.1.1.4 Etat nutritionnel des mères et de leurs enfants

Au Bénin, la situation nutritionnelle demeure préoccupante et les progrès sont lents. Près de 4 enfants béninois sur 10 souffrent de retard de croissance (38% en 2006, contre 31% en 2001, NCHS/WHO). De plus, 7% souffrent de malnutrition aigue. Une enquête nationale de sécurité alimentaire et nutrition réalisée fin 2008 confirme que la situation nutritionnelle est grave selon les seuils établis par l'OMS. La prévalence de l'insuffisance pondérale, indicateur de l'OMD 1, est restée stationnaire de 2001 à 2006 (23%). Comme pour le retard de croissance, l'insuffisance pondérale s'installe dès le plus jeune âge et sa prévalence est plus élevée chez les populations rurales. Les enquêtes montrent également que l'insuffisance pondérale chez l'enfant est aussi liée à l'état nutritionnel de la mère, son niveau d'instruction et la situation socio-économique de la famille. Les conséquences de telles prévalences de malnutrition sont dévastatrices pour le futur des enfants et de la nation.

Par ailleurs la malnutrition par carence en micronutriments est également répandue et dévastatrice.

Au Bénin, près de huit enfants de 6-59 mois sur dix (78 %) sont atteints d'anémie : 25 % sous une forme légère, 46 % sous une forme modérée et 8 % sont atteints d'anémie sévère. Pour les femmes, environ 42% des femmes souffrent d'une anémie quelconque, dont 18,2% sous sa forme modérée et 1,1% sous sa forme sévère ; les femmes enceintes sont les plus touchées par l'anémie sévère (5% contre 2% chez celles qui allaitent et 1% chez celles qui ne sont ni enceintes, ni allaitantes). L'anémie a de graves conséquences sur la santé des mères et affecte le développement psychomoteur de leurs enfants ; c'est l'une des principales causes de mortalité maternelle.

⁴ EDS III 2006

Les causes de la malnutrition sont multiples. La pauvreté ou le faible niveau d'éducation des mères contribuent à la malnutrition. De plus, l'insécurité alimentaire, les mauvaises pratiques de soins ou d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant aggravées par des conditions d'hygiène et un environnement inadéquat sont des causes sous-jacentes de la malnutrition. Les enfants qui entrent dans ce cycle de malnutrition- infection peuvent être aspirés rapidement dans une spirale potentiellement fatale à mesure qu'une condition alimente l'autre. La malnutrition a un impact négatif sur la survie mais pas uniquement. Elle entraîne également une diminution des capacités du système immunitaire, un développement physique et cognitif sub-optimaux et une diminution des performances à l'âge adulte.

4.1.1.5 Accès à l'eau potable et aux ouvrages d'assainissement

Malgré les efforts déployés par le Gouvernement et les Partenaires Techniques et Financiers, la situation du sous secteur eau et assainissement n'est guère reluisante. Elle est caractérisée par une insuffisance dans l'accès à l'eau potable, une gestion non acceptable des déchets et une pénurie d'ouvrages d'assainissement. En effet, 31,7% de la population béninoise n'a pas accès à une eau potable et 68,8% ne dispose pas d'ouvrages d'assainissement adéquats⁵.


4.1.2 Problèmes liés au système de santé

4.1.2.1 Problèmes liés à l'offre et à la demande des services de santé :

Malgré une couverture en infrastructures sanitaires (86%) et une accessibilité géographique acceptables, les taux de fréquentation sont demeurés faibles. Ce taux est de 46,01% en 2008 pour l'ensemble des formations sanitaires publiques du Bénin. Cette désaffection est expliquée par les contraintes relatives à l'accessibilité financière, au mauvais accueil et à la qualité insuffisante des soins. Quant aux ressources humaines, on note une insuffisance tant au niveau de la qualité, de l'effectif que de la motivation du personnel. Ce constat est observé au niveau de toutes les catégories d'agents de santé et à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

D'autre part, l'offre des services est basée sur la définition d'un paquet minimum d'activité (PMA) qui ne tient pas compte de l'efficacité des activités et de leur impact sur la mortalité. Il est donc nécessaire de se focaliser sur les interventions qui ont un impact prouvé sur les causes de mortalité et qui sont faisables à chaque niveau de la pyramide sanitaire.

On peut donc dire que globalement l'offre des services est inadéquate et inefficace.

Il faut noter que la part du secteur privé dans l'offre des services est peu connue et insuffisamment suivie 

⁵ EDS III

4.1.2.2 Mauvaise planification d'acquisition, de construction et de maintenance des infrastructures et des équipements

La bonne couverture en infrastructures cache en fait une disparité au niveau périphérique. L'absence d'un système de maintenance et de renouvellement des équipements et matériels constitue un handicap majeur.

4.1.2.3 Précarité du mécanisme de financement des dépenses de santé

Les principales sources de financement des dépenses de santé sont le budget national, le financement communautaire et la contribution des PTF. Il n'existe pas une répartition claire de ces sources de financement entre les différentes rubriques de dépenses pour assurer une complémentarité ni de mécanisme permettant la prévisibilité de ces financements pour permettre une planification adéquate des activités.

4.1.2.4 Insuffisance de la collaboration intra et intersectorielle

La coordination entre les différentes directions et les programmes du MS est insuffisante entraînant une multitude d'activités verticales et parfois anarchiques. La collaboration avec les autres secteurs qui mènent des interventions ayant un impact sur la santé des populations (hydraulique et assainissement, éducation, environnement, communication etc..) demeure faible et souvent ponctuelle.

4.1.2.5 Non respect des pratiques de bonne gouvernance

Tant que la pratique de la bonne gouvernance n'aura pas été instituée avec des mécanismes de contrôle de gestion efficaces, couplés avec des mesures de sanction ou de mérite, l'utilisation efficiente des ressources financières disponibles sera un vain rêve et cela affectera inéluctablement l'atteinte des résultats escomptés.

Globalement, la situation sanitaire est alarmante et exige beaucoup d'efforts pour son amélioration.

4.2 Analyse du budget du secteur

Dans l'attente de disposer d'une revue plus récente des dépenses publiques de santé (2005), l'analyse des données disponibles⁶ permet de dégager le niveau des ressources engagées par le secteur et d'analyser les équilibres macro-économiques internes nécessaires à une allocation efficace des ressources.

⁶ DRFM/DPP, Annuaire Statistique 2007

Trois éléments ont été passés en revue : le rapport du budget sectoriel par rapport au budget total, le ratio investissement sur fonctionnement et le rapport dépenses « opérationnelles » sur dépenses totales.

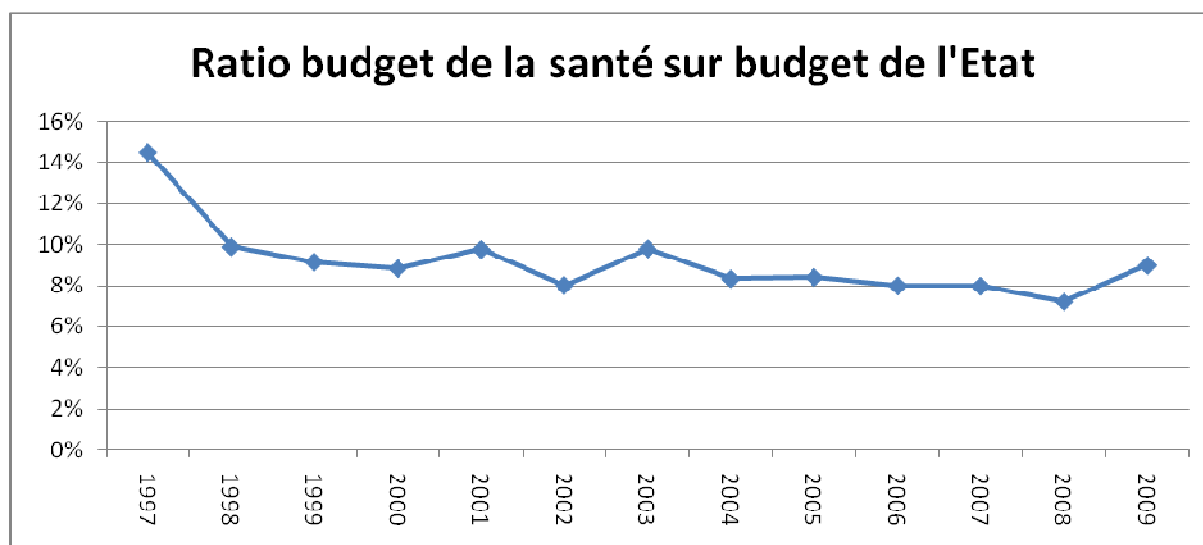
Le tableau suivant montre le pourcentage du budget du secteur de la santé par rapport et budget national et le rapport du PIP sur le budget de fonctionnement.

Tableau 1 : Rapport budget santé budget général et rapport investissement fonctionnement de 1997 à 2009

ANNEES	% Budget ouvert Secteur santé / Budget Général de l'Etat	Rapport Investissement /Fonctionnement
1997	15%	1.22023
1998	9.90%	1.58898
1999	9.17%	1.17348
2000	8.84%	1.00147
2001	9.78%	1.01218
2002	8.02%	0.84172
2003	9.81%	0.68591
2004	8.34%	0.62008
2005	8.41%	0.55716
2006	8.00%	0.63313
2007	7.98%	0.87923
2008	7.23%	1.16663
2009	8.99%	1.31056

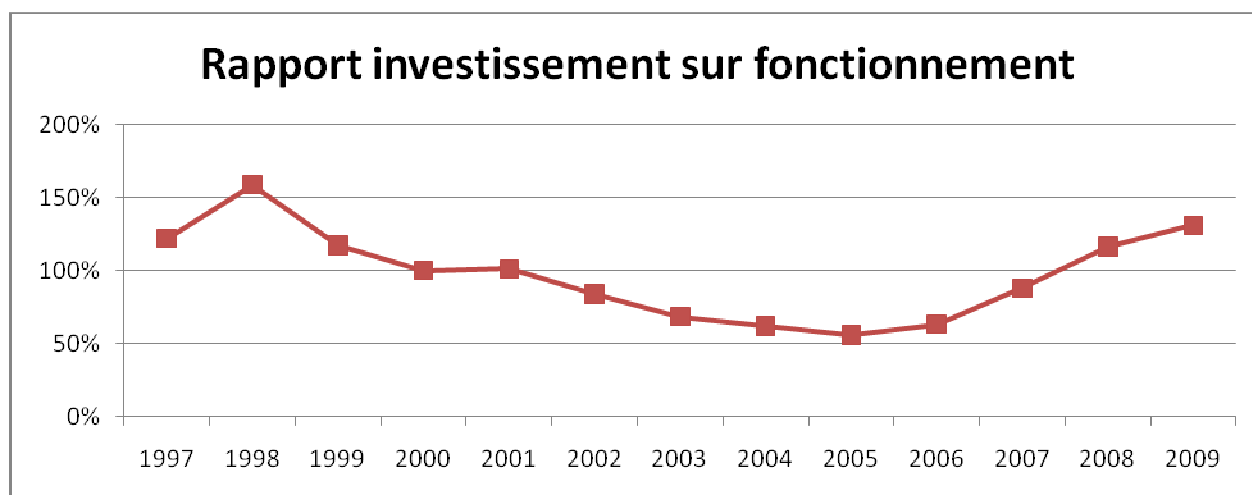
Source : CSE/DPP et DRFM

Ces pourcentages sont exprimés sous forme de courbe dans les graphiques 12 et 13 :



Graphique 1 : Ratio Budget de la Santé sur Budget de l'Etat de 1997 à 2009

Le ratio budget de la santé sur budget de l'Etat de 1997 à 2009 a connu une forte décroissance au cours de la période 1997-2002 passant de 15,15% à 8%. Depuis 2002, le ratio s'est stabilisé aux environs des 8% dénotant d'un effort au profit du secteur. Au vu des engagements internationaux⁷ et de l'espace budgétaire dégagé grâce à la croissance économique, le secteur pourrait compter sur un effort additionnel de l'Etat.




Graphique 2 : Ratio investissement sur fonctionnement de 1997 à 2009

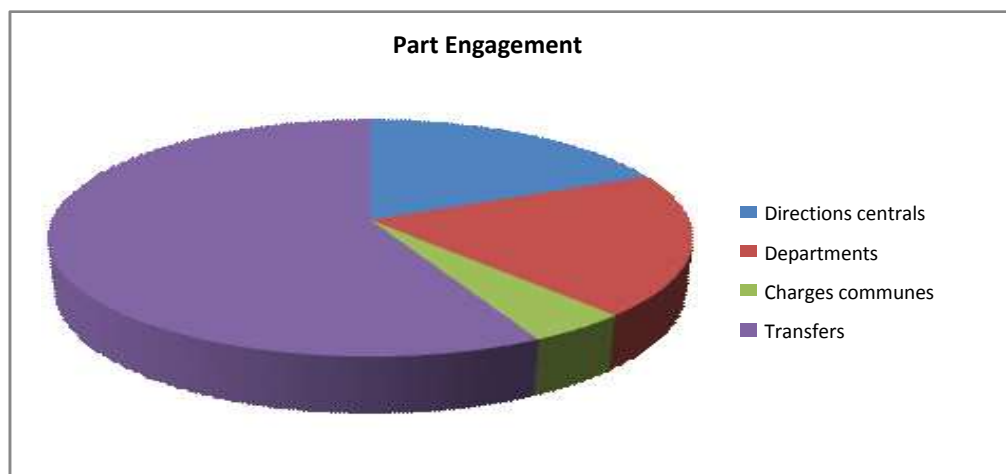
Pour une dépense efficace de santé, le ratio budget d'investissement sur budget de fonctionnement devrait se situer entre 0,4 et 0,6; l'analyse ci-dessus devrait être consolidée grâce à la collecte de l'ensemble de l'exécution dans le secteur. Tenant compte de cette limite, le graphique ci-dessus montre deux phases essentielles :

- Une phase allant de 1997 à 2003 où ce ratio était supérieur à 0,6, ce qui n'aurait pas permis de tirer profit des investissements engagés dans le secteur, avec des structures de santé peu fonctionnelles ; cet état de fait aurait probablement participé à l'écart constaté entre l'accessibilité aux structures de santé (environ 80%) et une utilisation des services avoisinant les 40% ;
- Une phase allant de 2004 à 2007 où ce ratio s'est d'abord stabilisé autour de 0,6 pour ensuite augmenter et atteindre 1 en 2007 ; cette tendance mériterait d'être corrigée pour garder un ratio efficace et ce grâce à un effort additionnel plus important sur le financement des activités régulières de santé assurant ainsi un continuum des services essentiels de santé.

Les informations disponibles (voir le camembert ci dessous) ne permettent pas une analyse comparative exacte de l'allocation budgétaire par niveau ; cependant, et à première vue, le budget alloué aux niveaux opérationnel serait faible ; il s'agit là d'une situation qui ne favorise pas l'efficacité de cette dépense, et qui a amené les premiers responsables du

⁷ Sommet d'Abuja avec 15% pour la santé

département à se fixer pour le court terme une allocation budgétaire au profit du niveau opérationnel supérieure à 50%. 



Source : DPP, annuaire statistique 2008

Graphique 3: Part des engagements par niveau

Il faut noter que l'absence de données sur le financement communautaire et sur la part du secteur privé rendent incomplète cette analyse du financement du secteur.

4.3 Leçons apprises des précédents PTD

Il convient de faire remarquer que le secteur de la santé a connu déjà des générations de PTD qui ont été mises en œuvre dans le cadre programmatique normal des budgets programmes.

Les leçons majeures apprises dans le cadre de la mise en œuvre des PTD antérieurs sont :

- le financement du PTD est exhaustif et fait le point des besoins sur financement à rechercher,
- le financement à rechercher n'a pas fait l'objet de plaidoyer spécifique ;
- l'exercice du PTD s'est déroulé par zone sanitaire sans que les zones aient senti la nécessité d'en faire un outil de plaidoyer ;
- le PTD a servi comme outil de référence par rapport à l'année consolidée ;
- le PTD a favorisé la généralisation et le renforcement de la planification à la base ;
- l'expression des besoins s'est faite en rapport avec l'existant.

4.4 Grands enjeux du secteur

Au regard des problèmes identifiés et des objectifs fixés, les grands enjeux du secteur de la santé se résument à :

- Renforcer le système de santé et améliorer son utilisation : en se basant sur l'approche des SSP, il faut améliorer la performance du système de santé, augmenter son utilisation par les groupes les plus vulnérables, et assurer une participation effective des communautés dans la gestion du système de santé avec le maintien et le renforcement des acquis ;
- Définir et mettre en application des Paquets d'Intervention à Haut Impact (PIHI) par niveau avec prise en compte simultanée (i) des besoins prioritaires de santé en se focalisant sur les interventions qui ont un impact avéré sur la mortalité en vue d'atteindre les objectifs sectoriels fixés en conformité avec les OMD et (ii) des contraintes de disponibilité des ressources humaines, matérielles et financières ;
- Disposer de ressources humaines motivées, en qualité et en quantité, dans toutes les formations sanitaires du pays. Il s'agira de trouver des voies et moyens pour financer et mettre en œuvre le plan de développement des ressources humaines pour la santé
- Mettre en place un plan de mobilisation et de financement des ressources : Il s'agit de disposer d'un outil de cadrage budgétaire défendable et bancable qui détermine les besoins financiers du secteur de la santé pour les trois prochaines années. La prochaine élaboration du CDMT (cadre de dépenses à moyen terme) offrira cette opportunité.
- Mettre en place les mécanismes nécessaires pour une gestion optimale des ressources matérielles et financières pour garantir :
 - la disponibilité permanente des médicaments et consommables essentiels pour les différents niveaux de la pyramide de soins à coût abordable ;
 - la maintenance préventive et curative efficace des équipements sanitaires ;
 - la mise en place d'un système de gestion axée sur les résultats pour assurer l'atteinte des indicateurs en matière de santé.
- Assurer l'accès universel aux soins essentiels de qualité par niveau en visant les populations les plus vulnérables (femmes enceintes et enfants de 0 à 5 ans) et les démunis. Pour ce faire, plusieurs aspects seront pris en compte : (i) carte sanitaire prospective (prenant en compte la situation actuelle, les besoins et la projection sur le futur), (ii) tarification facilitant un accès financier aux plus pauvres, généralisation des systèmes de couverture du risque maladie, (iii) continuité des soins de qualité.
- Renforcer les capacités de planification, de coordination, de suivi et d'évaluation dans le cadre d'un processus participatif, déconcentré et décentralisé, impliquant les acteurs nationaux et internationaux pour aboutir à:

- une planification qui assure la prise en compte effective des besoins opérationnels de la santé et qui garantisse l'harmonie et le réalisme du plan sectoriel,
- l'implication des acteurs potentiels permettant une production efficace et un bon ciblage des priorités,
- la relance de la supervision et du monitoring sur les bases des nouvelles directives nationales élaborées en 2010,
- une coordination et une intégration qui favorise l'efficacité dans la mise en œuvre des actions du SNIGS adapté à la production de données fiables dans les délais et qui répond aux nouvelles attentes de suivi et d'évaluation du secteur,
- des enquêtes nationales ou ciblées susceptibles de fournir les résultats exploitables et extrapolables à toute la population.

Ces différents enjeux trouvent en partie une approche de solution dans l'opérationnalisation du Plan National de Développement Sanitaire à travers ce Plan Triennal de Développement qui couvre la période 2010-2012 et qui traduit la vision du secteur pour les trois prochaines années.

4.5 Analyse des goulots d'étranglements du système :

Pour affiner l'analyse de situation, l'outil MBB offre l'opportunité d'identifier les goulots d'étranglement et de déterminer leurs causes. Ces goulots d'étranglement sont analysés par mode de prestation et par paquet de services. Le tableau ci-dessous résume les « interventions traceurs » ou « interventions témoins » retenues par paquet de service :

Tableau 2 : Mode de prestation, paquet de services et interventions traceurs

Mode de prestation	Paquet de services	Interventions traceurs
Service à base communautaire	Services de santé préventive familiale	Moustiquaires imprégnées pour enfants de moins de 5ans
	Soins familiaux néonataux	Pas d'interventions traceurs car l'accouchement doit être fait au niveau d'une formation sanitaire.
	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant	Allaitement maternel exclusif
	Prise en charge communautaire des maladies	Traitement de la diarrhée par SRO
Services orientés vers les populations	Soins préventifs pour adolescents et adultes	Planification familiale
	Soins préventifs pendant la	

	grossesse	Consultation prénatale
	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH	PTME
	Soins préventifs de l'enfant	Vaccinations infantiles
Soins cliniques individuels	Soins cliniques maternels et néonataux de premier niveau clinique (centre de santé)	Accouchements assistés par professionnel
	Soins curatifs de l'enfant et de l'adulte au premier niveau clinique (centre de santé)	PCIME
	Soins cliniques de premier niveau de référence (hôpital de zone)	SONUB
	Soins cliniques du deuxième niveau de référence (CHD)	SONUC

Source : MBB

Les goulots (GE) sont relatifs à l'offre et à l'utilisation des services et sont tirés des résultats obtenus après la collecte, la consolidation et l'analyse des données sur les différents domaines d'intervention du secteur par les acteurs concernés et l'équipe technique mise en place. Pour chaque paquet de services, les principaux goulots d'étranglement sont identifiés, avec graphique à l'appui, et leurs causes listées.

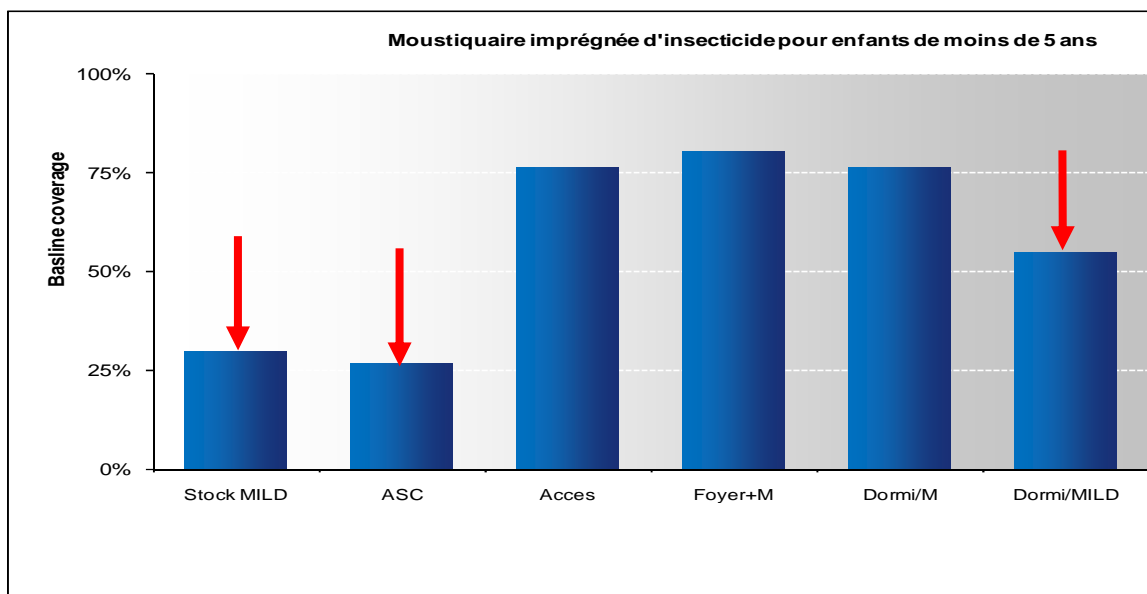
4.5.1 Services à base communautaire et familiale

4.5.1.1 Services de santé préventive familiale, promotion de l'accès à l'eau potable et l'hygiène et assainissement

➤ Types de goulots (GE)

Dans ce paquet, trois goulots essentiels sont identifiés au niveau de l'offre des services à savoir :

- La disponibilité des intrants (moustiquaires imprégnées, eau potable, latrines, ...)
- La disponibilité des agents de santé communautaire (relais communautaires)
- La couverture effective




Source : MBB Bénin 

Graphique 4 : Goulot d'étranglement pour les services de santé préventive familiale

➤ Causes possibles des GE

<p>Pour la disponibilité des intrants</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mauvaise planification des besoins qui ne sont pas en conformité avec les objectifs fixés ▪ Non maîtrise des données démographiques (cibles) ▪ Stratégies de distribution non adaptées. ▪ Faible couverture en points d'eau, ouvrages et structures d'hygiène et d'assainissement ▪ Faible participation communautaire (financière, technologique) ▪ Insuffisance dans la maintenance des points d'eau potable ▪ Inexistence de directives claires en approches communautaires
<p>Pour la disponibilité des relais communautaires</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance de couverture en relais communautaires ▪ insuffisance de motivation des relais communautaires ▪ Diversité et multiplicité des initiatives communautaires
<p>Pour la couverture effective</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance de supervision et de monitoring des activités des relais communautaires ▪ Obstacles socio-culturels à l'utilisation des services préventifs ▪ Insuffisance d'accès des ménages aux MIILD ▪ Revenu insuffisant des ménages ▪ Insuffisance de la communication pour le changement de comportement

4.5.1.2 Soins familiaux néo-nataux

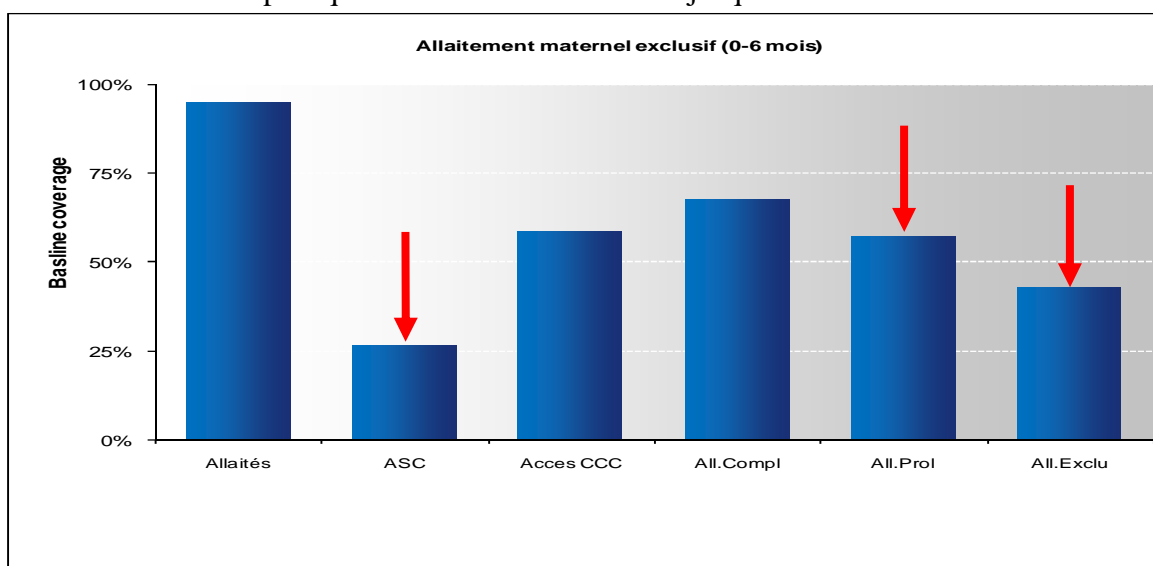
L'encadrement de l'accouchement en milieu communautaire (par des matrones) ne fait pas partie des orientations du secteur ; ce paquet n'a pu être analysé par manque de données précises. 

4.5.1.3 Alimentation du nourrisson et du jeune enfant

➤ Types de goulot (GE)

Trois principaux goulots ont été identifiés:

- La disponibilité des agents de santé communautaire
- Les femmes adoptant l'allaitement prolongé au-delà de 23 mois
- Les femmes pratiquant l'allaitement exclusif jusqu'à six mois



Source : MBB Bénin 

Graphique 5 : Goulot d'étranglement pour l'Alimentation du nourrisson et du jeune enfant

➤ Causes possibles des GE

Pour la disponibilité des agents de santé communautaire en relation avec les besoins
<ul style="list-style-type: none">▪ Faiblesse des messages transmis au niveau des formations sanitaires (qualité du conseil)▪ Insuffisance de couverture en relais communautaires▪ insuffisance de motivation des relais communautaires.▪ Insuffisance de supervision et de monitoring des activités des relais communautaires
Pour l'allaitement maternel prolongé jusqu'à 23 mois
<ul style="list-style-type: none">▪ Niveau d'instruction des mères▪ Insuffisance de la communication sur la conduite de l'allaitement maternel▪ Non disponibilité des mères liée aux exigences de leur travail

- Faible niveau de connaissances des mères sur les aliments locaux et les groupes d'aliments
- Planning familial

Pour l'allaitement exclusif

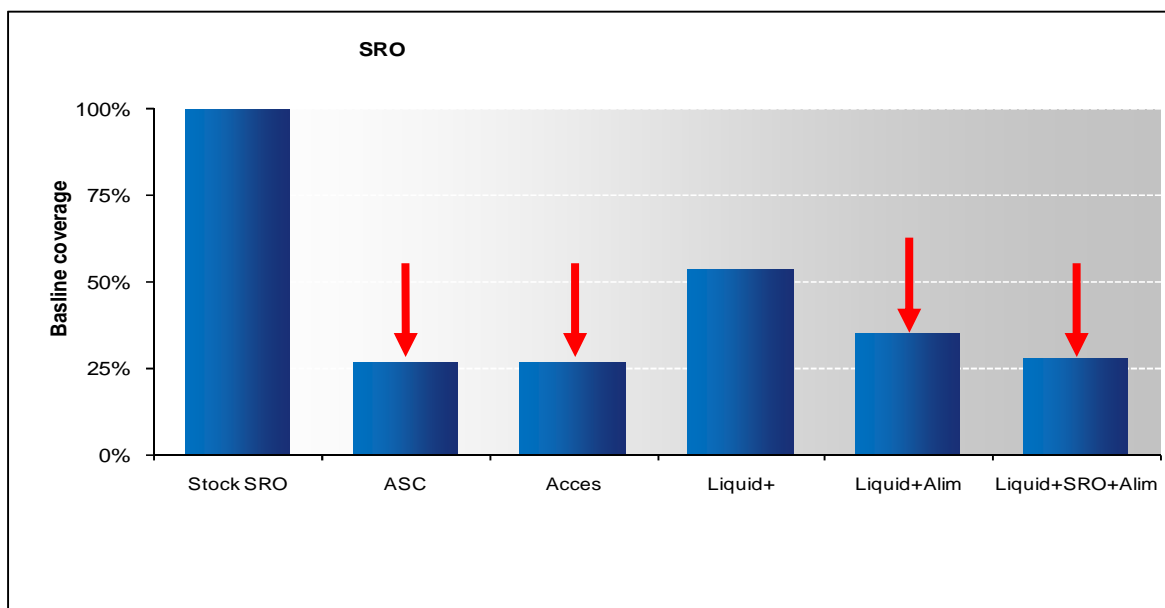
- Absence de démonstration culinaire
- Faible niveau de revenus des mères
- Existence d'obstacles socio culturels
- Insuffisance de couverture en relais communautaires
- insuffisance de motivation des relais communautaires
- Insuffisance du c4d (communication vers la famille /communauté)
- Faiblesse des mesures prises pour faire appliquer le Code sur les substituts du lait maternel

4.5.1.4 Prise en charge communautaire des maladies

➤ Types de goulot (GE)

On observe dans ce paquet, deux goulots, à savoir un pour l'offre des services et un pour l'utilisation des services respectivement :

- Disponibilité des agents de santé communautaire au niveau des villages
- Utilisation continue des soins de qualité au niveau communautaire



Source : MBB Bénin

Graphique 6 : Goulots d'étranglement pour la prise en charge communautaire des maladies

➤ Causes possibles des GE

<p>Pour la disponibilité des agents de santé communautaire en relation avec les besoins</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance de couverture en relais communautaires ▪ insuffisance de motivation des relais communautaires. ▪ Insuffisance de supervision et de monitoring des activités des relais communautaires
<p>Utilisation continue des soins de qualité au niveau communautaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance de la communication sur l'importance des soins précoces ▪ Insuffisance d'accès aux SRO ▪ « Vente illégale » des soins gratuits (demander un paiement pour un soin en principe gratuit). ▪ Existence de circuit parallèle d'approvisionnement ▪ Insuffisance de retro information et de contrôle par le comité de développement du village

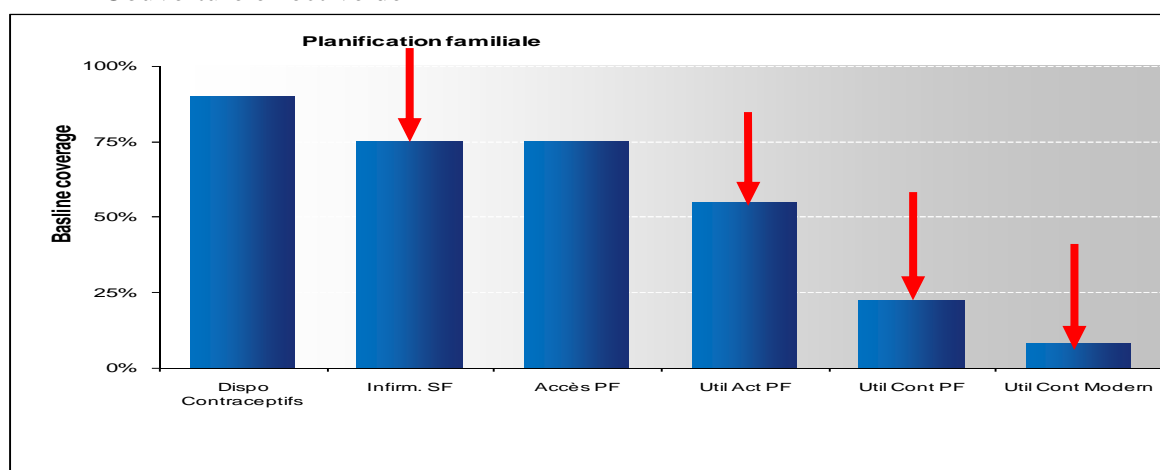
4.5.2 Services orientés vers les populations

4.5.2.1 Soins préventifs pour adolescents et adultes

➤ Types de goulot (GE)

Quatre goulots sont observés au niveau de l'offre et l'utilisation des services ; il s'agit de :

- Disponibilité de personnel qualifié
- Utilisation initiale de la planification familiale
- Utilisation continuelle (couverture adéquate) de la planification familiale
- Couverture effective de PF



Source : MBB Bénin

Graphique 7 : Goulots d'étranglement pour les soins préventifs pour adolescents et adultes

➤ Causes possibles des GE

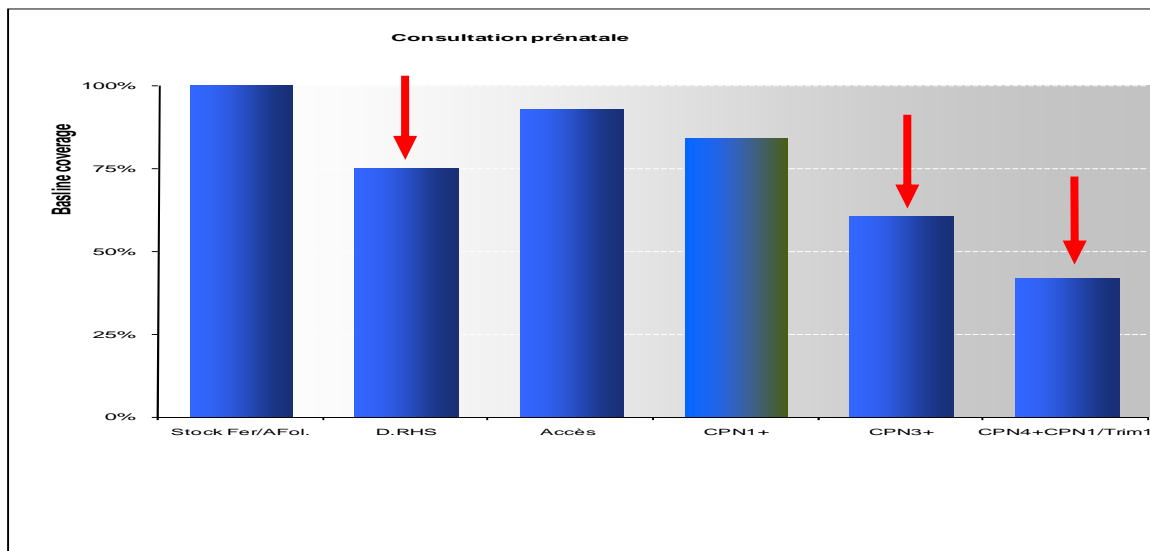
Pour la disponibilité des personnels de santé qualifiés
<ul style="list-style-type: none">▪ Insuffisance de personnel qualifié dans les maternités▪ Faiblesse du recrutement▪ Mauvaise répartition
Pour l'utilisation initiale de la planification familiale
<ul style="list-style-type: none">▪ Insuffisance de la communication sur l'importance de la planification familiale▪ Faible implication des relais communautaires dans la recherche des perdus de vue▪ Problème d'accessibilité financière pour un soin préventif▪ Pesanteurs socio culturelles▪ Disponibilité des services de PF▪ Faiblesse de l'intégration de l'offre de services de PF en postes fixe ou avancé▪ Absence de services de PF à base communautaire▪ Non disponibilité de produits contraceptifs au niveau communautaire
Pour l'utilisation continue de toute méthode moderne
<ul style="list-style-type: none">▪ Mauvais accueil▪ Temps d'attente long▪ Problème d'accessibilité financière▪ Insuffisance du suivi par la SFE (notamment la gestion des effets secondaires)▪ Sous notification des prestations offertes en matière de PF
Pour la couverture effective de PF
<ul style="list-style-type: none">▪ Insuffisance de la formation continue des personnels▪ Manque de motivation des personnels▪ Insuffisance de supervision et de monitoring des activités

4.5.2.2 Soins préventifs pendant la grossesse

➤ Types de goulot (GE)

Trois goulots sont identifiés dans ce paquet au niveau de l'offre et de l'utilisation des services. Il s'agit de :

- Disponibilité de personnel qualifié
- Utilisation continue (couverture adéquate) du suivi prénatal
- Couverture effective de CPN



Source : MBB Bénin

Graphique 8 : Goulots d'étranglement pour soins préventifs pendant la grossesse

➤ Causes possibles des GE

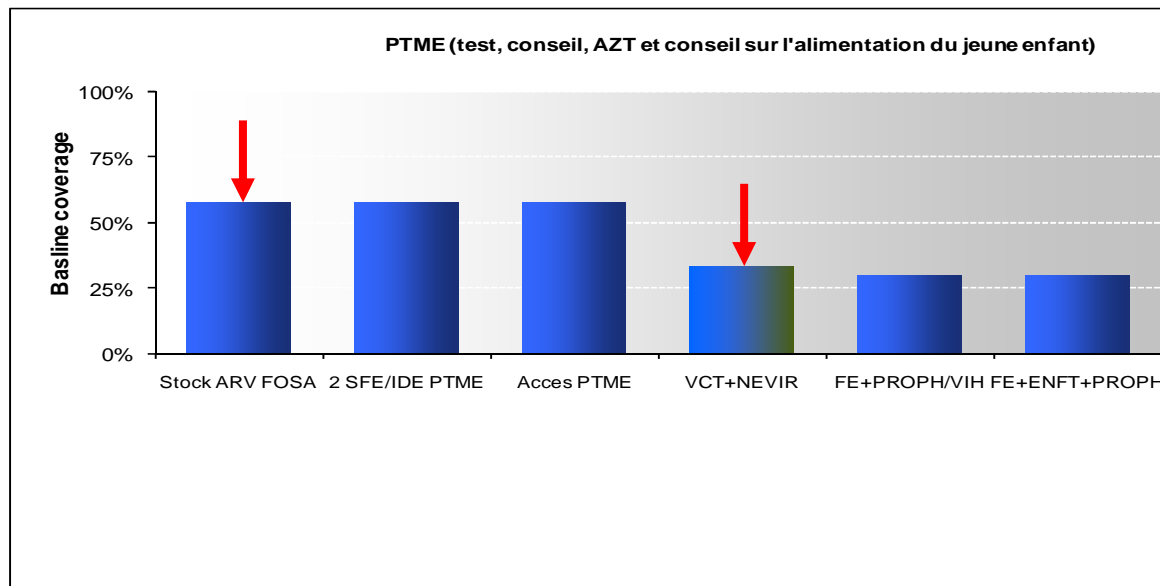
Pour la disponibilité de personnels qualifiés
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance de personnel qualifié dans les maternités ▪ Faiblesse du recrutement ▪ Mauvaise répartition ▪ Insuffisance de motivation des agents de santé
Pour l'utilisation continue (couverture adéquate) du suivi prénatal
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mauvais accueil ▪ Temps d'attente long ▪ Problème d'accessibilité financière (frais de consultation et de médicaments) ▪ Insuffisance de la communication interpersonnelle ▪ Pesanteurs socio culturelles ▪ Disponibilité des services de CPN ▪ Faiblesse de l'intégration de l'offre de services de CPN en postes fixe ou avancé ▪ Absence d'utilisation des relais pour la recherche active des perdues de vue
Pour la couverture effective (qualité) de CPN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Niveau d'instruction et insuffisance de la communication sur l'importance du suivi prénatal ▪ Insuffisance de supervision et de monitoring des données ▪ Insuffisance de la communication interpersonnelle

4.5.2.3 Prévention de la transmission Mère-Enfant du VIH

➤ Types de goulot (GE)

Deux goulots ont été constatés au niveau de l'utilisation des services. Il s'agit de :

- Disponibilité en intrants pour la PTME
- Accessibilité à la PTME
- Utilisation initiale des services PTME



Source : MBB Bénin

Graphique 9 : Goulots d'étranglements pour la prévention de la Transmission Mère et Enfant

Il faut signaler que les disponibilités d'intrants et de personnels qualifiés sont appréciées (à 100%) par rapport aux sites PTME existants.

➤ Causes possibles des GE

Disponibilité en intrants pour la PTME
Insuffisance dans la chaîne d'approvisionnement (estimation besoins, commande, distribution, etc.)
Pour l'accessibilité à la PTME
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance de mise en place de structures PTME ▪ Insuffisance de personnel qualifié dans les maternités
Pour l'utilisation initiale des services PTME
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obstacles socioculturels liés à la stigmatisation des PVVIH ▪ Niveau d'instruction des femmes et des hommes et insuffisance de la communication sur l'importance de suivi pré et post natal ▪ Insuffisance de formation initiale des médecins et autres prestataires qualifiés

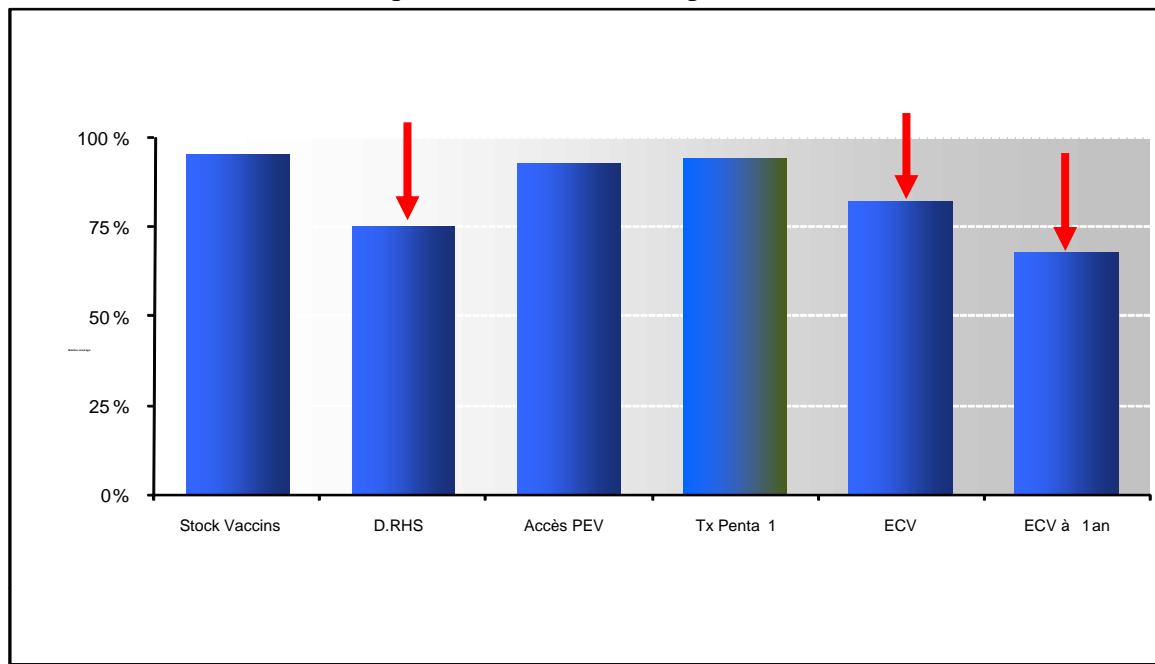
- Insuffisance d'implication des autres prestataires dans la mise en œuvre des services de PTME (tri prophylaxie)
- Discrimination au niveau du personnel de santé
- Insuffisance dans le suivi des patients (insuffisance de laboratoire avec dosage de CD4)

4.5.2.4 Soins préventifs de l'enfant

➤ Types de goulot (GE)

Trois goulots ont été identifiés, dont un au niveau de la disponibilité et deux au niveau de l'utilisation des services. Il s'agit de :

- Disponibilité des Ressources Humaines en Santé (voir plus haut)
- Utilisation continue des services préventifs pour les enfants
- Couverture effective (qualité) de ces services préventifs



Source : MBB Bénin

Graphique 10 : Goulots d'étranglements pour soins préventifs de l'enfant

➤ Causes possibles des GE

Pour l'utilisation continue des services préventifs des enfants

- Niveau d'instruction et insuffisance de la communication, en particulier la communication interpersonnelle lors du premier passage
- Accueil et temps long d'attente

- Faible organisation et manque de régularité des sessions avancées
- Pesanteurs socioculturelles
- Réticence de plus en plus fréquente des cibles
- Mauvais enregistrement des données collectées en stratégie mobile

Pour la couverture effective des services préventifs des enfants

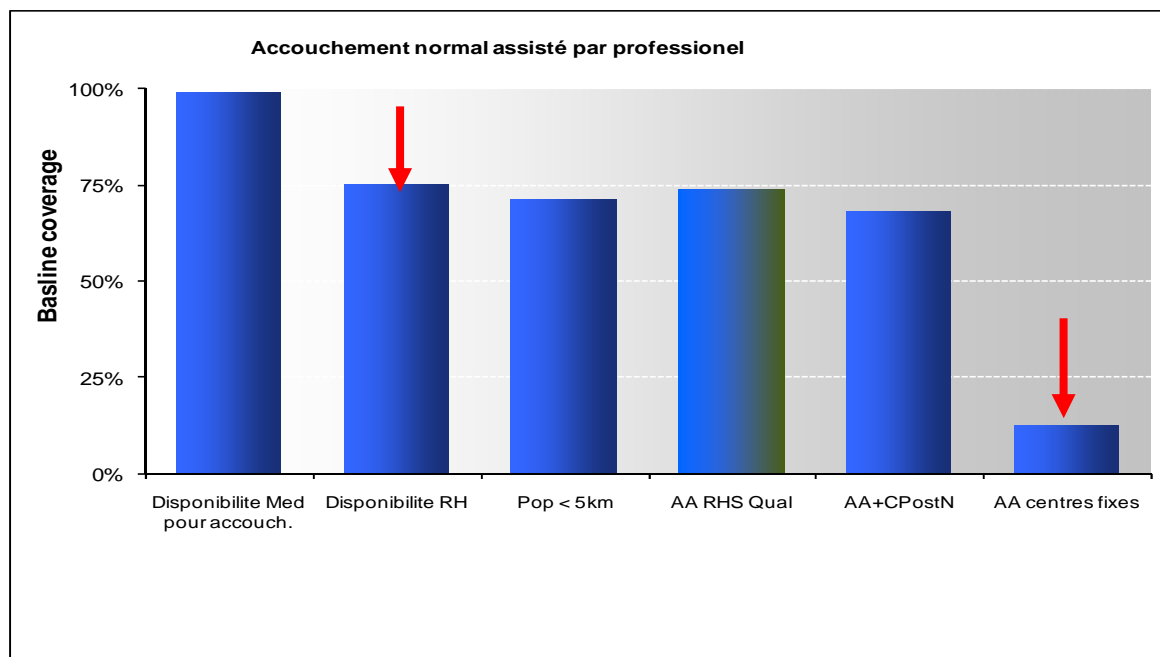
- Insuffisance dans la régularité de la supervision
- Insuffisance de formation continue
- insuffisance de motivation des agents de santé
- insuffisance dans la maintenance de la chaîne de froid
- Insuffisance de monitoring des données

4.5.3 Soins cliniques individuels

4.5.3.1 Soins cliniques maternel et néonatal de premier niveau clinique : Centre de Santé

Au niveau de ce paquet, nous avons deux goulots dont un au niveau de l'offre des services et un au niveau de l'utilisation des services. Il s'agit respectivement de :

- La disponibilité des personnels de santé qualifiés
- La couverture effective des services SONUB



Source : MBB Bénin

Graphique 11 : Goulots d'étranglements pour soins cliniques maternel et néonatal de premier niveau clinique

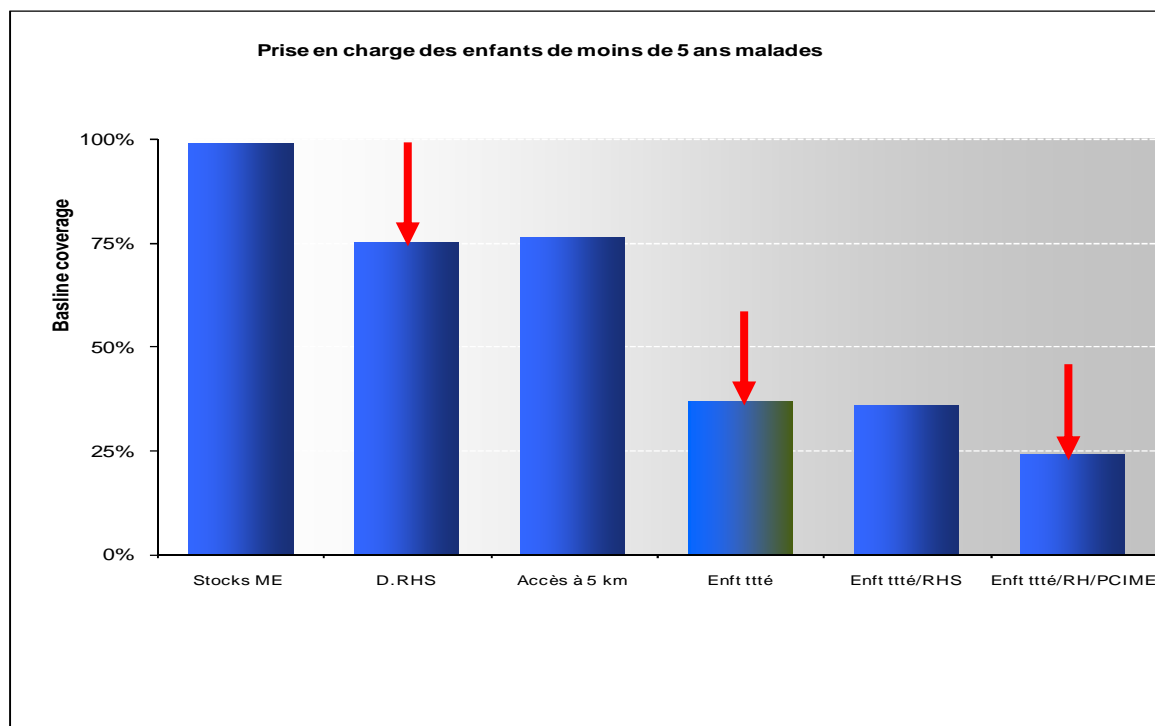
➤ Causes possibles des GE

Pour la disponibilité des personnels de santé qualifiés
<ul style="list-style-type: none">▪ Insuffisance en personnels qualifiés▪ Faiblesse du recrutement des SFE et des IDE▪ Mauvaise répartition des SFE et des IDE
Pour la qualité des services SONUB
<ul style="list-style-type: none">▪ Insuffisance de la formation continue (SONU) et déficit de la continuité du service▪ Insuffisance du nombre et de l'organisation de la supervision▪ Insuffisance des mécanismes d'incitation à la performance :<ul style="list-style-type: none">○ Pas de description du profil de poste○ Insuffisance de la supervision formative○ Peu de reconnaissance des efforts○ Faiblesse du système de sanction positive○ Plateau technique inadéquat○ Faiblesse du revenu des personnels▪ Insuffisance dans l'utilisation et la vulgarisation des normes et paquets de service et tâches

4.5.3.2 Soins curatifs de l'enfant et de l'adulte au premier niveau clinique :
Centre de Santé

Au niveau de ce paquet, nous avons trois goulots dont un au niveau de l'offre des services, un au niveau de l'utilisation et un au niveau de la qualité. Il s'agit respectivement de :

- La disponibilité des personnels de santé qualifiés
- L'utilisation initiale des services
- La couverture effective (qualité) des services



Source : MBB Bénin

Graphique 12 : Goulots d'étranglement pour soins curatifs de l'enfant et de l'adulte au premier niveau clinique

➤ Causes possibles des GE

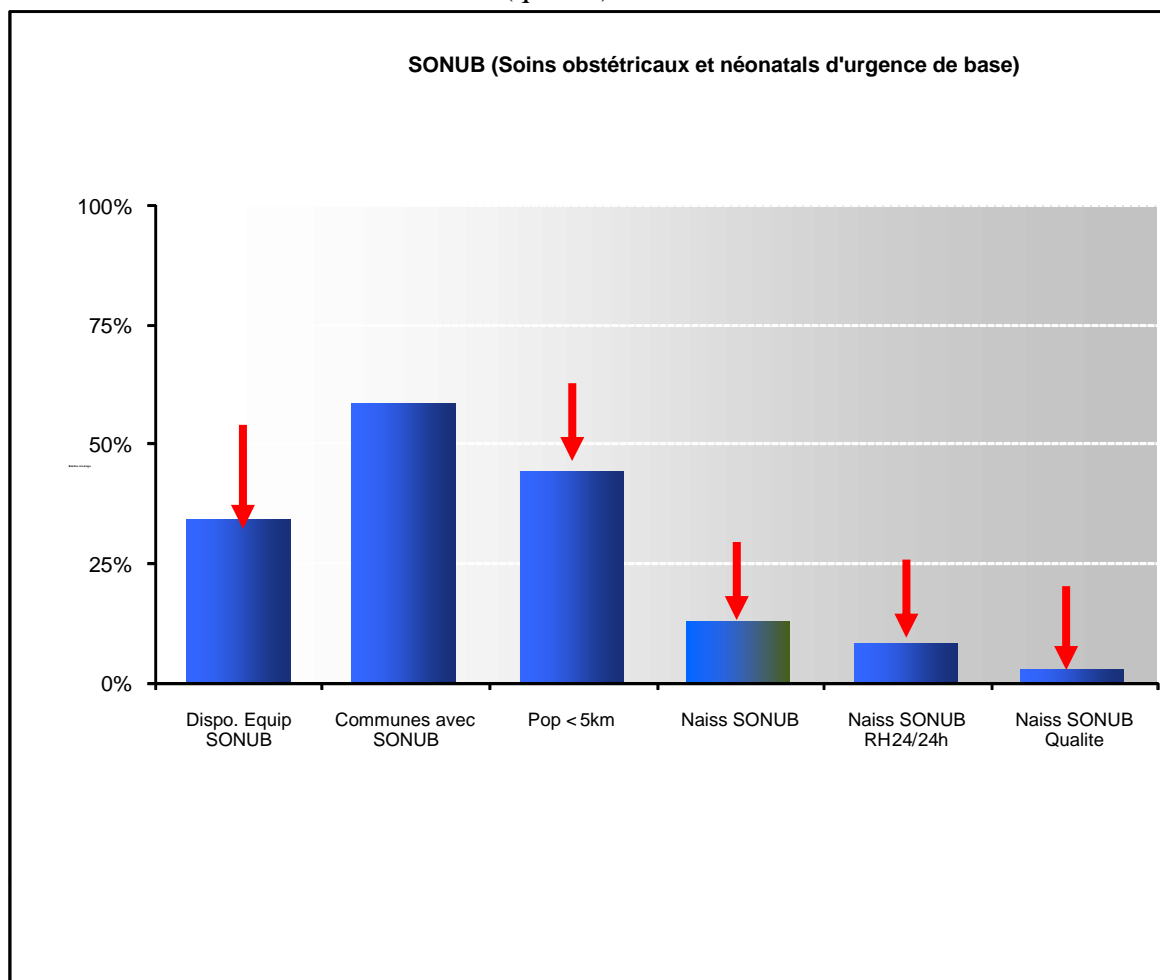
Pour la disponibilité des personnels de santé qualifiés
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance en personnels qualifiés ▪ Faiblesse du recrutement des SFE et des IDE ▪ Mauvaise répartition des SFE et des IDE
Pour l'utilisation initiale des services
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obstacles socioculturels ▪ Niveau d'instruction et insuffisance de la communication sur les services disponibles ▪ Insuffisance d'accès géographique aux services cliniques ▪ Accessibilité financière : Coût financier (consultation+soins+transport), faiblesse du revenu, inadéquation du mode de paiement (mode de paiement direct) ▪ Absence de protection sociale universelle ▪ Non implication des communautés dans la programmation et dans le suivi-évaluation ▪ Insuffisance de l'intégration des données des structures privées ▪ Sous enregistrement des cas traités
Pour la couverture effective (qualité) des services

- Insuffisance de la formation continue (PCIME) et déficit de la continuité du service
- Insuffisance du nombre et de l'organisation de la supervision de qualité
- Insuffisance de la motivation des personnels
 - Plateau technique inadéquat
 - Faiblesse du revenu des personnels
- Insuffisance dans l'utilisation et la vulgarisation des normes et paquets de service et tâches

4.5.3.3 Soins cliniques de premier niveau de référence

Au niveau de ce paquet, nous avons cinq goulots d'étranglement dont un au niveau de l'offre des services, deux au niveau de l'utilisation et un au niveau de la qualité. Il s'agit respectivement de :

- La disponibilité des intrants/équipements essentiels SONUB
- L'accessibilité aux services SONUB
- L'utilisation initiale des SONUB
- L'utilisation continue des SONUB
- La couverture effective (qualité) en SONUB.



Graphique 13 : Goulots d'étranglement pour soins cliniques de premier niveau de référence

➤ Causes possibles des GE

<p>Pour la disponibilité des intrants/équipements essentiels SONUB</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance d'acquisition, de distribution, de gestion des intrants (forceps, ventouse, AMIU) ▪ Absence de directives claires en matière de maintenance ▪ Inadéquation entre équipement fourni et besoin ▪ Insuffisance de la gouvernance des structures de santé
<p>Pour l'accessibilité aux services SONUB</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance de mise en place des SONUB au niveau des maternités ▪ La permanence des services ▪ Accessibilité financière : Coût financier (consultation+soins+transport), faiblesse du revenu, inadéquation du mode de paiement (mode de paiement direct) ▪ Absence de protection sociale universelle ▪ Fonctionnalité du système de référence
<p>Pour l'utilisation initiale des SONUB</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Obstacles socioculturels ▪ Niveau d'instruction et insuffisance de la communication ▪ Insuffisance d'accès géographique aux SONUB ▪ Non implication des communautés dans la programmation et dans le suivi-évaluation ▪ Permanence de l'offre de soins <p>Retard à l'utilisation des services (SONUB)</p>
<p>Pour l'utilisation continue des SONUB</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Niveau d'instruction des femmes ▪ Non implication de l'homme et de la famille dans l'approche ▪ Mauvaise qualité du service (accueil, communication...) au niveau des structures SONUB dû, entre autres, à l'insuffisance du personnel ▪ Insuffisance du nombre et de l'organisation de la supervision de qualité ▪ Insuffisance de la motivation des personnels <ul style="list-style-type: none"> ○ Plateau technique inadéquat ○ Faiblesse du revenu des personnels ▪ Insuffisance dans l'utilisation et la vulgarisation des normes et paquets de services et tâches

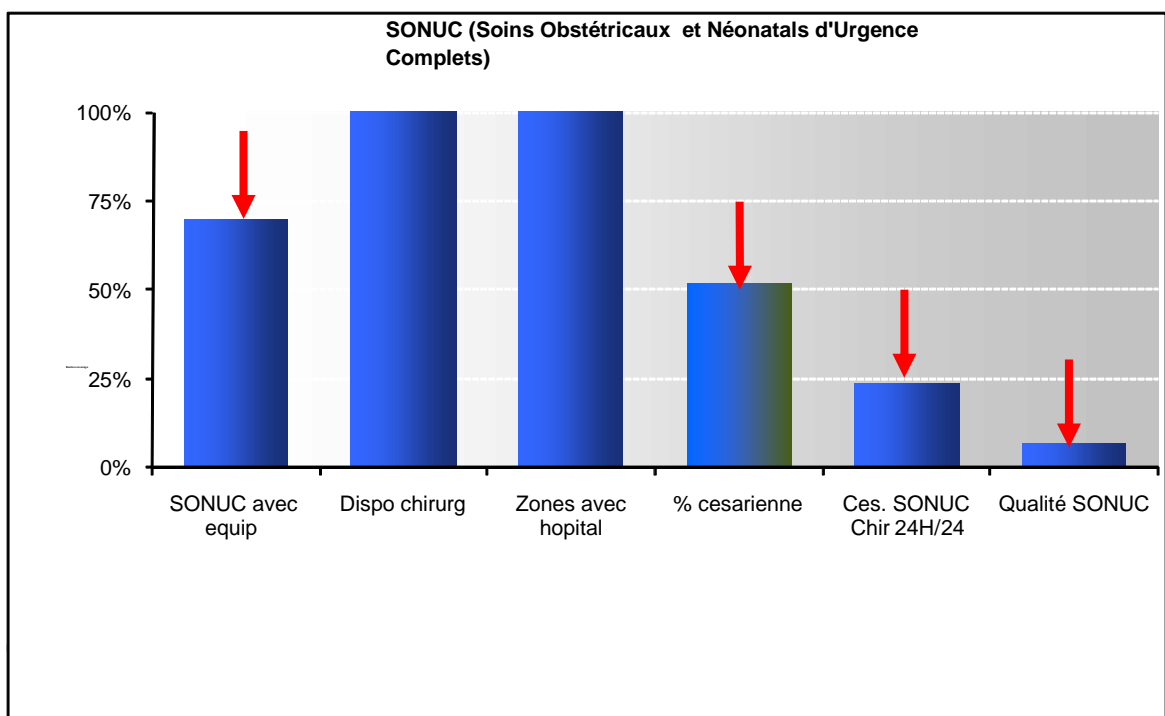
Pour la couverture effective (qualité) en SONUB

- Insuffisance de la formation continue (SONUB) et déficit de la continuité du service
- Insuffisance du nombre et de l'organisation de la supervision
- Insuffisance des mécanismes d'incitation à la performance :
 - Pas de description du profil de poste
 - Insuffisance de la supervision formative
 - Peu de reconnaissance des efforts
 - Faiblesse du système de sanction positive
 - Mauvaises conditions de travail
 - Faiblesse du revenu des personnels
- Défaut de définition des normes en paquets de service et tâches
- Insuffisance de recherche opérationnelle

4.5.4 Soins cliniques de deuxième niveau de référence

Au niveau de ce paquet, nous avons quatre goulots d'étranglements dont un au niveau de l'offre des services, deux au niveau de l'utilisation et un au niveau de la qualité. Il s'agit respectivement de :

- La disponibilité des intrants/équipements essentiels SONUC
- L'accessibilité aux hôpitaux offrant des services SONUC
- L'utilisation initiale des SONUC
- L'utilisation continue des SONUC
- La couverture effective (qualité) en SONUC.



Graphique 14 : Goulots d'étranglement pour soins cliniques de deuxième niveau de référence

➤ Causes possibles des GE

<p>Pour la disponibilité des intrants/équipements essentiels SONUC</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance d'acquisition, de distribution, de gestion et de maintenance des intrants essentiels, responsable aussi d'une insuffisance de l'accessibilité à des hôpitaux fonctionnels ▪ Insuffisance de la gouvernance des structures de santé (rançonnement des patients, ...) ▪ Disponibilité permanente de produits sanguins non assurés ▪ Absence de directives claires en matière de maintenance
<p>Pour l'utilisation initiale des SONUC</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Obstacles socioculturels ▪ Niveau d'instruction et insuffisance de la communication ▪ Insuffisance de la formation continue (SONUB) des SFE ▪ Insuffisance d'accès géographique aux SONUC et mauvaise répartition des personnels spécialisés (chirurgiens, anesthésistes, ...) ▪ Retard de la décision de référence ▪ Coût financier (consultation+soins+transport), faiblesse du revenu, de la protection sociale et lourdeur de la gestion du fonds sanitaire des indigents ▪ Non implication des communautés dans la programmation et dans le suivi-évaluation ▪ Disponibilité permanente de produits sanguins non assurés ▪ Absence de directives claires en matière de maintenance
<p>Pour l'utilisation continue (disponibilité 24H/24) des SONUC</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Problème d'organisation des services et d'intégration des services ▪ Disponibilité et motivation insuffisantes des ressources humaines ▪ Disponibilité permanente de produits sanguins non assurés ▪ Absence de directives claires en matière de maintenance ▪ Permanence de l'offre ▪ Retard à la référence des cas
<p>Pour la couverture effective (qualité) en SONUC</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance de la formation continue pour l'équipe SONUC et déficit de la continuité du service ▪ Insuffisance du nombre et de l'organisation de la supervision ▪ Insuffisance des mécanismes d'incitation à la performance : <ul style="list-style-type: none"> ○ Pas de description du profil de poste ○ Insuffisance de la supervision formative

- Peu de reconnaissance des efforts
- Faiblesse du système de sanction positive
- Mauvaises conditions de travail
- Faiblesse du revenu des personnels
- Insuffisance dans l'utilisation et la vulgarisation des normes et paquets de services et tâches
- Insuffisance dans la documentation et la vulgarisation des bonnes pratiques
- Retard à la prise en charge des cas
- Non intégration de l'ensemble du paquet de référence
- Insuffisance de recherche opérationnelle
- Disponibilité permanente de produits sanguins non assurés
- Absence de directives claire en matière de maintenance.

5 OBJECTIFS ET STRATEGIES

Cette partie traite les objectifs, les impacts attendus, les différentes composantes programmatiques et les stratégies pour chacune de ces composantes.

5.1 Objectifs du PTD

Suite aux travaux des Etats Généraux de la Santé de Novembre 2007, une vision capable de contribuer au renforcement de la performance du système national de santé béninois a été définie et est la suivante :



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

Ainsi la mission du Ministère de la Santé est : *« améliorer les conditions socio-sanitaires des familles sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes ».* Pour accomplir cette mission, le Ministère de la santé s'est fixé dans son PNDS les objectifs globaux suivants :

- Assurer un accès universel aux services de santé et une meilleure qualité des soins pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)
- Renforcer le partenariat pour la santé
- Améliorer la gouvernance et la gestion des ressources dans le secteur santé

Cette ambition requiert du secteur une optimisation des ressources et des potentialités disponibles à travers la mise en œuvre d'un Plan Triennal de Développement cohérent. Ainsi, les objectifs opérationnels de ce PTD sur la période 2010-2012 sont définis par composantes programmatiques comme suit:


Pour « Eau Hygiène et Assainissement »

- Porter la proportion de ménages utilisant l'eau potable : de 71% à 80%
- Porter la proportion de ménages disposant de latrines : de 37% à 52% 
- Porter la proportion des structures institutionnelles (écoles, centres de santé) disposant de latrines de 69% à 88% ;
- Porter le taux des mères et d'enfants se lavant les mains de manière adéquate : de 4% à 20% ;
- Porter le taux de collecte des déchets solides ménagers de 18% à 65% 

Pour la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale

- Porter la prévalence contraceptive : de 7 à 15%
- Porter la couverture en CPN4 de qualité : de 42 à 70%
- Porter le taux d'accouchements assistés de qualité (y compris prise en charge du 3^e stade du travail) : de 13 à 65% (existence de sage femme) ;
- Porter la couverture en césarienne de 4% à 7%
- Porter de 2 à 4 pour 500.000 habitants le nombre de structures offrant les SONUB ;
- Porter la proportion de structures de SONUC de qualité (fonctionnant 24/24 avec équipement minimal) : de 7% à 53% ;
- Répartition spatiale des SONUC et SONUB

En plus, la réduction de la mortalité maternelle et néonatale sera influencée par :

- Porter le taux de détection et de prise en charge des femmes enceintes avec anémie modérée ou sévère (de 53 à 70%)
- Maintenir la supplémentation en fer-acide folique des femmes enceintes à plus : de 80%
- Porter la supplémentation en Vitamine A des accouchées: de 41 à 90%
- Porter la proportion de femmes enceintes dormant sous MIILD : de 56% à 80%
- Porter la couverture des femmes enceintes par le TPI (deux doses) : de 35 à 80% 

Pour la lutte contre la mortalité infantile et juvénile

- Porter le taux d'allaitement maternel exclusif chez les moins de 6 mois : de 43 à 60%
- Porter la couverture en supplémentation de vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois : de 61 à 90%
- Porter la Couverture vaccinale en Pentavalent 3 : de 82 à 90%
- Porter la proportion d'ECV : de 68 à 90%
- Porter la PCIME pour les enfants de moins de 5 ans : de 24 à 70%
- Réduire la proportion d'enfants de moins de 5 ans souffrant de retard de croissance: de 43 à 30%
- Porter la proportion d'enfants diarrhéiques bénéficiant de TRO et d'alimentation : de 28 à 50%
- Porter la Proportion d'enfants diarrhéiques bénéficiant de zinc : de 0 à 50%

En plus, la réduction de la mortalité infanto-juvénile sera influencée par :

- *L'augmentation de la proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaire imprégnée de 49 à 80%*
- *L'augmentation de la proportion des mères d'enfants de moins de 5 ans lavant les mains avec du savon aux moments critiques de 28 à 75%*
- *L'augmentation de la proportion de femmes enceintes séropositives bénéficiant d'une prophylaxie ARV 30 à 55%*

- *L'amélioration de la prise en charge des cas de paludisme simple par les CTA chez les enfants de moins de cinq ans de 9 à 69%*
- *L'augmentation de la proportion des enfants atteints mis sous ARV de 31 à 53%*

Pour la lutte contre le paludisme

- Porter la proportion de femmes enceintes dormant sous MIILD de 49% à 80%
- Porter la proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaire imprégnée : de 56 à 80%
- Porter la couverture des femmes enceintes par le TPI (deux doses) de 35 à 80%
- Augmenter la prise en charge des cas de paludisme simple chez les enfants au CTA de 9 à 69%
- Augmenter la prise en charge des cas de paludisme chez l'adulte au CTA de 13 à 70%

Pour la lutte contre les IST/VIH/SIDA

- Porter la proportion de femmes enceintes séropositives recevant la chimio-prophylaxie au CTM : de 4 à 40%
- Porter la proportion de bébés nés de femmes séropositives recevant la chimio-prophylaxie au CTM : de 5 à 40%
- Porter la proportion de femmes enceintes séropositives bénéficiant d'une prophylaxie ARV dans des centres PTME qualifiés : de 30 à 55%
- Porter la proportion d'enfants nés de mères séropositives mis sous ARV : de 27 à 50%
- Porter la proportion des PVVIH adultes éligibles mis sous ARV: de 16 à 50%
- Porter la proportion de cas d'IST détectés et pris en charge : de 24 à 70%

Pour la lutte contre la tuberculose

- Dépister au moins 70% des cas de tuberculose contagieux et les prendre en charge par le DOTS ;
- Guérir 85% des cas de tuberculose contagieuse (à frottis positif) dépistés chaque année,
- Traiter au moins 60% des cas de tuberculose multi résistants dépisté chaque année ;
- Offrir la chimioprophylaxie au CTM à 90% des patients coinfectés TB/VIH.

Pour les autres maladies transmissibles et non transmissibles

- Renforcer le système de surveillance épidémiologique intégrée;
- Renforcer les capacités des acteurs pour une prise en charge prompte et efficace des cas/épidémies.
- Réduire la prévalence de l'hypertension artérielle : de 27,5 % à 15 %
- Réduire la prévalence de l'obésité chez la femme : de 14 % à 10 %
- Réduire de 50% la mortalité due aux accidents de la circulation.

Pour la promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles

- Valoriser les ressources thérapeutiques locales.
- NB : Nombre de produits ayant obtenus l'autorisation de mise sur le marché.

Pour la promotion de la santé mentale

- Assurer aux individus et aux communautés le meilleur état de santé mentale possible.

Pour la promotion de la santé en milieu scolaire, universitaire et professionnel

- Promouvoir la sécurité et la santé des écoliers, élèves, étudiants et travailleurs béninois

5.2 Impacts attendus du PTD

Tenant compte des données actuelles du pays et de l'analyse des goulots d'étranglement du système, il ressort de l'application MBB que la mise en œuvre du PTD permettra d'atteindre, d'ici fin 2012, les objectifs ci-dessous :

- Réduire le taux de mortalité maternelle de 397 à 201 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes ;
- Réduire le taux de mortalité néonatale de 32 à 25 décès néonataux pour 1000 naissances vivantes ;
- Réduire le taux de mortalité infantile de 67 à 39 pour 1000 ;
- Réduire le taux de mortalité infanto-juvénile de 125 à 63 pour 1000 ;
- Réduire la mortalité attribuable au paludisme de 58%
- Réduire la mortalité attribuable à la tuberculose de 37%
- Réduire la prévalence de l'anémie de 21%
- Réduire l'incidence du Paludisme de 31%
- Réduire la prévalence du VIH de 0,5 %
- Réduire la prévalence de l'hypertension artérielle chez la femme enceinte de 10 %
- Eradiquer la poliomyélite
- Eliminer le tétanos néonatal.
- Contrôler la rougeole ;
- Réduire la prévalence des MNT en agissant sur facteurs de risque (FDR)

5.3 Domaines prioritaires d'action

Cinq domaines ont été retenus dont :

- un domaine d'action : Prévention et lutte contre la maladie et amélioration de la qualité des soins
- quatre domaines d'appui :
 - Valorisation des ressources humaines
 - Renforcement du Partenariat, la promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale
 - Amélioration du mécanisme de financement du secteur
 - Renforcement de la gestion du secteur.

Tableau 3 : Structure du PTD 

	UN DOMAINE D'ACTION			
	Prévention, Lutte contre les principales maladies et Amélioration de la qualité des soins			
4 DOMAINES DE SOUTIEN	Valorisation des ressources humaines	Renforcement du partenariat dans le secteur, la promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale	Amélioration du mécanisme de Financement du secteur	Renforcement de la gestion du secteur

Pour cette première opérationnalisation triennale du PNDS, les cinq domaines de programme sont subdivisés en quatorze composantes programmatiques (voir matrice ci-dessous) :


- Dont six composantes programmatiques d'action visant l'atteinte des objectifs de couverture et d'impact pour améliorer ainsi la santé des populations,
- Et neuf composantes programmatiques de soutien répondant aux insuffisances du système de santé, pour lesquelles des réformes et mesures d'accompagnement seront nécessaires tout au long de la mise en œuvre du PTD 

Tableau 4 : Matrice programmatique proposée pour le PTD

	COMPOSANTES PROGRAMMATIQUES D'ACTION								
	CPA1 : Accès à l'eau potable, à l'hygiène et à l'assainissement								
	CPA2 : Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale								
	CPA3 : Lutte contre la mortalité infantile et juvénile								
	CPA4 : Lutte contre les maladies prioritaires (IST/VIH/SIDA, Paludisme, Tuberculose)								
	CPA5 : Lutte contre les autres maladies								
	CPA6 : Promotion des autres aspects de santé								
COMPOSANTES PROGRAMMATIQUES DE SOUTIEN	CPS1 : Développement et valorisation des ressources humaines	CPS2 : Disponibilité des médicaments, des vaccins, des produits sanguins et des consommables de bonne qualité	CPS3 : Accessibilité Géographique équitable et maintenance des équipements	CPS4 : Promotion de l'assurance qualité, de l'éthique et de la responsabilité médicale, et régulation du secteur	CPS5 : Communication pour le Changement de comportement et promotion des actions sur les déterminants de santé	CPS6 : Accès financier aux soins et du financement du secteur	CPS7 : Développement hospitalier et promotion de la recherche en santé	CPS8 : Renforcement de la multisectorialité, des capacités institutionnelles et du Partenariat	CPS9 : Promotion de la Sécurité Transfusionnelle et renforcement des capacités diagnostiques

5.4 Stratégies :

5.4.1 Stratégies des composantes programmatiques

CPA1 : « Eau Hygiène et Assainissement »

- Promotion de l'hygiène autour des points d'eau
- Education de la population au transport, au stockage et à l'utilisation de l'eau potable ;
- Renforcement des capacités des communes dans la gestion participative et partagée des déchets solides ménagers ;
- Mise en œuvre du guide d'élaboration du plan d'hygiène et d'assainissement communal ;
- Renforcement des capacités d'intervention des structures déconcentrées ;
- Transfert des activités d'hygiène et d'assainissement aux communes

CPA2 : Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale

- Disponibilité et accessibilité du paquet optimal d'interventions obstétricales et néonatales à haut impact 24 h sur 24 h dans tous les hôpitaux nationaux et départementaux, ainsi que dans toutes les formations sanitaires des Zones (centres de santé et hôpitaux de zones) y compris les services de prise en charge des maladies associées à la grossesse (paludisme, VIH, autres maladies transmissibles, malnutrition, ...) ;
- Amélioration de la qualité des services obstétricaux et néonataux dans tous les hôpitaux nationaux et départementaux, ainsi que dans tous les centres de santé et hôpitaux de zones ;
- Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de l'utilisation des services de planification familiale et de la prise en charge de la santé des adolescents et jeunes ;
- Renforcement de la communication en matière de Planification Familiale ;
- Amélioration de l'accès aux services de PF de qualité à tous les niveaux ;
- Renforcement du cadre institutionnel et juridique en matière de PF ;
- Mobilisation des ressources pour le repositionnement de la PF ;
- Amélioration du système de suivi/évaluation en matière de PF.

CPA3 : Lutte contre la mortalité infantile et juvénile

- Mise en œuvre de l'approche ACD (Atteindre Chaque District) avec un accent particulier sur le renforcement des stratégies avancées et la recherche active des perdus de vue ; dans ce cadre, chaque zone sanitaire devra assurer un paquet d'activités comprenant au minimum :
 - La vaccination de routine et en stratégies avancées,
 - La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME),
 - La prise en charge adéquate de la malnutrition,
 - La promotion des bonnes pratiques d'alimentation de la femme, du nourrisson et du jeune enfant,

- La prévention des carences en micronutriments (ex : Vit A, iode, fer, zinc),
- Le suivi, la prévention et la prise en charge des enfants atteints de malnutrition modérée,
- La prévention de la transmission du VIH et la prise en charge des enfants infectés ou affectés par le VIH.
- Mobilisation des ressources additionnelles dans le cadre de l'indépendance vaccinale.
- Réhabilitation et renouvellement des équipements de la chaîne de froid.
- Renforcement des capacités du personnel à tous les niveaux et intégration de la gestion PEV et la PCIME dans les curricula des écoles et établissements de formation en santé.
- Mise en place du SMIR à tous les niveaux de l'exécution du programme.

CPA4 : Lutte contre les maladies prioritaires (IST/VIH/SIDA, Paludisme, Tuberculose) :

- Pour la lutte contre le paludisme :
 - Renforcement de la prévention du paludisme à travers la lutte anti vectorielle intégrée – intégrant la promotion de l'utilisation de moustiquaires imprégnées – et l'assainissement du milieu-et la pulvérisation intra domiciliaire
 - Renforcement de la prise en charge communautaire du paludisme simple
 - Renforcement de la qualité de prise en charge des cas au niveau des formations sanitaires ;
 - Promotion du TPI chez les femmes enceintes
 - Développement des initiatives à base communautaire de lutte contre le paludisme
 - Renforcement de la surveillance épidémiologique, entomologique et de l'efficacité des antipaludiques
 - Suivi/évaluation de la lutte contre le paludisme
- Pour la lutte contre les IST/VIH/SIDA
 - Promotion du dépistage volontaire et de la prise en charge médicale des PVVIH/SIDA,
 - Développement de la prise en charge psychosociale des personnes infectées et affectées,
 - Amélioration de la prise en charge des IST par l'approche syndromique,
 - Mise à l'échelle de la Prévention de la Transmission mère-enfant (PTME) du VIH,
 - Extension de la prévention de la transmission sexuelle du VIH en agissant sur les déterminants à risque. Renforcement de la sécurité transfusionnelle et des précautions universelles pour la prévention de la transmission sanguine,
 - Développement de la surveillance épidémiologique de deuxième génération.
- Pour la lutte contre la tuberculose
 - Accessibilité aux médicaments, matériels, réactifs et consommables spécifiques
 - Renforcement de la prise en charge et du suivi des patients y compris les cas de coinfection ;

- Renforcement du réseau de laboratoire
- Renforcement de la recherche opérationnelle ;
- Renforcement des interventions à base communautaire du PNT

CPA5 : Lutte contre les autres maladies :

- Autres maladies transmissibles (UB, Trypanosomiase...)
 - Amélioration de la qualité de prise en charge des cas dans les formations sanitaires et à domicile.
 - Evaluation périodique et régulière du programme afin de corriger les dysfonctionnements éventuels.
 - Renforcement des capacités des agents de santé et des relais communautaires (formation, supervision, monitoring, motivation, équipement) en matière de surveillance épidémiologique, de préparation et réponse aux épidémies.


- Maladies non transmissibles (HTA, Obésité, drépanocytose, cancers, diabète sucré, insuffisance rénale, Accidents de circulation...)
 - Renforcement de la prévention primaire des MNT (Promotion des meilleures pratiques de prévention des maladies non transmissibles)
 - Formation du personnel qualifié (Spécialistes) pour la prise en charge efficace des cas de MNT
 - Recherche des déterminants liés aux facteurs de risque des maladies non transmissibles
 - Renforcement de la capacité des établissements de soins à prendre en charge les maladies non transmissibles
 - Renforcement des programmes de dépistage et de lutte contre les maladies non transmissibles
 - Renforcement de la capacité de la communauté à dépister les facteurs de risques et à créer un environnement favorable à une vie saine
 - Mise en place d'un système de surveillance épidémiologique des MNT et leur intégration dans le SNIGS (Protocoles et Adaptation du SNIGS).

CPA6 : Promotion des autres aspects de santé

- Promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles
 - Renforcement de l'organisation des praticiens de la médecine traditionnelle ;
 - Renforcement de la collaboration de la Médecine traditionnelle et moderne ;
 - Promotion de la recherche sur les vertus thérapeutiques des plantes médicinales.
 - Régulation des publicités sur les medias (publics et privés) des produits thérapeutiques ;
 - Sauvegarde et promotion des plantes médicinales les plus utilisées ;
 - Développement des plantes médicinales sur la base de recherches avérées.

- Promotion de la santé mentale


- Création d'un cadre institutionnel adéquat,
- Renforcement des programmes de dépistage et de lutte contre les maladies mentales
- Renforcement des capacités
- Développement des compétences au niveau des personnels

- Promotion de la santé en milieu scolaire, universitaire et professionnel 

- Renforcement des programmes de dépistage et de lutte contre les maladies en milieux scolaire et universitaire
- Promotion d'une éducation pour la santé, la prévention des maladies prioritaires en milieu scolaire et la nutrition.
- Mise en place des comités de santé fonctionnels impliquant tous les acteurs concernés dans chaque structure de grande fréquentation (écoles primaires et secondaires, universités...)
- Plaidoyer pour la promotion des Mutuelles de santé à l'université.

5.4.2 Stratégies des composantes programmatiques de soutien


- **CPS1 : Développement et Valorisation des ressources humaines** :

- Mise à disposition des FS en particulier au niveau opérationnel et hospitalier des personnels de santé qualifiés conformément aux normes établies avec au moins 80% des besoins couverts en 2010 et 90% en 2012. Il s'agira dans ce cadre, de renforcer les plateaux techniques appelés à mettre en œuvre les Soins de Santé Primaire (Paquet d'Intervention) par niveau. Une attention toute particulière sera portée aux ressources humaines qualifiées nécessaires au fonctionnement des hôpitaux de zones, de départements, du CNHU et de toutes structures chargées de la référence ;
- Mise en adéquation des capacités et des curricula des institutions publiques et privées de formation avec les besoins de formation initiale ;
- Gestion de proximité orientée vers l'amélioration continue de la performance des services ;
- Amélioration des compétences du personnel de santé en conformité avec les besoins du secteur à travers, entre autre instrument, un plan de formation continu adopté et mis en œuvre de manière efficiente ;
- Développement d'un plan de carrière pour le personnel en conformité avec la vision et les besoins du secteur ; 
- Mise en place d'un observatoire des ressources humaines en santé ;
- Actualisation des documents de normes et standard en matière des ressources humaines ;
- Développement de mécanismes efficaces et équitables d'incitation basés sur la performance à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Promotion de la recherche sur les ressources humaines en santé
- Promotion de la santé et de la sécurité au travail dans le secteur santé.


- **CPS2 : Disponibilité des médicaments, des vaccins, des produits sanguins et des consommables de bonne qualité**

- Renforcement du système d'approvisionnement et de gestion des médicaments, aliments thérapeutiques, produits sanguins, consommables nécessaires à des soins de qualité, tant au niveau central qu'au niveau des FS;

- **CPS3 : Accessibilité Géographique équitable et maintenance des équipements**


- Adoption et mise à jour régulière d'une carte sanitaire prospective et fonctionnelle 
- Mise en œuvre d'un programme de construction, de réhabilitation et d'équipement des structures sanitaires en conformité avec la carte sanitaire, en veillant à l'harmonie totale avec le plan de développement des ressources humaines,
- Adoption et mise en œuvre d'une stratégie nationale de maintenance des constructions et des équipements intégrant le développement d'une culture de maintenance préventive auprès des personnels de santé.
- Actualisation des normes et standards pour les infrastructures et les équipements.

- **CPS4 : Développement et promotion de l'assurance qualité, de l'éthique, de la responsabilité médicale et la régulation du secteur**

- Adoption des normes et procédures en conformité avec les Soins de Santé primaires.
- Révision et application des textes réglementaires relatifs à l'éthique et à la responsabilité médicale,
- Généralisation de la démarche d'assurance qualité des soins ambulatoires et hospitaliers, basée sur des contrats de performance par niveau ;
- Renforcement du système de référence et de contre référence,
- Mise en place de mécanisme de suivi du programme d'assurance qualité,
- Mise en œuvre des dispositions du cadre réglementant l'exercice des professions médicales et paramédicales,
- Renforcement de la régulation du secteur. 


- **CPS5 : Communication pour le changement de comportement et promotion des actions sur les déterminants de santé**

- Adoption d'une stratégie nationale de communication pour le changement de comportement basée sur un dispositif comprenant trois types d'acteurs :
 - les « commanditaires » - directions, programmes et services – qui définissent les objectifs attendus du programme ou de l'action de CCC,
 - la structure spécialisée – publique ou parapublique – chargée de la conception, du développement d'outils de CCC, et de suivi-évaluation des actions menées,

- les acteurs– personnels de santé, les communautés, associations et ONG - chargés de la mise en œuvre sur le terrain ;
- **CPS6 : Amélioration de l'accès financier aux soins et du financement du secteur**
- Promotion des systèmes de couverture du risque maladies avec le développement :
 - de l'assurance maladie universelle à travers la mise en place progressive de caisses catégorielles d'assurance maladies couvrant l'ensemble des travailleurs du secteur formel,
 - de mutuelles de santé au niveau rural et au niveau des travailleurs du secteur informel
 - d'assistance médicale aux pauvres et indigents à travers (i) le renforcement du financement, de la gestion et du suivi du fonds sanitaire d'indigence, et l'adhésion progressive de ces indigents aux mutuelles de santé avec prise en charge de leurs cotisations ;
 - du Régime d'Assurance Maladies Universelles (RAMU) ;
 - de la promotion des micros crédits aux plus pauvres 
- Développement de la « gratuité » de certains services prioritaires fournis aux mères et aux enfants de moins de 5 ans afin d'augmenter leur utilisation, en particulier par les plus démunis qui continuent à payer le plus lourd tribut de morbidité et de mortalité. C'est dans ce cadre :
 - Que l'Agence Nationale de Gratuité de la Césarienne assurera son rôle en collaboration étroite avec les différentes structures hospitalières nationales tout en consolidant tout en consolidant sa pérennisation sur des bases de tarification et de processus de remboursement solides.
 - Que l'étude qui sera menée permettra d'orienter la mise en œuvre de la décision de gratuité des soins pour enfants, et tirera profit des expériences nationale et internationale disponibles.
- **CPS7 : Développement hospitalier et promotion de la recherche en santé**
- Développement de projets d'établissements pour les HZ, CHD et les CHU ;
- Renforcement des plateaux techniques ;
- Formation continue des personnels de santé ;
- Promotion de la recherche fondamentale et appliquée en vue de proposer des réponses aux problèmes prioritaires ou à évaluer les actions menées ;
- Mise en place d'un système de référence et de contre référence ;
- Mise en place d'un SAMU efficace aux niveaux des références,
- Mise en place d'un pôle d'excellence permettant de réduire le nombre d'évacuations sanitaires et pouvant servir de destinations pour les pays de la sous région.

- **CPS8 : Renforcement de capacités institutionnelles et du Partenariat**

- Adoption et mise en œuvre d'un plan de renforcement des capacités institutionnelles des structures centrales, départementales et périphériques visant (i) l'accompagnement de la mise en œuvre des autres programmes, (ii) l'harmonisation des acquisitions, des formations et des appuis nécessaires ;
- Mise en place de conventions entre le MS et les ONG, le secteur privé, les structures de medias
- Développement de la multi-sectorialité ;
- Développement de programmes spécifiques visant des groupes vulnérables (ex : jeunes, prisonniers, ...)
- Adoption et mise en œuvre d'une stratégie nationale de contractualisation favorisant la délégation de mise en œuvre d'action ou services par des acteurs publics, privés ou de la société civile afin d'améliorer l'efficacité du secteur ;
- Développement, sur la base d'un processus de planification amélioré, de contrats de performance entre différents niveaux (central, départemental et périphérique).

- ***CPS9 : Promotion de la Sécurité Transfusionnelle et renforcement des capacités diagnostiques*** 

- Disponibilité des réactifs, produits sanguins et consommables
- Renforcement de la sécurité transfusionnelle
- Renforcement des capacités diagnostiques
- Renforcement des capacités diagnostiques (laboratoire et imagerie)
- Promotion du don de sang bénévole ;
- Campagnes de fidélisation des donateurs de sang bénévoles
- Dynamisation des associations de donateurs de sang.

6 MISE EN ŒUVRE DU PTD

6.1 Réformes, mesures et autres préalables nécessaires

La stratégie des Soins de Santé primaires est adoptée par le Bénin depuis la conférence d'Alma Ata tenue en juillet 1979. Les interventions de santé prioritaires constituent la porte d'entrée de la revitalisation des services de santé, sur la base de l'approche des Soins de santé primaires, y compris les systèmes d'orientation recours. Elles permettent l'accélération du processus de décentralisation en privilégiant le développement du système de santé au niveau local pour améliorer l'accès, l'équité et la qualité des services de santé afin de mieux répondre aux besoins sanitaires des populations. Après plus d'une trentaine d'années de mise en œuvre des Soins de santé primaires, le Bénin se mobilise à l'instar des autres pays du monde, pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement à l'horizon 2015. Pour y arriver, le Bénin a adhéré aux initiatives internationales en consentant plus d'efforts pour améliorer son système de santé. La levée desdits goulots d'étranglement passe par la fixation des objectifs de couverture (hypothèses) permettant de déterminer l'impact attendu sur la santé des populations en termes de réduction de la mortalité et des ressources additionnelles nécessaires pour le financement des actions à entreprendre. Après la


détermination des goulots d'étranglement susceptibles d'entraver l'atteinte des OMD, 12 paquets d'interventions à haut impact découlant des soins de santé primaires ont été retenus. Ainsi, les préalables suivants sont nécessaires.

6.1.1 Adoption d'une carte sanitaire prospective et fonctionnelle

Pour assurer un accès équitable des soins de santé aux populations, il est impérieux de disposer d'un outil de planification fiable qui permet de garantir l'accès équitable des services essentiels de santé à toute la population, en particulier aux zones reculées et aux groupes les plus vulnérables. La carte sanitaire (outil de décision et de plaidoyer) a pour objectif de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins en vue de satisfaire, de manière optimale et équitable, la demande en soins de santé.

Sur la base d'une enquête nationale sur la cartographie des intervenants et des interventions, une carte sanitaire sera élaborée en conformité avec les objectifs du secteur et en prenant en compte (i) les PIHI par niveau, (ii) les normes et standards par type de structure, (iii) l'évolution des caractéristiques démographiques et épidémiologiques des populations à couvrir, (iv) la politique sectorielle d'équipement et de maintenance, ainsi que (v) les disponibilités possibles de ressources. Elle couvrira la période du PNDS et ne se limitera pas aux infrastructures et équipements, mais permettra simultanément de prévoir les besoins en ressources humaines, en médicaments et consommables et en budget de fonctionnement nécessaires à des services de qualité accessibles financièrement.

De manière spécifique, la carte sanitaire permettra de prévoir les besoins en matière (i) d'Infrastructures sanitaires (ii) d'équipements, (iii) de Ressources humaines en santé, (iv) de médicaments et consommables et (v) d'évolution budgétaire pour prendre en compte les besoins additionnels en fonctionnement des structures ; elle prendra en compte les structures sanitaires privées et sera adoptée après concertation avec les secteurs offrant des services de santé (défense, sécurité publique, éducation, ...).

Au vu des besoins nationaux et du coût des évacuations sanitaires à l'extérieur du pays, le Gouvernement se propose de renforcer le plateau technique des structures sanitaires existantes et d'appuyer la mise en place d'un « Pôle d'excellence » visant (i) à prendre en charge la quasi-totalité des pathologies, (ii) à renforcer les capacités des ressources humaines spécialisées en servant de terrain de perfectionnement et (iii) à servir de destination pour les pays avoisinants. Une structure privée sera mise en place à cet effet, pour sa gestion et sera auditée techniquement par les institutions appropriées. Cette structure profitera de missions périodiques de spécialistes de la diaspora tout en contribuant à la formation des spécialistes nationaux et au renforcement des équipements dans les formations sanitaires. 

6.1.2 Application harmonisée de paquets d'interventions à haut impact (PIHI) par niveau de soins

Pour accélérer l'atteinte des objectifs, il faudra dorénavant se focaliser sur les interventions qui ont un impact avéré sur la mortalité. A cet effet, un groupe technique d'appui à la relance

de la supervision du monitoring et de la micro planification dans le système de santé, a procédé à la définition de Paquets d'Interventions à Haut Impact (PIHI) dont l'efficacité est scientifiquement prouvée. Parmi ces PIHI des « interventions traceurs » ou « interventions témoins » ont été retenues. Il s'agit de :

- 1.** Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
- 2.** Lavage des mains avec du savon aux moments critiques (avant de manger, après l'utilisation des latrines)
- 3.** Dépistage et prise en charge de la malnutrition
- 4.** Consultation prénatale recentrée (Préparation à l'accouchement, VAT, Fer acide folique, TPI, MILD, conseils nutritionnels, conseils/dépistage VIH, diabète, HTA)
- 5.** Gestion des faibles poids à la naissance
- 6.** Planification familiale
- 7.** Prise en charge des affections de la mère pouvant affecter l'allaitement
- 8.** Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
- 9.** Programme élargi de vaccination plus
- 10.** Soins obstétricaux néonataux d'urgence
- 11.** Dépistage et prise en charge des maladies non transmissibles et transmissibles
- 12.** Prévention de la transmission mère et enfant du VIH/SIDA
- 13.** Prévention des infections en milieu de soins
- 14.** Accouchements assistés / gestion active de la troisième phase d'accouchement

De même, les indicateurs de suivi de ces paquets d'intervention ont été définis.

Le document fixant les PIHI par niveau va garantir une application des normes, et devra être régulièrement révisé pour garantir une adéquation avec la stratégie du secteur ; le système de référence et de contre-référence dans le cadre de ces PIHI, permettra une circulation de l'information pour le suivi du patient et le renforcement continu des compétences techniques du personnel de santé ;

Le véritable défi est d'assurer la mise en œuvre effective de ces PIHI en veillant à une adéquation entre d'une part les paquets appliqués au niveau des différentes structures de santé et différents niveaux de la pyramide et d'autre part les ressources humaines disponibles en quantité et qualité requises. Pour cela, une formation initiale et des recyclages réguliers de tous les prestataires de services sur ces PIHI s'avèrent nécessaires.

D'autres mesures d'accompagnement sont nécessaires à savoir :

- Veiller à l'application de ces PIHI par niveau et donner la priorité dans la répartition des ressources (humaines, matérielles et financières) aux zones prioritaires – en termes de besoins de santé,
- Intégrer le suivi de l'application de ces PIHI dans les outils et instruments de suivi-évaluation du secteur, en particulier les supervisions par niveau.

6.1.3 Développement optimal des Ressources Humaines

La situation actuelle des ressources humaines en santé se caractérise par un ensemble d'insuffisances liées (i) à la formation (initiale et continue), (ii) à la planification des Ressources Humaines (normes, recrutement et redistribution du personnel, recherche) et (iii) au management (gestion des carrières, incitation à la performance et gouvernance).

Pour atteindre les objectifs du secteur, il s'agira de mettre en œuvre un ensemble de mesures et réformes visant à rendre efficace le système de santé à travers la disponibilité de ressources humaines nécessaires à la mise en œuvre des PIHI au niveau de l'ensemble des structures de santé.


- L'analyse précise de la situation des ressources humaines du secteur permettra la mise à jour du Plan national de développement des ressources humaines avec des projections de besoins tenant compte des normes minimales nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie sectorielle ; à court terme, il s'agira de redistribuer l'existant sur une base équitable permettant de mettre à la disposition des structures opérationnelles le minimum requis pour une fourniture minimale des soins essentiels de santé ;
- A moyen et long terme, la formation initiale sera revue en concertation avec les ministères en charge de la formation du personnel de santé. Dans le même sens, les curricula des écoles de formation en santé seront revus pour intégrer les besoins additionnels de formation des différents programmes afin de garantir une adéquation entre le produit de la formation et les PIHI par niveau et réduire ainsi les besoins ultérieurs en session de mise à niveau des personnels de santé ;
- Pour une formation continue efficace des prestataires de soins et personnels administratifs, il s'agira d'élaborer un plan triennal de formation continue qui favorise la formation par tutorats pour les nouveaux recrues, et qui programme des recyclages groupés⁸ permettant à tous les agents de santé qualifiés de recevoir périodiquement les nouvelles compétences nécessaires. La disponibilité des ressources humaines en santé (à tous les niveaux de la pyramide sanitaire) passe aussi par un management adéquat. Il s'agira (i) d'assurer une gestion efficiente des carrières des agents, (ii) de mettre en place des systèmes de motivation et d'incitation à la performance tirant profit des expériences des autres pays de la sous-région, (iii) de renforcer la bonne gouvernance dans la gestion des ressources humaines par la vulgarisation des manuels de procédures de gestion dans les formations sanitaires, par plus de transparence et de délégation du pouvoir, et par un renforcement du suivi et de l'évaluation du système de santé.

⁸ Une à deux fois par an, sont organisés des recyclages sur toutes les stratégies et actions prévues avec des accents particuliers sur des programmes à des moments particuliers et pour des zones particulières ; ce qui peut ramener l'absence annuelle pour formation d'un agent à 30 jours par an et permet de programmer à temps les remplacements

6.1.4 Accès permanent aux médicaments et consommables de qualité et à tous les niveaux

La disponibilité des médicaments et consommables est un déterminant important dans la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement. L'analyse de cette disponibilité a permis de passer en revue six étapes essentielles dans le circuit d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques à savoir : (i) l'estimation des besoins en médicaments et consommables y compris les produits sanguins, (ii) le financement du système d'approvisionnement, (iii) le système d'approvisionnement (commandes/passation de marchés), (iv) le contrôle de qualité, (v) le stockage et la distribution (difficultés de manutention au niveau des dépôts de la CAME, retard dans l'enlèvement des produits), et (vi) la recherche sur les produits pharmaceutiques et la pharmacovigilance.

Pour une disponibilité permanente de produits pharmaceutiques de qualité, en conformité avec les PIHI par niveau, il sera nécessaire :

- d'actualiser périodiquement la liste des médicaments et consommables essentiels en se référant aux PIHI par niveau; les produits sanguins et l'insuline en générique sont nécessaires aussi 
- de mettre en place les procédures et les capacités nécessaires pour une estimation précise des besoins dans le cadre d'une concertation étroite entre la CAME et ses "clients", et d'améliorer les capacités de rationalisation dans l'utilisation des médicaments (ordinogrammes et protocoles de soin);
- d'améliorer les capacités de la CAME afin de lui permettre de jouer pleinement son rôle, c'est à dire rendre disponible, au niveau opérationnel, l'ensemble des produits pharmaceutiques essentiels de qualité, et hautement compétitifs;
- encourager la production locale des médicaments génériques et des solutés à travers le partenariat public-privée, et la coopération sus-sud ;
- d'augmenter les capacités de stockage et de conservation à tous les niveaux (Construction de magasins et de dépôts répartiteurs) et d'améliorer la qualité de la gestion des stocks afin de réduire à un niveau tolérable la proportion de produits périmés,
- d'améliorer la distribution de ces produits en coordination avec les différents niveaux de responsabilité de la pyramide sanitaire, et ce à travers une amélioration des capacités de manutention et un respect des modalités de cession de ces produits;
- de garantir la pérennité dans la disponibilité de ces produits en rendant le système de recouvrement ou de participation au coût plus performant, avec une garantie sur le budget de l'Etat de renforcer la réglementation pharmaceutique, en assurant l'inspection et le contrôle de la gestion pharmaceutique publique et privée ainsi que la lutte contre les faux médicaments;
- lutter contre la vente illicite des médicaments et le rançonnement des malades
- et enfin, d'accélérer la recherche action dans le domaine de la disponibilité des produits pharmaceutiques et de la pharmacovigilance en approfondissant les connaissances sur les produits de la pharmacopée nationale.

6.1.5 Utilisation efficiente des ressources financières allouées au secteur

Trois sources principales contribuent actuellement à la couverture des dépenses de santé au Bénin : le budget national, le financement communautaire et les apports des partenaires techniques et financiers. Les principales insuffisances relevées dans le cadre de la gestion financière sont dans une certaine mesure liée à la planification, aux procédures de mise en œuvre (passation des marchés, décentralisation, déconcentration et délégation) et au suivi – évaluation.

En effet, le budget du Ministère de la Santé est souvent sujet à la nature hypothétique des projections de dépenses sur financement extérieur, à des réductions ou à des augmentations en cours d'exercice dues à la contingence économique qui perturbe le cadrage budgétaire :

- Une consommation partielle du budget voté malgré l'effort de réorganisation et de modernisation de la gestion budgétaire des finances publiques ;
- les réelles difficultés dans la gestion des ressources, notamment le retard persistant dans le démarrage des activités à tous les échelons de la pyramide sanitaire ;
- les autres dysfonctionnements liés à la gouvernance, qui compromettent le renforcement du système de santé.

Pour faire face à ces dysfonctionnements évoqués, il s'agira de :

- Procéder à une allocation efficace des ressources au niveau intermédiaire et opérationnel en tenant compte des objectifs du secteur;
- Préparer un cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) réaliste ;
- Renforcer les capacités des gestionnaires de crédit (DDS, médecins coordonnateurs de zones sanitaires, et des coordonnateurs de projets et programmes) et des services financiers, à divers niveaux ;
- Tenir compte des priorités du secteur dans l'allocation des ressources ;
- Accélérer les procédures de décaissement des fonds pour le secteur de la santé ;
- Vulgariser et veiller au respect du code de passation des marchés et de ses textes d'applications ;
- Réviser les outils d'évaluation de la fonctionnalité des zones sanitaires ;
- Réaliser périodiquement les comptes nationaux de santé et/ou les revues de dépenses publiques de santé, les enquêtes de traçabilité des dépenses et d'incidence-bénéfice afin de proposer les améliorations nécessaires pour une allocation plus efficiente et une gestion plus efficace des ressources du secteur, à travers – entre autres outils – la mise en application d'un manuel harmonisé des procédures qui encouragera la planification et l'anticipation des phases d'exécution de dépenses;
- Envisager sur les trois années, le niveau de ressources attendues du Gouvernement et des PTF, en utilisant les outils de programmation techniques et budgétaires les plus appropriés afin d'aller vers une approche programme avec gestion axée sur les résultats (GAR) ;développer des contrats de performance par niveaux visant à garantir la mise en œuvre effective de cette GAR, et renforçant la réforme d'amélioration du rendement développée dans la partie « développement des ressources humaines » ;et enfin uniformiser et actualiser régulièrement le répertoire des prix spécifiques du secteur de la

santé, avec prise en compte de l'environnement macro-économique et de la particularité d'une bonne partie des intrants du système qui sont toujours importés.

6.1.6 Amélioration de l'accès financier aux soins

Les différentes études disponibles notent que le coût des services de santé serait le principal frein à leur utilisation ; c'est ce qui a amené le Gouvernement Béninois à rendre certains soins préventifs et curatifs gratuits. En effet, depuis plusieurs années, les services préventifs de la mère (suivi prénatal, contraception) et de l'enfant (vaccination et suivi nutritionnel) ainsi que certains services curatifs (prise en charge des tuberculeux) sont fournis gratuitement à l'ensemble de la population, y compris les plus pauvres afin de généraliser leur utilisation continue; plus récemment, le dépistage du VIH et la prise en charge des PVVIH sont venus se joindre à ce paquet de services gratuits dans le cadre d'une action de lutte contre cette pandémie. Le dernier élargissement de ce paquet de gratuité a concerné la césarienne et « ses annexes » à travers la mise en place d'une Agence Nationale pour la Gratuité de la Césarienne ; d'autres aspects liés aux soins des enfants de moins de 5 ans sont actuellement à l'étude.

L'analyse de l'accès financier aux soins soulève trois problématiques principales :

- Les tarifs appliqués ne seraient pas fixés sur la base d'une évaluation réelle des coûts avec prise en compte des subventions publiques sur financement national ou international et des péréquations sécurisant davantage les soins prioritaires ;
- Ces tarifs sont au-delà des possibilités de la majorité des ménages, et pourraient être responsables d'appauvrissement des franges fragiles de la population ; le cas particulier de paiement systématiquement exigé des personnes reçues en urgence mérite d'être mentionné, et
- La gestion du Fonds d'indigence ne garantit pas l'accès à ce groupe extrêmement pauvre aux services essentiels de santé ; l'autre écueil réside dans la sélection des véritables indigents qui reste une réelle difficulté et pour laquelle nous disposons au niveau international de plusieurs expériences.

Afin de garantir un accès effectif et durable aux services essentiels de santé de qualité, il s'agira – en complément des autres réformes et mesures de:


- Réviser les tarifs des services de santé, à tous les niveaux de la pyramide de soins – publics et privés – sur la base d'études d'évaluation des coûts avec comme directives (i) une couverture totale des coûts, (ii) une prise en compte des subventions attendues qui seraient revues à la hausse et (iii) une « faveur » donnée à des services à haut impact sur la mortalité et la morbidité des franges fragiles de la population ; les mécanismes nécessaires garantissant le décaissement à temps de ces subventions seront mis en place ;
- Mettre en place et/ou élargir progressivement les systèmes de couverture du risque maladie grâce à des mécanismes variés et complémentaires de partage de risque (caisses publiques d'assurance maladie, mutuelles de santé, forfaits ciblés, assurances privées, ...) visant à terme une couverture universelle de l'ensemble de la population ; un plan pluriannuel de mise en œuvre de cette approche devra auparavant être adopté avec

l'ensemble des institutions publiques et privées, des Partenaires internationaux et des collectivités locales;

La prise en charge des soins aux indigents sera spécifiquement traitée dans deux directions principales :

- la définition et la sélection de l'indigent, ainsi que la formalisation de l'ensemble de ses droits y compris la prise en charge de ses besoins de santé (exemple : établissement d'une carte d'indigent lui donnant un ensemble de privilèges au niveau des secteurs sociaux), et
- la mise place des mécanismes gestionnaires de cette prise en charge ; l'affiliation à des mutuelles avec prise en charge de la cotisation constitue une des voies à explorer.

Le Gouvernement mettra en place un Fonds National de Solidarité visant l'accès financier aux services essentiels de santé. Ainsi, ce fonds de solidarité permettra de financer :

- l'Agence Nationale de Gratuité de la Césarienne, déjà mise en place ;
- les mutuelles dans le cadre d'un programme d'appui visant la mise en place de mutuelles dans toutes les zones sanitaires 
- une Caisse d'Indigence servant d'organe gestionnaire des fonds nécessaires à la prise en charge des indigents ; dans ce cadre, elle passera au travers des mutuelles en faisant affilier les indigents aux mutuelles de proximité qui seront appelées à garantir la prise en charge effective de ces patients démunies ; ce qui a comme double avantage (i) une meilleure gestion des risques maladies dans ce groupe et (ii) un renforcement de ces mutuelles en élargissant le nombre d'adhérents ;
- une Agence de prise en charge médicale des personnes vulnérables (enfants de moins de 5 ans, personnes âgées, handicapés, ...); cette agence fonctionnera en étroite collaboration avec les organisations à base communautaires afin de garantir une réelle prise en charge de ces groupes, et un suivi du système ;
- la mise en place d'un Régime d'assurance maladie universelle, intégrant les autres systèmes de couverture du risque maladie et visant à « assurer » médicalement tous les travailleurs du secteur formel ; l'étude de faisabilité en cours permettra de préciser les contours de ce Régime en tirant profit des expériences des autres pays.
- Enfin, le développement de partenariat dans l'accès aux soins et la recherche action pour prendre des décisions opérationnelles par rapport aux mutuelles de santé et à la PEC des indigents.

6.1.7 Redynamisation de l'approche communautaire

L'exécution des PIHI par niveau nécessite l'implication active des communautés à travers les différents mécanismes : participation à des comités de gestion fonctionnels, sélection de relais communautaires engagés, responsabilisation des collectivités locales, implication des leaders d'opinion et renforcement des organisations à base communautaire,

La récente validation du document « directives nationales de promotion de la santé communautaire » offre l'opportunité de clarifier la vision du ministère de la santé dans ce domaine et d'harmoniser les interventions. Il importe maintenant de mettre en œuvre cette

approche en respectant scrupuleusement ces directives. Ces directives mettent l'accès sur la participation des communautés dans les processus de planification de mise en œuvre et de suivi évaluation ainsi que l'implication des municipalités. Le document clarifie aussi d'autres aspects tels que le cahier de charge et la motivation des relais communautaires ainsi que les rôles de tous les acteurs.

6.1.8 Renforcement de la supervision du monitoring et de la gestion de l'information sanitaire

Dans le but d'améliorer les performances du système de santé, le ministère de la santé a élaboré deux documents à savoir :

- Les Directives Nationales du Monitoring (DNM) ;
- Les Directives Nationales de Supervision (DNS).

Les directives nationales de monitoring préconisent non seulement le monitoring au niveau des centres de santé mais aussi au niveau des hôpitaux de zones et au niveau communautaire. Il s'agit d'identifier les goulots d'étranglement, les mesures correctrices et les plans de mise en œuvre « des 14 interventions traceuses ».

Les nouvelles directives nationales de supervision quant à elles clarifient les rôles de chaque niveau de la pyramide sanitaire dans la supervision. L'innovation dans ce domaine est de superviser non seulement les activités techniques et managériales de façon intégrée, mais aussi de recueillir les avis des usagers et des prestataires en vue d'améliorer les performances des différentes structures sanitaires. Pour la première fois, les outils sont proposés pour assurer la supervision du niveau central (directions centrales, directions techniques, et programmes nationaux).

L'information est une dimension importante dans la prise de décision et plus encore dans le contexte d'une gestion axée sur les résultats. C'est la raison pour laquelle, les questions liées à l'exhaustivité de l'information, aux acteurs chargés de la collecte et de l'utilisation des données, aux supports de données, à leur archivage, à leur qualité, à leur transmission, au mécanisme de retro information, sont essentielles.

Pour cela, au préalable, il sera nécessaire de disposer régulièrement de données démographiques fiables servant de base aux différentes programmations du secteur. Dans ce cadre, le département incitera les améliorations qu'il sera nécessaire d'apporter à la collecte et à l'analyse, de manière régulière, des données de l'état civil et des produits des recensements généraux de la population ; parallèlement, les enquêtes démographiques seront menées périodiquement dans un triple but (i) de disposer de la situation des principaux indicateurs du secteur, (ii) de corriger à « mi-parcours » les projections du recensement et (ii) de mieux « étalonner le système d'information sanitaire de routine ».

Par la suite, il s'agira :

- D'intégrer la gestion du SNIGS dans la formation de base et dans les recyclages des personnels de santé des différentes catégories (médecins, sages femmes, infirmiers, statisticiens, informaticiens, démographes, etc...);
- De mettre en œuvre un programme de renforcement du SNIGS à travers (i) la révision et l'allègement des outils, (ii) l'amélioration de la logistique de collecte, de traitement et de

diffusion des informations, (iii) le renforcement des compétences à tous les niveaux de la pyramide sanitaire tant pour la collecte et l'analyse des données que pour leur utilisation dans la prise de décision. A ce sujet, un accent particulier sera donné à la rétro-information et à la sensibilisation des agents sur l'importance du SNIGS ;

- De mettre en place les mécanismes garantissant la prise en compte de l'ensemble des données sanitaires publiques et privées. La concertation avec les structures privées de santé devra permettre l'intégration des données des cliniques, cabinets et pharmacies privées garantissant ainsi l'exhaustivité des résultats produits.

6.2 Cadre institutionnel de mise en œuvre du PTD et de ses produits

Le PTD devra servir dans deux directions essentielles : (i) le processus de planification opérationnelle annuelle et (ii) le processus de budgétisation sectorielle impliquant à la fois les ressources intérieures et extérieures mobilisées sur le moyen terme (CDMT 2010-2012).

6.2.1 Elaboration du CDMT 2010-2012

Grâce au PTD, les enveloppes budgétaires annuelles, réparties par rubrique, serviront de base à l'élaboration du CDMT sectoriel, qui aura pour avantage, de montrer différents scénarios facilitant ainsi le dialogue avec les Ministères du Plan, de l'économie et des finances. Le PTD adopté pourrait ainsi contribuer à l'élaboration du Budget-programme de 2011 et de 2012 pour le secteur.


6.2.2 Elaboration des plans opérationnels à différents niveaux de la pyramide sanitaire

L'élaboration des orientations de la tranche triennale du PNDS, PTD 2010-2012, pose les bases d'un processus de planification évoluant :

- Du bas vers le haut, afin d'adapter les orientations nationales et les cadrages financiers à tous les niveaux, et
- En retour, de disposer de plans opérationnels en conformité avec ces orientations et partant des priorités locales.

Ainsi, les différentes phases évolueront du niveau central vers le niveau « zones sanitaires» pour repartir avec une consolidation par niveau jusqu'à disposer de plans opérationnels par départements répondant à la matrice nationale.

Il s'agira donc :

- Au niveau central :
- De présenter le PTD pour tout le secteur de la santé avec une Matrice définissant :
 - les objectifs d'impact en terme de réduction de la mortalité et de la morbidité avec une projection des tendances sur toute la période du PNDS, et au passage, une évaluation de l'atteinte des OMS 
 - les objectifs de couverture ou résultats attendus,
 - les indicateurs de suivi dans le cadre d'un plan national de suivi-évaluation
 - les principales stratégies retenues, et

- les cadrages financiers avec une projection des tendances sur toute la période du PNDS.

Cette matrice sera la base du CDMT sectoriel pour la période 2010-2012, et servira d'élément de négociation sur la voie du Compact. Elle sera revue au début de chaque année.

Elle présentera les réformes et mesures d'accompagnement nécessaires à la mise en œuvre efficace du PTD ; elles seront classées en mesures ou réformes préalables, à court, moyen et long terme.

- D'élaborer des matrices de cadrage triennal pour chaque Département définissant :
 - les objectifs de couverture ou résultats attendus,
 - les indicateurs de suivi,
 - les principales stratégies et actions retenues,
 - les cadrages financiers par Département, et
 - les mesures d'accompagnement nécessaires en complément aux réformes et mesures du niveau national.

Ces matrices seront élaborées au niveau central dans le cadre d'ateliers impliquant le niveau central – le Cabinet, les Directions et les Programmes – les DDS et les Pts ; elles seront évaluées semestriellement, et en cas de besoin, revues afin de prendre en compte les nouveautés et les contraintes. Les équipes de la DPP, de la DRFM et de la DRH veilleront à s'assurer que ces matrices sont conformes avec les orientations et cadrages du PTD.

- Au niveau départemental :
- D'élaborer des matrices de cadrage annuel par Zone sanitaire définissant :
 - les objectifs de couverture ou résultats attendus par Zone sanitaire,
 - les indicateurs de suivi,
 - les principales stratégies retenues,
 - les cadrages financiers par Zone sanitaire, et
 - les mesures d'accompagnement nécessaires en complément à celles du niveau départemental.

Ces matrices seront élaborées au niveau départemental dans le cadre d'ateliers impliquant la DDS, les Coordonnateurs des équipes d'encadrement de zones, des représentants du Niveau central⁹, des Pts et des autres acteurs appuyant ou intervenant dans le Département.

Ces matrices seront évaluées trimestriellement, et en cas de besoin, revues afin de prendre en compte les nouveautés et les contraintes. Les Equipes des DDS veilleront tout particulièrement à s'assurer que la « somme » des résultats et des ressources de ses Zones sanitaires respecte les cadrages de la matrice départementale.

- Au niveau de la Zone sanitaire:

⁹ Les Directions DPP, DDZS, DNPS, DRH, DPM et DRFM seront représentées

- D'élaborer les plans opérationnels annuels d'action des zones sanitaires en veillant au respect des orientations et des cadrages retenus dans les matrices de Zone sanitaire ; cette étape se fera en présence de représentants du Département, et des Pts et acteurs appuyant ou intervenant dans la Zone sanitaire. Les responsables politiques, administratifs, sectoriels et communautaires de la Zone sanitaire seront associés dans les formes appropriées.
- De transmettre au Département – pour approbation et compilation dans un seul plan départemental – les différents plans opérationnels ne comportant que (i) les niveaux actuels des indicateurs de couverture, (ii) les objectifs et résultats attendus¹⁰, (iii) les actions¹¹ retenues par objectif ou groupe d'objectifs et (iv) les ressources humaines et financières nécessaires en incluant les ressources disponibles et les ressources additionnelles nécessaires.
- Approbation au niveau central :
Les Directions départementales transmettront leurs plans compilés comprenant seulement :
 - Les objectifs et résultats attendus,
 - Les stratégies et principales actions retenues,
 - Les indicateurs de suivi, et
 - Les coûts par objectif, par résultat et par stratégie ainsi que les coûts globalisés par zone.
 Le niveau central procédera avant approbation, aux vérifications de conformité avec les orientations et cadrages nationaux. Les plans ainsi validés serviront de base :
 - à la mise en place des contrats ou incitations à la performance, et
 - à la mobilisation des ressources locales, nationales et extérieures.
 Remarques : nécessité de mentionner dans le document la clé de répartition des crédits et les critères
 Pour une mise en œuvre efficace des PTD, il faut que les acteurs disposent d'un cahier de charge définissant les critères d'évaluation et de motivation.
 Associer les acteurs du secteur privé de la santé à toutes les formations et activités du ministère de la santé.

6.3 Conditions de réussite

La réussite de la mise en œuvre du Plan Triennal de Développement dépend :

- des ressources humaines en quantité et en qualité et de leurs gestions basées sur l'incitation à la performance ;
- du niveau d'engagement de mise en œuvre ;

¹⁰ En précisant le nombre de personnes à couvrir par l'intervention concernée

¹¹ On évitera d'aller dans le détail des activités qui est un exercice fastidieux et qui limiterait la marge de manœuvre des responsables du niveau opérationnel en restant « stratégique dans la mise en œuvre ».

- de la mise à disposition réelle des fonds prévus dans le cadrage financier,
- de la mise en place des mesures relatives aux réformes liées au renforcement du système de santé notamment la gestion des médicaments, intrants et équipements, aux ressources financières et matérielles

Enfin, les principes cardinaux d'appropriation, d'harmonisation, d'alignement, d'orientation vers les résultats qui ont caractérisé l'élaboration du PTD devraient accompagner la mise en œuvre.

7 PLAN DE FINANCEMENT ET MOBILISATION DES RESSOURCES

Les ressources additionnelles sont des ressources financières nécessaires pour lever les goulots d'étranglements et atteindre les objectifs fixés lors de la planification ; ces ressources sont dites additionnelles car elles viennent en complément du budget déjà disponible

Après avoir développé l'application « Marginal Budgeting For Bottleneck » (MBB) pour toute la période couverte par le PNDS (2009-2018) et en utilisant les objectifs retenus dans ce document stratégique, il s'agit maintenant de se focaliser sur la tranche triennale qui sera couverte par le PTD, à savoir 2010-2012.

Dans un but d'améliorer le dialogue entre le Ministère de la santé et ses Partenaires gouvernementaux (en particulier les Ministères du Plan et des Finances) et internationaux (les PTF représentés dans le pays), trois scénarii de financement ont été développés, avec pour chaque scénario l'impact attendu sur les objectifs de mortalité et de morbidité liés aux OMD.

Ci-dessous une analyse comparative de ces trois scénarii dont le troisième (optimiste) est conforme aux orientations retenues dans le PNDS, alors que le premier (moins ambitieux) constitue le minimum requis pour garder les objectifs de couverture à leur niveau actuel.

7.1 *Evolution des niveaux de financement additionnels en fonction des trois scénarios*

Tableau 5 : Evolution des niveaux de financement additionnel

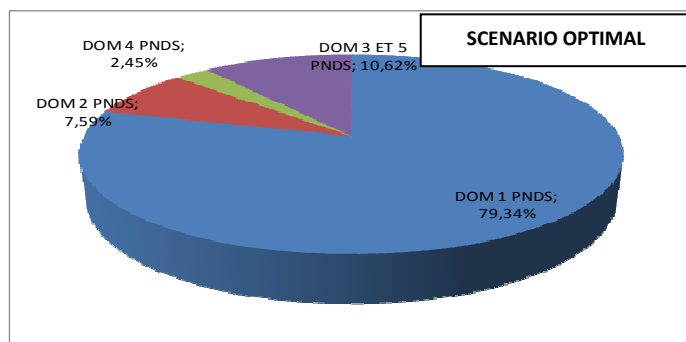
SCENARIO	2010	2011	2012	Total
Scénario 1 (minimal)	5 612,32	10 117,18	17 758,41	33 487,91
Scénario 2	9 105,05	16 825,66	29 605,14	55 535,86
Scénario 3 (optimal: PNDS)	13 100,07	22 207,04	36 734,55	72 041,67

NB : Les Montants sont libellés en millions de FCFA

Pour atteindre les objectifs du PNDS, et tendre vers les OMD en 2015, il est nécessaire que les niveaux additionnels du scénario 3 (maximal) soient garantis par le Gouvernement et ses Partenaires. Ce niveau évoluera d'environ 13 milliards de FCFA en additionnel en 2010 à 37

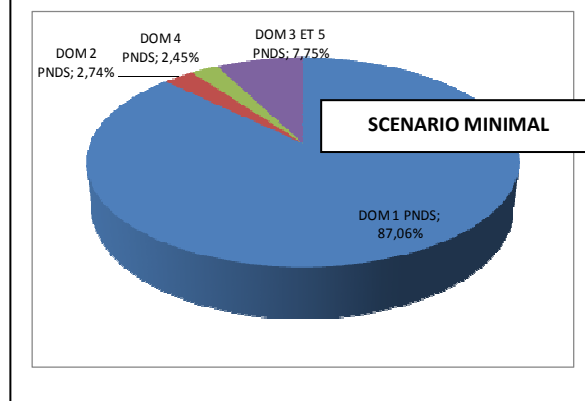
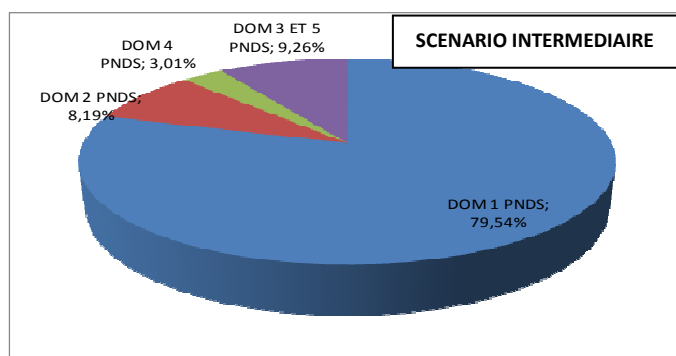
milliards en 2012 ; ceci, en sachant que certains financements déjà annoncés ne sont pas comptabilisés et devront l'être afin d'améliorer la prévisibilité des ressources du secteur. Les autres scénarii s'ils sont appliqués, seront responsables d'un retard important de l'évolution du pays vers les OMD.

7.2 Répartition des ressources additionnelles en fonction du domaine du PNDS



COMMENTAIRE

Pour le scénario optimal, le domaine 1 qui correspond aux programmes d'action porteur d'impact nécessite à lui seul 79,34 % en termes de ressources additionnelles. Cette tendance est maintenue même si, pour le scénario minimal, le domaine 1 nécessiterait 87,06 %.

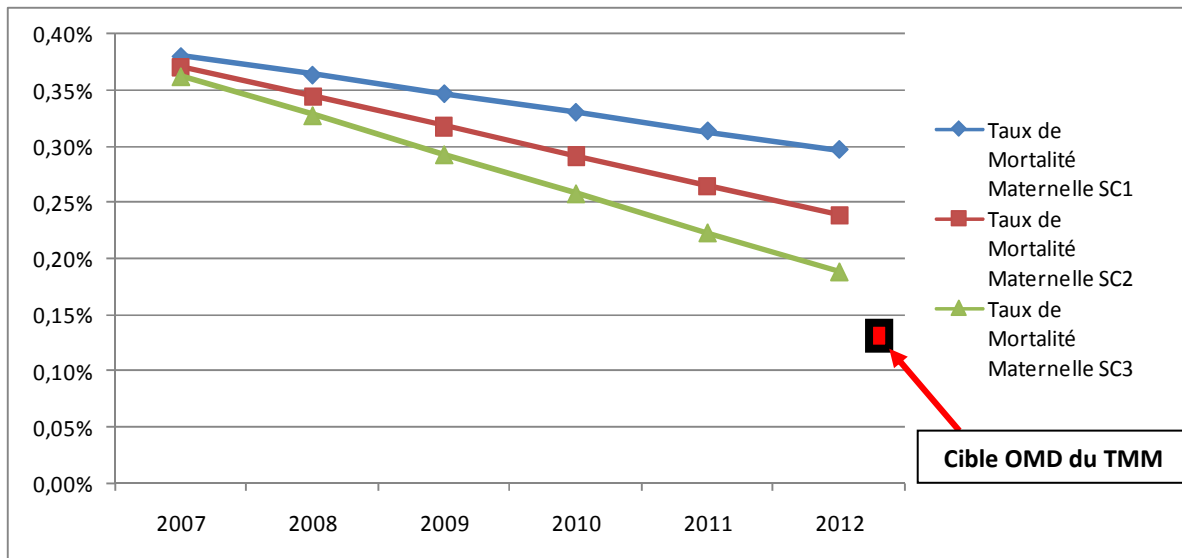


Source : (MBB) Bénin

Graphique 15 : Répartition des ressources en fonction des domaines selon les scénarios

7.3 Impacts attendus en fonction du scénario retenu

7.3.1 Mortalité maternelle

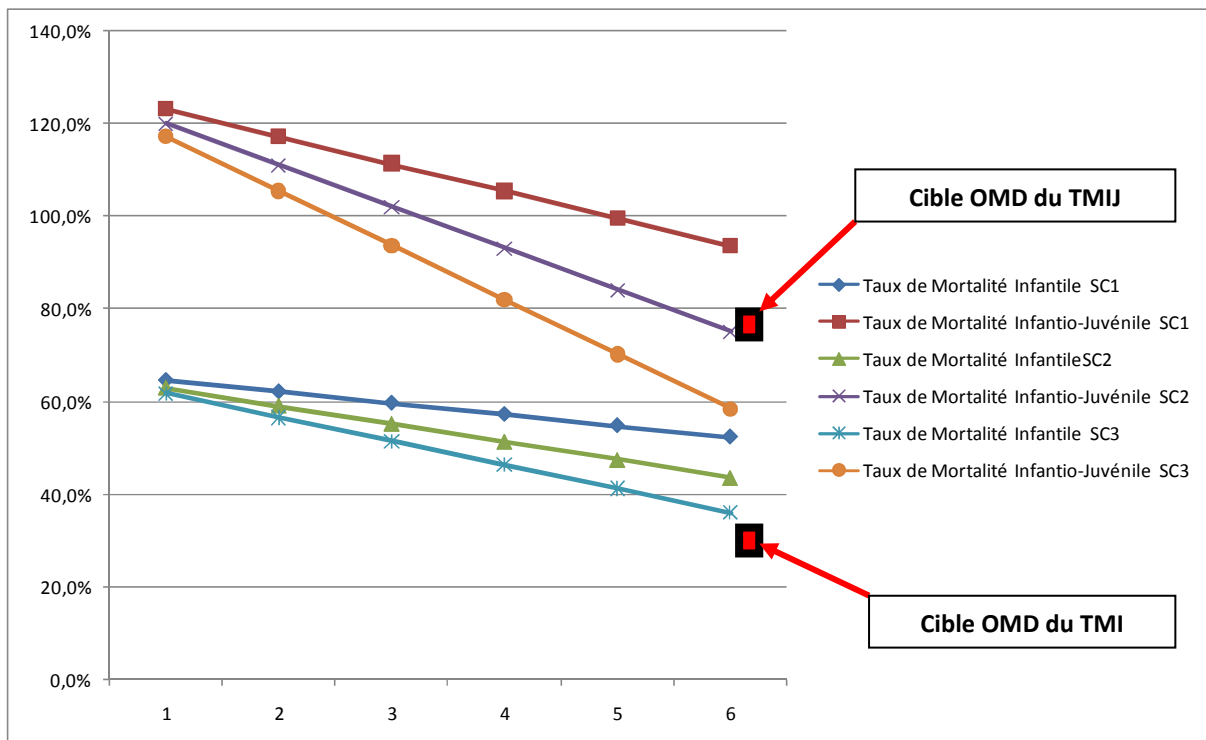


Source : PNDS 2009-2018 (page 40)

Graphique 16 : Impact sur la mortalité maternelle selon le scénario retenu

Le scénario 3 (maximal) est le scénario retenu. Il permet au terme des trois prochaines années, si les ressources additionnelles étaient octroyées au secteur de faire passer le taux de mortalité maternelle de plus de 350 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2007 à moins de 201 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2012.

7.3.2 Mortalités infantile, infanto-juvénile et néonatale



Source de la cible : PNDS

Graphique 17 : Impact sur la mortalité infanto juvénile et néonatale selon le scénario retenu

Pour le taux de mortalité infantile, il passe de plus de 60 pour 1000 en 2007 à moins de 40 pour 1000 en 2012 sans toutefois atteindre la cible pour l'OMD 4 en 2012 estimée à 28 pour 1000.

Pour le taux de mortalité infanto juvénile, la mise en œuvre du scénario 3 (maximal) permettra de faire passer ce taux de 120 pour 1000 en 2007 à moins de 60 pour 1000 en 2012. Il dépasse la cible pour l'OMD 4 en 2012 estimée à 75 pour 1000.

7.4 Répartition des ressources additionnelles

7.4.1 Répartition des ressources additionnelles en fonction du mode de prestation des services

Tableau 6 : Répartition des ressources additionnelles en fonction du mode de prestations

Mode de Prestation de service	2010	2011	2012	Total
1. Services à base communautaire et familiale	3 482,81	2 586,71	1 866,60	7 936,12
2. Service orientés vers les populations	2 020,74	3 945,38	6 051,74	12 017,86
3. Soins cliniques Individuels (devant être constamment disponibles)	4 073,12	10 714,79	22 414,42	37 202,33
Renforcement des capacités au niveau déconcentré	1 419,13	1 668,10	1 917,07	5 004,30
Assistance technique	1 295,12	2 298,35	3 301,58	6 895,05
Planification, Gestion, Suivi	776,23	932,15	1 088,07	2 796,44
Total	13 067,15	22 145,48	36 639,47	71 852,10
Par Habitant (en USD)	1,52	2,57	4,26	2,78

NB : Les Montants sont libellés en millions de FCFA (x1,000,000 FCFA)

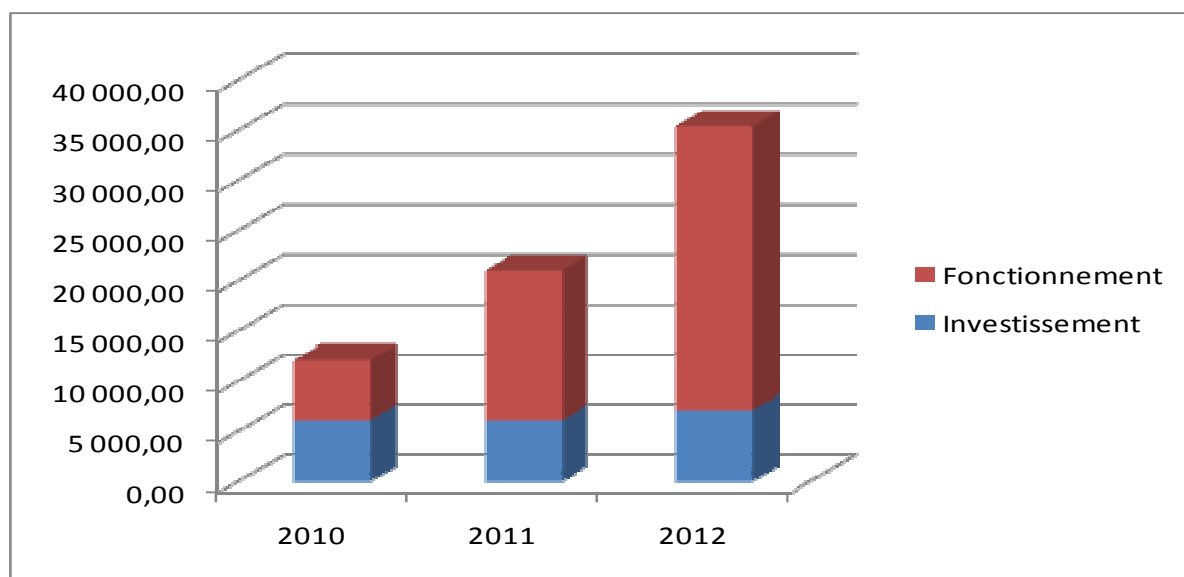
Le niveau de ressources additionnelles nécessaires – évoluant de 13 à 37 milliards environ entre 2010 et 2012 – représenterait une augmentation des ressources actuelles respectivement de 1,5 dollars par tête d'habitant en 2010 à 4,3 dollars en 2012, ce qui reste largement accessible au regard des résultats attendus.

La répartition des ressources additionnelles par mode de prestations montre que les soins cliniques individuels viennent en tête, suivis des services orientés vers les populations et les services à base communautaire et familiale.

Pour les soins cliniques et les services orientés vers les populations, de l'année 2010 à l'année 2012, l'évolution en valeur absolue est croissante. Quant au service à base communautaire et familiale cette évolution est décroissante. Elle exprime la volonté de mettre le paquet d'activité communautaire en première année.

La baisse enregistrée pour le mode communautaire tient à deux de ces cinq rubriques à savoir, la disponibilité de matériels essentiels et l'utilisation initiale des soins familiaux à base communautaire ; ces deux rubriques tireront profit de la distribution initiale des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action – donc ne nécessitant pas d'être changées au cours du PTD – et profiteront aussi du passage à l'échelle des interventions fixes et mobiles visant la mère et l'enfant, et du coût interventions communautaires diminuent en intensité.


7.4.2 Répartition des ressources additionnelles en fonction du type de dépense



NB : Les Montants sont libellés en millions de FCFA (x 1,000,000 FCFA)

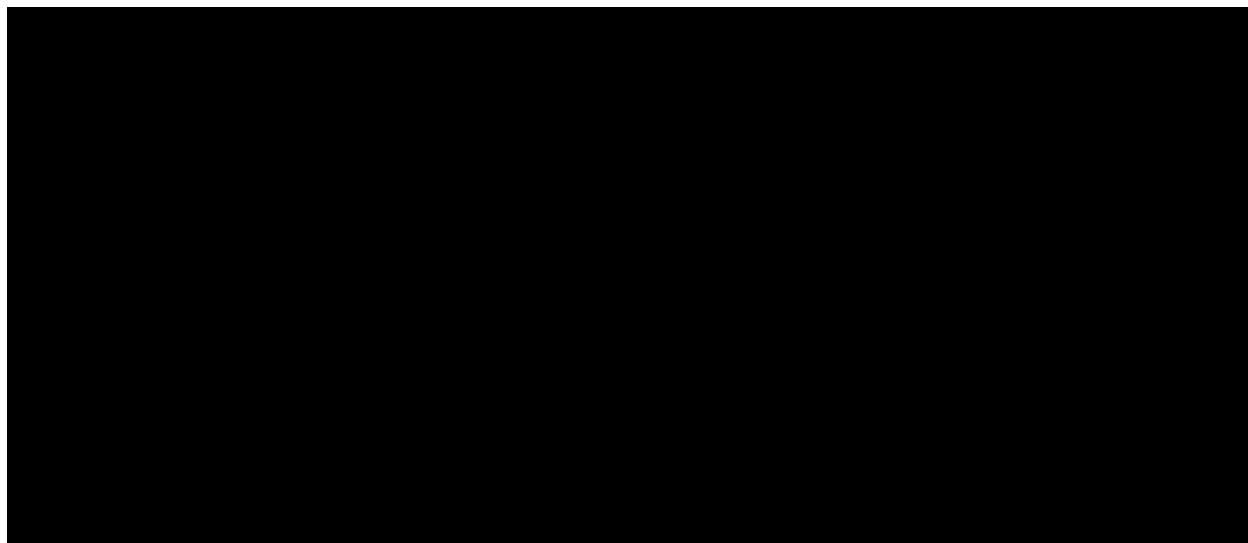
Source : MBB Bénin

Graphique 18 : Ressources additionnelles en fonction du type de dépenses

Pour les allocations par type de dépense (investissement et fonctionnement), l'accroissement du fonctionnement année par année est relativement élevé par rapport à l'investissement, et traduit la nécessité de financer l'accroissement des besoins en interventions prioritaires en réponse à une couverture croissante de l'utilisation des services avec une qualité améliorée. Ce niveau de financement du fonctionnement permettra de rentabiliser les investissements déjà opérés dans le secteur en vue d'augmenter l'utilisation moyenne des services de santé (de 37% à plus de 70%) et d'améliorer sensiblement la qualité de ces services. 

7.4.3 Répartition des ressources additionnelles en fonction du Programme de PTD

Tableau 7 : Ressources additionnelles en fonction du programme PTI 



NB : Les Montants sont libellés en millions de FCFA (x1,000,000 FCFA)

La tendance est à la hausse d'années en années pour les différents programmes exprimant ainsi le passage progressif à l'échelle de l'ensemble des interventions à haut impact retenues en plus de la prise en compte de l'évolution des données démographiques.

Cependant, le niveau et la tendance ne sont pas uniformes entre les programmes tout en notant que la répartition entre les programmes d'action et les programmes d'appui n'est que didactique.

Schématiquement, sept programmes se partagent la plus grande part :

- Trois programmes d'action – lutte contre les mortalités maternelle et infanto-juvénile et les trois maladies prioritaires (paludisme, VIH/SIDA et tuberculose) – totalisent à eux seuls de 47% à 38% entre 2010 et 2012 ; malgré que la part brute de ces trois programmes évolue d'environ 6 à 13 milliards de FCFA, la part relative décroissante de ce groupe exprime l'acquisition importante au début de la période de petits matériels et de moustiquaires imprégnées qui ne seront pas renouvelés annuellement ;


Quatre programmes d'appui – liés aux ressources humaines, aux médicaments et consommables, à la qualité des services et au renforcement institutionnel – totalisent de 40% à 52% entre 2010 et 2012 garantissant ainsi la disponibilité permanente des ressources humaines et des médicaments et consommables pour un accès facile des populations aux services essentiels de santé ; l'assurance qualité nécessitera des ressources de plus en plus importantes en relation avec l'échelle de couverture et l'exigence croissante d'une qualité plus importante ; le besoin additionnel pour renforcement institutionnel du système augmentera en valeur brute mais verra sa part relative passer de 14 à 9%.

7.4.4 Répartition des ressources additionnelles en fonction de la catégorie de dépense

Tableau 8 : Ressources additionnelles en fonction de la catégorie de dépenses

Catégorie	Rubrique	2010	2011	2012	Total
Santé infantile		810,71	1 893,66	3 519,12	6 223,50
	<i>Médicaments et consommables de la santé de l'enfant</i>	270,37	436,90	605,10	1 312,38
	<i>Gestion du Programme de santé infantile</i>	540,34	1 456,76	2 914,02	4 911,12
Vaccination		1 310,13	2 502,20	3 702,93	7 515,26
	<i>Vaccins</i>	1 265,94	2 409,92	3 558,67	7 234,53
	<i>Activités de renforcement du Programme PEV</i>	14,46	28,93	43,39	86,78
	<i>Gestion du Programme PEV</i>	29,73	63,35	100,87	193,95
Eau, hygiène et assainissement		300,25	389,36	408,90	1 098,51
Nutrition		331,77	561,27	830,14	1 723,18
Santé maternelle		1 668,82	3 495,37	6 377,64	11 541,82
	<i>Médicaments et consommables de la santé maternelle</i>	1 637,10	3 415,95	6 227,39	11 280,44
	<i>Gestion du Programme de santé maternelle</i>	31,72	79,42	150,24	261,38
Planification familiale		130,34	268,84	436,33	835,51
	<i>Contraceptifs</i>	68,11	117,68	169,53	355,32
	<i>Gestion du programme de PF</i>	62,23	151,16	266,80	480,19
Lutte contre le VIH/SIDA		1 392,60	3 779,90	7 530,12	12 702,62
	<i>Prévention du VIH</i>	339,08	687,62	1 045,62	2 072,31
	<i>Soins et traitement VIH</i>	663,89	2 291,91	5 250,42	8 206,22
	<i>OEV</i>				
	<i>Gestion du Programme SIDA</i>	389,63	800,37	1 234,08	2 424,08
Lutte contre la Tuberculose		247,82	568,07	987,59	1 803,47
	<i>Médicaments et consommables de la lutte contre la tuberculose</i>	150,54	371,71	689,74	1 211,99
	<i>Gestion du Programme tuberculose</i>	97,28	196,36	297,84	591,48
Paludisme		3 784,60	4 689,10	7 888,25	16 361,95
	<i>Médicaments et consommables antipaludéens</i>	1 236,86	3 370,82	7 384,96	11 992,64
	<i>MILD</i>	2 513,66	1 256,83	418,94	4 189,43
	<i>Pulvérisation intra-domiciliaire</i>	13,42	20,12	22,36	55,90
	<i>Gestion du Programme de lutte contre le paludisme</i>	20,66	41,33	61,99	123,98
Non-MDGs basic services					
Valorisation des Ressources Humaines		288,30	492,65	644,11	1 425,06
	<i>Pre-service training</i>				
	<i>Salaires</i>	288,30	492,65	644,11	1 425,06
	<i>Primes</i>				
Infrastructures, équipement et transport		450,47	523,56	605,97	1 580,00
	<i>Infrastructures</i>	146,44	155,98	166,02	468,44
	<i>Équipement</i>	35,76	41,11	47,18	124,05
	<i>Transport</i>	268,27	326,47	392,77	987,51
Logistique		1 835,46	1 951,20	2 066,93	5 853,59
	<i>Renouvellement des stocks</i>	608,35	608,35	608,35	1 825,05
	<i>Magasins, équipement et véhicules</i>	1 227,11	1 342,85	1 458,58	4 028,54
SNIS		77,97	148,34	267,38	493,69
Gouvernance, régulation et suivi		415,24	791,29	1 147,42	2 353,95
Financement de la santé		22,67	90,66	226,65	339,98
	<i>Assurance</i>	22,67	90,66	226,65	339,98
	<i>Transfert et subventions</i>				
Total		13 067,15	22 145,48	36 639,47	71 852,10

La distribution des ressources additionnelles nécessaires en fonction des catégories de dépense donnent les détails des écarts constatés entre programmes et les tendances sur la période triennale. Cette répartition permet aussi d'objectiver les liens entre les programmes et leurs principaux intrants.

Elle donne aussi les niveaux additionnels nécessaires pour garantir la disponibilité de ces intrants prioritaires 

7.5 Répartition des enveloppes budgétaires totales

Pour la définition des enveloppes globales budgétaires, trois approches en matière de détermination des enveloppes de base peuvent être comparées :

- l'estimation par le Millénium Project du niveau de ressources nécessaires à l'atteinte des OMD ;
- l'estimation de l'exécution du budget du secteur sur les années antérieures ;
- la programmation du budget des années antérieures.

Tableau 9 : Point des enveloppes de base par le Millénium Project

Année	Prévision en \$	Prévision en F CFA	Prévision en F CFA en millions
2006	80 144 518	34 061 420 150	34 061,42
2010	103 991 650	44 196 451 250	44 196,45
2015	147 348 789	62 623 235 325	62 623,24

Source : OMD Santé 2006

Cette estimation souffre d'une lacune, celle du taux de conversion du \$. Ce calcul est repris à 415 F CFA le dollar alors qu'au moment où cette évaluation avait été faite le dollar était à plus de 500 F CFA. Ce biais devra être corrigé.

Tableau 10 : Point de la programmation et de l'exécution des ressources du secteur

Année	Prévision	Réalisation	Taux de réalisation
2004	45 670	29 676	64,98 %
2005	41 617	34 530	82,97 %
2006	50 506	39 434	78,08 %
2007	72 826	64 235	88,20 %
2008	79 702	47 524	59,63 %
2009	111 415	-	-

Source : Rapport de performance

Ce tableau donne des moyennes qui ne tiennent pas compte des ressources extrabudgétaires dont le secteur bénéficie. Si, ces ressources étaient retracées, le niveau de programmation et même d'exécution serait relevé.

Tableau 11 : Point des ressources globales de 2010 à 2012

					TOTAL
	Ressources complémentaires	13 100	22 207	36 734	72 041
Enveloppe de base	Montant en millions	Montant 2010	Montant 2011	Montant 2012	
Millénum Project	34 061	47 161	56 268	70 795	174 224
Moyenne Exécution	43 080	56 180	65 287	79 814	201 281
Moyenne Prévision	66 956	80 056	89 163	103 690	272 909
Meilleure Exécution	64 235	77 335	86 442	100 969	264 746
Meilleure Prévision	111 145	124 245	133 352	147 879	405 476

Source : Estimée

7.6. Mobilisation des ressources

La mobilisation des ressources pour le financement du PTD va consister à obtenir un niveau de financement pour le secteur, qui soit suffisant pour couvrir les coûts pour atteindre les objectifs ciblés à travers des actions concrètes, notamment celles requises pour répondre aux dispositions des interventions à haut impact.

A cet effet, il est envisagé de faire un plaidoyer auprès du Gouvernement et des Partenaires Techniques et Financiers sur la nécessité de couvrir les ressources complémentaires en vue de faciliter la mise en œuvre des actions reconnues comme porteurs de résultats pour la réduction de la mortalité infanto juvénile, la mortalité maternelle, la mortalité due aux maladies prioritaires, le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA.

A cet effet, il est peut être envisagé, l'introduction du PTD en Conseil des Ministres pour adoption comme document consensuel. Il sera proposé comme stratégies en matière de mobilisation, l'engagement écrit dans la proposition Compact et au besoin une réunion extraordinaire des partenaires pour en décider des modalités pratiques. Il peut être envisagé l'organisation d'une table ronde pour la mobilisation du PNDS y compris le PTD.

Toutefois, la mobilisation des ressources devra être perçue comme une partie intégrante de la mise en œuvre du Plan Triennal de Développement laquelle est maîtrisée à travers les étapes ci-après :

- l'établissement des obligations spécifiques de l'Etat ;
- la détermination du cadre de mise en œuvre ;
- le développement d'un plan pour la mise en œuvre des obligations du PTD ;
- l'identification des besoins en ressources financières.

8 SUIVI ET EVALUATION

Le suivi et l'évaluation des réformes, mesures et préalables cités plus haut (notamment le passage à l'échelle des PIHI et l'application des nouvelles directives de supervision et de monitoring) et du PTD lui-même permettra d'apprécier l'évolution des résultats attendus et leur impact sur la santé des populations.

8.1 Suivi des PIHI, Supervision et monitoring :

Le suivi des PIHI se fera de deux manières concomitantes : il s'agit d'une part de suivre l'application harmonisée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire de ces paquets tels que définis dans le document national et d'autre part de suivre l'évolution des indicateurs situés en annexe dudit document. Pour le premier volet, ce suivi sera basé sur deux indicateurs : la proportion des agents de santé formés sur les PIHI et la proportion de formations sanitaires appliquant effectivement les PIHI. Le suivi de l'évolution des indicateurs sera fait à travers le monitoring et la supervision mais aussi sur la base de rapports annuels des zones sanitaires et des DDS.

Le suivi de l'application des nouvelles directives de monitoring et supervision se fera sur la base des indicateurs suivants :

- Pourcentage d'EEZS et de DDS qui mènent les supervisions selon le rythme requis conformément aux directives nationales,
- Pourcentage de centre de santé ayant reçu des séances de supervision selon les normes requises,
- Pourcentage de centres de santé qui mènent les activités de monitoring selon les normes requises et assorties d'un plan de résolution des problèmes,

Les données de suivi feront l'objet de rapports annuels des EEZS et des DDS et seront compilés pour être discutées lors des revues sectorielles annuelles.

8.2 Cadre de suivi et évaluation du PTD

Le Plan Triennal de Développement intervient dans un contexte de système de suivi évaluation unique. Ce système unique de suivi et évaluation est constitué du cadre institutionnel, des mécanismes de fonctionnement du système national opérationnel de suivi et évaluation, des principaux indicateurs retenus. Il permet la production de données et leur diffusion en vue de prendre des décisions et de réorienter les actions.

Le cadre institutionnel de suivi évaluation est le Comité National de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Programmes (CNEEP) du secteur santé avec ces nouveaux éléments que sont les sous comités de suivi-évaluation des projets et programmes, les superviseurs d'axe, les points focaux.

Le CNEEP est chargé de valider le Plan Triennal de Développement, de suivre l'exécution des fonds alloués, d'approuver les plans de décaissement, de superviser la mise en œuvre effective des réformes du secteur santé, d'étudier et d'adopter les rapports d'activités annuels, d'initier les audits sur la gestion des ressources, le suivi annuel, l'évaluation annuelle, l'évaluation à mi parcours et l'évaluation en fin de période. Les éléments de mesure de ces changements sont les indicateurs.

Les principaux indicateurs de suivi du Plan Triennal de Développement sont identifiés à partir du modèle MBB et jouent beaucoup plus un rôle d'appréciation des effets d'une action sur le système de santé. Il faut dans le cadre annuel, les faire accompagner des indicateurs de description notamment ceux de moyens, d'activités et de résultats.

Les autres mécanismes qui concourent à ce processus de suivi évaluation tels que les revues conjointes devraient connaître une plus grande implication des Partenaires Techniques et Financiers dans le volet élaboration. Il faut envisager des indicateurs à cet effet.

De même, une revue technique des programmes sera organisée annuellement pour suivre les indicateurs de santé.

8.3 Evaluation

Une évaluation à mi-parcours aura lieu à la fin de l'année 2011 et une évaluation finale en Décembre 2012.

L'évaluation à mi-parcours portera à la fois sur les indicateurs de processus et sur les indicateurs des résultats déjà identifiés. L'évaluation finale utilisera les données des enquêtes nationales telles que l'EDS pour apprécier les résultats d'impact. Elle portera aussi sur les financements mobilisés annuellement et globalement sur les trois ans par rapport aux montants prévus.

Cette évaluation finale contribuera à l'élaboration du prochain PTD 2013-2015 et permettra de mieux déterminer les objectifs et stratégies de ce document.

CONCLUSION

Le PTD est l'opérationnalisation du Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018. Il a été élaboré avec l'outil MBB et focalisé sur le Paquet d'Interventions à Haut Impact (PIHI). La mise en œuvre du scénario maximal retenu reste un défi important ; elle permettra d'atteindre la cible pour la mortalité infanto juvénile globale (OMD 4) avec des efforts importants à faire sur la composante néonatale et d'approcher la cible de la mortalité maternelle (OMD5) à l'horizon 2012. Ce défi exigerait des ressources additionnelles pour lesquelles la contribution des autres secteurs de développement et des Partenaires Techniques et Financiers est nécessaire. La signature du Compact permettra la mobilisation de ces ressources dans le cadre de l'Harmonisation pour la Santé en Afrique et du Partenariat International pour la Santé et Initiatives apparentées.

