



RAPPORT D'EVALUATION

**PROJET D'APPUI AU DEVELOPPEMENT DU SYSYEME DE SANTE
(PADS)**

REPUBLIQUE DU BENIN

TABLE DES MATIERES

FICHE D'INFORMATION DU PROJET, MONNAIES ET MESURES, LISTE DES TABLEAUX,
LISTE DES ANNEXES, LISTE DES ABREVIATIONS, INDICATEURS SOCIO-
ECONOMIQUES, RESUME ANALYTIQUE, CADRE LOGIQUE DU PROJET i-xi

1.	<u>ORIGINE ET HISTORIQUE DU PROJET</u>	1
2.	<u>LE SECTEUR</u>	2
2.1.	Situation sanitaire.....	2
2.2.	Politique du Gouvernement et programme d'action du secteur.....	2
2.3.	Cadre institutionnel et organisation du secteur	4
2.4.	Ressources humaines du secteur	7
2.5.	Financement du secteur.....	7
2.6.	Interventions des bailleurs de fonds.....	7
2.7.	Contraintes du secteur	9
3.	<u>LES DOMAINES DU PROJET</u>	11
3.1.	L'utilisation des services de santé.....	11
3.2.	La qualité des services de santé de la zone sanitaire.....	13
3.3.	Les maladies transmissibles	15
3.4.	Les services de santé de la reproduction	16
4.	<u>LE PROJET</u>	16
4.1.	Concept et bien-fondé du projet.....	16
4.2.	Zones du projet et bénéficiaires	18
4.3.	Contexte stratégique.....	19
4.4.	Objectifs du projet.....	20
4.5.	Description du projet.....	20
4.6.	Impact sur l'environnement	26
4.7.	Coûts du projet.....	27
4.8.	Sources de financement et calendrier des dépenses.....	28
5.	<u>EXECUTION DU PROJET</u>	29
5.1.	Organe d'exécution	29
5.2.	Dispositions institutionnelles	31
5.3.	Calendrier d'exécution et de supervision.....	32
5.4.	Dispositions relatives à l'acquisition des biens et services.....	32
5.5.	Dispositions relatives aux décaissements	36
5.6.	Suivi et évaluation.....	36
5.7.	Rapports financiers et audit.....	38
5.8.	Coordination de l'aide.....	38
6.	<u>DURABILITE ET RISQUES DU PROJET</u>	39
6.1.	Charges récurrentes.....	39
6.2.	Durabilité du projet	39
6.3.	Principaux risques et mesures d'atténuation.....	40

7.	<u>BENEFICES DU PROJET</u>	41
7.1.	Impact économique	41
7.2.	Impact sur les femmes.....	42
7.3.	Impact social	43
8.	<u>CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS</u>	43
8.1.	Conclusions	43
8.2.	Recommandations et conditions du prêt	44

Le présent rapport a été rédigé par Mr I. Sanogo, Analyste en santé (OCSD.2), Mmes S. Foryt, Analyste financier (OCSD.2) et H. Mrabet, Architecte (OCSD.2), suite à la mission d'évaluation effectuée au Bénin du 10 au 23 décembre 2004. Pour toute information complémentaire, prière s'adresser à Mr. N. SAFIR, Directeur p. i. OCSD, poste 2141 ou Mr. J. E. PORGO, Chef de Division, OCSD.2, poste 2173.

FONDS AFRICAIN DE DÉVELOPPEMENT

01 B.P. 1387 ABIDJAN 01/ COTE D'IVOIRE
Tél.(225) 20 20 48 12 / 20 20 54 47 Fax : (225) 20 20 57 10
BP. 323, 1002 Tunis Belvédère/TUNISIE
Tél : (216) 71 333 511 Fax :(216) 71 351 933

FICHE D'INFORMATION DU PROJET

Date : Décembre 2004

Les renseignements ci-dessous ont pour but de fournir quelques indications générales à tous les fournisseurs, entrepreneurs, consultants et autres personnes intéressées par la fourniture de biens et services au titre des projets approuvés par le Conseil d'Administration du Groupe de la Banque. De plus amples renseignements peuvent être obtenus auprès de l'organe d'exécution du projet.

1. PAYS : République du Bénin
2. TITRE : Projet d'appui au développement du système de santé (Santé III)
3. LIEU D'IMPLANTATION :

Le territoire national pour l'appui au niveau central du Ministère de la Santé Publique (MSP) ; les départements de la Donga et du Zou pour l'amélioration de l'accessibilité à des services de santé de qualité et la promotion de la santé materno-infantile et la lutte contre la maladie. Le département du Borgou pour l'extension du CHD de Parakou.

4. EMPRUNTEUR : République du Bénin
5. ORGANE D'EXECUTION : Unité de Gestion du Projet (UGP) au sein du MSP
6. DESCRIPTION DU PROJET :

Le projet a pour objectif sectoriel de contribuer à la réalisation des objectifs de développement du millénaire dans le domaine de la santé au Bénin : réduction de la mortalité infantile, amélioration de la santé maternelle, lutte contre les IST/VIH/SIDA, le paludisme et autres maladies. Les objectifs spécifiques sont les suivants: i) améliorer l'offre et la qualité des services de santé ; et ii) augmenter l'utilisation des services de santé. Le projet comprend trois composantes : i) amélioration de l'accessibilité à des services de santé de qualité; ii) promotion de la santé materno-infantile et lutte contre la maladie et iii) Gestion du projet.

7. COUT DU PROJET

Devises	:	18,64 millions d'UC
Monnaie locale	:	05,83 millions d'UC
Total	:	24,47 millions d'UC
8. FINANCEMENT PROPOSÉ

Prêt FAD	:	22,00 millions d'UC
Gouvernement	:	02,47 millions d'UC
9. DATE PROBABLE D'APPROBATION : Avril 2005
10. DATE PROBABLE DE DÉMARRAGE ET DURÉE DU PROJET : Janvier 2006 - 5 ans

11. ACQUISITION DES BIENS ET SERVICES:

L'acquisition des biens, travaux et services, se fera selon les règles de procédure du FAD ainsi qu'il suit :

Travaux : (6,00 millions d'UC)

Appel d'Offres International à travers le maître d'ouvrage délégué, pour la réalisation des travaux de construction des hôpitaux et bureaux de zones ainsi que pour les travaux d'extension du CHD-Borgou à Parakou.

Biens : (10,91 millions d'UC)

Appel d'offres international pour l'acquisition : i) du mobilier et équipements biomédicaux, ii) des moustiquaires imprégnées, iii) du Coartem et tests de diagnostic rapide pour le paludisme, iv) des ambulances, v) des réseaux aériens de communication et vi) du matériel didactique pour SONU et PCIME et trousse pour matrones ;

Appel d'offres national pour l'acquisition : i) du mobilier des hôpitaux; ii) des équipements bureautiques, informatiques et audiovisuels ; iii) du matériel d'assainissement et iv) du matériel roulant. Le montant maximum par marché est de 200 000 UC.

Négociation directe i) avec la CAME pour l'acquisition des médicaments, consommables et réactifs; et ii) la Direction des pharmacies et des explorations diagnostiques du Ministère de la Santé Publique pour les jardins de plantes médicinales.

Services (5,16 millions d'UC)

Consultation sur la base d'une liste restreinte pour i) la maîtrise d'ouvrage déléguée pour les travaux; ii) la réalisation des études architecturales et techniques, la supervision et contrôle des travaux de construction des hôpitaux et bureaux de zones ainsi que pour l'extension du CHD-Borgou; iii) les formations en gestion des mutuelles ; iv) les activités d'IEC; v) les études et diagnostic d'évaluation et de suivi & supervision (maintenance, fonctionnalité des ZS et développement des ressources humaines); vi) les services de formateurs et d'encadreurs pour les ateliers de recyclage et de formation coordonnés par le MSP et MFPSS ; vii) l'assistance technique pour l'UGP et viii) l'audit du projet.

Négociation directe avec l'IRSP, les écoles de formations professionnelles (INMES et ENIAB) et les écoles de médecine et de maintenance dans la sous-région pour les formations médicales, paramédicales, administratives et celles relatives à la maintenance

La planification des activités d'hygiène et d'assainissement sera assurée par la Direction de l'hygiène et de l'assainissement de base (DHAB) du Ministère de la Santé Publique. La planification des activités de lutte contre les maladies prioritaires sera assurée par la Direction de la lutte contre la maladie (DLM) du Ministère de la Santé Publique. La formation des tradithérapeutes sera assurée par la Direction des Pharmacies et des explorations diagnostiques du Ministère de la Santé Publique. Les conventions directes avec ces directions seront soumises à une revue par la Banque.

Fonctionnement (1,71 million d'UC)

Consultation sur la base de listes restreintes pour le personnel de l'unité de gestion du projet. Les listes restreintes sont établies suite à des appels à candidature au niveau national ;

Convention avec le MSP et le MEHU pour le suivi et évaluation des activités du projet ;

Le fonctionnement du projet (fournitures de bureaux, carburant, etc.) sera assuré en utilisant : i) des consultations de fournisseurs pour des montants inférieurs à 20 000 UC et ii) des appels d'offres pour les marchés dont le montant est supérieur à 20 000 UC.

Divers (0,69 million d'UC)

Consultation sur la base d'une liste restreinte pour les services des ONG pour la mise en place des mutuelles et la gestion des cotisations des indigents payées par le projet.

12. SERVICES DE CONSULTANTS REQUIS :

Les services de consultants seront requis pour réaliser des études, assurer les formations et effectuer les audits annuels du projet.

ÉQUIVALENCES MONÉTAIRES

(Décembre 2004)

Monnaie nationale	=	FCFA
1 UC	=	757,794 FCFA
1 UC	=	1,194 EURO
1 UC	=	1,478 USD

MESURESSystème métriqueANNÉE FISCALE

1er Janvier - 31 décembre

LISTE DES TABLEAUX

	<u>Page</u>
Tableau 2.1 : Répartition des établissements privés de soins par département	06
Tableau 2.2 : Evolution du budget de la santé par rapport au budget de l'état	07
Tableau 4.1 : Coût du projet par composante	27
Tableau 4.2 : Coût du projet par catégorie de dépenses	27
Tableau 4.3 : Coût du projet par source de financement	28
Tableau 4.4 : Coût du projet par composante et par source de financement	28
Tableau 4.5 : Coût du projet par catégorie de dépenses et par source de financement	28
Tableau 4.6 : Calendrier des dépenses par composante	29
Tableau 4.7 : Calendrier des dépenses par catégorie de dépenses	29
Tableau 4.8 : Calendrier des dépenses par source de financement	29
Tableau 5.1 : Plan prévisionnel d'exécution du projet	32
Tableau 5.2 : Dispositions relatives à l'acquisition des biens, services et travaux	33

LISTE DES ANNEXESNombre de pages

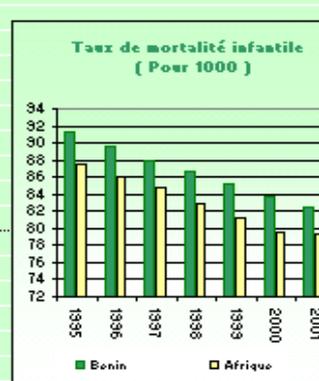
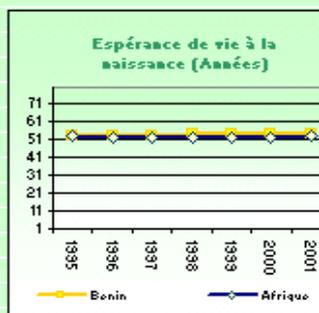
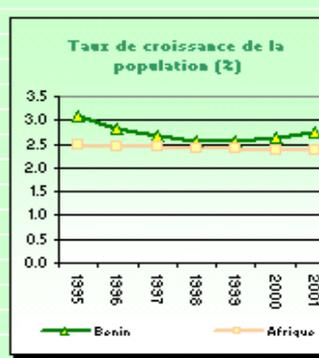
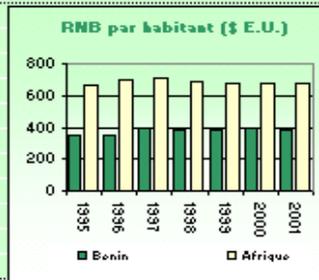
Annexe 1	Interventions des partenaires	1
Annexe 2	Carte administrative du Bénin et zones du projet	1
Annexe 3	Résumé des termes de référence du Coordonnateur	1
Annexe 4	Résumé des dispositions socio-environnementales	1
Annexe 5	Résumé des coûts détaillés du projet	1
Annexe 6	Liste des biens et services	2
Annexe 7	Organigramme de l'UGP	1
Annexe 8	Planning d'exécution du projet	1
Annexe 9	Processus d'élaboration du rapport d'évaluation	1
Annexe 10	Résumé des opérations en cours de la Banque au Bénin	1

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ACDI	Agence Canadienne pour le Développement International
ADMAB	Agence pour le Développement des Mutuelles Agricoles au Bénin
AFD	Agence française de Développement
BAD	Banque africaine de Développement
BADEA	Banque Arabe pour le Développement Economique de l'Afrique
BM	Banque Mondiale
BZ	Bureau de Zone
CAME	Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels
CCC	Communication pour un changement de comportement
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CIDR	Centre International de Développement et de Recherche
COGES	Comité de Gestion
CPN	Consultation Pré Natale
DDSP	Direction Départementale de la Santé Publique
DHAB	Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base
DSP	Document de Stratégie par Pays
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EEZ	Equipe d'Encadrement de Zone
ENIAB	Ecole Nationale d'Infirmiers et d'Infirmières Adjoints du Bénin
FMI	Fonds Monétaire International
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
GTZ	Coopération allemande au développement
IEC	Information, Education, Communication
INMES	Institut National Médico-social
IST	Infections sexuellement transmissibles
MCPPD	Ministère Chargé du Plan de la Prospective et du Développement
MEHU	Ministère de l'environnement, de l'habitat et de l'urbanisme
MFE	Ministère des Finances et de l'Economie
MFPTRA	Ministère de la fonction publique et du travail
MFPSS	Ministère de la Famille de la Protection Sociale et de la Solidarité
MOD	Maître d'Ouvrage Délégué
MSP	Ministère de la santé publique
OCB	Organisation à base communautaire
ODM	Objectifs de développement du millénaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
OPEP	Organisation des Pays Exportateurs de Pétrole
PHR	Partners for Health Reform
PIB	Produit Intérieur Brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PVVIH	Personne vivant avec le VIH/SIDA
ROBS	Réseau des ONG Béninoises en Santé
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
UC	Unité de compte
UGP	Unité de Gestion du Projet
UE	Union européenne
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement International
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
ZS	Zone Sanitaire

BENIN: INDICATEURS SOCIO-ECONOMIQUES COMPARATIFS

	Année	Benin	Afrique	Pays en développement	Pays développés
Indicateurs de Base					
Superficie ('000 Km ²)		114*	30 061	80 976	54 658
Population totale (millions)	2002	6.7*	811.6	4 940.3	1 193.9
Population urbaine (% of Total)	2002	38.9*	38.0	40.4	76.0
Densité de la population (au Km ²)	2002	59*	27.0	61.0	21.9
Revenu national brut (RNB) par Habitant (\$ EU)	2001	380	671	1 250	25 890
Participation de la Population Active - Total (%)	2001	45.3	43.3
Participation de la Population Active - Femmes (%)	2002	49.3*	35.1
Valeur de l'Indice sexospécifique de dévelop. hu	1999	0.402	0.476	0.634	0.916
Indice de développement humain (rang sur 174)	2001	159*	n.a.	n.a.	n.a.
Population vivant en dessous de \$ 1 par Jour (%)	1995	...	45.0	32.2	...
Indicateurs Démographiques					
Taux d'accroissement de la population totale (%)	2002	3.25*	2.4	1.5	0.2
Taux d'accroissement de la population urbaine (%)	2002	4.9	4.1	2.9	0.5
Population âgée de moins de 15 ans (%)	2002	46.8*	42.4	32.4	18.0
Population âgée de 65 ans et plus (%)	2002	5.5	3.3	5.1	14.3
Taux de dépendance (%)	2002	94.8	85.5	61.1	48.3
Rapport de Masculinité (hommes pour 100 femm)	2002	94.2*	99.4	103.3	94.7
Population féminine de 15 à 49 ans (%)	2002	45.9*	23.6	26.9	25.4
Espérance de vie à la naissance - ensemble (an)	2002	59*	52.5	64.5	75.7
Espérance de vie à la naissance - femmes (ans)	2002	61*	53.5	66.3	79.3
Taux brut de natalité (pour 1000)	2002	41.17*	37.3	23.4	10.9
Taux brut de mortalité (pour 1000)	2002	12.7*	14.0	8.4	10.3
Taux de mortalité infantile (pour 1000)	2002	90*	79.6	57.6	8.9
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000)	2002	113.7*	116.3	79.8	10.2
Taux de mortalité maternelle (pour 100000)	2002	485*	641	491	13
Indice synthétique de fécondité (par femme)	2002	5.53*	5.1	2.8	1.6
Femmes utilisant des méthodes contraceptives (%)	2002	18*	...	56.0	70.0
Indicateurs de Santé et de Nutrition					
Nombre de médecins (pour 100000 habitants)	2003	14*	36.7	78.0	287.0
Nombre d'infirmières (pour 100000 habitants)	2003	36*	105.8	98.0	782.0
Naissances assistées par un personnel de santé	1996	60.0	38.0	58.0	99.0
Accès à l'eau salubre (% de la population)	2000	63.0	60.4	72.0	100.0
Accès aux services de santé (% de la population)	1999	18.0	61.7	80.0	100.0
Accès aux services sanitaires (% de la population)	2000	23.0	60.5	44.0	100.0
Pourcent. d'adultes de 15-49 ans vivant avec le	2002	1.9*	5.7
Incidence de la tuberculose (pour 100000)	2000	43.1	105.4	157.0	24.0
Enfants vaccinés contre la tuberculose (%)	2003	99*	63.5	82.0	93.0
Enfants vaccinés contre la rougeole (%)	2003	81*	58.2	79.0	90.0
Insuffisance pondérale des moins de 5 ans (%)	2003	23*	25.9	31.0	...
Apport journalier en calorie par habitant	2000	2 558	2 408	2 663	3 380
Dépenses publiques de santé par habitant (en \$)	1998	1.6	3.3	1.8	6.3
Indicateurs d'Education					
Taux brut de scolarisation au (%)					
Primaire - Total	2000	83.0	80.7	100.7	102.3
Primaire - Filles	2000	66*	73.4	94.5	101.9
Secondaire - Total	2000	19.13*	29.3	50.9	99.5
Secondaire - Filles	2000	10.3	25.7	45.8	100.8
Personnel enseignant féminin au primaire (% du	1998	23.1	40.9	51.0	82.0
Analphabetisme des adultes - Total (%)	2001	58.4	37.7	26.6	1.2
Analphabetisme des adultes - Hommes (%)	2001	41.7	29.7	19.0	0.8
Analphabetisme des adultes - Femmes (%)	2001	74.3	46.8	34.2	1.6
Dépenses d'éducation en % du PIB	2001	4.3*	3.5	3.9	5.9
Indicateurs d'Environnement					
Terres arables en % de la superficie totale	1999	15.4	6.0	9.9	11.6
Taux annuel de déforestation (%)	1995	1.2	0.7	0.4	-0.2
Taux annuel de reboisement (%)	1990	5.0	4.0
Emissions du CO2 par habitant (tonnes métrique)	1997	...	1.1	2.1	12.5



Source : Complété par la Division Statistique à partir des Bases de Données de la BAD; ONUSIDA; Live Database de la Banque Mondiale et la Division de la Population des Nations Unies

* Sources du Ministère de la santé du Bénin, Projet Education IV (FAD)

REPUBLIQUE DU BENIN
Projet d'appui au développement du système de santé
MATRICE DU PROJET

Hierarchie des Objectifs	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Moyens de vérification	Hypothèses et risques importants
<p>1. Objectif sectoriel Contribuer à la réalisation des Objectifs de Développement du Millénaire dans le domaine de la santé au Bénin.</p>	<p>1.1 Le taux de mortalité maternelle passe de 485 décès maternels pour cent mille naissances en 2001 à moins de 388 en 2010 (réduction d'au moins 20 %)</p> <p>1.2 Le taux de mortalité infantile passe de 89 pour mille en 2001 à moins de 75 pour mille en 2010 (réduction d'au moins 15%)</p>	<p>1.1.1 Enquêtes démographiques et de santé</p>	
<p>2. Objectifs du projet <u>Objectif 1</u> : améliorer l'offre et la qualité des services de santé dans les départements du Borgou, de la Donga et du Zou.</p> <p><u>Objectif 2</u> : augmenter l'utilisation des services de santé dans les départements de la Donga et du Zou.</p>	<p>1.1. De 2002 à 2010, le ratio médecin/habitants passe de 1/23777 à 1/15 000 dans le Zou, et de 1/46 861 à 1/20 000 dans la Donga</p> <p>1.2 Les trois hôpitaux de zone construits et équipés offrent le paquet complémentaire d'activités.</p> <p>1.3 Au moins 60% des cas de paludisme sont correctement pris en charge dans les centres de santé de la zone d'intervention en 2010 (33,33% en 2003)</p> <p>2.1 De 2002 à 2010, le taux de consultation curative augmente de 32% à 60% dans le Zou, de 30% à 50% dans la Donga</p> <p>2.2 Le taux de couverture en CPN augmente de 70% en 2002 à 90% en 2010 dans la Donga</p> <p>2.3 Le taux de couverture obstétricale en 2010 est de 70% dans la Donga (42% en 2002), et de 90% dans le Zou (77% en 2002)</p>	<p>1.1.1 Rapports statistiques des zones sanitaires</p> <p>1.2.1 PV de réception et rapports d'activités du projet et des zones sanitaires</p> <p>1.3.1 Evaluation du programme de lutte contre le paludisme</p> <p>2.1.1 Rapports statistiques des zones sanitaires</p> <p>2.2.1 Idem</p> <p>2.3.1. Idem</p>	<p>1.1.1.1 Le plan intégré de développement des ressources humaines dans les zones rurales est mis en œuvre par le Gouvernement</p> <p>1.2.1.1 Idem</p> <p>1.3.1.1 Les capacités d'absorption budgétaires du Ministère de la santé publique permettent l'exécution correcte des programmes de développement sanitaire.</p> <p>2.1.1.1 Le système de tarification en vigueur est plus adapté aux coûts de production des actes et au pouvoir d'achat des populations.</p> <p>2.2.1.1 Idem</p> <p>2.3.1.1 Idem</p>

	<p>2.4 Environ 27 768 personnes supplémentaires, soit 20% de la population de 15 arrondissements, fréquentent les services de santé grâce aux mutuelles</p> <p>2.5 Environ 6 942 indigents (25% des indigents) fréquentent les services de santé grâce au programme de mutuelles</p> <p>2.6. Les 15 mutuelles ont un niveau de fonctionnement suffisant pour continuer après la fin du projet</p>	<p>2.4.1 Rapport de l'UGP et du Comité de pilotage</p> <p>2.5.1 Rapports d'activités et financiers des mutuelles</p> <p>2.6.1 Rapports d'activités de la DNPS</p>	<p>2.4.1.1 Les mutualistes acceptent la prise en charge des indigents qui sont rigoureusement sélectionnés</p> <p>2.5.1.1 Le fonds spécial de prise en charge des indigents est effectivement géré à la périphérie.</p>
<p>3. Résultats</p> <p>1. Le système de référence et de contre référence est fonctionnel dans les zones sanitaires du Zou et de la Donga</p> <p>2. Les compétences du personnel de santé et de gestion sont renforcées</p>	<p>1.1. En 2010, 5 médecins par spécialité de gynécobstétrique, pédiatrie, chirurgie et anesthésie sont formés et exercent dans les hôpitaux de zones.</p> <p>1.2. La fourniture de 5 ambulances et 5 RAC permet de réduire le délai de prise en charge des urgences.</p> <p>1.3. Le personnel des centres de santé reçoit la rétro-information formative sur les cas référés aux hôpitaux de zones</p> <p>2.1 La construction dans le CHD du Borgou des services complémentaires de la cardiologie, réanimation, ORL, urgences, pharmacie hospitalière et pédiatrie ont amélioré la qualité des services et les conditions de stage des étudiants en médecine de Parakou</p> <p>2.2. Six médecins spécialistes formés en médecine d'urgence, chirurgie, néphrologie, oto-rhino-laryngologie, échographie et endoscopie exercent dans le CHD de Parakou</p> <p>2.3. Les SONU et la PCIME sont exécutés selon les normes techniques dans la zone du projet par 410 prestataires de maternité et 360 infirmiers formés par 20 formateurs compétents en SONU et PCIME.</p>	<p>1.1.1. Rapports d'activités du projet et des zones sanitaires</p> <p>1.2.1 PV de réception et rapports d'activités des zones sanitaires</p> <p>1.3.1 Rapports d'activités du projet et des zones sanitaires</p> <p>2.1.1 PV de réception des travaux et équipements</p> <p>2.2.1 Rapports statistiques du CHD</p> <p>2.3.1 Rapports d'activités des zones sanitaires et du projet</p>	<p>1.1.1.1 Le plan intégré de développement des ressources humaines dans les zones rurales est mis en œuvre par le Gouvernement</p> <p>1.2.1.1 Idem</p> <p>1.3.1.1 Idem</p> <p>2.1.1.1 Idem</p> <p>2.2.1.1 Idem</p> <p>2.3.1.1 Idem</p>

<p>3. Des services de santé de qualité sont offerts aux populations par des prestataires communautaires</p>	<p>2.4. Les cas de paludisme sont correctement pris en charge par 410 agents de santé formés en paludologie par 125 formateurs compétents.</p> <p>2.5. Le management des services de santé est amélioré par la formation en techniques de gestion de 54 membres d'EEZ, des DDSP et des directions centrales</p> <p>2.6 Du personnel compétent en maintenance assure un fonctionnement régulier des équipements</p> <p>2.7 Neuf membres de la cellule de suivi et des zones sanitaires formées en gestion des mutuelles</p> <p>3.1. Les activités de SMI et d'IEC sur l'hygiène, le paludisme et les IST/VIH/SIDA sont assurées par 626 matrones, 1000 mères, 626 relais communautaires, 250 tradipraticiens formés (944 122 habitants sont potentiellement touchés dans le Zou et la Donga)</p> <p>3.2. Environ 187 500 moustiquaires imprégnées disponibles dans les villages de la zone du projet</p> <p>3.3 Environ 360 membres de comités de gestion formés en techniques de gestion</p>	<p>2.4.1. Idem</p> <p>2.5.1. Idem</p> <p>2.6.1. Rapports d'activités de la DIEM et des zones sanitaires</p> <p>2.7.1 Rapports d'activités de la DNPS et de l'UGP</p> <p>3.1.1. Rapports d'activités de la DNPS, de l'UGP et des zones sanitaires</p> <p>3.2.1. Idem</p> <p>3.3.1. Idem</p>	<p>2.4.1.1 Idem</p> <p>2.5.1.1 Idem</p> <p>2.6.1.1 Idem</p> <p>2.7.1.1 Idem</p> <p>3.1.1.1. La participation communautaire est effective</p> <p>3.2.1.1 Idem</p> <p>3.3.1.1 Idem</p>																
<p>4. Activités</p> <p>1. Mise en place de l'unité de gestion du projet</p> <p>2. Réalisation d'études architecturales et techniques</p> <p>3. Réalisations de constructions</p> <p>4. Acquisition d'équipements, de médicaments et de mobiliers</p> <p>5. Réalisation de formation, sensibilisation et supervision</p>	<p><u>Coûts du projet par catégorie de dépenses (en millions d'UC) :</u></p> <p>A. Travaux : 06,00</p> <p>B. Biens : 10,91</p> <p>C. Services : 05,16</p> <p>D. Fonctionnement : 01,71</p> <p>E. Divers : 00,69</p> <p>Coût total du projet : 24,47</p> <p><u>Coûts du projet par source de financement (en millions d'UC)</u></p> <table border="1" data-bbox="586 1236 1182 1350"> <thead> <tr> <th></th> <th>M.L</th> <th>Devises</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Prêt FAD</td> <td>3,36</td> <td>18,64</td> <td>22,00</td> </tr> <tr> <td>Gvt</td> <td>2,47</td> <td>0,00</td> <td>02,47</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>5,83</td> <td>18,64</td> <td>24,47</td> </tr> </tbody> </table>		M.L	Devises	Total	Prêt FAD	3,36	18,64	22,00	Gvt	2,47	0,00	02,47	Total	5,83	18,64	24,47	<p>Rapports d'activités de l'UGP</p> <p>Rapports d'audit</p>	<p>Respect des procédures de la Banque</p> <p>Soumission des offres dans les délais prescrits</p> <p>Approbation par les services de la Banque dans les délais</p> <p>Soumission à temps des demandes de décaissement</p>
	M.L	Devises	Total																
Prêt FAD	3,36	18,64	22,00																
Gvt	2,47	0,00	02,47																
Total	5,83	18,64	24,47																

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

1. Historique

Face aux problèmes de santé qui se posent aux populations béninoises, le Gouvernement a défini une politique de développement du secteur de la santé pour la période 2002-2006 qui cadre avec les objectifs du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté. C'est dans le cadre de la mise en œuvre de cette politique qu'une requête de financement a été introduite auprès de la Banque en juillet 2004. Faisant suite à cette requête, la Banque se propose d'apporter son soutien au Bénin à travers le présent projet identifié en août 2004, préparé en novembre 2004 et évalué en décembre 2004. Le projet tient compte des objectifs de développement du millénaire, de la stratégie globale et des engagements des autres bailleurs de fonds. Le projet est également conforme à la stratégie d'intervention du Groupe de la Banque au Bénin pour la période 2002-2004, et sa mise à jour, qui consiste essentiellement à renforcer durablement les capacités productives du pays, à améliorer les services sociaux de base ainsi que les réformes et la promotion de la bonne gouvernance.

2. Objet du prêt

Le projet sera financé conjointement par le FAD à travers un prêt de 22 millions d'UC et le Gouvernement béninois (2,47 millions d'UC).

3. Objectif du projet

Le projet a pour objectif sectoriel de contribuer à la réalisation des objectifs de développement du millénaire dans le domaine de la santé au Bénin : réduction de la mortalité infantile, amélioration de la santé maternelle, lutte contre les IST/VIH/SIDA, le paludisme et autres maladies. Les objectifs spécifiques sont les suivants: i) améliorer l'offre et la qualité des services de santé ; et ii) augmenter l'utilisation des services de santé. Pour ce faire, le projet va contribuer, dans les départements du Borgou, du Zou et de la Donga, au renforcement du système de santé de district et à l'élargissement de l'offre des services de santé afin de donner à un grand nombre de béninois la possibilité de bénéficier de services de santé de qualité.

4. Réalisations du projet

Le projet comprend trois composantes : i) Amélioration de l'accessibilité à des services de santé de qualité; ii) Promotion de la santé materno-infantile et lutte contre la maladie et iii) Gestion du projet. Le projet prévoit, au titre de la composante I, le développement de mutuelles de santé, la mise en place d'un système de prise en charge des indigents, la formation du personnel, l'amélioration du système de référence et de contre référence, la réalisation d'études, la construction, l'équipement et la maintenance d'infrastructures sanitaires. Au titre de la deuxième composante, le projet contribuera à l'amélioration de la coordination et de l'exécution des activités de promotion de l'hygiène, de lutte contre le paludisme et les IST/VIH/SIDA, de promotion de la santé maternelle et infantile avec un accent particulier sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgence et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. L'approche communautaire sera privilégiée dans l'exécution du projet à travers les matrones, les relais communautaires, les tradipraticiens, les associations féminines et les comités de gestion.

5. Coût du projet

Le coût total du projet, hors taxe et hors douane, est estimé à 24,47 millions d'UC dont 18,64 millions d'UC en devises et 5,83 millions d'UC en monnaie locale. Il est prévu une provision moyenne de 5% pour les aléas et imprévus, un taux d'inflation annuel de 2% pour les devises et 5% pour la monnaie locale.

6. Sources de financement

Le projet sera financé conjointement par le prêt FAD et la contrepartie du Gouvernement béninois. Le prêt FAD d'un montant de 22 millions d'UC représente 89,91% du coût total du projet et couvre 100% des coûts en devises (18,64 millions UC). La contribution du Gouvernement (2,47 millions UC) représente 10,09% du montant total du projet et couvre 42,32 % du coût total en monnaie locale. Elle sert à financer les dépenses relatives aux travaux d'extension et d'équipements du CHD – Borgou, l'achat de cinq (5) véhicules pour les bureaux de zones, les études et supervision des travaux de l'extension du CHD-Borgou ainsi que le suivi et évaluation des activités des deux composantes.

7. Exécution du projet

Une Unité de Gestion du projet sera créée et placée sous l'autorité du Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique en vue de l'exécution du présent projet. Les membres de l'UGP seront contractuels, recrutés sur appel à concurrence et soumis à une évaluation continue des performances. L'action de l'UGP sera supervisée par un Comité de pilotage du projet comprenant plusieurs ministères, des représentants des partenaires au développement, du secteur sanitaire privé confessionnel et la société civile. La durée de l'exécution du projet est de 5 ans.

8. Conclusions et recommandations

Le projet constitue un appui important à la mise en œuvre de la politique sanitaire du Gouvernement béninois. Les effets du projet contribueront à l'amélioration de l'état de santé des populations en général, des femmes et des enfants en particulier. Il est par conséquent recommandé d'accorder au Gouvernement du Bénin un prêt FAD d'un montant maximum de 22 millions d'UC aux fins d'exécution du projet décrit dans le présent rapport.

1. ORIGINE ET HISTORIQUE DU PROJET

1.1 Selon les résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2002, le Bénin, avec un taux d'accroissement de la population de 3,25% l'an, comptait 6 700 000 habitants, dont 51,1% de femmes. La population, essentiellement rurale (61%) et jeune (47% ont moins de 15 ans), vit majoritairement dans le sud du pays. L'économie est basée sur l'agriculture et la pêche. La pauvreté est quasi généralisée avec 37% d'incidence nationale et une prédominance plus marquée pour les femmes et les populations rurales. Cette situation de pauvreté généralisée, alliée au faible accès à l'eau potable (63%) et à la promiscuité néfaste avec un environnement insalubre, pèse lourdement sur l'état de santé des populations.

1.2 En effet, la situation sanitaire du pays est dominée par l'endémicité des pathologies infectieuses et parasitaires avec le paludisme comme affection dominante. Le pays connaît également l'éclosion périodique du choléra et de la méningite cérébro-spinale. Les régions frontalières sont, en particulier, exposées aux épidémies du fait d'intenses mouvements migratoires. L'espérance de vie à la naissance est de 59 ans. Le système de santé béninois n'arrive pas à faire face à cette situation parce qu'il souffre de nombreux problèmes dont la répartition déséquilibrée des ressources humaines en défaveur des régions du Nord du pays, une faible fonctionnalité du système de santé de district, en particulier le système de référence et de contre référence et une faible fréquentation des structures de santé (34%).

1.3 Face à ce constat, le Gouvernement béninois a défini une politique de développement du secteur de la santé pour la période 2002-2006 qui cadre avec les objectifs du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté 2003-2005 et à son actualisation effectuée en 2004. En effet, cette politique met l'accent sur l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des prestations de soins et des services de santé, en particulier pour les populations pauvres et indigentes, ainsi que l'amélioration de la participation communautaire et de l'utilisation des services de santé. Pour appuyer la mise en œuvre de cette politique, le Gouvernement du Bénin a introduit une requête auprès de la Banque en juillet 2004.

1.4 Le présent projet a été identifié, préparé et évalué suite aux missions correspondantes qui ont respectivement séjourné au Bénin en août, novembre et décembre 2004. Il est en conformité avec le Programme d'action gouvernemental, le Document de Stratégie par Pays du Groupe de la Banque pour le Bénin couvrant la période 2002-2004 (allant jusqu'en juin 2005) et sa mise à jour, en vue de la réduction de la pauvreté. Cette stratégie met l'accent sur le développement rural et le développement social, notamment la santé : lutte contre le VIH/SIDA et le paludisme, protection de la santé de la femme et de l'enfant, développement des ressources humaines dans les zones déficitaires et mise en œuvre d'alternatives de financement permettant à la majorité des populations d'accéder aux soins de santé. Le projet s'inspire également des expériences faites dans l'exécution des projets précédents, en particulier du projet santé II, dans les domaines de la maintenance des infrastructures et des équipements, de la formation du personnel et de l'amélioration de l'accessibilité des services de santé aux populations défavorisées. Enfin, le projet est conforme aux objectifs de développement du millénaire, en particulier ceux de la santé qui sont les suivants : réduction de la mortalité infantile, amélioration de la santé maternelle, lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et autres maladies.

2. LE SECTEUR

2.1 La situation sanitaire

2.1.1 L'état de santé des populations béninoises demeure précaire malgré les efforts déployés par le Gouvernement et ses partenaires dont la Banque. Tout comme dans les pays frontaliers (Togo, Nigeria, Burkina, Niger) le profil épidémiologique du Bénin est dominé par les pathologies infectieuses et parasitaires. En effet, selon le rapport statistique 2002 du Ministère de la santé, le paludisme vient en tête avec 37% des motifs de consultation (856 059 consultations). Puis suivent dans l'ordre les infections respiratoires aiguës (377 075), les affections gastro-intestinales (182 206), les traumatismes (137 263) et les diarrhées (127 060). La prévalence observée du VIH/SIDA en 2002 est de 1,9% avec une prédominance marquée pour la tranche d'âge comprise entre 15 et 49 ans (85,3% des cas). La tuberculose, première affection opportuniste qui se greffe sur le SIDA, est en recrudescence et demeure un problème de santé publique.

2.1.2 Chez les femmes et les enfants, les taux de morbidité sont particulièrement élevés. En effet, les taux d'incidence pour le paludisme simple et le paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans sont respectivement de 6 921 cas pour 10 000 et 898 cas pour 10 000 avec une létalité moyenne de 7 décès pour 1000 (rapport statistique 2002 du MSP). La malnutrition occupe également une place de choix au sein des problèmes de santé maternelle et infantile. L'allaitement exclusif au sein n'est pratiqué que pour 38% des enfants de moins de 6 mois et 31% des enfants de moins de 5 ans souffrent d'un retard de croissance dont 11% de sa forme sévère. La proportion de femmes souffrant d'anémie est de 64% et de 2% pour la forme sévère (taux d'hémoglobine inférieur à 7g/dl). La couverture obstétricale est variable d'une région à l'autre ; pour une moyenne nationale de 63,1%, le plus faible taux est observé dans l'Atacora avec 34,6% tandis que les départements de l'Alibori, du Borgou, de l'Atlantique, des Collines, du Couffo et de la Donga ont des taux compris entre 40 et 60%. Les conséquences sont des taux de mortalité maternelle et infantile élevés respectivement de 485 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et de 89,1 pour 1000 (EDS 2001).

2.2 La politique du Gouvernement et le programme d'action du secteur

2.2.1 Le document de politique et stratégies de développement du secteur de la santé pour la période 2002-2006, inspiré du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté du Gouvernement, a défini trois objectifs globaux qui sont : i) l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des prestations de soins et des services de santé ; ii) l'amélioration de la participation communautaire et de l'utilisation des services de santé et iii) l'amélioration de la prise en charge des populations pauvres et indigentes. La réalisation de ces objectifs, qui intègrent ceux de développement du millénaire relatifs à la santé, s'appuie sur les cinq axes principaux suivants : i) la réorganisation de la base de la pyramide sanitaire et le renforcement de la couverture sanitaire ; ii) le financement du secteur et l'amélioration de la gestion des ressources, iii) l'amélioration de la qualité des soins ; iv) la prévention et la lutte contre les maladies prioritaires que sont le SIDA, le Paludisme et la Tuberculose et v) la promotion de la santé familiale.

2.2.2 Concernant l'axe I, le Gouvernement et ses partenaires, dont la Banque, ont fourni des efforts importants ces dernières années pour couvrir le pays en infrastructures sanitaires, ce qui a permis d'atteindre 80% de couverture géographique. Le projet santé II, financé par le FAD et qui vient de s'achever, a contribué de manière significative à l'amélioration de ce taux d'accessibilité géographique par la construction et la réhabilitation d'infrastructures sanitaires dans le département du Borgou/Alibori. En dépit de cette relative bonne couverture en infrastructures sanitaires, la fréquentation des services est faible (34%) à cause du prix élevé et de la mauvaise qualité des soins.

2.2.3 S'agissant de l'axe II, des mécanismes de mobilisation de ressources financières supplémentaires, en complément du budget de l'Etat et de l'apport des bailleurs de fonds, sont mis en œuvre pour diversifier les sources de financement du secteur. C'est dans cette optique que des expériences d'appui aux systèmes mutualistes sont en cours comme approches de solutions à l'inaccessibilité financière aux soins. En effet, le Gouvernement a élaboré une stratégie de développement des mutuelles de santé sous la coordination d'une cellule logée dans le service de santé communautaire à la Direction Nationale de Protection Sanitaire. Sur le terrain, les efforts de mise en œuvre sont faits essentiellement par les ONG et les institutions de coopération, faisant du Bénin « un vaste champ d'expérimentation des mutuelles de santé ».

2.2.4 Le Gouvernement développe également une stratégie de prise en charge des indigents. Selon le décret n° 97-321 du 17 juillet 1997 portant réglementation des secours gérés par le Ministère chargé de la protection sociale, est indigente « toute personne se trouvant dans un état d'extrême pauvreté, sans salaire, privée de ressources suffisantes pour sa survie, victime d'un désastre naturel et placée dans une situation particulièrement difficile, dépourvue de ressources vitales, en difficulté au plan social et économique et ayant besoin de l'Etat, des collectivités locales et de la société pour sa survie, en raison de son âge, de son état physique, mental ou social ». Depuis les quatre derniers exercices budgétaires, un fonds d'un milliard de francs CFA est alloué chaque année par l'Etat béninois au Ministère de la santé publique et au Ministère de la Famille pour la prise en charge sanitaire des indigents. Une telle dotation, voire redistribution des ressources publiques, vise un objectif d'équité et d'égalisation des chances qui devient un résultat important de politique de protection sociale, un soutien aux personnes extrêmement pauvres. Le Gouvernement recherche un mécanisme approprié, le meilleur modèle pour accroître la transparence dans la gestion des fonds et les moyens d'une utilisation optimale des ressources financières. L'affectation d'un contrôleur financier délégué dans chaque ministère et la décentralisation de la gestion budgétaire au niveau des directions départementales de la santé et des zones sanitaires s'inscrivent dans ce cadre.

2.2.5 Pour tenter de résoudre le problème de la mauvaise qualité des soins, le Gouvernement a mis en œuvre des stratégies d'amélioration de la gestion des ressources humaines et matérielles. En effet, des efforts sont déployés à tous les niveaux du système de santé pour promouvoir une gestion opérationnelle des ressources humaines à travers le renforcement des capacités et la décentralisation de la gestion; toutefois, beaucoup d'insuffisances persistent dans la répartition géographique du personnel formé au détriment des zones rurales et du nord du pays. Une politique de maintenance des infrastructures et des équipements, mettant l'accent sur les procédures de gestion et le renforcement de la responsabilité des utilisateurs, a été élaborée et mise en œuvre en 2002.

2.2.6 Dans le cadre de la lutte contre la maladie, le VIH/SIDA, le Paludisme et la Tuberculose ont été érigés en maladies prioritaires dans la politique sanitaire du Bénin, conformément à la déclaration d'Abuja des Chefs d'états et de Gouvernements de l'Union Africaine. Un Comité National de Lutte contre le Sida, et ses structures décentralisées, ont été mis en place pour coordonner les activités de promotion de la multisectorialité, de communication, de prise de conscience et de changement de comportement de la population en général et des groupes cibles en particulier, de prévention de la transmission mère-enfant et par voie sanguine, de traitement syndromique des Infections Sexuellement Transmissibles, de prise en charge des personnes vivant avec le VIH et des orphelins de parents victimes du SIDA, de développement de la surveillance de l'épidémie et de la recherche. La Banque vient d'approuver, en juillet 2004, un projet d'appui à la lutte contre le VIH/SIDA pour contribuer aux efforts du pays et de ses partenaires dans cette lutte qui nécessite encore beaucoup d'investissements.

2.2.7 En ce qui concerne le paludisme, l'accent est mis sur la réduction de la morbidité et la mortalité à travers l'amélioration de l'accès aux soins des personnes souffrant de paludisme, l'utilisation de moustiquaires imprégnées pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, l'amélioration de la prévention du paludisme chez les femmes enceintes. Le volet « traitement et prophylaxie » s'est compliqué singulièrement ces dernières années avec l'apparition de souches plasmodiales résistantes à la Chloroquine, molécule de base pour la prise en charge du paludisme simple. Le Bénin a donc révisé son programme de lutte contre le paludisme en remplaçant la Chloroquine d'une part, par le COARTEM, combinaison de deux molécules, l'Artemether et la Lumefantrine pour le traitement, et d'autre part par la Sulfadoxine-Pyriméthamine pour le traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes. Cette situation impose la réalisation d'une série de nouvelles interventions dont la formation du personnel sur la prise en charge, l'approvisionnement du pays en COARTEM et en tests de diagnostic rapides. Pour assurer la qualité de la prise en charge des cas de paludisme, le programme a prévu une formation en mai-juin 2005 pour tester les nouveaux modules qui ont été élaborés à cet effet ; cette formation regroupera 25 agents de santé à l'Institut Régional de Santé Publique.

2.2.8 La politique nationale de santé familiale, à travers quatre volets couvrant la santé de la femme, la santé de l'enfant, la santé des jeunes et la santé de l'homme, vise à réduire les taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile, à renforcer le comportement sexuel responsable chez les adolescents et les jeunes et à obtenir l'adhésion des hommes à la santé de la reproduction. Des normes et standards ont été définis pour chacun des quatre volets et la Direction de la Santé de la Famille, direction responsable de la conception et de la coordination de ce volet, rencontre des difficultés dans la mise en œuvre sur le terrain, en particulier en ce qui concerne les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.

2.2.9 Les Béninois, outre le recours aux services officiels de santé, utilisent massivement la médecine et la pharmacopée traditionnelles pour traiter leurs maladies. Une place importante est, par conséquent, accordée à cette médecine dans la politique nationale de santé par : i) la création d'une cellule à cet effet au sein du Ministère de la santé publique ; ii) le recensement des tradipraticiens par département ; iii) la formation d'un certain nombre d'entre eux dans les domaines du paludisme et des IST/VIH/SIDA et iv) la création de jardins de plantes médicinales. Toutefois, il reste encore beaucoup à faire dans ce domaine pour que la médecine traditionnelle joue pleinement son rôle dans l'amélioration de l'état de santé des populations.

2.3 Cadre institutionnel et organisation du secteur

2.3.1 L'organisation du secteur de la santé, public et privé, est basée sur la décentralisation administrative du pays en 12 départements et 77 communes. Elle comporte trois niveaux complémentaires qui sont : le niveau périphérique, le niveau intermédiaire et le niveau central. Chacun de ces niveaux comporte des organes de gestion et des infrastructures de soins.

2.3.2 Le niveau périphérique du système de santé est la zone sanitaire, dénomination locale du district sanitaire; c'est donc le niveau de traduction en actions concrètes des projets et programmes nationaux de développement sanitaire et le niveau de l'offre de soins de santé de base aux populations. On en compte 34 dans le pays, avec une population moyenne de couverture comprise entre 100 000 et 200 000 habitants. Chaque zone sanitaire est constituée d'un réseau de services de premier contact et d'un hôpital de référence. Les services de premier contact regroupent les unités villageoises de santé (UVS), les centres de santé d'arrondissement (CSA), les centres de santé de commune (CSCOM) et des formations sanitaires privées. Les organes de gestion du premier échelon sont constitués du comité villageois au niveau UVS, du comité de gestion d'arrondissement (COGEA) pour les CSA et du comité de gestion de la circonscription sanitaire de commune

(COGEC) pour les CSCOM. Par ailleurs, des associations de développement, poursuivant un objectif plus large de bien être des populations, existent dans les communes. Au niveau de la référence, le conseil de gestion de l'hôpital de zone, le comité de santé et l'équipe d'encadrement de zone administrent respectivement l'hôpital et la zone sanitaire. L'équipe d'encadrement de la zone sanitaire est dirigée par le médecin coordonnateur de zone et comprend plusieurs autres cadres sanitaires, administratifs, financiers et techniques de la zone sanitaire.

2.3.3 Les zones sanitaires connaissent des niveaux de fonctionnalité différents, soit par insuffisance organisationnelle, soit par insuffisance en personnel, en équipements ou en infrastructures. Seulement 25 hôpitaux de zones sur les 34 zones sanitaires jouent pleinement leur rôle de référence et la moitié des équipes d'encadrement de zones n'ont pas toutes les compétences requises pour gérer efficacement le système de santé de la zone sanitaire. La plupart des comités de gestion nécessitent un renouvellement et une formation de leurs membres en techniques de mobilisation sociale et de gestion du centre de santé.

2.3.4 *Le niveau intermédiaire* correspond administrativement au niveau départemental. Il convient de noter que, suite au redécoupage administratif en 1999 qui a créé 12 départements (en éclatant en deux chacun des 6 départements qui composaient le pays), le système de santé n'a pas augmenté les directions départementales de la santé et les centres hospitaliers départementaux. On compte donc actuellement une direction départementale de la santé et un centre hospitalier départemental pour deux départements administratifs. L'infrastructure de soins au niveau intermédiaire est le Centre Hospitalier Départemental (CHD), structure de référence pour les hôpitaux de zones relevant du territoire départemental. Le CHD est dirigé par un Directeur qui rend compte au Conseil d'Administration. Sous la coordination du Directeur Départemental de la Santé (DDS) et du conseil de Direction (CODIR), le niveau intermédiaire est le niveau d'adaptation des orientations stratégiques nationales aux spécificités régionales ; c'est également le niveau du contrôle des normes et de l'appui technique aux équipes d'encadrement des zones sanitaires. Il souffre également d'insuffisances organisationnelle, en personnel, en équipements et en infrastructures.

2.3.5 *Le niveau central ou national* fixe les orientations stratégiques, c'est le niveau de conception et de prise de décisions en matière de politique de développement du secteur sanitaire. Le cabinet du Ministre, le Secrétariat Général et les directions centrales assurent la coordination d'ensemble. Au niveau central, le Centre Hospitalier National Universitaire est le sommet de la pyramide des infrastructures de soins. Concernant l'accès aux médicaments, la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (CAME) est l'outil de la politique gouvernementale pour permettre aux béninois d'avoir un accès aux médicaments à un coût abordable. On note une centralisation des responsabilités et ressources au détriment des niveaux intermédiaires et périphériques.

2.3.6 *Le secteur privé sanitaire* est constitué du secteur humanitaire et du secteur privé libéral. Le secteur humanitaire comprend les structures confessionnelles et les ONG. La plupart des structures confessionnelles est intégrée dans le Système national d'information et de gestion sanitaires dans le cadre d'accords de partenariat avec le Ministère de la santé publique. Certaines d'entre elles sont des hôpitaux de référence comme à Nikki et Tanguiéta dans le Nord du pays. La coordination du secteur confessionnel est assurée par l'Association Médicale et Confessionnelle des Œuvres Sociales (AMCES) et AHMADIYA. Au sein des ONG, le Réseau des ONG béninoises de Santé (ROBS) se donne pour mission « d'assurer des services de santé de proximité et de qualité aux communautés par la coordination des initiatives des organisations membres, le renforcement de leurs capacités et le plaidoyer ». Le ROBS regroupe une centaine d'ONG réparties à travers le pays et accorde une priorité aux services de santé à base communautaire, au renforcement des initiatives locales et à la décentralisation du système de santé.

2.3.7 Le secteur privé libéral, le plus important du secteur privé, se répartit en secteur pharmaceutique et secteur de soins. Le secteur pharmaceutique se compose de : i) trois producteurs locaux de médicaments et consommables médicaux (Pharmaquick, Sopab et Bio-bénin); ii) cinq grossistes répartiteurs et iii) 154 officines et 252 dépôts. Le secteur pharmaceutique collabore étroitement avec le secteur public, en particulier dans la révision de la politique pharmaceutique nationale, l'approvisionnement en médicaments à travers la CAME et le développement de matériel IEC dans le cadre de la promotion des médicaments essentiels et génériques et de la lutte contre la vente illicite des médicaments. Le secteur privé de soins est surtout développé en milieu urbain à travers les cliniques et autres cabinets de soins. L'annexe 1 ci-dessous de l'annuaire des statistiques sanitaires de 2002 présente la répartition par départements des établissements privés de soins.

Tableau 2.1 : Répartition des établissements privés de soins par département

Structure/Département	Atacora/Donga	Atlantique/Littoral	Borgou/Alibori	Mono/Coufo	Ouémé/Plateau	Zou/Colline	Total
Hôpital	1	3	5	0	1	1	11
Clinique	1	32	4	7	7	1	52
Cabinet médical	2	103	12	20	11	2	150
Soins/accouchement	0	30	7	76	21	17	151
Accouchement	2	138	8	13	10	5	176
Soins	7	102	53	52	34	19	267
Cabinet dentaire	0	18	3	5	0	1	27

2.4 Les ressources humaines du secteur

2.4.1 En mai 2004, on dénombrait un total de 9 945 agents de santé du secteur public répartis en agents permanents de l'état, agents contractuels de l'état, contractuels mesures sociales, agents payés sur financement local et agents payés sur autres sources de financement. Le nombre total de médecins est de 237 dont 95 généralistes et 46 travaillant dans l'administration. On dénombre 481 sages femmes, 273 techniciens de laboratoires et 920 infirmiers. En prenant en compte le personnel travaillant dans le secteur privé, on arrive à un ratio de 1 médecin pour 7 210 habitants, 1 infirmier pour 2 440 et une sage femme pour 1 555 femmes en âge de procréer. A l'exception des sages femmes, ces ratios satisfont aux normes de l'Organisation Mondiale de la Santé, soit 1 médecin pour 10 000 habitants, 1 infirmier pour 5 000 habitants et 1 sage femme pour 1 000 femmes en âge de procréer (ou pour 5 000 habitants). Ces chiffres masquent des disparités régionales énormes en défaveur des départements du Nord du pays qui nécessitent des actions correctrices dans le cadre d'une politique volontaire et innovatrice de développement des ressources humaines.

2.4.2 Plusieurs institutions participent à la formation du personnel de santé au Bénin. La Faculté des Sciences de la Santé de l'Université d'Abomey-Calavi et l'Ecole de Médecine de Parakou forment des médecins. Les médecins spécialistes sont formés à la Faculté des Sciences de la Santé d'Abomey-Calavi dans les domaines de la chirurgie générale, gynécologie-obstétrique, médecine interne, pédiatrie et psychiatrie. L'Institut Régional de Santé Publique, dont la construction a été financée par la Banque, fait partie intégrante de l'Université d'Abomey-Calavi et assure la formation des médecins et autres cadres sanitaires en santé publique et en épidémiologie. Les écoles de formation professionnelles sont réparties en deux groupes : l'Institut National Médico-social (INMES) et l'Ecole Nationale d'Infirmiers et d'Infirmières Adjoints du Bénin (ENIAB). L'INMES est un établissement public d'enseignement technique et professionnel qui regroupe quatre écoles : l'Ecole Nationale des Infirmiers et Infirmières diplômés d'Etat du Bénin (ENIIEB), l'Ecole Nationale des Sages-femmes diplômés d'Etat du Bénin (ENSFEB), l'Ecole Nationale des Aides Sociaux (ENAS), l'Ecole Nationale des Techniciens de Laboratoires d'Analyses Médicales (ETLAM) et l'Ecole Nationale des Techniciens Sanitaires (ENTS).

2.5 Le financement du secteur

2.5.1 Les ressources financières du secteur proviennent de trois sources: le financement communautaire, le budget national et les partenaires au développement. Le financement communautaire des dépenses de santé provient essentiellement des frais payés par les utilisateurs pour les services de santé (actes médicaux, médicaments). Selon le rapport sur l'état des lieux de l'assistance technique au programme d'appui au secteur de la santé du 8^{ème} FED, le recouvrement des coûts aurait généré, en 2002, la somme de 3 656 000 000 FCFA, soit 29% du budget de fonctionnement du Ministère de la santé, hors personnel. La participation communautaire au financement du secteur est donc importante. Toutefois, le système de recouvrement des coûts, tel qu'il est pratiqué, limite l'accès aux soins d'un grand nombre de Béninois. En effet, les tarifs pratiqués ne sont pas basés sur les capacités des populations à payer, seuls sont pris en compte les coûts des médicaments et de production de l'acte médical. Les fonds collectés sont placés sous la responsabilité des comités de gestion et servent à couvrir certains frais de fonctionnement et quelques dépenses de personnel au niveau local.

2.5.2 La plus grande part du financement de la santé provient du budget de l'Etat dont les efforts, ces dernières années, sont en dessous du niveau minimum de 10% du budget total préconisé par l'OMS; il n'est que de 8,34% en 2004. En outre, selon le rapport de la mission conjointe de revue des appuis budgétaires effectuée en septembre 2004, le taux d'exécution du budget 2004 de la santé était de 29% au 30 juin, en raison de la situation économique conjoncturelle difficile et de la faiblesse des capacités d'absorption au sein du Ministère de la santé. A ce rythme, l'exécution budgétaire serait de 70% au 31 décembre 2004. Par ailleurs, l'analyse fonctionnelle de la répartition des fonds alloués au secteur santé dans le budget 2004 montre un déséquilibre entre les montants consacrés à améliorer la couverture géographique (60%) par rapport à ceux alloués à l'amélioration de la demande. Cette situation limite l'accès aux services de santé à un grand nombre de béninois d'autant plus que le niveau de tarification appliquée dans les centres de santé comme élément de participation financière de la communauté est trop élevé.

Tableau 2.2 : Evolution du budget de la santé par rapport au budget de l'état (en millions de FCFA)

	2000	2001	2002	2003	2004
Fonctionnement	9 009 600	13 231 497	13 399 445	14 856 000	18 710 000
Investissements	24 538 678	27 278 000	24 929 000	24 574 000	26 960 000
Total budget santé	<i>33 548 278</i>	<i>40 509 497</i>	<i>38 328 445</i>	<i>39 430 000</i>	<i>45 670 000</i>
Budget national	336 149 000	414 063 000	477 609 000	401 908 000	547 700 000
Pourcentage	9,98	9,78	8,03	9,81	8,34

2.6 Les interventions des bailleurs de fonds

2.6.1 Plusieurs partenaires extérieurs, bilatéraux et multilatéraux, appuient la mise en œuvre de différentes stratégies retenues par le Ministère de la Santé Publique (voir Annexe 1, tableau des interventions des partenaires). Les partenaires bilatéraux dont l'Allemagne, la Belgique, le Canada, la Chine, l'Egypte, la France, les Pays Bas, la Suisse et les USA, interviennent généralement sur dons. Les partenaires multilatéraux sont constitués par les agences du système des Nations Unies, l'Union européenne et les banques de développement, notamment la Banque Mondiale, la Banque Islamique de Développement et la Banque Africaine de Développement. L'appui de ces institutions se fait généralement à travers des prêts à des taux concessionnels, parfois une partie ou la totalité de l'aide se fait sur dons. Des organisations non gouvernementales participent également à l'effort de développement du secteur de la santé ; on peut citer en particulier des ONG internationales comme la Fondation Raoul Follereau, l'Ordre de Malte et des ONG nationales. Selon le rapport, paru en décembre 2004, de l'étude commanditée par le Ministère de la santé publique sur la carte d'intervention des partenaires au développement sanitaire au Bénin de 1996 à 2006, les domaines

d'investissement les plus prisés par les partenaires de la santé sont : l'appui institutionnel, la santé familiale, les maladies prioritaires, notamment les IST/VIH/SIDA. La lutte contre le paludisme en particulier ne semble pas beaucoup pas beaucoup retenir l'attention malgré sa première place dans les motifs de consultation. Sur le plan géographique et selon le même document, les départements les moins couverts par les interventions des partenaires sont le Zou et la Donga.

2.6.2 Le Ministère de l'Economie et des Finances assure la coordination de l'ensemble des interventions des bailleurs de fonds dans le pays. La Banque Mondiale, d'autres partenaires bilatéraux et le FAD financent un programme d'appui budgétaire dans le cadre de la lutte contre la pauvreté (Poverty Reduction Support Credit pour l'IDA ou Programme d'Appui à la Stratégie de Réduction de la Pauvreté PASRP pour le FAD, dont la contribution en 2004 s'élevait à 11,46 milliards de FCFA). Le PASRP a retenu, entre autres, les mesures suivantes dans le secteur de la santé: i) allouer du personnel nouvellement recruté en priorité en milieu rural et mettre en place des mécanismes d'incitation à l'emploi dans les formations sanitaires rurales; ii) renforcer la stratégie avancée de mise en place des interventions prioritaires en faveur des zones enclavées dans tous les départements à la fin de 2005; iii) mettre en œuvre et évaluer les mécanismes de financement des services pour les pauvres et; iv) publier et appliquer la réforme des comités de gestion des centres de santé (Coges) renforçant la gestion communautaire à travers la formation et l'élargissement de la participation des populations vulnérables. Des mises à jours régulières sont établies (PRSC 1, PRSC 2) suite à des évaluations d'avancement de la mise en œuvre des interventions planifiées et un cadre des dépenses à moyen terme 2005-2007 a été élaboré dans lequel s'insèrent tous les partenaires ci-dessus cités.

2.6.3 Le mode de financement actuel du secteur de la santé au Bénin est dans une phase de transition dans laquelle, malgré une évolution encore récente vers l'appui budgétaire, la dominante demeure caractérisée par une « approche projets ». Et c'est ainsi que plusieurs partenaires, dont la Banque Mondiale et la Coopération suisse, notamment, accompagnent le Gouvernement dans la conduite de projets spécifiques de développement sanitaire à travers le pays. Les principaux acquis dans le processus en cours sont, pour l'essentiel, la tenue de réunions régulières de coordination et d'harmonisation des interventions ainsi que la désignation d'un chef de file chargé de la coordination d'ensemble et des échanges avec le Gouvernement. Lors de la conception de tous les projets qu'elle finance au Bénin, y compris dans le domaine de la santé, la Banque participe à ce processus en privilégiant de manière systématique la complémentarité et le développement de synergies significatives aussi bien avec les politiques définies par le Gouvernement qu'avec celles mises en œuvre par les autres bailleurs de fonds.

2.6.4 Les interventions actuelles de la Banque dans le secteur de la santé au Bénin concernent deux projets, le projet d'appui à la lutte contre le VIH/SIDA et le volet santé du Programme de Développement des Ressources Humaines (PDRH). Le projet d'appui à la lutte contre le VIH/SIDA, financé sur un don FAD de 2,70 millions d'UC est au stade de démarrage, le Gouvernement n'ayant pas encore rempli toutes les conditions préalables au premier décaissement. Le volet santé du PDRH, financé par l'OPEP pour un montant de 4,16 millions d'UC et administré par le FAD, comporte deux volets à savoir le renforcement institutionnel et l'amélioration de l'accès des populations à des services sociaux de base. Les activités du présent projet sont complémentaires des interventions dans le cadre du Projet d'appui à la lutte contre le VIH/SIDA et le volet santé du PDRH.

2.7 Les contraintes du secteur de la santé

2.7.1 Malgré les efforts du Gouvernement et de ses partenaires, plusieurs contraintes entravent le développement du secteur de la santé au Bénin. Parmi ces contraintes on peut citer : i) la faible utilisation des services de santé par les populations; ii) la gestion centralisée des ressources, en particulier des ressources humaines; iii) la mauvaise qualité de la maintenance des infrastructures et des équipements existants.

Contraintes liées à l'utilisation des services de santé

2.7.2 L'utilisation des services de santé est faible (34%) ; cette faiblesse revêt une plus grande ampleur lorsqu'on la met en parallèle avec le taux relativement satisfaisant de couverture en infrastructures sanitaires de premier échelon de 80%. Cette faible utilisation des services de santé est due à des raisons financières, à la mauvaise qualité des soins et au mauvais accueil dans les structures sanitaires, ainsi qu'à des raisons culturelles.

2.7.3 Le Bénin a adopté, depuis 1988, le système du recouvrement des coûts dans le cadre de l'Initiative de Bamako et du financement du secteur de la santé. Malgré l'existence de textes réglementant les mécanismes de tarification, on ne peut pas parler de véritable politique en la matière. En effet, il n'existe pas de base réglementaire du prix de cession des actes de soins tant dans le secteur public que privé, ce qui vaut également pour la vente de médicaments dans les formations sanitaires publiques (Rapport sur l'état des lieux, Union européenne, avril 2004). D'importantes disparités des prix de cession des médicaments ont été constatées d'un niveau de soins à un autre, d'un département à un autre et à l'intérieur d'un même département, voire d'une commune à une autre. On note également l'absence de mécanismes de contrôle des prix des médicaments. Ainsi, le coût moyen par cas était de 913 FCFA en 2002, ce qui constitue une barrière financière pour la plupart des béninois dont le produit intérieur brut par habitant est de 280 782 FCFA (Annuaire des statistiques sanitaires 2002). Une analyse approfondie de la question de tarification à travers une étude est prévue par le Gouvernement en vue de faire des propositions compatibles d'une part, avec le coût de production des actes sanitaires, et d'autre part avec les capacités et la volonté des populations à payer pour les services de santé.

2.7.4 Par ailleurs, 20% de la population béninoise vit dans l'extrême pauvreté. Pour cette catégorie de personnes, l'inaccessibilité aux services de santé n'est pas un problème de tarif élevé, mais un problème d'exclusion totale du système pour cause d'indigence. En plus des propositions qui seront issues de l'étude sur la tarification, d'autres interventions spécifiques sont nécessaires pour faciliter l'accès de ces indigents aux soins ; il s'agit de la recherche d'alternatives de financement des soins à type de mutuelles et d'autres systèmes de prise en charge des indigents.

2.7.5 En ce qui concerne la barrière culturelle à la fréquentation des services de santé, les activités classiques dites de sensibilisation ont montré leurs limites. En effet, elles n'influencent que très peu l'utilisation des services de santé et la majorité des populations pratiquent l'automédication à domicile ou préfèrent avoir recours à la médecine traditionnelle. La mise en œuvre d'activités de communication pour le changement de comportement à travers la stratégie des pairs sont des pistes porteuses d'espoirs de résultats. Par ailleurs, les chiffres performants atteints par les activités de vaccination, qui se font en stratégie avancée dans les villages, militent en faveur d'un prolongement, autant que possible, de l'offre des autres prestations de santé jusqu'au niveau des communautés/familles par le biais de relais communautaires, d'associations et d'ONG. En effet, en 2002, les couvertures vaccinales chez les enfants de moins d'un an ont atteint des taux très élevés de

119 % pour le BCG, 102% pour la DTCP3 et 97% pour le vaccin anti-rougeoleux. Les taux de plus de 100% s'expliquent par la mauvaise appréciation de l'âge des enfants et la sous estimation de la population cible (dénominateur) par rapport à la réalité.

Contraintes liées à la gestion des ressources humaines

2.7.6 La situation des ressources humaines en santé au Bénin est caractérisée plus par sa répartition géographique inégale dans le pays que par son insuffisance qualitative et quantitative. Les disparités régionales sont illustrées par le fait que pour un chiffre moyen national de 1 médecin pour 7 210 habitants (secteurs privé et public confondus), seuls les deux départements de l'Atlantique et du Littoral ont un ratio inférieur à 10 000 habitants pour un médecin (normes de l'OMS). Dans les départements de l'Atacora/Donga et du Borgou/Alibori au Nord, les chiffres sont respectivement de 46 861 et de 17 532 habitants par médecin. Outre cette concentration du personnel dans le sud par rapport au Nord du pays, on constate une concentration dans les centres urbains au détriment des centres ruraux, la réticence du personnel à travailler en zone rurale, l'absence de marge de manœuvre des structures intermédiaires et périphériques sur la gestion des mouvements du personnel, l'insuffisance du personnel spécialisé clinicien. En effet, le pays manque de spécialistes prioritairement dans les domaines de la gynéco-obstétrique, de la chirurgie, de la pédiatrie et de l'anesthésie réanimation pour le fonctionnement optimal des zones sanitaires. Des actions de formations dans ces domaines prioritaires sont donc nécessaires et les conclusions de l'étude nationale, dont le démarrage est imminent, permettront d'élaborer un plan intégré de développement des ressources humaines en faveur des zones rurales. La mise en oeuvre de ce plan nécessitera l'appui de l'ensemble des partenaires.

Contraintes liées aux infrastructures sanitaires et aux équipements

2.7.7 Il existe une grande disparité entre les départements du Bénin dans la couverture en infrastructures. Le taux de couverture dans le Zou par exemple n'est que de 56% alors que la moyenne nationale est de 80%. Une autre insuffisance est la proportion importante de structures sanitaires ne correspondant pas aux normes et standards en matière d'équipements et de programme architectural ; c'est le cas de nombreux dispensaires et maternités isolés disséminés à travers le pays. Pour cela, plusieurs intervenants se sont engagés pour la réhabilitation et la construction supplémentaire de centres de santé dans les prochaines années: Banque Arabe pour le Développement Economique de l'Afrique, Volet santé du Projet de Développement des Ressources Humaines financé par l'OPEP et administré par le FAD, Banque Mondiale, Coopération suisse, etc. Cela permettra au premier échelon de soins d'offrir le paquet minimum d'activités. Cependant, la continuité des soins nécessite que des hôpitaux de zones soient construits pour assurer le paquet complémentaire du deuxième échelon.

2.7.8 Par ailleurs, la qualité de la maintenance des infrastructures et des équipements existants laisse à désirer. La fonctionnalité des structures sanitaires est ainsi réduite du fait que les équipements, mal entretenus, tombent fréquemment en pannes, sont réparés après un délai important et pour un coût trop élevé. Des actions visant une meilleure organisation de la gestion des activités de maintenance par l'implication des comités de gestion et la collaboration avec le secteur privé contribueront à l'amélioration de la situation.

3. LES DOMAINES DU PROJET

Au regard des contraintes décrites ci-dessus, les domaines d'intervention retenus sont: i) l'amélioration de la qualité des soins par le développement des ressources humaines, le renforcement du système de référence et de contre référence, la construction d'hôpitaux de zone et la maintenance des infrastructures et des équipements ; ii) l'amélioration de l'utilisation des services de santé par le développement d'un programme de mutuelles et de prise en charge des indigents, le développement de services de santé à base communautaire, la lutte contre les maladies transmissibles et la mise à disposition des populations des soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

3.1 L'utilisation des services de santé

3.1.1 Elle dépend de plusieurs facteurs parmi lesquels on peut citer les alternatives de financement des soins de santé à type de mutuelles, la prise en charge des indigents, les services de santé à base communautaire et la médecine traditionnelle.

Les mutuelles de santé

3.1.2 Face à la faiblesse de la fréquentation des services de santé, le Gouvernement a inscrit le développement des mutuelles de santé comme priorité dans les documents de politique sanitaire et envisage la création d'une cellule autonome en charge de ce volet au MSP. Les mutuelles de santé sont des systèmes d'assurance santé gérés par les communautés qui permettent aux adhérents d'avoir financièrement accès aux soins toute l'année. Les membres de la mutuelle payent des primes, le plus souvent après les récoltes au moment où ils disposent de liquidités. Ils sont ainsi couverts pour un certain nombre de prestations préalablement déterminées et indépendamment du montant de la cotisation ; il s'agit donc d'un système de partage du risque. En Afrique, l'expérience de pays comme le Rwanda a montré que les adhérents des mutuelles utilisent les services de santé 5 fois plus que les non adhérents. Au Bénin, l'expérience la plus ancienne et la plus développée est le projet du Centre International de Développement et de Recherche (CIDR) qui fait la promotion de mutuelles de santé en milieu rural dans les départements du Borgou et des Collines. Ce projet a démarré en 1994 en partenariat avec la Coopération suisse et 24 mutuelles communales ont été créées, regroupant plus de 100 villages et couvrant une population d'environ 17 000 bénéficiaires. Les prestations couvertes sont les accouchements, les hospitalisations et les interventions chirurgicales d'urgence dans plus de 30 centres de santé et 3 hôpitaux confessionnels.

3.1.3 D'autres expériences existent dans le pays avec PHR Plus sur financement USAID dans l'Alibori, les coopérations danoise, allemande, belge. Dans la Donga, Borne Fonden couvre les communes de Ouake, Copargo, et 2 arrondissements dans la commune de Bassila. Dans le Zou, l'UNICEF travaille dans les communes d'Abomey, de Djidja et d'Agbangnizoun ; l'Association pour le Développement des Mutuelles Agricoles au Bénin (ADMAB) dans l'arrondissement d'Agboka dans la commune d'Abomey ; Borne Fonden intervient dans les communes de Zakpota et d'Agbagnizoun. Ces expériences ont montré qu'il faut du temps pour que les populations, qui ne comprennent pas toujours le concept de risque partagé, acceptent d'adhérer aux mutuelles. Un taux de couverture de 9 à 20% peut être raisonnablement atteint après 2 ou 3 ans de fonctionnement.

3.1.4 Malgré toutes ces interventions, le cadre légal régissant les mutuelles n'existe pas encore et, dans un souci d'équité, plusieurs communes et arrondissements du pays restent à couvrir afin de permettre aux populations qui y vivent, les plus pauvres en particulier, d'avoir accès aux soins. Le Gouvernement, avec l'appui de la Banque Mondiale, va s'atteler en 2005 à l'élaboration d'un code légal de la mutualité au Bénin et permettre ainsi d'autres interventions dans un cadre mieux

organisé. Le contexte politique est donc favorable et les nombreuses expériences en cours dans le pays serviront de terreau et de source d'inspiration pour le projet dans son objectif d'amélioration de l'utilisation des services.

La prise en charge des indigents

3.1.5 L'accès de la majorité des indigents aux soins de santé de base demeure un problème entier au Bénin alors que le pays a un taux d'incidence de pauvreté globale de 37%. Les structures confessionnelles, qui traditionnellement s'occupent de soigner les indigents, ne sont pas guidées par des modalités standards. Chaque structure a ses propres habitudes de prise en charge des indigents, ses propres critères d'identification de l'indigent et ses propres modalités de prise en charge des pauvres et indigents ; ces critères vont de l'application de tarifs forfaitaires à la gratuité, en passant par l'octroi de soins à crédit. Dans le secteur public, l'effort de prise en charge des indigents est récent et il n'y a pas encore de formalisation ni de codification des pratiques dans les formations sanitaires qui le font. Le Gouvernement alloue, depuis quatre ans, un crédit annuel de 1 milliard de francs CFA au Ministère de la santé publique et au Ministère de la Famille pour la prise en charge des indigents. Toutefois la gestion centralisée de ce fonds ne permet pas d'en tirer le maximum de bénéfice en terme d'amélioration de l'accès aux soins des indigents. En outre, devant l'ampleur de l'indigence, ce fonds, même géré au niveau décentralisé, ne peut pas suffire à circonscrire le problème. Des financements supplémentaires ainsi que des interventions impliquant les mutuelles, les associations de développement et les comités de gestion permettront de disposer de plus de moyens, de proposer des alternatives au type actuel de gestion du fonds d'indigence et de jeter les bases d'une pérennisation d'approches facilitant l'accès aux soins des indigents. Ces financements supplémentaires devront garantir l'accès des indigents aux services de santé de base : santé de la reproduction, vaccination et lutte contre les maladies, paludisme, IST/VIH/SIDA notamment.

Les services de santé à base communautaire et la médecine traditionnelle

3.1.6 La faiblesse de la fréquentation des services de santé contraste avec la performance des activités préventives. En effet, alors que la fréquentation des centres de santé stagne à 34% depuis plusieurs années malgré l'amélioration de la couverture géographique en infrastructures sanitaires, les chiffres de la couverture vaccinale chez les enfants de moins d'un an ont atteint des taux très élevés. Concernant le vaccin antitétanique, 60% des femmes enceintes ont reçu au moins deux doses. Le décalage entre ces chiffres et celui de la fréquentation des centres de santé s'explique par l'exécution des activités de vaccination en stratégie avancée dans les villages au sein de la communauté, en complément de la stratégie fixe dans les centres de santé. Cette situation met en exergue l'importance du rapprochement des services de santé aux utilisateurs pour une utilisation optimale. Par conséquent, le développement de services de santé à base communautaire à travers les relais communautaires, associations et ONG locales, sera un des domaines d'intervention du projet dans le but d'améliorer la santé des populations. Cette activité sera sous la coordination et la supervision technique des agents des centres de promotion sociale du Ministère de la Famille, de la promotion Sociale et de la Solidarité.

3.1.7 Par ailleurs, l'écrasante majorité de la population béninoise utilise préférentiellement la médecine et la pharmacopée traditionnelles soit pour des raisons culturelles, soit comme alternative en raison de la barrière financière de la médecine dite moderne. C'est pour cette raison que le Gouvernement, avec l'appui de l'OMS, a mis en œuvre un programme promotionnel à partir de septembre 2004. La cellule mise en place à cet effet au sein de la direction des pharmacies et des explorations diagnostiques du Ministère de la santé publique a déjà conduit plusieurs actions parmi lesquelles on peut citer: i) l'établissement d'une liste de 7500 tradipraticiens à travers le pays, ii) l'organisation de concertations aux niveaux communal, départemental et national, iii) le

développement de jardins de plantes médicinales exploités par des équipes de tradipraticiens; iv) l'élaboration de deux modules de formation sur le paludisme et les IST/VIH/SIDA; v) la formation de 2000 praticiens sur le diagnostic et le traitement du paludisme simple, le diagnostic et la référence du paludisme grave, et la prévention du paludisme. Malgré cette série d'interventions, il est nécessaire de renforcer les compétences techniques des tradipraticiens afin qu'ils jouent plus efficacement leur rôle dans la satisfaction de la demande en soins et l'amélioration de l'état de santé des populations.

3.2 La qualité des services de santé de la zone sanitaire

3.2.1 La qualité des services de santé d'une zone sanitaire dépend de la présence d'un personnel compétent et motivé, de l'existence d'un système de référence et de contre référence fonctionnel, de l'existence d'un système efficace de maintenance des infrastructures et des équipements, l'ensemble fonctionnant sous la coordination et la gestion d'une équipe d'encadrement de zone performante.

Les ressources humaines

3.2.2 Le système de santé béninois souffre de l'insuffisance quantitative et qualitative ainsi que de la mauvaise répartition des ressources humaines sur le territoire national. Les zones défavorisées du Nord et les zones rurales sont en particulier déficitaires. La mission conjointe Gouvernement-Partenaires de revue des appuis budgétaires, effectuée du 7 au 23 septembre 2004, a identifié les domaines prioritaires de besoins en général et pour 2005 en particulier comme suit : 100 sages femmes d'Etat, 100 infirmiers diplômés d'Etat, 50 infirmiers brevetés, 58 médecins dont 20 généralistes, 4 pédiatres, 6 gynécologues, 7 chirurgiens, 8 techniciens de laboratoire et 4 techniciens supérieurs de radiologie. La même mission recommande le recrutement de personnel additionnel contractuel sur postes, en particulier dans les zones enclavées, pauvres et peu desservies. La formation de personnel qualifié, et sa stabilisation dans les zones défavorisées et celles du nord du pays, est donc une priorité pour le système de santé béninois. Dans le département du Zou, on compte un médecin pour 23 777 habitants (norme 1/10 000) et une sage femme pour 2 634 femmes en âge de procréer (norme 1/1000). Dans le département de la Donga, les ratios sont de un médecin pour 46 861 habitants et une sage femme pour 19 172 habitants (norme une sage femme pour 5 000 habitants).

3.2.3 Pour résoudre ce problème de façon durable, le Gouvernement et ses partenaires envisagent une étude nationale dont les conclusions et recommandations permettront l'élaboration d'un plan intégré de développement des ressources humaines dans les zones rurales. En attendant les résultats de cette étude, des réflexions sont en cours au sein du Ministère de la santé, avec l'appui de plusieurs partenaires, pour arriver à mettre en œuvre des approches viables à même, non seulement de pourvoir les zones défavorisées en ressources humaines qualitativement et quantitativement suffisantes, mais également de les stabiliser dans ces zones. Le projet appuiera la mise en œuvre du plan intégré de développement des ressources humaines ; il appuiera également la mise en œuvre d'autres approches viables de résolution du problème, en particulier la signature d'actes notariés par les candidats aux bourses de formation de servir un certain nombre d'années dans des zones identifiées comme déficitaires.

Les hôpitaux de référence

3.2.4 Les infrastructures sanitaires de base au Bénin, bien qu'en nombre relativement satisfaisant, ne correspondent pas toujours aux normes, sont inégalement réparties, sous équipées et avec un personnel insuffisant. Les départements du Zou et de la Donga sont des exemples de cette

répartition inégale. En effet, la couverture sanitaire n'est que de 56% dans le Zou contre 80% au niveau national et les deux départements comptent en moyenne un centre de santé pour plus de 13000 habitants contre une moyenne nationale de 1/10 000. La Banque Arabe pour le Développement Economique de l'Afrique s'est engagée à construire 6 centres de santé dans le Zou et le Projet de développement des ressources humaines en construira 2 dans la Donga. Par contre, il n'existe qu'un seul hôpital de zone non conforme sur les trois zones sanitaires du Zou, de même que pour les deux zones sanitaires de la Donga pour lesquels aucun financement n'est en vue. La construction d'hôpitaux de zone, leur équipement et la mise en place de personnel compétent pour leur fonctionnement sont donc nécessaires pour améliorer le système de référence et de contre référence, élément fondamental du fonctionnement du système de santé de district.

3.2.5 Le système de référence et de contre référence est basé sur le principe d'une répartition claire des prestations et d'une organisation des relations fonctionnelles entre les deux échelons du district de santé, l'ensemble permettant de prendre en charge plus de 90% des problèmes de santé de la population du district (la zone). Le centre de santé, premier échelon, dispense le paquet minimum d'activités et l'hôpital de zone, deuxième échelon, dispense le paquet complémentaire. Lorsque les capacités techniques du centre de santé sont dépassées par un cas, le personnel se réfère à l'hôpital de district de 2 manières possibles (référence): soit par communication pour prendre des informations supplémentaires lui permettant de gérer le cas, soit tout simplement en transférant le malade pour une prise en charge plus adéquate à l'hôpital. Après avoir traité le cas, l'hôpital, à son tour, retourne le malade dans son milieu d'origine pour suivi au centre de santé, c'est la contre référence. Cela nécessite donc : i) des infrastructures de premier échelon à même de fournir le paquet minimum (personnel formé, équipement) ; ii) des hôpitaux de zones capables de prendre en charge les cas référés (personnel formé, équipements) et iii) un système de communication entre les deux échelons (radio communication, ambulance). Toutes les zones sanitaires du pays ne disposent pas de ces trois éléments fondamentaux du système de référence et de contre référence, en particulier la construction d'hôpitaux de zones s'avère nécessaire dans la zone du projet.

La maintenance des infrastructures et des équipements

3.2.6 En matière de maintenance, on note un déficit important en personnel qualifié à tous les niveaux du système. Par ailleurs, les efforts financiers consentis par le Gouvernement en termes de crédits de maintenance sont majoritairement utilisés pour le parc roulant au détriment des bâtiments et du matériel médico-technique. La maintenance préventive n'est pas développée et le système n'est ni supervisé, ni audité, laissant libre cours à la disparition d'équipements et de pièces de rechange. Le Gouvernement a mis à profit les expériences du projet bénino-allemand des soins de santé primaires et du projet santé II FAD pour élaborer en 2002 une politique de maintenance des infrastructures, des équipements médico-techniques et du parc automobile. Cette politique prévoit un système de maintenance organisé suivant le système pyramidal à trois niveaux du système de santé: le niveau périphérique du système de maintenance est basé dans les hôpitaux de zones et sera animé par un technicien de maintenance; des unités de maintenance départementales sont en train d'être mises en place dans les CHD et les directions départementales de la santé publique. La Direction des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance au sein du Ministère de la santé assurent la coordination d'ensemble de la mise en œuvre de la politique de maintenance. Le projet appuiera la mise en œuvre de cette politique par la formation de personnel et la réorganisation du système de maintenance à la base à travers une plus grande implication des comités de gestion et le renforcement du partenariat entre les secteurs public et privé.

Le système de gestion d'ensemble des zones sanitaires

3.2.7 Les zones sanitaires du Bénin connaissent de nombreuses difficultés de fonctionnement, soit par insuffisance organisationnelle, soit par insuffisance en personnel, en équipements ou en infrastructures. Seulement 25 hôpitaux de zones sur les 34 zones sanitaires jouent pleinement leur rôle de référence. Sur le plan gestionnaire, la volonté politique affirmée de décentralisation n'est pas encore suffisamment traduite dans les faits sur le terrain avec comme conséquence des difficultés de fonctionnement et une nécessité de renouvellement pour la plupart des organes de gestion. La zone sanitaire étant le niveau de délivrance des services de santé aux populations, il existe donc un lien étroit entre son état de fonctionnalité et la qualité des soins, la fréquentation des services et par extension l'état de santé des populations. C'est pourquoi la Cellule d'appui au développement des zones sanitaires a défini des critères d'évaluation de la fonctionnalité des zones sanitaires qui sont : i) l'existence et la fonctionnalité des organes de gestion; ii) le processus gestionnaire avec notamment l'existence de plans de développement sanitaire; iii) la gestion locale des ressources y compris la maintenance préventive; iv) les activités des formations sanitaires avec en particulier la disponibilité du paquet minimum d'activités au niveau des centres de santé et du paquet complémentaire au niveau de l'hôpital de zone; v) le système de référence et de contre référence. Sur la base de ces critères, une évaluation des 34 zones sanitaires du pays permettra d'élaborer un plan de développement des zones sanitaires prenant en compte les questions de gestion technique des activités de santé, de gestion des ressources humaines, ainsi que de gestion financière, administrative et matérielle.

3.3 Les maladies transmissibles (paludisme, diarrhées et IST/VIH/SIDA)

3.3.1 L'endémicité des maladies infectieuses et parasitaires, telles que le paludisme, les diarrhées, les IST/VIH/SIDA, constatée au Bénin, est due en grande partie à des causes comportementales dont les stratégies de sensibilisation, jusque là développées par les services de santé, ne sont pas encore venues à bout. En ce qui concerne le paludisme en particulier, la mauvaise qualité de la prise en charge est également en cause. En effet, des enquêtes menées par le programme de lutte contre le paludisme et l'OMS (évaluation à mi-parcours des objectifs d'Abuja, mai 2004) ont montré qu'en 2003, seulement 33,33% des cas de paludisme étaient correctement pris en charge dès l'apparition des premiers signes dans les centres de santé. Ce chiffre est loin de l'objectif de 60% fixé par la déclaration d'Abuja, qui a érigé le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA comme maladies prioritaires contre lesquelles il faut mener des actions hardies. En outre, le Gouvernement a apporté des réajustements à son programme de lutte contre le paludisme, notamment par le remplacement de la Chloroquine par le Coartem, en raison du niveau élevé de résistance des souches plasmodiales.

3.3.2 Plusieurs types d'interventions sont donc nécessaires pour réduire l'incidence de ces maladies, en particulier chez les enfants dans le cadre de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant : paludisme, malnutrition, infections respiratoires aiguës, diarrhées notamment. Une formation en personnel qualifié pour la coordination de la lutte contre le paludisme, l'acquisition de la nouvelle molécule pour le traitement et la prévention ainsi que des activités d'information de la population permettront de répondre plus efficacement au problème du paludisme qui occupe une place prépondérante dans le paysage pathologique au Bénin. En ce qui concerne les IST/VIH/SIDA, les interventions prévues complèteront celles du projet VIH/SIDA du FAD qui se déroule dans d'autres départements. Des activités de communication pour le changement de comportement, basées sur la stratégie des pairs, seront développées dans le cadre de ce projet.

3.4 Les services de santé de la reproduction

Les services de santé de la reproduction sont également peu accessibles aux béninois, tout comme les services de santé en général, en témoigne le taux d'accroissement élevé de la population de 3,25% l'an selon la dernière Enquête Démographique et de Santé 2001. En effet, la fécondité débute précocement chez les Béninoises et atteint 109 pour mille dès l'âge de 15-19 ans; l'indice synthétique de fécondité est de 5,6 enfants par femme. La faible accessibilité des services de santé de la reproduction explique également le taux élevé de mortalité maternelle (485 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes). En effet, en raison du déficit en personnel et/ou de leur compétence limitée, en raison également de l'état de fonctionnalité des infrastructures et des équipements suite à une maintenance défailante, le Bénin dispose de peu de formations sanitaires offrant réellement des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), stratégie clef de réduction des mortalités infantile et maternelle. On compte seulement 1,4 au lieu de 4 formations sanitaires pour 500 000 habitants offrant des SONU de base aboutissant ainsi à 22,9% de couverture en services de SONU au lieu de 100%. Pour améliorer ces indicateurs, des actions de formation et de stabilisation du personnel dans les structures déficitaires sont nécessaires, de même que l'équipement des centres et la maintenance.

4. LE PROJET

4.1 Concept et bien-fondé du projet

4.1.1 Le projet a été conçu et formulé pour contribuer à la mise en œuvre de la politique et des stratégies de développement du secteur de la santé du Bénin. En effet, par ses activités de développement des ressources humaines, de renforcement du système de référence et contre référence, d'amélioration du système de maintenance et de la fonctionnalité des zones sanitaires, le projet contribuera à la réalisation de l'objectif n° 1 de la politique sanitaire nationale à savoir l'amélioration de la qualité des services de santé et de l'accessibilité à des prestations de soins et des services de santé. Il contribuera également à la réalisation de l'objectif n° 2 d'amélioration de la participation communautaire et de l'utilisation des services de santé, par le développement de mutuelles de santé, le développement de services de santé à base communautaire et le renforcement du rôle de la médecine traditionnelle. Enfin, le projet contribuera à l'amélioration de la prise en charge des populations pauvres et indigentes, objectif n° 3, par la prise en charge de la cotisation des indigents dans le programme de mutuelles tout en proposant des mesures dans le sens d'une meilleure utilisation des crédits gouvernementaux alloués à cet effet.

4.1.2 Le projet a été conçu et formulé sur la base d'une analyse des besoins des 12 départements qui composent le pays sur la base d'indicateurs sanitaires et de niveau de pauvreté des populations ainsi que de la présence ou non de partenaires. Les principaux indicateurs sanitaires pris en compte sont le taux de fréquentation des services de santé, le taux de couverture obstétricale déterminant en partie le taux de mortalité maternelle, le taux de mortalité infantile, le ratio personnel de santé par rapport à la population, en particulier les médecins et les sages femmes. L'état de fonctionnalité de l'hôpital de premier niveau de référence a été également considéré, le Bénin ayant une relative bonne couverture géographique en infrastructures de premier échelon (80%). Certaines activités du projet cibleront l'amélioration de ces indicateurs spécifiques dans la zone d'intervention tandis que d'autres activités auront un impact national.

4.1.3 Le projet a été conçu et formulé en prenant également en compte l'équité du genre. En effet, dans la société béninoise, les femmes sont les plus grandes victimes de la barrière financière aux soins de santé parce qu'elles sont les plus touchées par la pauvreté. La prise en charge de la cotisation des indigents dans le programme de mutuelles tiendra compte de cette donnée en veillant

à une plus grande représentativité des femmes parmi les bénéficiaires. En outre, le développement de services de santé à base communautaire facilitera leur accès pour les femmes parce que les nombreuses tâches ménagères constituent également un frein à la fréquentation des services de santé par les femmes, en particulier lorsque ces services sont éloignés. La réduction de la morbidité infantile dégagera également du temps pour les femmes. Les activités de sensibilisation, notamment sur les IST/VIH/SIDA, bénéficieront doublement aux femmes en raison de leurs plus grandes vulnérabilités biologique et sociale.

4.1.4 L'approche participative a été privilégiée dans la conception du projet. En effet, les structures gouvernementales déconcentrées et décentralisées, les élus locaux, les principaux partenaires au développement ont participé aux discussions. La Banque Mondiale, l'Union européenne, l'USAID, la Coopération Technique Belge et Suisse, la GTZ, le Réseau des ONG béninoises de santé (ROBS), les groupes potentiellement bénéficiaires, les organisations à base communautaire (OBC), les comités de gestion, les opérateurs privés, les associations de femmes et de jeunes ont contribué à la conception du présent projet. Le projet a, en particulier, tenu compte de la position quasi unanime des partenaires sur la primauté des activités de renforcement de la fréquentation des services sur les activités d'amélioration de la couverture géographique.

4.1.5 La Banque possède déjà une expérience dans le domaine au Bénin à travers le financement de plusieurs projets totalement ou comportant un volet santé: construction de l'Institut Régional de Santé Publique à Ouidah, Projet de renforcement du système de santé (santé II), Projet de Développement des Ressources Humaines (PDRH) et Projet d'appui à la lutte contre le VIH/SIDA. Le présent projet complète et renforce les activités du projet d'appui à la lutte contre les IST/VIH/SIDA en les étendant aux départements de la Donga et du Zou. Les activités d'IEC, en particulier, complètent en amont les activités de prévention de la transmission mère-enfant développées dans des maternités de la zone d'intervention du projet VIH/SIDA. En effet, les femmes seront plus disposées à faire des tests de dépistage pendant leurs grossesses quand elles sont informées que leur bébé peut être protégé du VIH par des moyens efficaces mis en place dans les maternités.

4.1.6 Parmi les principales leçons apprises contenues dans le rapport d'achèvement du projet santé II, on peut retenir : i) le changement fréquent du coordonnateur et la faible motivation des autres membres de la cellule de coordination avec pour conséquences le blocage des activités et l'allongement dans le temps de l'exécution du projet; ii) la faible utilisation des infrastructures sanitaires construites; et iii) l'irrégularité des audits du projet. Afin d'éviter ces difficultés et aider à améliorer la performance du présent projet, les mesures suivantes seront prises: i) le personnel de l'UGP sera recruté sur appel à candidatures pour éviter les affectations administratives fréquentes préjudiciables à la performance du projet; ii) les mandats des différents responsables du projet doivent comprendre des évaluations par objectifs basées sur des critères de notation prédéterminés, cela dans un souci de responsabilisation et garanti de respect des délais d'exécution; iii) un contrat de performances sera signé entre le Gouvernement et le Coordonnateur du projet ; iv) pour réduire le risque de non-rentabilisation des investissements par une sous utilisation des infrastructures, les interventions d'amélioration de la demande en soins doivent être préférées aux constructions ou faire partie intégrante de l'intervention dans le cas où les constructions sont absolument nécessaires ; v) les structures gouvernementales centrales et décentralisées ainsi que les associations à base communautaire doivent être impliquées dans l'exécution du projet afin de renforcer les chances de pérennisation des actions entreprises ; et vi) un comité de pilotage veillera à ce que les audits, rapports d'activités, revue à mi-parcours soit exécutés régulièrement et transmis à la Banque et au Gouvernement.

4.1.7 Le présent projet s'inspirera également des expériences positives du projet santé II en les renforçant. C'est le cas de l'acquisition de stocks de médicaments essentiels génériques qui, dans le cadre du projet santé II, a facilité le renouvellement des stocks incluant une plus grande gamme de molécules de la liste des médicaments. Cela a permis, non seulement la prise en charge médicamenteuse d'un plus grand nombre de pathologies, mais également la réduction des ruptures de stocks, améliorant ainsi la qualité des soins. En outre, les formations dispensées dans le cadre du projet santé II ont amélioré la qualité technique de la prise en charge des malades mais le personnel formé n'est pas resté suffisamment longtemps en place ; le présent projet en tiendra compte en prévoyant des mesures de stabilisation du personnel formé dans la zone d'intervention. De même, les activités de construction et de réhabilitation ont amélioré la couverture géographique, les conditions de travail du personnel et le confort des utilisateurs des services de santé tant en ambulatoire qu'en hospitalisation. Par contre, il n'y a pas eu d'impact notable sur la fréquentation des services de santé, confirmant ainsi le constat général issu de l'analyse du secteur dans le cadre de l'élaboration du présent projet. Par conséquent, le présent projet d'appui au développement du système de santé privilégiera les activités de renforcement de la fréquentation des services existants; toutefois, des constructions seront réalisées là où le besoin se fait réellement sentir en prenant en compte la nécessité d'y adjoindre des activités d'incitation à leur fréquentation.

4.2 Zones du projet et bénéficiaires

4.2.1 Sur les 12 départements que compte le pays, les zones du projet en couvrent trois à savoir le Borgou, le Zou et la Donga (Annexe 2, carte administrative du Bénin et zones du projet). Le département du Borgou a été retenu parce que le Centre Hospitalier Départemental de Parakou sert de terrain de stage aux étudiants de l'école de médecine ouverte dans cette ville pour répondre à la nécessité de stabilisation du personnel médical dans la zone nord du pays. En outre, ce centre, dans sa configuration actuelle, ne répond pas aux critères techniques minimum requis pour un terrain de stage d'étudiants en médecine parce qu'il manque des services comme la cardiologie, la réanimation, l'ORL et certains services existants, comme la pédiatrie, nécessitent une extension. Le projet comportant un important volet de formation de personnel qualifié et en l'absence d'un véritable centre hospitalier universitaire dont le Gouvernement recherche encore le financement, la réalisation des travaux complémentaires correspondants permettra au CHD, non seulement de contribuer au développement des ressources humaines médicales, mais également de mieux jouer son rôle de dernier recours de soins spécialisés au niveau départemental du Borgou/Alibori et de tout le Nord, d'autant plus que la capitale Cotonou est très distante de Parakou. L'intervention du présent projet, qui complète par ailleurs les travaux de réhabilitation effectués dans cet hôpital dans le cadre du Projet santé II FAD, se limitera à ces travaux de construction, à l'équipement et à des activités de formation du personnel.

4.2.2 Le faible niveau des indicateurs sanitaires, qui sont inférieurs à la moyenne nationale, et la présence relativement faible d'autres bailleurs de fonds justifient le choix du département de la Donga. La situation économique des populations est tributaire du coton dont les cours sont en baisse, aggravant ainsi le niveau déjà élevé de pauvreté. Dans ce département, la Coopération allemande au développement GTZ a fait un travail d'organisation des ONG dans le cadre de la décentralisation, ce qui constitue une base solide de partenariat et une certaine garantie de succès des activités du projet. Le département de la Donga compte 26 arrondissements et 202 villages. Les ratios sont de un médecin pour 46 861 habitants (norme un médecin pour 10 000 habitants) et une sage femme pour 19 172 habitants (norme une sage femme pour 5 000 habitants). Le taux de fréquentation des services de santé est de 30% contre une moyenne nationale de 34%. Les activités de consultation prénatales couvrent 70% des femmes enceintes et seulement 42% d'entre elles bénéficient d'un accouchement assisté. On dénombre 25 centres de santé dans la Donga dont 2 prévisions de construction dans le cadre du PDRH. Le département compte deux zones sanitaires,

Djougou et Bassila, dépourvues d'hôpitaux de zones conformes aux normes. La coopération belge a prévu de normaliser l'hôpital de zone de Bassila et l'hôpital confessionnel de l'Ordre de Malte à Djougou nécessite des travaux de normalisation sous la condition qu'il soit érigé en hôpital de zone.

4.2.3 Le département du Zou a été retenu également en raison de la faiblesse de ses indicateurs sanitaires. Il comprend 9 communes subdivisées en 76 arrondissements et 424 villages. On y compte un médecin pour 23 777 habitants (norme 1/10 000) et une sage femme pour 2 634 femmes en âge de procréer (norme 1/1000). Le taux de fréquentation des services de santé est de 32%. La couverture en consultations prénatales est de 95% et celle obstétricale est de 77%. Le taux de mortalité infantile est de 106 pour mille contre une moyenne nationale de 89,1 pour mille. Le département est subdivisé en trois zones sanitaires : la zone sanitaire de Djidja-Abomey-Agbangnizoun dont l'hôpital de zone est non-conforme aux normes et les zones sanitaires de Covè-Zagnanado-Ouinhi et Bohicon-Zogbodome-Zakpota où il n'existe pas d'hôpitaux de zones. On y dénombre au total 47 centres de santé, y compris les prévisions de construction de 5 par la BADEA.

4.2.4 Les bénéficiaires du projet sont les populations des trois départements du Borgou (724 171 habitants), du Zou (618 192 habitants) et de la Donga (325 930 habitants), soit 1 668 293 habitants représentant plus du quart (26%) de la population totale du pays. En effet, dans la Donga et le Zou, le développement des mutuelles de santé et la prise en charge des indigents, les activités communautaires de promotion de la santé maternelle et infantile, de promotion de l'hygiène et de lutte contre la maladie, bénéficieront plus spécifiquement aux populations les plus pauvres et celles rurales qui en constituent l'écrasante majorité. Les populations du Borgou, et par extension celles de toute la partie septentrionale du pays, bénéficieront des interventions dans le CHD de Parakou en ce sens que cet hôpital, avec les extensions prévues, jouera le rôle de dernier recours hospitalier régional. Toute la population béninoise bénéficiera également des effets du projet à travers la formation spécialisée de plusieurs médecins qui mettra à la disposition du pays un pool de compétences dans les diverses spécialités prioritaires pour le Bénin. En particulier, la formation de cadres sanitaires en paludologie améliorera la coordination de la lutte et le traitement des cas de paludisme qui est la première cause de morbidité et de mortalité dans le pays. L'appui du projet au développement du système de maintenance bénéficiera à toute la population béninoise à travers le renforcement de la durée et de la fonctionnalité des infrastructures et des équipements biomédicaux. Le projet, en finançant l'évaluation de la fonctionnalité des 34 zones sanitaires et en accompagnant les mesures qui seront proposées dans le cadre du plan intégré de développement des ressources humaines pour les zones rurales, contribuera à l'amélioration de la gestion du système de santé, base de la fourniture aux populations de services performants et efficaces.

4.3 Contexte stratégique

4.3.1 Le projet est conforme aux objectifs de développement du millénaire dans le domaine de la santé qui sont: réduction de la mortalité infantile, amélioration de la santé maternelle, lutte contre les IST/VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies. Le projet s'inscrit également dans les objectifs stratégiques du DSRP du Bénin 2003-2005 et à sa mise à jour effectuée en juillet 2004, en particulier l'axe stratégique 2 qui vise : i) l'amélioration de la gestion d'ensemble du système; ii) l'amélioration de l'accessibilité, la qualité et l'utilisation des interventions de santé contribuant aux objectifs nationaux de réduction de la mortalité infantile, maternelle et prise en charge des épidémies; et iii) l'augmentation de l'accessibilité financière de la population à des services de santé de qualité. En effet, les activités de renforcement du système de santé de district, en particulier l'étude sur la fonctionnalité des zones sanitaires, qui sont développées dans le cadre du projet contribueront à l'amélioration de la gestion d'ensemble du système dans le cadre de la

décentralisation. La mise en œuvre du programme de mutuelles intégrant un système de prise en charge des indigents contribuera à l'augmentation de l'accessibilité financière des populations à des services de santé de qualité.

4.3.2 Le projet est en phase avec les priorités du Cadre des Dépenses à Moyen Terme 2005-2007 du DSRP qui prévoit, en particulier, des allocations plus importantes au niveau décentralisé pour faciliter l'accès financier des plus pauvres aux services de santé. Le CDMT 2005-2007 prévoit également plus d'effort dans le domaine du fonctionnement par rapport aux investissements, notamment le développement des ressources humaines par la formation et l'affectation dans les zones défavorisées.

4.3.3 Le projet est également conforme aux politiques de la Banque en matière de santé et de lutte contre les maladies transmissibles à travers la lutte contre les maladies à forte mortalité (paludisme, VIH/SIDA) et la priorité accordée aux couches vulnérables, l'amélioration de la santé maternelle par le développement des soins obstétricaux et néonataux d'urgence. En effet, le projet met l'accent sur l'équité dans l'amélioration de l'accès à des soins de santé de qualité en intégrant un important volet d'activités à base communautaire et de mise en place de mutuelles qui permettront aux indigents d'être pris en compte par le système. Par ces interventions de services de santé à base communautaire et de prise en charge des indigents, le projet est conforme à la politique de la Banque dans le domaine du recouvrement de coûts des services de santé ; cette politique considère les services de santé de base comme des biens publics et à ce titre, les systèmes de recouvrement des coûts doivent assurer leur accès aux plus pauvres.

4.3.4 Enfin, le projet est conforme au Document de Stratégie Pays de la Banque pour le Bénin 2002-2004 (allant jusqu'en juin 2005), et à sa mise à jour qui met l'accent sur le secteur rural et le secteur social avec le renforcement des services sociaux de base, notamment la santé. Le renforcement des services sociaux de base consiste en la mise à disposition et l'utilisation de services de santé de base de qualité, financièrement et culturellement accessibles à la majorité des populations : services de santé à base communautaire, alternatives de financement des soins de santé, réhabilitation/construction et équipement de centres de santé et d'hôpitaux de zones, amélioration du système de maintenance et développement des ressources humaines.

4.4 Objectifs du projet

L'objectif général du projet est de contribuer à la réalisation des objectifs du millénaire dans le domaine de la santé au Bénin : réduction de la mortalité infantile, amélioration de la santé maternelle, lutte contre les IST/VIH/SIDA, le paludisme et autres maladies. Les objectifs spécifiques sont les suivants: i) améliorer l'offre et la qualité des services de santé; et ii) augmenter l'utilisation des services de santé.

4.5 Description du projet

4.5.1 Pour atteindre ces objectifs, le projet comprend les trois composantes suivantes : i) amélioration de l'accessibilité à des services de santé de qualité; ii) promotion de la santé materno-infantile et lutte contre la maladie; et iii) Gestion du projet. La durée d'exécution du projet est de 5 ans.

Composante I : Amélioration de l'accessibilité à des services de santé de qualité

4.5.2 Cette composante a pour objectif de renforcer le système de santé de district afin de donner à un grand nombre de béninois la possibilité de bénéficier de services de santé de qualité. Les

interventions comportent la construction et l'équipement d'infrastructures sanitaires, la formation du personnel, le développement de mutuelles de santé et la réalisation d'études.

Amélioration du système de référence et de contre référence

4.5.3 Pour améliorer la qualité des soins, offrir de meilleures conditions de stage aux étudiants de la faculté de médecine de Parakou et contribuer à la stabilisation des médecins dans le Nord du pays, le projet financera l'extension du Centre Hospitalier Départemental de Parakou par la construction et l'équipement des services complémentaires de la cardiologie, la réanimation, l'ORL, les urgences, la pharmacie hospitalière et l'extension de la pédiatrie.

4.5.4 Le projet financera également la construction de trois hôpitaux de zones dont deux au profit des zones sanitaires de Djidja et Covè dans le Zou, et un dans la zone sanitaire de Djougou dans le département de la Donga. Trois bureaux de zones seront construits pour améliorer les conditions de travail des équipes d'encadrement de zones. Les terrains devant abriter les nouvelles constructions sont disponibles dans des zones alimentées en électricité et en eau potable et le Gouvernement prendra les décisions administratives nécessaires en vue de les affecter au projet. Pour le CHD – Borgou, le problème de terrain ne se pose pas étant donné que l'extension se fera sur le site existant.

4.5.5 En vue de faciliter l'exécution et le suivi des travaux de construction, les services d'un maître d'ouvrage délégué (MOD), recruté sur la base d'une compétition entre les structures existantes au Bénin, seront assurés dans le cadre de ce projet, pour la coordination de l'ensemble des activités de construction et d'extension des infrastructures sanitaires. En effet, il existe trois (3) structures qui ont des accords avec le Gouvernement et agissent en son nom comme maître d'ouvrage délégué pour la réalisation des infrastructures aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain. Elles ont des procédures d'acquisition correctes et acceptables pour les institutions multilatérales. Elles recrutent les bureaux d'études, les bureaux de contrôle et les entreprises suite à des consultations et des appels d'offres. Le projet financera, sur une base compétitive à travers le MOD recruté, les services d'un bureau d'études qui sera chargé de la réalisation des études architecturales et techniques ainsi que de la supervision des travaux de construction des hôpitaux de zones, des bureaux de zones et l'extension du CHD - Borgou. Le projet financera, également sur une base compétitive, les services d'un bureau de contrôle technique qui assurera le contrôle des études et des travaux ainsi que celui des matériaux de construction.

4.5.6 Par ailleurs, des médicaments et consommables médicaux, des équipements biomédicaux, du mobilier et du matériel informatique seront acquis au profit des services complémentaires nouvellement construits du CHD du Borgou et des trois hôpitaux et bureaux de zones. Cinq ambulances et un système de réseau aérien de communication (RAC) seront également acquis au profit des 5 zones sanitaires des départements du Zou et de la Donga. Le RAC facilitera la communication entre les centres de santé et l'hôpital de référence et les ambulances contribueront à réduire les délais de prise en charge des urgences, notamment chirurgicales et obstétricales. Sur financement de la contrepartie nationale, 5 véhicules pick-up seront acquis au profit des équipes d'encadrement de zones pour améliorer le système de supervision et d'approvisionnement des centres de santé en médicaments et consommables médicaux.

4.5.7 Dans le cadre de l'amélioration générale de la gestion du personnel et du fonctionnement des zones sanitaires, le projet participera à la mise en œuvre des recommandations issues de l'étude prévue par le Ministère de la santé publique en vue de l'élaboration du plan intégré de développement des ressources humaines dans les zones rurales. Le projet financera également les services de consultants pour mener une étude nationale sur l'évaluation des capacités fonctionnelles

des 34 zones sanitaires du pays. Cette étude fera le diagnostic de la situation zone par zone et fera des propositions pour améliorer en particulier le fonctionnement des organes de gestion des zones sanitaires, le processus gestionnaire, la gestion locale des ressources, les activités des formations sanitaires et le système de référence et de contre référence. La mise en œuvre des conclusions de cette étude permettra d'améliorer la fonctionnalité des zones sanitaires, par conséquent l'accessibilité à des soins de qualité pour le plus grand nombre. Dans le cadre de la réorganisation profonde du système actuel de maintenance, le projet financera une étude sur le diagnostic du système et les possibilités de contractualisation de toutes les activités de maintenance.

4.5.8 Le projet financera enfin les dépenses liées à la supervision du personnel des centres de santé et des membres des comités de gestion par les équipes d'encadrement de zones, celle des équipes d'encadrement de zones par les équipes des directions départementales de la santé et celle des équipes des directions départementales par les cadres des directions centrales impliquées dans l'exécution du projet.

Développement de mutuelles et mise en place d'un système de prise en charge des indigents

4.5.9 Pour améliorer l'accessibilité financière aux soins, le projet financera, sur une base compétitive, les services d'ONG spécialisés dans la mise en place et la gestion de mutuelles de santé pour la mise en oeuvre d'un programme de 15 mutuelles dans 15 arrondissements du Zou et de la Donga. Au plus tard le 31 décembre 2008, le Gouvernement transmettra à la Banque une copie de la loi régissant les mutuelles de santé au Bénin. Le choix des arrondissements se fera par l'ONG sélectionnée, sur la base de critères de meilleures chances de succès, mais chacune des 5 zones sanitaires devra bénéficier de 3 mutuelles. Le but est de couvrir au moins 5% de la population dans les 15 arrondissements la première année, 12% la deuxième année et 20% la troisième année du programme de mutuelles, soit 27 768 personnes adhérentes à la fin du projet. Le financement de la Banque pour la mise en place et le fonctionnement des mutuelles à travers l'ONG sélectionnée s'élève à 350 millions de FCFA.

4.5.10 Pour faciliter l'accès aux soins d'une partie des populations indigentes, le projet financera leur cotisation dans le programme des mutuelles pour un montant total de 143,6 millions de FCFA. Les bénéficiaires seront identifiés par les comités de gestion des centres de santé avec l'assistance des centres de promotion sociale, en veillant à l'équité de genre dans la sélection des indigents bénéficiaires. Afin de ne pas créer de réticences de la part des cotisants volontaires, cette participation financière du projet ne dépassera pas 25% du nombre total des adhérents, soit 6 942 personnes. Toutefois, l'ONG en charge de la mise en place des mutuelles aura une marge de manœuvre sur le nombre d'indigents à couvrir en fonction du succès des adhésions. Au total, le programme des mutuelles couvrira 34 710 personnes, soit 25% de la population de chaque arrondissement. Le projet financera l'achat de 13 motocyclettes pour faciliter les déplacements administratifs et dans le cadre de la sensibilisation. La coordination et la diffusion de l'expérience à l'ensemble du système de santé seront assurées par la cellule chargée des mutuelles créée au sein du Ministère de la santé. Le projet financera la formation des 4 membres de ladite cellule en techniques de gestion de mutuelles.

Renforcement des compétences du personnel

4.5.11 Le projet financera la formation de 6 médecins dans les spécialités de médecine d'urgence, chirurgie, néphrologie, oto-rhino-laryngologie, échographie et endoscopie pour renforcer les capacités d'encadrement des étudiants en stage au CHD de Parakou et améliorer la qualité des services. D'autres cadres sanitaires dudit CHD bénéficieront de cours de perfectionnement en gestion des ressources humaines, management de la santé, anesthésie, etc. Le projet financera également, au profit des 5 zones sanitaires du Zou et de la Donga, la formation de 20 médecins

spécialistes à raison de 5 médecins par spécialité de pédiatrie, gynécologie-obstétrique, chirurgie et anesthésie-réanimation. Pour améliorer la qualité de la maintenance des infrastructures et des équipements, élément important de la qualité des soins, le projet financera la formation de deux ingénieurs biomédicaux, deux ingénieurs et 5 techniciens en maintenance d'infrastructures. L'attribution des bourses pour ces formations de longue durée sera conditionnée par la signature d'actes notariés par lesquels les bénéficiaires s'engagent à servir pendant au moins cinq ans au poste d'affectation dans la zone d'intervention du projet. Ces formations, une fois réalisées, permettent de couvrir les besoins de la zone d'intervention du projet dans les domaines identifiés.

4.5.12 Dans le but d'améliorer la gestion d'ensemble du système, le projet renforcera les capacités managériales des équipes d'encadrement de zone par la formation de 3 membres par zones sanitaires d'intervention, soit 15 au total dans chacun des domaines suivants : gestion des ressources humaines; gestion financière et matérielle y compris la maintenance ; supervision et monitoring des activités. Le responsable de la supervision et du monitoring des deux directions départementales de la santé (2 personnes) et de la Cellule d'appui au développement des zones sanitaires bénéficiera également de la formation en supervision et monitoring des activités. Le responsable de la gestion financière et matérielle des deux directions départementales de la santé et le chargé du suivi des zones sanitaires à la Direction des affaires financières seront formés en gestion financière et matérielle. Le responsable de la gestion des ressources humaines des deux directions départementales de la santé et le chargé du suivi des ressources humaines des zones sanitaires à la direction des ressources humaines seront formés en planification et gestion décentralisée des ressources humaines. Les formations seront organisées dans chaque département sous la coordination de la Cellule d'appui au développement des zones sanitaires. Les membres des associations de développement et des comités de gestion de la zone d'intervention (360 personnes) seront également formés en techniques de planification budgétaire comprenant la maintenance, en techniques de gestion des relations contractuelles avec les mutuelles et le secteur privé dans le domaine de la maintenance.

4.5.13 Dans le but de renforcer la maintenance préventive et de réduire les délais de réparations, 25 prestataires privés locaux, à raison de 5 par zone sanitaire d'intervention, seront identifiés par les comités de gestion et les techniciens des services départementaux de maintenance du Zou et de la Donga. Ces prestataires locaux seront ensuite formés par les techniciens sur une liste d'actes de maintenance préventive et curative à exécuter périodiquement et en cas de panne dans les différentes structures sanitaires : plomberie, électricité, maçonnerie, électromécanique et informatique. Les dispositions pratiques de ce partenariat secteur public et secteur privé seront consignées dans le cadre de contrats passés avec les comités de gestion.

4.5.14 Dans le cadre du développement du système de mutuelles, le projet financera la formation des 4 membres de la cellule chargée des mutuelles au sein du Ministère de la Santé et 1 membre par bureau de zone, soit 9 personnes au total, en techniques de gestion de mutuelles. Par ailleurs, 5 membres par comité de gestion, soit au total 360 bénéficiaires, seront formés en techniques de gestion des relations contractuelles avec les mutuelles.

Composante II : Promotion de la santé materno-infantile et lutte contre la maladie

4.5.15 Cette composante vise l'élargissement de l'offre des services de santé. Elle couvre les domaines de l'amélioration de la coordination et de l'exécution des activités de promotion de l'hygiène, de lutte contre les maladies et de promotion de la santé familiale. Les interventions du projet comprendront, entre autres, l'assistance technique, la formation et l'équipement.

Promotion de la santé maternelle et infantile

4.5.16 Le projet financera, au profit du Ministère de la santé publique, la formation de 20 formateurs nationaux pour la mise en œuvre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et de 20 formateurs nationaux pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) incluant notamment le paludisme, la malnutrition, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques. Il financera également la formation de 10 formateurs, (soit 1 par ZS, 1 par DDS et 3 à la DSF)) pour le renforcement des services de planification familiale en particulier et de santé de la reproduction (SR) en général. Ces formateurs, qui seront à la disposition du Ministère pour appuyer les autres zones du pays, assureront par la suite la formation sur la SR et les SONU de 5 prestataires de services par maternité de la zone d'intervention du projet. Le personnel de santé sera également formé en techniques de PCIME à raison de 5 agents par centre de santé et 10 agents par hôpital de zone, soit un total de 770 personnes. 60% des formateurs et des prestataires de services à former seront des femmes. Au niveau communautaire, le projet financera la formation de 626 matrones villageoises aux techniques de sensibilisation et de pratiques sur les différents thèmes de promotion de la santé familiale : consultations prénatales, accouchements assistés, prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, allaitement maternel exclusif, maladies diarrhéiques, IST/VIH/SIDA, mutilations génitales féminines, etc. L'ensemble de ces personnes formées, dont le choix tiendra compte de l'équité du genre, couvrent les besoins nationaux (en ce qui concerne les formateurs) et de la zone du projet pour une exécution correcte des SONU et de PCIME.

4.5.17 Le projet financera l'acquisition : (i) du matériel de formation ; (ii) des trousseaux des matrones ; (iii) de matériel pour les SONU au bénéfice des maternités de la zone (matériel d'aspiration intra utérine, ventouses, forceps, aspirateurs pour nouveau-nés, table de réanimation du nouveau-né).

Lutte contre la maladie

4.5.18 Dans le cadre de la nouvelle politique de lutte contre le paludisme qui demeure la première cause de morbidité et de mortalité, le projet financera l'organisation de 5 cours nationaux de paludologie à l'Institut Régional de Santé Publique. Ces cours regrouperont, à chaque session de 3 semaines, 25 cadres sanitaires, soit un total de 125 paludologues pour la coordination de la lutte antipaludique dans l'ensemble du pays. Le projet financera, par la suite dans la zone d'intervention, la formation du personnel des centres de santé et des hôpitaux de zones sur le nouveau schéma thérapeutique. Au niveau communautaire également, la lutte contre le paludisme sera renforcée à travers le financement de la formation de 20 membres d'associations féminines par zones sanitaires dans la gestion des tontines moustiquaires. Le rôle des moustiquaires imprégnées dans la prévention du paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans est une priorité du programme et l'expérience des tontines moustiquaires, déjà fonctionnelles avec succès dans certaines zones sanitaires du pays, est à étendre dans la zone d'intervention du projet. 1000 mères seront par ailleurs formées sur la prise en charge à domicile des cas de fièvre présumés d'origine palustre par les agents de santé. Le projet fournira le premier stock de moustiquaires imprégnées, au bénéfice des associations féminines et ONG (les besoins nationaux sont de 1 200 000 unités), pour soutenir le lancement de l'expérience des tontines moustiquaires dans les cinq zones sanitaires d'intervention ; il financera également l'acquisition de COARTEM et des tests de diagnostic rapide du paludisme.

4.5.19 Le projet financera également, dans le cadre du programme de promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles, la formation de 250 tradipraticiens, soit 50 par zone sanitaire d'intervention, sur les techniques de sensibilisation et de prise en charge psychosociale des IST/VIH/SIDA, sur le diagnostic et le traitement du paludisme simple, le diagnostic et la référence

du paludisme grave, et la prévention du paludisme. Cette formation sera assurée par la cellule de promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles au sein de la Direction chargée de la pharmacie et des laboratoires qui a déjà élaboré une liste des tradipraticiens à intégrer dans le programme. Ces activités étendent dans la zone du présent projet les activités du projet de lutte contre le VIH/SIDA financé par le FAD. Le projet financera le développement de 20 jardins de plantes médicinales qui seront exploités en commun par les tradipraticiens ; ceux-ci bénéficieront également de vélos dans le cadre de leurs activités de sensibilisation.

4.5.20 Dans le domaine de la lutte contre la maladie par la promotion de l'hygiène environnementale, le projet financera, en collaboration avec la direction de l'hygiène et de l'assainissement de base du Ministère de la santé publique et dans le cadre du programme hygiène et assainissement, la formation de 360 relais communautaires et animateurs d'ONG en techniques de communication pour le changement de comportement : hygiène corporelle, lavage des mains avant les repas et après les selles, promotion et gestion des latrines, gestion des déchets domestiques, construction de puisards, fosses fumières, etc. Pour promouvoir la réalisation et l'utilisation des latrines, des maçons résidant dans les villages au nombre de 15 par zones sanitaires seront formés en techniques de construction de latrines. Ces maçons seront sélectionnés sur la liste confectionnée par la Direction de l'hygiène et de l'assainissement de base dans le cadre de son programme d'actions. Le projet financera du matériel d'assainissement (charrettes, brouettes, pelles) au bénéfice des associations féminines et ONG locales impliquées dans la promotion de l'hygiène.

4.5.21 Le projet financera les frais de suivi des formations et de l'exécution des activités par la direction de l'hygiène et de l'assainissement de base du ministère de la santé publique, les frais liés à l'évaluation de la lutte antipaludique et des activités de promotion de santé maternelle et infantile.

Communication pour le changement de comportement

4.5.22 Dans le but d'impulser le changement de comportement dans la zone d'intervention, une série de quatre campagnes annuelles de sensibilisation et de prévention sera menée auprès des femmes, des populations, des jeunes, des enfants vulnérables et des orphelins. A cet effet, le projet utilisera, sur une base compétitive, l'expertise des agents des Centres de Promotion Sociale, des ONG spécialisées et du secteur privé pour la détermination du contenu des messages, l'élaboration et la mise en œuvre des activités de sensibilisation et de prévention. Des émissions radiophoniques (360) de sensibilisation et d'information seront diffusées à l'intention du grand public sur des thèmes centrés autour du VIH/SIDA, la santé de la reproduction, les maladies prioritaires, l'hygiène corporelle et de l'environnement, les mutuelles et la bonne utilisation et l'entretien des formations sanitaires. Les causeries et débats (520) avec les communautés locales, les chefs traditionnels et religieux, les femmes, les enseignants (huit par an pour chaque commune) complèteront les autres actions de mobilisation sociale. Par ailleurs, le projet prendra en charge la formation locale de 100 animateurs en techniques de communication pour le changement de comportement. Enfin, les consultants individuels et/ou des bureaux d'études seront recrutés pour le suivi des campagnes de sensibilisation. Les activités de lutte contre le VIH/SIDA, dans le cadre de ce projet étendent dans la zone d'intervention les activités du « projet d'appui à la lutte contre le VIH/SIDA » financé par le FAD au Bénin.

Composante III : Gestion du projet

4.5.23 Cette composante concerne la mise à la disposition de l'Unité de Gestion du Projet des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à son bon fonctionnement.

4.5.24 Le projet financera l'acquisition du mobilier, du matériel informatique, des équipements de bureau et de reproduction, d'un (1) véhicule 4 x 4 destiné à la gestion et au suivi des activités en faveur de l'UGP, d'une motocyclette pour le déplacement de l'assistant administratif de l'antenne de Cotonou. L'achat de ce véhicule se justifie par les longues distances à parcourir entre Bohicon et les zones d'intervention, ainsi que par le mauvais état de la plupart des routes du pays. Le projet prendra en charge l'acquisition d'un logiciel de gestion des activités comprenant un module pour le suivi des travaux de construction ainsi que la maintenance des équipements.

4.5.25 Au démarrage des activités, le projet recrutera un consultant pour élaborer le manuel interne de procédures administratives, financières et comptables. Par la suite, il fera appel aux services de cabinets pour effectuer les audits annuels des comptes (le même cabinet d'audit ne pourra pas effectuer plus de trois audits consécutifs) et des spécialistes pour l'élaboration d'une étude situationnelle des indicateurs sanitaires de la zone du projet, pour l'acquisition des équipements biomédicaux, pour la préparation de la revue à mi-parcours et les études d'impact du projet. Enfin, un autre consultant individuel sera recruté pendant deux mois en vue d'appuyer le Gouvernement dans la rédaction du rapport d'achèvement du projet.

4.5.26 Le projet supportera les coûts de fonctionnement de l'Unité de Gestion du projet, notamment la location des locaux devant l'abriter, l'assurance du véhicule 4 x 4 et motocyclette acquis sur les fonds FAD, les consommables, la maintenance des équipements et les frais de missions de suivi sur le terrain et de missions au siège de la Banque. Il financera aussi la revue à mi-parcours, l'atelier d'achèvement du projet et les coûts des prestations du personnel de l'UGP. Le personnel cadre sera composé d'un coordinateur du projet (dont les termes de référence sont indiqués dans l'annexe 3) et de spécialistes dans les domaines des acquisitions, de la planification du développement communautaire participatif, du développement des ressources humaines, des infrastructures, de la gestion des mutuelles, de l'administration et de la comptabilité. Le personnel de l'UGP sera contractuel, recruté sur la base d'appel à candidatures et soumis à une évaluation annuelle des performances. Un contrat de performances sera signé entre le Gouvernement et le Coordonnateur du projet.

4.6 Impact sur l'environnement

4.6.1 Le projet appartient à la catégorie environnementale II et comporte un volet de constructions. Toutefois, son impact sur l'environnement sera limité, étant donné que le nombre des nouvelles constructions est réduit et que des dispositions techniques seront prises au niveau des dossiers d'appels d'offres pour éviter les problèmes d'érosion, de ravinement et de stagnation des eaux. Le projet prévoit des latrines et des incinérateurs dans tous les hôpitaux. Des dispositions relatives au fonctionnement comprendront aussi le traitement de déchets biomédicaux.

4.6.2 Les mesures environnementales envisagées par les soumissionnaires feront partie des critères d'appréciation des offres des travaux de construction. Par ailleurs, des dispositions seront prises et des mesures environnementales seront intégrées aux dossiers d'appel d'offres afin de s'assurer que les entreprises attributaires de marchés de construction d'infrastructures prennent en compte les mesures d'atténuation ou d'optimisation prescrites dans leurs cahiers de charges par le Maître d'ouvrage délégué en fonction des caractéristiques physiques des sites retenus. D'autre part, le personnel de l'UGP et les COGES seront sensibilisés sur les règles environnementales

(plantation d'arbres dans les sites sélectionnés pour la construction des hôpitaux de zones, respect du cachet architectural régional, utilisation des techniques de construction et des matériaux locaux, gestion des ordures, évacuation et traitement des déchets liquides/solides, gestion des sanitaires, protection de la nappe phréatique) pour en assurer le suivi. Ils seront secondés dans cette tâche par le personnel exerçant au sein du Ministère de l'Environnement de l'Habitat et de l'Urbanisme et par les experts de la Banque lors de l'examen des DAO et des missions de supervision et de suivi.

4.6.3 Les activités de promotion de l'hygiène environnementale par la sensibilisation des communautés, la gestion correcte des déchets domestiques, la promotion de l'utilisation des latrines contribueront à la conservation et à l'équilibre de l'écosystème. Le principe directeur de ces activités est que la prise en considération des questions environnementales au Bénin contribue à la promotion d'un développement durable. L'annexe 4 du rapport résume les dispositions socio environnementales du projet.

4.7 Coûts du projet

4.7.1 Le coût total du projet hors taxes hors douanes est estimé à 24,47 millions d'UC, y compris les aléas imprévus et la hausse des prix. Le projet sera financé à hauteur de 18,64 millions d'UC en devises et 5,83 millions d'UC en monnaie locale. Il est prévu une provision moyenne de 5% pour les aléas et imprévus, un taux d'inflation annuel de 2% pour les devises et 5% pour la monnaie locale. L'estimation des coûts a été établie au cours de la mission d'évaluation sur la base des informations recueillies auprès des services du Ministère de la Santé Publique, celui des Finances et de l'Economie, des autres partenaires au développement, des fournisseurs locaux et des bureaux d'études ainsi que de la Direction des Marchés Publics. Les coûts détaillés du projet sont décrits dans l'annexe 5 du présent rapport. Les tableaux 4.1 et 4.2 ci-dessous résument respectivement la répartition des coûts du projet par composante et catégorie de dépenses.

Tableau 4.1 : Coût du projet par composante

1 UC = 757,794 FCFA

COMPOSANTE	Millions F CFA			Millions UC			% Devises
	Devises	M.L.	Total	Devises	M.L.	Total	
1 Amélioration de l'accessibilité à des services de santé de qualité	9 377,03	2 471,77	11 848,80	12,37	3,26	15,63	63,90%
2 Promotion de la santé materno-infantile et lutte contre la maladie	3 640,38	0 685,52	4 325,90	4,81	0,90	5,71	23,33%
3 Gestion du projet	0 214,26	1 005,38	1 219,64	0,28	1,33	1,61	6,58%
Coût de base total	13 231,66	4 162,68	17 394,34	17,46	5,49	22,95	93,81%
4 Aléas et imprévus	0 661,58	0 208,13	0 869,72	0,87	0,27	1,15	4,69%
5 Hausse des prix	0 228,33	0 049,54	0 277,86	0,30	0,07	0,37	1,50%
Coût total du projet	14 121,57	4 420,35	18 541,92	18,64	5,83	24,47	100%

Tableau 4.2 : Coût du projet par catégorie de dépenses

CATÉGORIE DE DÉPENSES	Millions F CFA			Millions UC			% Devises
	Devises	M.L.	Total	Devises	M.L.	Total	
A. Travaux	3 199,28	1 066,43	4 265,70	4,22	1,41	5,63	75,00%
B. Biens	6 579,21	1 161,04	7 740,25	8,68	1,53	10,21	85,00%
C. Services	3 082,98	0 579,31	3 662,29	4,07	0,76	4,83	83,25%
D. Fonctionnement	0 000,00	1 232,50	1 232,50	0,00	1,63	1,63	0,00%
E. Divers	0 370,20	0 123,40	0 493,60	0,49	0,16	0,65	75,00%
Coût de base total	13 231,66	4 162,68	17 394,34	17,46	5,49	22,95	76,07%
Aléas et imprévus	0 661,58	0 208,13	0 869,72	0,87	0,27	1,15	76,07%
Hausse des prix	0 228,33	0 049,54	0 277,86	0,30	0,07	0,37	82,17%
Coût total du projet	14 121,57	4 420,35	18 541,92	18,64	5,83	24,47	76,16%

4.7.2 Le projet sera financé conjointement par le prêt FAD et la contrepartie du Gouvernement béninois. Le prêt FAD d'un montant de 22 millions d'UC représente 89,91% du coût total du projet et couvre 100% des coûts en devises (18,64 millions UC). La contribution du Gouvernement (2,47 millions UC) représente 10,09% du montant total du projet et couvre 42,32% du coût total en monnaie locale. Elle sert à financer les dépenses relatives aux travaux d'extension et d'équipements du CHD – Borgou, l'achat de cinq (5) véhicules pour les bureaux de zones, les études et supervision des travaux de l'extension du CHD-Borgou ainsi que le suivi et évaluation des activités des deux composantes. Les diverses sources de financement sont indiquées dans le tableau 4.3.

Tableau 4.3 : Coût du projet par source de financement (en millions d'UC)

SOURCE DE FINANCEMENT	DEVISES	%	M.L.	%	TOTAL	%
FAD – Prêt	18,64	100,00%	3,36	57,68%	22,00	89,91%
%Total						
GOUVERNEMENT	0,00	0,00%	2,47	42,32%	02,47	10,09%
%Total						
TOTAL	18,64	100,00%	5,83	100,00%	24,47	100,00%

4.7.3 Le financement du projet, par source de financement et respectivement par composante et par catégorie de dépenses, est résumé dans les tableaux 4.4 et 4.5 ci-après :

Tableau 4.4 : Coût du projet par composante et par source de financement (en millions d'UC)

COMPOSANTE	FAD			GVT M.L.	TOTAL			% Comp.
	Devises	M.L.	Total		Devises	M.L.	Total	
1 Amélioration de l'accessibilité à des services de santé de qualité	13,20	1,06	14,26	2,41	13,20	3,47	16,68	68,16%
2 Promotion de la santé materno-infantile et lutte contre la maladie	5,13	0,91	6,04	0,06	5,13	0,96	6,09	24,91%
3 Gestion du projet	0,30	1,39	1,70	0,00	0,30	1,39	1,70	6,93%
<u>Coût Total du projet</u>	18,64	3,36	22,00	2,47	18,64	5,83	24,47	100%

Tableau 4.5 : Coût du projet par catégorie de dépenses et par source de financement (en millions d'UC)

CATEGORIE DE DEPENSES	FAD			GVT M.L.	TOTAL			% Catég.
	Devises	M.L.	Total		Devises	M.L.	Total	
A Travaux	04,50	0,20	4,70	1,30	4,50	1,50	6,00	24,52%
B Biens	09,27	0,70	9,97	0,94	9,27	1,64	10,91	44,58%
C Services	04,34	0,65	4,99	0,17	4,34	0,82	5,16	21,09%
D Fonctionnement	00,00	1,65	1,65	0,06	0,00	1,71	1,71	6,98%
E Divers	00,52	0,17	0,69	0,00	0,52	0,17	0,69	2,84%
<u>Coût total du projet</u>	18,64	3,36	22,00	2,47	18,64	5,83	24,47	100%

4.8 Sources de financement et calendrier des dépenses

4.8.1 L'exécution du projet se déroulera sur une période de cinq ans, conformément à la liste des biens et services figurant à l'annexe 6 et aux calendriers des dépenses, par composante et par catégorie de dépenses, présentés respectivement aux tableaux 4.6 et 4.7 ci-après :

Tableau 4.6 : Calendrier des dépenses par composante (en millions d'UC)

COMPOSANTE	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Amélioration de l'accessibilité à des services de santé de qualité	1,07	4,97	08,84	0,90	0,90	16,68
Promotion de la santé materno-infantile et lutte contre la maladie	0,53	2,14	01,68	1,22	0,53	06,09
Gestion du projet	0,44	0,33	00,31	0,31	0,31	01,70
Coût total du projet	2,04	7,43	10,83	2,43	1,74	24,47

Tableau 4.7 : Calendrier des dépenses par catégorie de dépense (en millions d'UC)

CATÉGORIE DE DÉPENSES	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Travaux	0,50	1,82	02,66	0,60	0,43	06,00
Biens	0,91	3,31	04,83	1,08	0,78	10,91
Services	0,43	1,57	02,28	0,51	0,37	05,16
Fonctionnement	0,14	0,52	00,76	0,17	0,12	01,71
Divers	0,06	0,21	00,31	0,07	0,05	00,69
Coût total du projet	2,04	7,43	10,83	2,43	1,74	24,47

4.8.2 Le calendrier des dépenses par source de financement est présenté dans le tableau suivant :

Tableau 4.8 : Calendrier des dépenses par source de financement (en millions UC)

SOURCE DE FINANCEMENT	2006	2007	2008	2009	2010	Total
FAD – Prêt	1,83	6,68	9,74	2,18	1,57	22,00
GOUVERNEMENT	0,21	0,75	1,09	0,25	0,18	2,47
TOTAL	2,04	7,43	10,83	2,43	1,74	24,47

5. EXECUTION DU PROJET

5.1. Organe d'exécution

5.1.1 La gestion des activités du projet sera confiée à une structure autonome. La justification de la création de cette nouvelle structure se fonde sur plusieurs raisons. Il n'y a pas une cellule préexistante d'un projet en cours appuyé par la Banque dans le secteur de la santé qui aurait pu se charger de la gestion du présent projet. En outre, les bailleurs de fonds n'ont pas mis en place une structure de coordination commune de l'exécution des différents projets dans le secteur ni au niveau national, ni dans la zone d'exécution du projet. Par ailleurs, les lourdeurs administratives et l'implication de plusieurs directions centrales du Ministère de la santé dans l'exécution du projet fait craindre des problèmes de coordination efficace des interventions si la gestion du projet était confiée à l'une ou l'autre de ces directions. En effet, les activités du projet couvrent les domaines de compétences des directions centrales suivantes : la Cellule d'appui au développement des zones sanitaires ; la Direction de la programmation et de la prospective ; la Direction des infrastructures, des équipements et de la maintenance ; la Direction de l'hygiène et de l'assainissement de base ; la Direction nationale de la protection sanitaire ; la Direction de la santé familiale et la Direction des ressources humaines. Pour toutes ces raisons, une Unité de Gestion du Projet sera créée.

5.1.2 Compte tenu de l'efficacité limitée des institutions publiques, des lourdeurs administratives et face à la menace des maladies prioritaires sur les populations, la gestion du projet reposera sur le principe de contractualisation. Par conséquent, l'Unité de Gestion du projet privilégiera des partenariats multisectoriels regroupant l'Etat, le secteur privé, la société civile, les organisations communautaires de base, les instituts de formation, etc, ce qui permettra à la fois de renforcer les capacités des structures de l'Etat et d'accélérer l'exécution des activités du projet. Ce rôle ne peut être efficacement assumé que par une structure autonome.

5.1.3 L'UGP sera composée d'un coordinateur, un spécialiste des acquisitions, un spécialiste du développement participatif communautaire, un spécialiste en gestion de mutuelles, un spécialiste des ressources humaines, un spécialiste en infrastructures, un administrateur gestionnaire un comptable et un assistant administratif. La composition de l'équipe de coordination se justifie par la complexité et le volume des activités ainsi que la diversité des acteurs de terrain qui participent à son exécution. L'expert en planification du développement communautaire participatif assurera la coordination d'ensemble et la supervision des ONG et des autres acteurs communautaires impliqués dans la mobilisation sociale autour des activités d'hygiène, de lutte contre les maladies, de promotion de la santé materno-infantile, de promotion des mutuelles et du système de prise en charge des indigents. Le spécialiste en mutuelles apportera l'appui méthodologique nécessaire aux ONG et facilitera le processus de formation et de pérennisation des mutuelles. Un mois après son recrutement, le Gouvernement soumettra à l'approbation du FAD le projet de contrat de performances du Coordonnateur. Le processus d'évaluation des performances sera assuré annuellement par le Gouvernement et ses résultats seront transmis à la Banque au plus tard le 31 mars de chaque année.

5.1.4 En raison de l'importance et de la diversité des activités opérationnelles, l'UGP sera basée à Bohicon et s'appuiera sur les équipes des directions départementales de la santé et les équipes d'encadrement des zones sanitaires pour la coordination de l'exécution et du suivi/évaluation des activités sur le terrain. Le choix de la localité de Bohicon dans le département du Zou comme siège du projet s'explique d'une part, par la construction de deux hôpitaux de zones dans ce département contre un seul dans la Donga, d'autre part, par sa plus grande population (618 192 habitants) par rapport à la Donga (325 930 habitants). Le volume des activités y est donc plus élevé que dans la Donga. En outre, la relative proximité de Bohicon de la ville de Cotonou facilitera les déplacements que l'UGP ne manquera pas de faire pour diverses raisons administratives, même si une antenne est prévue à Cotonou pour le suivi administratif et le lien avec le niveau central. Cette antenne sera animée par un assistant administratif et sera logée au sein de la DPP qui assure par ailleurs le Secrétariat Permanent du Comité de Pilotage du Projet. L'organigramme de la cellule de gestion du projet se trouve en annexe 7.

5.1.5 Un manuel de procédures sera établi, incluant les dispositions nécessaires pour guider l'unité de gestion du projet dans l'exécution et le suivi des activités. De façon générale, l'UGP sera responsable de la planification, de la coordination, de la gestion financière, des contrats et du suivi des activités. Elle veillera à l'établissement d'une étroite collaboration et d'une consultation régulière avec les différents partenaires du projet, notamment les organisations non gouvernementales (ONG) et les structures de la société civile. Elle s'informerera régulièrement des activités menées par les autres partenaires au développement dans la zone d'intervention du projet. Enfin, l'UGP assurera la coordination des relations entre le Gouvernement et le Fonds africain de développement. A cet effet, elle sera responsable de l'élaboration des rapports trimestriels d'activités, du suivi de la rédaction des rapports d'audits annuels, de la revue à mi-parcours, d'achèvement du projet et de la transmission de ces documents à la Banque. Le manuel de procédures précisera également les critères de performance du personnel de l'UGP.

5.2 Dispositions institutionnelles

5.2.1 Au niveau central, l'Unité de Gestion du Projet sera placée sous l'autorité du Secrétaire Général du Ministère de la santé publique. Un Comité de pilotage tripartite (Etat, secteur privé, société civile) sera mis en place et comprendra des représentants du MCPPD (1), du MFE (2), du MSP (3, y compris la DPP), du MFPTRA (1), du MFPSS (1), du MEHU (1), le chef de file des partenaires du secteur (1), du secteur privé confessionnel (1) et de la société civile (2 dont une association féminine). Ce comité se réunira deux fois par an pour suivre l'exécution du projet et proposer des solutions aux problèmes rencontrés ; son secrétariat sera assuré par la DPP.

5.2.2 Aux niveaux intermédiaire et périphérique, les deux directions départementales de la santé du Zou/Collines et de l'Atacora/Donga ainsi que les équipes d'encadrement de zones seront techniquement les partenaires directs de l'UGP. Les structures de gestion et participation communautaire (Conseil d'administration des CHD, Conseil de Direction, Comités de santé et comités de gestion) seront chargées du suivi de l'exécution des activités avec l'appui technique des services départementaux de maintenance, des services techniques des DDSP et des CHD ainsi que des équipes d'encadrement de zones. En vue d'assurer un échange d'informations et une complémentarité des activités de formations, des rencontres seront nécessaires entre tous les partenaires intervenant dans les zones du projet.

5.2.3 L'exécution des activités de sensibilisation et de certaines formations sera confiée aux structures de la société civile et aux agents du MFPSS qui présentent l'avantage d'une maîtrise du milieu et d'une grande expérience dans l'offre des services de proximité. Les directions du MSP et du MEHU pourraient être des partenaires clés dans la réalisation des modules de formation et l'évaluation de l'impact de certaines activités. Le secteur privé pourra être associé à l'élaboration du contenu des messages de sensibilisation.

5.2.4 Les activités de promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles seront placées sous la responsabilité de la Direction de la pharmacie et des laboratoires du MSP. La gestion des activités relatives à la promotion de l'hygiène environnementale sera confiée à la DHAB du MSP. Dans le cadre de la stratégie de contractualisation, la DLM du MSP orientera et supervisera les actions menées sur le terrain par les ONG sélectionnées sur la base de leurs compétences et de leur expérience dans le domaine de lutte contre les maladies prioritaires.

5.2.5 En vue de faciliter l'exécution et le suivi des travaux de construction, il sera fait appel à un maître d'ouvrage délégué (MOD), recruté sur la base d'une compétition entre les structures existantes au Bénin. En effet, il existe trois (3) structures qui ont des accords avec le Gouvernement et agissent en son nom comme maître d'ouvrage délégué pour la réalisation des infrastructures aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain. Elles ont des procédures d'acquisition correctes et acceptables pour les institutions multilatérales. Elles recrutent les bureaux d'études, les bureaux de contrôle et les entreprises suite à des consultations et des appels d'offres. Un contrat sera établi entre le Gouvernement et le MOD retenu. Ce dernier sera chargé, en collaboration avec l'UGP, de la sélection des bureaux d'études qui seront chargés de la réalisation des études architecturales et techniques ainsi que de la préparation des dossiers d'appels d'offres pour les travaux de construction ainsi que de la sélection des bureaux de contrôle. Les bureaux d'études sélectionnés effectueront, en outre, la supervision des travaux de construction, prépareront les ordres de service, établiront les rapports d'activités et réceptionneront les ouvrages sous la supervision du MOD et de l'UGP. Les bureaux de contrôle assureront le contrôle technique des travaux et des matériaux de construction. Le MOD fournira au comptable du projet toutes les pièces et les rapports conformément aux règles et procédures de la Banque. Il devra, en outre, tenir

informé le coordinateur de l'UGP et les autres institutions concernées d'éventuelles difficultés rencontrées dans le cours de l'exécution afin qu'ils puissent prendre en temps voulu les mesures correctives nécessaires.

5.3 Calendriers d'exécution et de supervision

L'exécution du projet se déroulera sur 5 ans. Le plan prévisionnel d'exécution (détail en annexe 8) est résumé ci-après :

Tableau 5.1 : Plan prévisionnel d'exécution du projet

<u>ACTIVITÉS</u>	<u>DATES</u>	<u>SERVICE RESPONSABLE</u>
Approbation par le Conseil	Avril 2005	FAD
Entrée en vigueur	Décembre 2005	Gouvernement/FAD
Mission de lancement/Démarrage du projet	Janvier 2006	FAD
Élaboration des dossiers d'appels d'offres constructions	Juillet 2006 à août 2006	UGP/MOD/B.Etudes
Appels d'offres pour les constructions	Septembre 2006 à décembre 2006	FAD/UGP/MOD
Travaux de construction/Équipements	Janvier 2007 à janvier 2009	FAD/UGP/MOD
Acquisition des mobiliers et équipements	Janvier 2006 à janvier 2009	FAD/UGP/PNUD
Formation / sensibilisation	Avril 2006 à septembre 2010	MSP/MFPSS/UGP/ONG
Mutuelles	Avril 2006 à décembre 2009	UGP/ONG
Mission de revue à mi-parcours	Juin 2008	FAD/ Gouvernement/ PTF
Audit	Février 2007 à février 2011	UGP/cabinets d'audit
Fonctionnement	Janvier 2006 à décembre 2010	FAD/ Gouvernement
Rapport d'achèvement du Gouvernement	Décembre 2010	Gouvernement
Rapport d'achèvement du FAD	Mars 2011	FAD/ Gouvernement

5.4 Dispositions relatives à l'acquisition des biens et services

5.4.1 Les dispositions relatives à l'acquisition des travaux, biens et services sont résumées dans le tableau 5.2 ci-après. Toute acquisition financée par la Banque se fera conformément à la liste des biens et services figurant à l'annexe 6 et aux Règles de procédure du Groupe de la Banque pour l'acquisition des biens et travaux ou, selon le cas, pour l'utilisation des consultants, en utilisant les dossiers types d'appel d'offres de la Banque.

Tableau 5.2 : Dispositions relatives à l'acquisition des biens, services et travaux (en millions UC)

CATÉGORIE DE DÉPENSES	En milliers d'UC					
	AOI		AON	Autre	Liste restreinte	Total
1. Travaux						
* Extension du CHD-Borgou	1,30					1,30
* Construction d'hôpitaux et de bureaux de zone	(4,70)					4,70
Sous-total Travaux	6,00	(4,70)	0,00	0,00	0,00	6,00
2. Biens						
* Mobiliers, équipements et instruments médicaux	3,74	(2,92)				3,74
* Médicaments de spécialité + Consommables et réactifs				(0,78)*		0,78
* Réseau Aérien de Communication	(0,56)					0,56
* Ambulances	(0,28)					0,28
* Véhicules pick up et 4X4			0,14	(0,03)		0,14
* Motos et vélos			(0,06)			0,06
* Mobiliers de bureaux			0,64	(0,61)		0,64
* Eq informatiques, bureautique et audio-visuel			0,16	(0,14)		0,16
* Trousses pour matrones, Matériels didactiques pour SONU et PCIME, Matériels SONU pour maternités	(1,58)					1,58
* Moustiquaires imprégnées	(0,41)					0,41
* Coartem et tests de diagnostic rapides pour le paludisme	(2,11)					2,11
* Matériels d'assainissement			(0,44)			0,44
* Plantes médicinales				(0,005)*		0,00
Sous-total Biens	8,69	(7,87)	1,47	(1,27)	0,00	10,91
3. Services						
* Formation para-médicale				(0,79)*		0,79
* Formation médicale				(0,92)*		0,92
* Formation en planification et gestion administrative				(0,20)*		0,20
* Formation en mutuelles					(0,06)	0,06
* Formation de formateurs en SONU et PCIME				(0,17)*		0,17
* Campagnes de sensibilisation et IEC					(0,10)	0,10
* Etudes/diagnostic d'évaluation et mise en œuvre					(0,18)	0,18
* Etudes et supervision des travaux					0,64	(0,47)
* Contrôle des travaux					(0,18)	0,18
* Maîtrise d'ouvrage déléguée - Travaux					(0,34)	0,34
* Formation/Promotion de la SMI				(0,04)****		0,04
* Formation/ Lutte contre la maladie				(0,69)****		0,69
* Actions de mobilisation					(0,17)	0,17
* Elaboration, suivi et évaluation des activités d'IEC					(0,22)	0,22
* Assistance technique pour l'UGP					(0,19)	0,19
* Audit					(0,04)	0,04
Sous-total Services	0,00	0,00	0,00	0,00	(3,03)	2,13
					(1,97)	5,16
4. Fonctionnement						
* Location d'un siège pour l'UGP				(0,06)***		0,06
* Suivi et évaluation des activités de la comp I par MSP				(0,28)*		0,28
* Suivi environnemental des activités par le MEHU				(0,05)****		0,05
* Suivi et évaluation des activités de la comp II par MSP				(0,06)****		0,06
* Missions de supervision des activités par l'UGP				(0,07)***		0,07
* Missions au siège				(0,03)***		0,03
* Indemnités personnel UGP					(0,70)	0,70
* Consommables UGP				(0,47)***		0,47
Sous-total Fonctionnement	0,00		0,00	(1,01)	(0,70)	1,71
5. Divers						
* Mise en place de mutuelles					(0,49)	0,49
* Cotisation des indigents aux mutuelles					(0,20)	0,20
Sous-total Divers	0,00		0,00	0,00	(0,69)	0,69
Coût total du projet (en millions d'UC)	14,69	(12,57)	1,44	(1,27)	(4,87)	3,47
					(3,29)	24,47

* Négociation directe; ** Consultation de fournisseurs à l'échelon national ; *** Frais de fonctionnement

**** Convention directe () Financement Prêt

5.4.2 Les lois et réglementations nationales concernant le circuit de passation des marchés au Bénin ont été examinées et jugées acceptables. L'Unité de Gestion du projet (UGP) sera responsable de la passation des marchés de biens, travaux et services. Les modes d'acquisition prévus sont les suivants :

5.4.3 Travaux : (6,00 millions d'UC)

Appel d'offres international (6,00 millions d'UC) pour la réalisation des travaux de construction des hôpitaux et bureaux de zones ;

5.4.4 Biens : (10,91 millions d'UC)

i) Appel d'offres international (8,69 millions d'UC) pour l'acquisition : i) du mobilier et équipements biomédicaux (3,74 millions d'UC), ii) des moustiquaires imprégnés (0,41 million d'UC), iii) du coartem et tests de diagnostic rapide pour le paludisme (2,11 millions d'UC), iv) des ambulances (0,28 millions d'UC), v) des réseaux aériens de communication (0,56 millions d'UC) et vi) du matériel didactique pour SONU et PCIME et trousse pour matrones (1,58 millions d'UC) ;

ii) Appel d'offres national (1,44 millions d'UC) pour l'acquisition : i) du mobilier ordinaire des hôpitaux et UGP (0,64 millions d'UC); ii) des équipements bureautiques, informatiques et audiovisuels (0,16 millions d'UC), iii) du matériel roulant (0,20 millions d'UC) et iv) du matériel d'assainissement (0,44 millions d'UC). Le montant maximum par marché est de 200 000 UC. La nature et la quantité des équipements à acquérir sont susceptibles de ne pas intéresser les fournisseurs provenant de l'extérieur. Par ailleurs, il existe des fournisseurs locaux suffisamment qualifiés pour garantir la concurrence.

iii) Négociation directe avec :

a) La CAME (0,78 millions d'UC) pour l'acquisition des médicaments, consommables et réactifs. La CAME, structure à but social et à gestion autonome, est responsable de l'approvisionnement en médicaments des formations sanitaires au Bénin et contribue, réglementairement et effectivement, à la lutte contre la vente illicite des médicaments. Les procédures d'acquisitions utilisées par la CAME sont conformes aux principes fondamentaux que sous-tendent les politiques de la Banque en la matière, notamment l'éligibilité, la transparence et l'économie. Cette institution dispose, également, de compétences uniques en matière d'acquisitions, d'évaluation, de stockage et de livraison des médicaments. Par conséquent, la CAME sera l'agent d'acquisition des médicaments, consommables et réactifs pour le compte du projet en utilisant les procédures d'acquisitions approuvées par la Banque ;

b) La Direction des Pharmacies et des explorations diagnostiques du Ministère de la Santé Publique pour les jardins de plantes médicinales (0,005 millions d'UC). Cette Direction dispose de compétences uniques en matière de conseil et d'évaluation des recettes traditionnelles et de mise en place de jardins de plantes médicinales. Les frais engagés couvrent seulement les coûts des jardins de plantes médicinales.

5.4.5 Services (5,16 millions d'UC)

i) Consultation sur la base d'une liste restreinte (2,13 millions d'UC) pour i) le choix du maître d'ouvrage délégué pour les travaux de construction et d'extension (0,34 millions d'UC) ; ii) le choix des bureaux d'études pour la réalisation des études architecturales et techniques, la supervision des travaux de construction des hôpitaux et bureaux de zones ainsi que pour l'extension

du CHD-Borgou (0,82 millions d'UC); iii) les formations en mutuelles (0,20 millions d'UC) ; iv) les activités d'IEC (0,32 millions d'UC); v) les études diagnostic, d'évaluation et de suivi (0,18 millions d'UC); vi) l'assistance technique à l'UGP et l'audit du projet (0,23 millions d'UC) ; vii) les actions de mobilisation et de sensibilisation, l'organisation des émissions radiophoniques (0,17 millions d'UC) et viii) les services de formateurs et d'encadreurs pour les ateliers de recyclage et de formation coordonnés par le MSP et MFPSS.

ii) Négociation directe (2,30 millions d'UC) avec l'IRSP, les écoles de formations professionnelles (INMES et ENIAB) et les écoles de médecine et de maintenance dans la sous-région pour les formations : i) médicales (0,92 millions d'UC) ; b) para-médicales (0,79 millions d'UC) ; iii) de formateurs en SONU et en PCIME (0,17 millions d'UC) ; iv) en planification et en gestion administratives (0,20 millions d'UC) ; et celles relatives à la maintenance (0,22 millions d'UC). Ces institutions sont en mesure d'assurer correctement les formations théoriques, pratiques et pluridisciplinaires programmées dans le cadre du projet. L'avis de non objection de la Banque est requis pour les propositions d'institutions de formation que l'UGP et le MSP feront.

iii) Convention directe avec les directions du Ministère de la Santé Publique (0,73 millions d'UC) : i) la Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base (DHAB) du Ministère de la Santé Publique pour la planification des activités d'hygiène et d'assainissement; ii) la Direction de la lutte contre la maladie (DLM) du Ministère de la Santé Publique pour la planification des activités de lutte contre les maladies prioritaires et de lutte contre les IST/VIH/SIDA; iii) la Direction des Pharmacies et des explorations diagnostiques du Ministère de la Santé Publique pour la formation de 250 tradithérapeutes. Ces directions disposent des compétences adéquates et possèdent une grande expérience, chacune dans le domaine qui la concerne. Le projet financera uniquement les coûts réels (perdiems, frais de déplacement, location des locaux, etc) pour les diverses activités menées par les différentes directions. Les conventions directes avec ces directions seront soumises à une revue par la Banque.

5.4.6 Fonctionnement (1,71 millions d'UC) :

(i) Consultation de fournisseurs à l'échelon national (0,46 million UC) pour les consommables de l'unité de gestion du projet ainsi que pour l'entretien et la maintenance des équipements et matériel roulant. Le montant maximum d'un marché est de 10 000 UC ;

(ii) Liste restreinte de consultants individuels pour le recrutement du personnel de l'UGP (0,70 million UC). La procédure de choix sera basée sur une liste restreinte constituée après un appel à candidatures ;

(iii) Convention directe (0,39 millions d'UC) avec le Ministère de la Santé Publique et le Ministère de l'Environnement, de l'Habitat et de l'Urbanisme de la Santé Publique pour le suivi et évaluation des activités du projet. Des conventions seront élaborées entre l'UGP et ces structures et soumises à une revue par la Banque, les dépenses afférentes à ces services ne couvrent que les coûts de leur production ;

(iv) La location d'un siège à Bohicon, et les missions de supervision des activités par l'UGP (0,16 million UC).

5.4.7 Divers (0,69 million d'UC) :

(i) Consultation sur la base d'une liste restreinte (0,49 million UC) pour les services d'ONG pour la mise en place des mutuelles et la gestion des cotisations des indigents payées par le projet (0,20 million UC).

Note d'information générale sur l'acquisition des biens et services : La note d'information générale sur l'acquisition (NGA) adoptée avec l'emprunteur lors des négociations de l'accord de prêt sera émise pour publication dans le journal « Development Business », dès l'approbation par le Conseil d'Administration de la proposition de prêt.

Procédures d'examen : Les documents suivants seront soumis à l'approbation du FAD avant d'être publiés : Note d'information spécifique sur l'acquisition ; Listes restreintes et lettres d'invitation à soumissionner ; Dossiers d'appel d'offres ; Rapports d'évaluation des soumissions comportant les recommandations sur l'attribution des marchés ; Projets de contrats, si les modèles de contrats incorporés dans les dossiers d'appel d'offres ont été modifiés.

5.5 Dispositions relatives aux décaissements

5.5.1 Les décaissements, au niveau du FAD se feront conformément au calendrier des dépenses. A cet effet, un compte spécial sera ouvert à la Banque Centrale des Etats de l'Afrique de l'Ouest pour recevoir les ressources du prêt. Un deuxième compte, destiné à recevoir la contribution de l'Emprunteur au financement du projet sera ouvert au Trésor. Les opérations à partir de ces deux comptes seront soumises au principe de la double signature du Coordinateur et du Comptable du projet. Chaque année, le Gouvernement versera à temps sa contribution au financement des activités programmées pour l'année en cours.

5.5.2 L'approvisionnement du compte spécial par le FAD visera à financer les dépenses courantes couvrant 4 mois d'activités du projet. Les décisions d'approvisionnement seront prises sur la base d'un programme d'activités acceptable par le FAD et de la justification d'au moins 50% de l'utilisation de l'approvisionnement précédent, le cas échéant. Quant aux paiements directs des entrepreneurs, fournisseurs et consultants, ils s'effectueront selon les procédures habituelles de la Banque.

5.6 Suivi et évaluation

5.6.1 Un système de suivi-évaluation, basé sur l'analyse de la situation de départ, la revue à mi-parcours et en fin de projet, sera mis en place. Les données de départ seront établies à travers des enquêtes en début de projet. Puis, sur cette base, toutes les structures impliquées prépareront et transmettront à l'UGP des rapports trimestriels et annuels d'exécution de leurs activités, en conformité avec les directives de la Banque en la matière. L'UGP assurera la compilation de ces rapports, la rédaction du rapport de synthèse et sa transmission au FAD et au MSP. A la troisième année du projet, une revue à mi-parcours sera effectuée. A la fin de l'exécution du projet, l'UGP rédigera et transmettra au FAD un rapport d'achèvement. A cet égard, le coordinateur de l'UGP et le responsable de la passation des marchés visiteront le siège de la Banque peu après leur prise de fonction pour se familiariser avec les procédures de la Banque.

Supervision

5.6.2 Dès l'approbation du prêt, le FAD organisera une mission de lancement et d'assistance au Gouvernement pour la satisfaction des conditions de mise en vigueur du prêt et des conditions préalables au premier décaissement. Lors du lancement, un séminaire sera organisé au cours duquel

les rôles des différents intervenants seront déterminés. Le FAD conduira des missions de supervision périodiques (au moins deux fois par an) dans les différents secteurs et sites du projet. Les équipes de ces missions seront composées de sorte à intégrer des expertises pluridisciplinaires (santé, architecture, acquisition des biens, travaux et services, informatique, etc.) répondant aux exigences des diverses composantes du projet. Des copies des rapports des missions seront remises aux autorités pour la prise des mesures nécessaires.

Revue à mi-parcours

5.6.3 Une revue à mi-parcours, d'une durée de trois semaines, sera organisée au terme d'environ 30 mois d'exécution du projet. Cette revue aura pour objectif de mesurer les progrès réalisés dans l'exécution du projet par rapport à ses objectifs de développement et de proposer les mesures correctives éventuelles. Elle associera toutes les parties impliquées dans la mise en œuvre du projet, en premier lieu les représentants des bénéficiaires, les organisations de la société civile et les partenaires au développement. Par ailleurs, lors des revues du portefeuille, l'état du projet sera examiné. Les rapports et les conclusions qui résulteront de ces missions seront présentés aux organes d'exécution du projet afin qu'ils prennent les mesures appropriées. Le plan des missions de supervision et de revue à mi-parcours est indiqué ci-après :

Années	Nature des missions	Nombre de missions	Composition des missions
1	Lancement et d'assistance	1	Chargé de projet/PPRU/FFCO
	Supervision	2	Chargé de projet/Architecte/Specialiste en acquisitions
2	Supervision	2	Chargé de projet/Architecte/Specialiste en acquisition
3	Supervision	2	Chargé de projet/Architecte/Specialiste en acquisition
	Revue à mi-parcours	1	Chargé de Projet/Architecte/CIMM/Consultants/ PTF
4	Supervision	2	Chargé de projet/Architecte/Specialiste en acquisition
5	Supervision	2	Chargé de projet/Architecte/specialiste en acquisition
	Achèvement	1	Chargé de projet/Architecte/CIMM/PTF

5.6.4 La revue à mi-parcours sera réalisée sur la base des indicateurs suivants :

<u>Indicateurs</u>	<u>Indicateurs intermédiaires 2008</u>	<u>Indicateurs à la fin du projet 2010</u>
1. Référence et contre référence	- Travaux de constructions réalisés à 50% - Marchés conclus pour les médicaments, mobilier et équipements.	- Constructions réalisées à 100% - Biens livrés à 100%
3. Mutuelles et prise en charge des indigents	- 4 personnes du niveau central et 1 par zone sanitaire formées en gestion des mutuelles - 10 campagnes de sensibilisation réalisées sur les mutuelles - Au moins une mutuelle est mise en place dans chacun des 15 arrondissements sélectionnés	- 20 campagnes de sensibilisation réalisées - Au moins 27 768 adhésions et 6 942 indigents pris en charge dans les 15 mutuelles (3/arrondissement)
2. Renforcement des compétences du personnel	- 100% des stagiaires en spécialisation de longue durée sont en fin de 1 ^{ère} année de formation - 3 membres par EEZ formés en gestion des ressour. humaines, gestion financière et matérielle, supervision et monitoring - 20 formateurs formés en SONU et en PCIME, 10 en SR/PF - 410 agents de santé formés en SONU, 360 en PCIME - 125 paludologues formés	- 20 campagnes de sensibilisation réalisées sur les IST/VIH/SIDA, le paludisme, la santé familiale, l'hygiène et assainissement environnemental - 360 émissions radiophoniques réalisées
8. Formation des membres de la communauté	- 360 membres des COGES formés en planification budgétaire, gestion de contrats avec les mutuelles et le secteur privé dans le domaine de la maintenance - 5 prestataires privés locaux par zone sanitaire travaillent dans le cadre de contrats passés avec les comités de gestion - 626 matrones formées en techniques de promotion de la santé materno-infantile, IST/VIH/SIDA - 100 membres d'associations féminines formés en gestion de tontines moustiquaires - 1000 mères formées en traitement à domicile des fièvres	- 520 séances de causeries débats organisées avec les communautés - Au moins 60% des cas de paludisme sont correctement pris en charge dans les centres de santé de la zone d'intervention - Le taux de consultation curative est de 60% dans le Zou et de 50% dans la Donga - Le taux de couverture en CPN

	présumées d'origine palustre	est de 90% dans la Donga
	- 250 tradipraticiens formés en techniques de sensibilisation et prise en charge psychosociale du VIH/SIDA, diagnostic et traitement du paludisme simple et référence du paludisme grave - 360 relais communautaires formés en hygiène et assainissement - 75 maçons formés en construction/entretien de latrines	- Le taux de couverture obstétricale est de 70% dans la Donga et de 90% dans le Zou

5.7 Rapports financiers et audit

5.7.1 Dès le démarrage des activités, un cabinet d'expertise comptable mettra en place un système de gestion compatible avec les composantes du projet. L'administrateur gestionnaire du projet établira des rapports financiers et tiendra à jour un système comptable par catégorie de dépenses, composante, source de financement et type de monnaies. Il disposera à cet effet des manuels appropriés de la Banque, notamment «Les Directives pour l'établissement des rapports financiers et la révision des comptes de projets» et «Le Manuel des décaissements».

5.7.2 Les comptes du projet feront l'objet d'un audit annuel par un cabinet externe et indépendant sélectionné sur la base d'une liste restreinte préalablement approuvée par la Banque. L'auditeur exercera un contrôle, technique et financier, en ayant accès à la comptabilité générale du projet et aux comptabilités spécifiques des partenaires techniques impliqués dans le projet et appuyés par des conventions (Mutuelles, MOD). Les rapports d'audit seront soumis à la Banque dans un délai maximum de six mois après la clôture de l'exercice comptable. Des recommandations seront faites aux responsables nationaux de l'exécution du projet pour une meilleure gestion des activités et tenue des comptes.

5.8 Coordination de l'aide

La coordination de l'ensemble des interventions des bailleurs de fonds dans le pays est assurée par le Ministère de l'Economie et des Finances. En ce qui concerne le secteur de la santé, les partenaires ont mis en place un cadre de concertation avec le Bureau de la Coopération suisse comme actuel chef de file. La Banque, pendant les missions d'identification, de préparation et d'évaluation, a tenu des réunions avec les partenaires de la santé pour valider auprès d'eux les actions qu'elle entend réaliser dans le cadre du présent projet. Dans la conception dudit projet, la présence du chef de file des bailleurs de fonds dans le comité de pilotage se justifie par le souci de la Banque de renforcer la cadre de concertation. Par ailleurs, l'UGP fera des communications régulières sur les réalisations du projet à la communauté des bailleurs de fonds. Toutes ces mesures jettent les bases d'une participation prochaine de la Banque dans l'appui budgétaire au secteur de la santé d'autant plus que la DPP, qui assure le Secrétariat Permanent du Comité de Pilotage du projet, est le lien privilégié du Gouvernement avec les partenaires dans le processus de planification et de suivi évaluation des interventions de santé. Au niveau départemental, l'UGP renforcera la collaboration avec les autres partenaires et développera des initiatives pour créer un cadre de concertation au niveau local.

6. DURABILITE ET RISQUES DU PROJET

6.1 Charges récurrentes

6.1.1 La réalisation du projet engendrera des charges récurrentes dont le montant annuel est estimé à 190 130 000 FCFA. Cette somme totale se répartit comme suit : 140 730 000 FCFA pour l'entretien des infrastructures, du mobilier et des équipements, 38 400 000 FCFA pour les indemnités du personnel par le projet, 3 000 000 FCFA pour les frais de fonctionnement des 3 hôpitaux de zones, 3 bureaux de zones et l'extension du CHD-Borgou , 143 600 000 F CFA pour les cotisations des indigents aux mutuelles, enfin 6 500 000 FCFA pour le suivi et évaluation des activités de lutte contre la maladie et promotion de la santé maternelle et infantile.

6.1.2 Les coûts de la formation des personnels administratifs, des membres des comités de gestion et des populations bénéficiaires seront totalement pris en charge par le projet. Ceux-ci ne donneront pas lieu à des charges récurrentes à l'issue du projet dans la mesure où les formations prévues visent à résoudre, pendant cinq années, les problèmes de renforcement des capacités. Le relais de ces formations devra être totalement assuré par les équipes qui seront formées au sein des structures concernées (Structures sanitaires, MSP, Organisations de la société civile).

6.1.3 Les charges récurrentes du projet sont supportables par le Gouvernement. En effet, d'un montant annuel de 0,251 millions d'UC, ces charges récurrentes ne représentent que 0,035 % du budget de fonctionnement de l'Etat et 0,40 % du budget alloué au secteur de la Santé dans l'exercice 2004. En outre, le Gouvernement bénéficie des ressources PPTTE (Pays Pauvres Très endettés) qui sont d'un apport supplémentaire permettant de supporter les charges récurrentes. D'autre part, le système de recouvrement des coûts par la tarification des actes médicaux et l'achat des médicaments essentiels et génériques par les utilisateurs a généré 3 656 000 000 de F CFA, soit 29% du budget de fonctionnement hors personnel du Ministère de la Santé publique (12 692 000 000 F CFA). L'amélioration des capacités de gestion du système de santé dans le cadre de la décentralisation permettra aux collectivités et aux populations de participer à l'entretien des équipements et du mobilier.

6.2. Durabilité du projet

6.2.1 Les préoccupations de l'ensemble des acteurs et des partenaires du secteur de la santé ont été prises en compte dans la conception et la formulation du projet. Des dispositions sont prévues pour assurer également leur participation à l'exécution du projet à travers les acteurs communautaires, les comités de gestion, les ONG et le comité de pilotage. Cette participation des différents acteurs favorise leur appropriation du projet et renforce ainsi sa durabilité. Les investissements réalisés dans la formation des ressources humaines contribueront à l'amélioration qualitative du personnel médical et auront ainsi un impact positif sur la qualité des services de santé. Toutes les personnes formées aux diverses spécialités, au-delà de l'amélioration de leurs propres compétences, constitueront désormais des formateurs potentiels, garants d'une continuité dans la transmission des connaissances et des bonnes pratiques professionnelles. Les infrastructures hospitalières construites et les équipements serviront pendant plusieurs années en raison d'une meilleure maintenance assurées par les comités de gestion; ils contribueront ainsi pendant longtemps à l'amélioration de la santé des populations. En outre, la participation communautaire et du secteur privé dans la réalisation des activités contribuera à l'appropriation des réalisations du projet par les populations et à sa durabilité.

6.2.2 L'amélioration de la fréquentation des services de santé grâce aux mutuelles et au système de prise en charge des indigents aura un impact positif sur l'état général de santé de la population, facteur favorable à l'augmentation de la production nationale. Le financement par le projet d'un programme de mutuelles pendant une certaine période donne le temps de créer la confiance dans le partage du risque. Cette confiance dans le système permettra d'augmenter le nombre d'adhérents, jetant ainsi les bases d'un autofinancement à la fin du projet. En effet, plus le nombre d'adhérents augmente, plus grande sont les possibilités d'autofinancement et de pérennisation. Toutefois, si l'autofinancement des mutuelles comporte d'énormes chances de réussite grâce au nombre croissant d'adhérents, la durabilité de la prise en charge des indigents dépendra de la meilleure gestion (décentralisée) des crédits alloués à cet effet par le Gouvernement.

6.2.3 La cellule en charge des mutuelles au sein de la DNPS, dont la formation sera financée par le projet, gagnera en expérience de coordination d'un programme de mutuelles grâce à l'assistance technique du spécialiste en mutuelles de l'UGP. Il en sera de même pour les organes communautaires de gestion des mutuelles. Ce capital d'expérience acquis durant la phase d'exécution du projet permettra d'assurer la poursuite des activités une fois le projet achevé. En ce qui concerne la prise en charge des indigents, le Gouvernement poursuivra le financement de leur prise en charge par l'augmentation des crédits votés chaque année à cet effet. La gestion décentralisée de ce financement sera améliorée grâce aux diverses expériences, celle du projet et des autres intervenants dans la prise en charge des indigents.

6.2.4 Le Bénin bénéficie de la remise de la dette dans le cadre de l'Initiative des Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE). A ce titre, 5,8 milliards de francs CFA ont été alloués au Ministère de la Santé Publique dans le budget national de 2004 sur une prévision totale de 16,7 milliards de francs CFA (Rapport de la mission conjointe de revue des appuis budgétaires de septembre 2004). Cette disponibilité financière annuelle, appelée à durer, contribuera à couvrir les dépenses liées aux effets du projet après l'arrêt du financement FAD, d'autant plus qu'une part importante du financement PPTTE est allouée aux comités de gestion pour couvrir les subventions à certaines catégories de bénéficiaires dans le secteur de la santé, en particulier la prise en charge des indigents.

6.3 Principaux risques et mesures d'atténuation

6.3.1 Un des risques principaux du projet est l'échec de la mise en œuvre des résultats de l'étude sur le développement des ressources humaines dans les zones défavorisées. En effet, les nouvelles infrastructures construites et équipées ainsi que les ambulances et le système de RAC ne pourront pas améliorer la prise en charge des références si le personnel compétent n'est pas disponible. Ce risque est atténué par la détermination des bailleurs de fonds qui font de cette étude et de la mise en œuvre de ses résultats une priorité. En outre, l'application actuelle, par le Ministère de la santé publique, de mesures alternatives comme la signature d'actes notariés pour servir dans les zones défavorisées, témoigne également de la volonté du Gouvernement d'aller de l'avant dans la résolution de cet épineux problème des ressources humaines.

6.3.2 La faiblesse des capacités d'absorption au sein du Ministère, tel que le montre le faible taux d'exécution du budget 2004 suite à la délégation des crédits aux directions départementales de la santé et aux zones sanitaires, apparaît également comme un risque. Cette faiblesse a été identifiée par la mission conjointe de revue des appuis budgétaires partenaires-Gouvernement et des recommandations ont été faites dans le sens de la mise en place d'outils de suivi permettant d'améliorer la programmation et la gestion des budgets, tant au niveau central que décentralisé. La formation en gestion des ressources financières et matérielles, prévue dans le cadre du projet, contribuera également à l'atténuation de ce risque.

6.3.3 La faible fréquentation des structures de santé, en particulier pour des raisons financières, est également un risque pour la réalisation des objectifs du projet. L'étude sur le système de tarification prévu par le Gouvernement, atténuera ce risque à travers des propositions de tarification plus adaptées aux coûts de production des actes et au pouvoir d'achat des populations.

6.3.4 Le niveau de participation communautaire est également une des conditions de succès des actions du projet. En effet, les services de santé à base communautaire, en particulier les services de promotion de la santé de la mère et de l'enfant ainsi que ceux de lutte contre la maladie, n'auront un impact véritable sur l'état de santé que s'ils sont utilisés par elles. Les actions de sensibilisation entreprises dans le cadre du projet ainsi que l'exécution de ces services par des membres de la communauté elle-même atténue ce risque de faible utilisation des services de santé à base communautaire.

6.3.5 La faible adhésion au programme de mutuelles est un risque important pour la réalisation des objectifs du projet. L'accroissement continu du nombre de cotisants est non seulement une garantie de durabilité du système, mais également une condition d'amélioration de l'état de santé à travers une plus grande utilisation des services de santé par les mutualistes. Pour atténuer ce risque, le projet a prévu un important travail d'explication et de sensibilisation des populations à travers les médias en vue d'obtenir l'adhésion consciente des populations au programme de mutuelles. Ce travail d'explication et de sensibilisation atténuera également un autre risque potentiel constitué par la réticence des clients cotisants face à la prise en charge des cotisations des indigents par le projet. Par ailleurs, la définition et l'application de critères rigoureux de sélection des indigents impliquant les comités de gestion, les ONG locales et les services de l'action sociale contribueront également à réduire ce risque. De même que la volonté politique affichée du Gouvernement d'avancer dans la voie de la décentralisation de la gestion budgétaire réduit le risque d'un éventuel arrêt de son financement de la prise en charge des indigents.

7. BENEFCES DU PROJET

Le projet présente de multiples avantages sociaux et économiques. Il permet, en particulier, de mener les actions suivantes : i) contribuer à la lutte contre la pauvreté, notamment rurale ; ii) améliorer l'état de santé des populations et iii) Favoriser la bonne gouvernance.

7.1 Impact économique

7.1.1 En s'inscrivant dans le cadre du DSRP, le projet contribue à lutter contre la pauvreté à travers ses différentes réalisations. Il apporte une contribution à l'atteinte des objectifs fixés dans ce document de politique, notamment l'accroissement de l'accès aux services sociaux et l'amélioration de leur qualité. Sur le plan économique, le projet contribuera à la lutte contre la pauvreté, notamment rurale. En effet, des ressources financières importantes seront injectées dans le tissu économique béninois à travers les investissements qui seront réalisés. Le secteur privé en sera un grand bénéficiaire, notamment par la réalisation des études architecturales et techniques, la mise en œuvre des travaux de construction, l'acquisition des biens. Il y aura donc création d'emplois, de consommation de biens et services, sans compter l'effet à long terme de l'investissement humain réalisé à travers la formation des bénéficiaires. De petites et moyennes entreprises obtiendront des marchés et créeront des emplois. L'implication des prestataires privés locaux dans le système de maintenance créera des revenus supplémentaires pour cette frange de la population active, favorisant ainsi la réduction de la pauvreté et l'émancipation sociale. L'amélioration du système de gestion dans le secteur de la santé servira d'exemple pour améliorer la gouvernance dans le pays, facteur d'économie et d'augmentation des effets des investissements.

7.1.2. Par ailleurs, le projet contribuera à la valorisation des ressources humaines au Bénin. Le pays, en effet, doit développer son potentiel en ressources humaines comme facteur de développement économique et social, dans un contexte d'insertion indispensable dans les échanges internationaux induits par la globalisation. En élevant le niveau des compétences, il permettra l'émergence de nouveaux types d'emploi, liés au marché national, régional ou international, et contribuer ainsi à la réduction de la pauvreté.

7.1.3 Les activités de promotion de l'hygiène et de lutte contre la maladie, en particulier le paludisme et les IST/VIH/SIDA, permettront de réduire le nombre d'épisodes de maladies et de nouvelles infections à VIH. Les épisodes de maladies évitées, notamment en ce qui concerne le paludisme, sont autant de jours de travail gagnés, par conséquent d'augmentation de la productivité agricole, d'autant plus que le paludisme sévit en pleine période de production agricole. Le VIH/SIDA constitue un obstacle véritable au développement économique dans la mesure où il frappe surtout la fraction la plus productive de la population, aggravant ainsi la situation de pauvreté au sein des ménages et des communautés. La productivité et la croissance de la main d'œuvre chutent tandis que les dépenses de santé augmentent de manière significative. Les actions de prévention du présent projet contribueront à atténuer ces dommages. Dans le même ordre d'idée, les activités en direction des associations féminines augmenteront les revenus des femmes. Par ailleurs, l'amélioration de la santé infantile permettra aux femmes, d'une part, d'économiser une partie de leurs ressources quand on sait que la responsabilité des soins des enfants leur incombe, d'autre part d'augmenter leurs revenus par l'utilisation du temps ainsi libéré pour des activités économiques. En outre, la réduction de la mortalité infantile de 89 pour 1 000 en 2001 à 75 pour 1000 en 2010 permettra de sauver la vie de 121 137 enfants de moins d'un an (prenant en compte l'accroissement de la population de 3,25% l'an), ce qui correspond, pour une espérance de vie à la naissance de 59 ans, à un gain de 7 025 946 années potentielles de vie.

7.2 Impact sur les femmes

7.2.1 Outre les avantages économiques, le projet aura beaucoup d'avantages sociaux pour les femmes. En effet, il mettra à la disposition des 394 385 femmes en âge de procréer de la zone d'intervention, (23,64% de 1 668 293 habitants), des services sanitaires et promotionnels performants qu'elles pourront mieux utiliser que par le passé, d'une part, grâce aux services de santé de proximité qui seront développés par le projet, d'autre part, grâce au programme de mutuelles et du système de prise en charge des indigents. En effet, le statut d'adhérent de la mutuelle couvre l'ensemble de la famille et il est prévu que les femmes soient majoritairement représentées dans la sélection des indigents dont le projet paiera les primes. Cette plus grande utilisation des services de santé maternelle réduira la mortalité maternelle et améliorera la santé sexuelle des filles et des femmes; en particulier, les mutilations génitales féminines et les complications d'accouchements mal conduits comme les fistules reculeront, réduisant ainsi le poids psychosocial que représente, pour les individus et les familles, l'exclusion des femmes porteuses de fistules. Les services de planification familiale permettront aux femmes d'avoir plus de contrôle sur leurs maternités. Dans la Donga, qui fait partie des départements ayant les indicateurs de santé maternelle les plus bas du pays, 90% des femmes enceintes bénéficieront des services de consultation prénatale et 70% d'entre elles accoucheront dans des conditions techniquement acceptables. Dans le département du Zou, la couverture obstétricale atteindra 90%.

7.2.2 Outre ces avantages sanitaires, les activités de formation aussi bien du personnel de santé que des acteurs communautaires concerneront également les femmes. L'augmentation du nombre de médecins spécialistes et de prestataires de sexe féminin renforcera la position sociale des femmes au sein de la société béninoise.

7.3 Impact social

7.3.1 L'ensemble de la population du Borgou, de la Donga et du Zou, soit 1 668 293 habitants, bénéficiera de services de santé performants avec : i) la formation de personnels qualifiés dans les domaines de la santé, de la gestion et de la maintenance ; ii) la construction et l'équipement de trois hôpitaux de zones et des services complémentaires du CHD de Parakou ; et iii) l'approvisionnement en médicaments et réactifs de laboratoire. La qualité technique des soins sera, en particulier, améliorée par la formation de 5 médecins par spécialité de chirurgie, de pédiatrie, de gynécologie obstétrique et d'anesthésie réanimation. Les urgences chirurgicales et obstétricales seront mieux prises en compte avec la fourniture des 5 ambulances et 5 réseaux aériens de communication.

7.3.2 Les services de santé à base communautaire, les mutuelles et le système de prise en charge des indigents induiront une augmentation de l'utilisation des services de santé avec comme conséquence l'amélioration de l'état sanitaire général de la population. Tous les habitants de la zone d'intervention bénéficieront des services de santé à base communautaire fournis par 626 matrones formées, 626 relais communautaires formés, 1000 mères et 250 tradipraticiens formés. Au total, environ 944 122 personnes dans la Donga et le Zou bénéficieront des activités de communication pour le changement de comportement exécutées par ces acteurs communautaires dans les domaines de l'hygiène, des IST/VIH/SIDA et du paludisme. Pour combattre cette dernière affection, 187 500 moustiquaires imprégnées seront injectées dans le circuit de distribution communautaire pour protéger en particulier les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. La participation communautaire dans la gestion des centres de santé sera renforcée par la formation de 360 membres de comités de gestion. Les habitants de la Donga et du Zou seront en outre influencés par les bénéfices en couverture sanitaire procurés aux 34 710 adhérents des mutuelles développées par le projet et ceux des autres intervenants. Cela augmentera régulièrement le nombre de candidats potentiels à l'adhésion aux mutuelles, renforçant ainsi la couverture sanitaire, la pérennisation du système de mutuelles et le système de prise en charge des indigents. En effet, plus élevé sera le nombre d'adhérents aux mutuelles, plus grandes seront les chances de pérennisation du système et plus grandes seront les marges de bénéfices permettant la prise en charge des indigents.

8. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

8.1 Conclusions

Le projet, dont les étapes d'élaboration sont présentées en annexe 9, constitue un appui important à la mise en œuvre de la politique sanitaire du Gouvernement. Les effets du projet contribueront à l'amélioration de l'état de santé des populations en général, des femmes et des enfants en particulier. Dans cette optique, le projet est un facteur important dans la réalisation des objectifs de développement du millénaire. Les chances de réalisation des activités du projet sont renforcées par le fait que l'intervention a été conçue et formulée sur la base d'une approche participative qui a assuré l'implication effective des différentes parties prenantes (bénéficiaires, pouvoirs publics, société civile, ONG) et en étroite concertation avec les partenaires techniques et financiers du secteur de la santé au Bénin. Par ailleurs, les leçons résultant de l'expérience de la Banque dans le secteur de la santé ont été prises en compte dans la définition du mode de gestion du projet ainsi que des dispositions techniques et institutionnelles requises pour en garantir les bonnes performances.

8.2 Recommandations et conditions du prêt

8.2.1 Il est recommandé d'accorder au Gouvernement du Bénin un prêt FAD d'un montant maximum de 22 millions UC aux fins d'exécution du projet décrit dans le présent rapport. Ce prêt sera soumis aux conditions particulières ci-après :

A. Conditions préalables à l'entrée en vigueur de l'accord de prêt

8.2.2 L'entrée en vigueur de l'accord de prêt est subordonnée à la réalisation par l'Emprunteur, à la satisfaction du FAD, des conditions prévues à la Section 5.01 des Conditions générales applicables aux accords de prêt et aux accords de garantie du Fonds.

B. Engagement avant tout décaissement

8.2.3 Avant tout décaissement du prêt, le Gouvernement s'engage à mettre en place, en concertation avec les principaux partenaires, un cadre réglementaire régissant les mutuelles de santé au Bénin ; (paragraphe 4.5.9 et 4.5.10) :

C. Conditions préalables au premier décaissement

8.2.4 Outre l'engagement et l'entrée en vigueur de l'accord de prêt, le FAD ne procédera au premier décaissement du prêt qu'après la réalisation par l'emprunteur, à l'entière satisfaction du FAD, des conditions préalables suivantes :

- i) Fournir au FAD la preuve de la création de l'Unité de Gestion du Projet (paragraphe 5.1.1) ;
- ii) Communiquer au FAD la liste des personnes sélectionnées, au terme de l'appel à candidatures, pour occuper, au sein de l'UGP, les postes de coordinateur, de spécialiste des acquisitions, de spécialiste du développement participatif communautaire, de spécialiste en gestion de mutuelles, de spécialiste en ressources humaines, de spécialiste en infrastructures, d'administrateur comptable, d'assistant administratif ainsi que la liste du personnel de soutien; (paragraphe 5.1.3) ;
- iii) Fournir au FAD la preuve de l'ouverture d'un compte à la BCEAO destinée à recevoir les ressources du prêt ainsi qu'un compte au trésor pour la contrepartie nationale (paragraphe 5.5.1);
- iv) Fournir au FAD les décisions administratives d'attribution des terrains pour la construction des trois nouveaux hôpitaux de zones (paragraphe 4.5.4); et
- v) Fournir au FAD, la preuve de la création d'un comité de pilotage chargé de la coordination des activités du projet, et composé des représentants des structures suivantes : le MCPPD (1), le MFE (2), le MSP (3), le MFPTRA (1), le MFPSS (1), le MEHU (1), des partenaires au développement (1), du secteur sanitaire privé confessionnel (1) et 2 de la société civile (paragraphe 5.2.1).

D. Autres conditions

8.2.5 L'Emprunteur devra en outre remplir les autres conditions suivantes :

- i) Fournir au FAD, six (6) mois après la mise en place de l'UGP, le programme détaillé de l'ensemble des formations avec la liste des candidats, lieux et périodes ; (paragraphe 4.5.11-4.5.14 ; 4.5.16 ; 4.5.17 ; 4.5.19 et 4.5.20) ;
- ii) Fournir au FAD, un (1) mois avant le départ des candidats retenus pour les formations, les actes notariés signés par les bénéficiaires des bourses d'études et dans lesquels ils s'engagent à servir pendant au moins cinq (5) ans dans la zone du projet ; (paragraphe 4.5.11) ;
- iii) Fournir au FAD, au plus tard le 31 décembre 2008, une copie de la loi régissant les mutuelles de santé au Bénin. (paragraphe 4.5.9) ;
- iv) Transmettre au FAD, un mois après son recrutement, le contrat de performances signé entre le Gouvernement et le Coordonnateur du projet et dont les termes et conditions auront été préalablement approuvés par le FAD (paragraphe 5.1.3) ;
- v) Transmettre au FAD, au plus tard le 31 mars de chaque année, les résultats des évaluations de performances du Coordonnateur du projet (paragraphe 5.1.3).

RÉPUBLIQUE DU BENIN
PROJET D'APPUI AU DEVELOPPEMENT DU SYSTEME DE SANTE

(PROJET SANTE III)

INTERVENTIONS DES PARTENAIRES

Bailleur de fonds	Domaines d'intervention	Zones d'intervention	Montant en millions de FCFA 2003-2007
UNICEF	Appui institutionnel, Santé de la Reproduction Lutte contre les maladies: appui au PEV, VIH/SIDA, Tuberculose, Paludisme	ZOU, BORGOU ET PLATEAU	1 968
FNUAP	Appui institutionnel, santé familiale et santé de la Reproduction	ATACORA, MONO, COUFFO, BORGOU, ALIBORI, OUEME, ATLANTIQUE, LITTORAL, PLATEAU, COLLINES	683
OMS	Coopération technique, santé familiale, santé de la reproduction, lutte contre la maladie	Territoire national	4 249
Union européenne	Appui institutionnel, lutte contre la maladie	MONO, COUFFO, ATLANTIQUE, LITTORAL, OUEME, PLATEAU	1 191
Coopération Technique Belge	Appui institutionnel	ATACORA, DONGA, MONO, COUFFO	5 408
Coopération allemande	Appui institutionnel, lutte contre les maladies décentralisation, santé familiale,	ZOU, COLLINES, BORGOU, ALIBORI	2 145
Coopération française	Appui institutionnel, qualité des soins, santé de la mère et de l'enfant, lutte contre les maladies	Territoire national	298
Coopération suisse	Appui institutionnel, décentralisation, santé familiale	BORGOU, COLLINES, ATLANTIQUE	2 509
Coopération américaine	Appui institutionnel, santé familiale, lutte contre la maladie	Territoire national	4 408
Banque Mondiale	Appui institutionnel, santé familiale, décentralisation, lutte contre les maladies	Territoire national	800
BID	Appui institutionnel	ATACORA, OUEME, BORGOU, PLATEAU	970
BADEA	Appui institutionnel	ALIBORI, ATLANTIQUE, ZOU, LITTORAL, COLLINES, OUEME, PLATEAU	4 807
Fonds Mondial	Paludisme, VIH/SIDA, Tuberculose	Territoire national	3 725

RÉPUBLIQUE DU BENIN
PROJET D'APPUI AU DEVELOPPEMENT DU SYSTEME DE SANTE
(PROJET SANTE III)

CARTE ADMINISTRATIVE DU BENIN ET ZONES DU PROJET



Cette carte a été fournie par le personnel de la Banque Africaine de Développement exclusivement à l'usage des lecteurs du rapport auquel elle est jointe. Les dénominations utilisées et les frontières figurant sur cette carte n'impliquent de la part du Groupe de la BAD et de ses membres aucun jugement concernant le statut légal d'un territoire ni aucune approbation ou acceptation de ses frontières.

● Zones du Projet

RÉPUBLIQUE DU BENIN
PROJET D'APPUI AU DEVELOPPEMENT DU SYSTEME DE SANTE

(PROJET SANTE III)

RESUME DES TERMES DE REFERENCES DU COORDONNATEUR

Sous l'égide du Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique, le Coordonnateur du projet assumera les tâches suivantes :

- i) Assurer la supervision, le suivi/évaluation et la coordination de toutes les activités du projet et des performances de tous les intervenants ;
- ii) Assurer et favoriser une bonne collaboration entre les ministères, intermédiaires techniques et financiers et autres partenaires d'exécution ;
- iii) S'assurer que le personnel du projet exécute efficacement ses tâches selon ses termes de références, les méthodes de travail appropriées et le calendrier fixé ;
- iv) Préparer le programme d'activités annuel ainsi que les budgets afférents ;
- v) Veiller au respect du calendrier d'exécution du projet ;
- vi) Veiller à l'application des règles de la Banque dans le cadre de l'acquisition des biens, services et travaux du projet;
- vii) Veiller à la bonne tenue des registres comptables et à la disponibilité de la contrepartie nationale ;
- viii) Assurer la relation avec le FAD pour la préparation et la transmission régulière de tous les documents afférents aux activités du programme (rapports d'activités et d'audit, demandes de paiement et de fonds de roulement et autres correspondances).

Qualifications requises

Le candidat à ce poste devra :

- être titulaire d'au moins une maîtrise en planification du développement ou d'un diplôme de médecin en santé publique ;
- Avoir au moins cinq ans d'expérience professionnelle dans la gestion de projets/programme de développement sur financement extérieur ;
- être apte à gérer, diriger et travailler en équipe ;
- avoir une expérience confirmée dans l'utilisation de l'outil informatique et ;
- avoir une connaissance parfaite de l'environnement du pays et de la langue française.

REPUBLIQUE DU BENIN
PROJET D'APPUI AU DEVELOPPEMENT DU SYSTEME DE SANTE
(PROJET SANTE III)

RESUME DES DISPOSITIONS SOCIO-ENVIRONNEMENTALES

Description des principales composantes socio-environnementales du projet

Pour augmenter et améliorer l'accès à des services de santé de qualité, le projet prévoit, entre autres activités, la construction et l'extension d'infrastructures sanitaires (3 hôpitaux de zones, 3 bureaux de zones et l'extension du CHD - Borgou) y compris la construction de latrines et points d'eau.

Principaux impacts socio-environnementaux

Le projet est classé dans la catégorie environnementale II, étant donné que ses incidences sur l'environnement sont mineures.

Programme de protection et mesures d'atténuation

Le projet prévoit des mesures en vue de mettre en place des dispositifs techniques tels que les incinérateurs et décontaminer, systématiquement tout matériel médical souillé avant incinération, pour atténuer les effets négatifs des déchets hospitaliers contaminés. Également, il sera prescrit dans les cahiers de charges des travaux à réaliser, que les entreprises attributaires des marchés procéderont à la prise en compte des mesures environnementales, d'atténuation ou d'optimisation, dans l'exécution finale des travaux.

Programme de suivi et initiatives complémentaires

Les responsables de l'Unité de Gestion du Projet ainsi que les responsables régionaux du MSP et du MEHU seront chargés du suivi environnemental. Ils veilleront au choix des sites et des matériaux afin d'éviter l'abattage des arbres et les problèmes d'érosion, de ravinement et de stagnation des eaux. Le principe de contrôle périodique fera l'objet d'un cahier des charges avec une liste exhaustive d'éléments qui seront régulièrement évalués.

Dispositions institutionnelles et renforcement des capacités

Le projet offrira, à travers un certain nombre d'activités, l'occasion d'améliorer le niveau de connaissance des problèmes environnementaux dans la vie quotidienne des populations. Le volet formation comprendra la promotion de l'hygiène environnementale (hygiène corporelle, lavage des mains avant les repas et après les selles, promotion et gestion des latrines, gestion des déchets domestiques).

Consultations publiques et accès à l'information

Il importe d'associer étroitement les populations à la conception des projets d'infrastructures les concernant, à travers des séances de causeries-débats avant le début des travaux ainsi qu'à la gestion correcte des déchets domestiques. Les séances auront lieu dans les communes ciblées par le projet et seront ouvertes à toutes les populations désireuses d'être informées ainsi que les ONG intervenant dans les régions du projet. Les différents rapports d'activités intégrant les informations sur les activités relatives à la protection de l'environnement, sont accessibles aux différents partenaires impliqués dans l'exécution du projet.

Calendrier d'exécution et rapports

Le suivi environnemental se fera de manière permanente et continue, étant donné qu'il fait partie intégrante de l'exécution du projet. Les rapports trimestriels d'activités de l'Unité de Gestion du Projet et les rapports de supervision seront produits conformément au calendrier d'exécution du projet.

RÉPUBLIQUE DU BENIN
PROJET D'APPUI AU DEVELOPPEMENT DU SYSTEME DE SANTE

(PROJET SANTE III)

RESUME DES COUTS DETAILLES DU PROJET

COMPOSANTE I : AMELIORATION DE L'ACCESSIBILITE A DES SERVICES DE SANTE DE QUALITE		
	Total Millions F CFA	Total Millions UC
A/- Travaux		
- Extension du CHD - Borgou	927.300	1.22
- Construction de deux hôpitaux de zones au Zou	2 105.600	2.78
- Construction d'un hôpital de zone au Donga	1 052.800	1.39
- Construction de 3 bureaux de zones	180.800	0.24
Coût de base	4 265.70	5.63
Aléas et imprévus	213.29	0.28
Hausse des prix	67.18	0.09
S.Total Travaux	4 546.17	6.00
B/- Biens		
- Equipements et mobiliers extension CHD-Borgou	591.800	0.78
- Equipements et mobilier des 3 hôpitaux de zones	2 503.800	3.30
- Equipements et mobilier des 3 bureaux de zones	51.00	0.07
- Médicaments, consommables biomédicaux et réactifs	550.00	0.73
- RAC	400.00	0.53
- Matériels roulants	290.60	0.38
Coût de base	4 387.20	5.79
Aléas et imprévus	219.36	0.29
Hausse des prix	78.31	0.10
S.Total Biens	4 684.87	6.18
C/- Services		
- Formations / personnels CHD Borgou	252.00	0.33
- Formation/ Renforcement capacités personnels des zones sanitaires	1 064.54	1.40
- Formation/Mutuelles	39.15	0.05
- Formation/ Maintenance	155.55	0.21
- Etudes et supervision des travaux	454.57	0.60
- Contrôle technique des travaux	127.97	0.17
- Maîtrise d'ouvrage déléguée	241.01	0.32
- Etudes situationnelles et d'évaluation	130.00	0.17
Coût de base	2 464.81	3.25
Aléas et imprévus	123.24	0.16
Hausse des prix	43.65	0.06
S.Total Services	2 631.70	3.47
D/- Fonctionnement		
- Suivi et évaluation des activités	200.00	
- Suivi environnemental des activités	37.50	
Coût de base	237.5	0.31
Aléas et imprévus	11.9	0.02
Hausse des prix	0.00	0.01
S.Total Travaux	249.38	0.33
E/- Divers		
- Appui à la mise en place des mutuelles	350.00	
- Contribution aux cotisations des indigents aux mutuelles	143.60	
Coût de base	493.60	0.65
Aléas et imprévus	24.70	0.03
Hausse des prix	7.80	0.01
S.Total Travaux	526.05	0.69
Coût de base de la Composante I	11 848.80	15.64
Aléas et imprévus	592.44	0.78
Hausse des prix	196.92	0.26
COUT TOTAL DE LA COMPOSANTE I	12 638.16	16.68

REPUBLIQUE DU BENIN
PROJET D'APPUI AU DEVELOPPEMENT DU SYSTEME DE SANTE
(PROJET SANTE III)
RESUME DES COUTS DETAILLES DU PROJET

COMPOSANTE II : PROMOTION DE LA SANTE MATERNO-INFANTILE ET LUTTE CONTRE LA MALADIE		
	Total Millions F CFA	Total Millions UC
B/- Biens		
- Promotion de la santé maternelle et infantile	1 123.24	1.48
- Lutte contre la maladie	2 129.63	2.81
Coût de base	3 252.86	4.29
Aléas et imprévus	162.64	0.21
Hausse des prix	58.06	0.08
S.Total Biens	3 473.57	4.58
C/- Services		
- Formations pour la promotion de la santé maternelle et infantile	188.52	0.25
- Formations pour la lutte contre la maladie	490.54	0.65
- Campagnes de communication pour le changement de comportement	72.00	0.10
- Actions de mobilisation	124.00	0.16
- Elaboration, Suivi et évaluation du programme IEC	158.00	0.21
Coût de base	1 033.06	1.37
Aléas et imprévus	51.70	0.06
Hausse des prix	18.30	0.03
S.Total Services	1 103.10	1.46
D/- Fonctionnement		
- Suivi des formations et des activités	10.00	
- Evaluation de la lutte antipaludique et de la santé familiale	30.00	
Coût de base	40.00	0.05
Aléas et imprévus	2.00	0.00
Hausse des prix	0.00	0.00
S.Total Travaux	42.00	0.06
Coût de base de la Composante II	4 325.90	5.71
Aléas et imprévus	216.30	0.29
Hausse des prix	76.45	0.10
COUT TOTAL DE LA COMPOSANTE II	4 618.64	6.09

COMPOSANTE III : GESTION DU PROJET		
	Total Millions F CFA	Total Millions UC
B/- Biens		
- Equipements UGP	100.20	0.13
Coût de base	100.20	0.13
Aléas et imprévus	5.00	0.01
Hausse des prix	1.80	0.00
S.Total Biens	107.00	0.14
C/- Services		
- Assistance technique	135.00	
- Audit	30.00	
Coût de base	165.00	0.22
Aléas et imprévus	8.30	0.01
Hausse des prix	2.70	0.00
S.Total Services	176.00	0.23
D/- Fonctionnement		
- Indemnités	507.00	
- Location d'un siège	42.00	
- Consommables et frais d'entretien	332.50	
- Missions	73.50	
Coût de base	955.00	1.26
Aléas et imprévus	47.80	0.06
Hausse des prix	0.00	0.00
S.Total Biens	1 002.80	1.32
Coût de base de la Composante III	1 219.64	1.61
Aléas et imprévus	60.98	0.08
Hausse des prix	4.50	0.01
COUT TOTAL DE LA COMPOSANTE III	1 285.12	1.70

LE PROJET		
	Total Millions F CFA	Total Millions UC
Coût de base des Composantes I, II et III	17 394.34	22.95
Aléas et imprévus	869.72	1.12
Hausse des prix	277.86	0.40
COUT TOTAL DES COMPOSANTES I, II et III	18 541.92	24.47

RÉPUBLIQUE DU BENIN
PROJET D'APPUI AU DEVELOPPEMENT DU SYSTEME DE SANTE

(PROJET SANTE III)

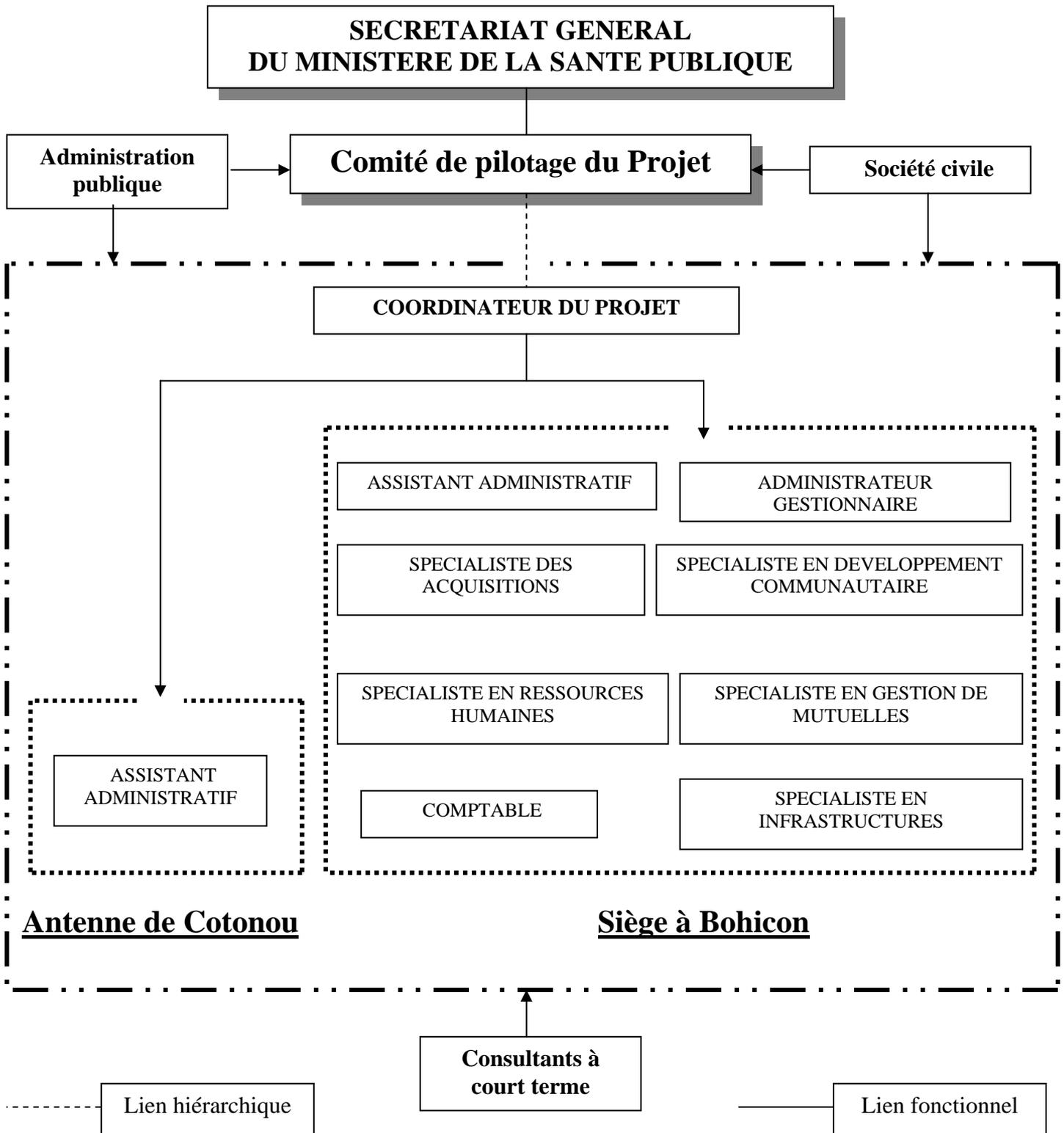
LISTE DES BIENS ET SERVICES

1 UC = 757.794 F CFA

CATEGORIES DE DEPENSES	Millions de F CFA			Millions d'UC				Millions d'UC		
	Devises	M.L.	Total	FAD			GVT	Devises	M.L.	Total
				Devises	M.L.	Total	M.L.			
A. Travaux										
CB	3 199,28	1 066,43	4 265,70	4,22	0,18	4,41	1,22	4,22	1,41	5,63
Aléas et imprévus	0 159,96	0 053,32	0 213,29	0,21	0,01	0,22	0,06	0,21	0,07	0,28
Hausse des prix	0 050,39	0 016,80	0 067,18	0,07	0,00	0,07	0,02	0,07	0,02	0,09
Total	3 409,63	1 136,54	4 546,17	4,50	0,20	4,70	1,30	4,50	1,50	6,00
%tage	75,00%	25,00%	100,00%	75,00%	3,26%	78,26%	21,74%	75,00%	25,00%	24,52%
B. Biens										
CB	6 579,21	1 161,04	7 740,25	8,68	0,66	9,34	0,87	8,68	1,53	10,21
Aléas et imprévus	0 328,96	0 058,05	0 387,01	0,43	0,03	0,47	0,04	0,43	0,08	0,51
Hausse des prix	0 117,44	0 020,72	0 138,16	0,15	0,01	0,17	0,02	0,15	0,03	0,18
Total	7 025,61	1 239,81	8 265,43	9,27	0,70	9,97	0,94	9,27	1,64	10,91
%tage	85,00%	15,00%	100,00%	85,00%	6,39%	91,39%	8,61%	85,00%	15,00%	44,58%
C. Services										
CB	3 082,98	579,31	3 662,29	4,07	0,61	4,67	0,16	4,07	0,76	4,83
Aléas et imprévus	0 154,15	028,97	0 183,11	0,20	0,03	0,23	0,01	0,20	0,04	0,24
Hausse des prix	0 050,09	008,82	0 058,91	0,07	0,01	0,07	0,00	0,07	0,01	0,08
Total	3 291,79	618,35	3 910,15	4,34	0,65	4,99	0,17	4,34	0,82	5,16
%tage	84,19%	15,81%	100,00%	84,19%	12,53%	96,71%	3,29%	84,19%	15,81%	21,09%
D. Fonctionnement										
CB	0,00	1 232,50	1 232,50	0,00	1,56	1,56	0,07	0,00	1,63	1,63
Aléas et imprévus	0,00	0 061,63	0 061,63	0,00	0,08	0,08	0,00	0,00	0,08	0,08
Hausse des prix	0,00	0 000,00	0 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	0,00	1 294,13	1 294,13	0,00	1,65	1,65	0,06	0,00	1,71	1,71
%tage	0,00%	100,00%	100,00%	0,00%	96,75%	96,75%	3,25%	0,00%	100,00%	6,98%
E. Divers										
CB	370,20	123,40	493,60	0,49	0,16	0,65	0,00	0,49	0,16	0,65
Aléas et imprévus	018,51	006,17	024,68	0,02	0,01	0,03	0,00	0,02	0,01	0,03
Hausse des prix	005,83	001,94	007,77	0,01	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,01
Total	394,54	131,51	526,05	0,52	0,17	0,69	0,00	0,52	0,17	0,69
%tage	75,00%	25,00%	100,00%	75,00%	25,00%	100,00%	0,00%	75,00%	25,00%	2,84%
Coût total du projet										
CB	13 231,66	4 162,68	17 394,34	17,46	3,17	20,64	2,32	17,46	5,49	22,95
Aléas et imprévus	00 661,58	0 208,13	00 869,72	0,87	0,16	1,03	0,12	0,87	0,27	1,15
Hausse des prix	00 228,33	0 049,54	00 277,86	0,30	0,03	0,33	0,04	0,30	0,07	0,37
Total	14 121,57	4 420,35	18 541,92	18,64	3,36	22,00	2,47	18,64	5,83	24,47
%tage	76,16%	23,84%	100,00%	76,16%	13,75%	89,91%	10,09%	76,16%	23,84%	100,00%

RÉPUBLIQUE DU BENIN
PROJET D'APPUI AU DEVELOPPEMENT DU SYSTEME DE SANTE

ORGANIGRAMME DE L'UGP



RÉPUBLIQUE DU BENIN
PROJET D'APPUI AU DEVELOPPEMENT DU SYSTEME DE SANTE
(PROJET SANTE III)

PROCESSUS D'ELABORATION DU RAPPORT D'EVALUATION

PRINCIPALES ACTIVITES	DATE DE REALISATION	OBSERVATIONS
Mission d'identification : consultation des populations, des leaders d'opinion, des élus locaux, des organisations de la société civile, des partenaires au développement et des autorités administratives à Cotonou et dans les départements de l'Atlantique, du Borgou, de l'Ouémé et du Zou	10-30 août 2004	Prise en compte des résultats des concertations dans la formulation du projet
Mission de préparation : consultation des élus locaux, des organisations de la société civile, des partenaires au développement et des autorités administratives à Cotonou	31 octobre-13 novembre 2004	Prise en compte des résultats des concertations dans la formulation du projet Divergences sur le choix d'une partie de la zone d'intervention
Mission d'évaluation	10 –23 décembre 2004	Formulation finale du projet Accord définitif sur les objectifs, les composantes et la zone d'intervention
Rédaction du rapport de retour de mission et du rapport d'évaluation	3 – 25 janvier 2005	Communication des résultats de la mission au Gouvernement
Réunion du groupe de travail interne	26 janvier 2005	Les commentaires de la réunion ont été pris en compte en vue de la rédaction du rapport pour le groupe de travail interdépartemental
Réunion du groupe de travail interdépartemental en vue d'examiner le rapport d'évaluation du projet	11 février 2005	Les commentaires de la réunion ont été pris en compte en vue de la finalisation du rapport pour sa présentation au Comité de prêt
Réunion du Comité supérieur de Direction	25 février 2005	Les commentaires de la réunion ont été pris en compte en vue de la finalisation du rapport pour sa présentation au Conseil d'Administration
Transmission du rapport au Secrétariat Général		

RÉPUBLIQUE DU BENIN
PROJET D'APPUI AU DEVELOPPEMENT DU SYSTEME DE SANTE
(PROJET SANTE III)

RESUME DES OPERATIONS EN COURS DE LA BANQUE AU BENIN

Projets	Date approb	Date sign	Date limite	Date entr vig	Date dern déc	Mont approu	Mont décaissé	Engag net	% décaissé
PROJ. BOIS DE FEU - PHASE II (PBF II)	10/31/2001	12/21/2001	06/30/2008		12/22/2004	10,000,000.00	215,746.33	10,000,000.00	2.16
PROJET D'AMENAGEMENT DES MASSIFS FORESTIERS	01/20/2000	03/24/2000	12/31/2005	04/18/2001	12/22/2004	10,540,000.00	4,639,940.25	10,540,000.00	44.02
PROJET ELEVAGE III	12/15/1997	02/05/1998	12/30/2004	11/26/1999	12/20/2004	8,000,000.00	6,853,017.96	8,000,000.00	85.66
PROGRAMME APPUI PECHE ARTISANALE	11/27/2002	12/23/2002	12/31/2009	01/10/2004	11/03/2004	7,310,000.00	363,700.88	7,310,000.00	4.98
PROGRAMME APPUI PECHE ARTISANALE	11/27/2002		09/30/2011			7,850,000.00	0.00	0.00	0.00
PROGRAMME APPUI PECHE ARTISANALE	12/06/2001	02/20/2002	09/30/2011	07/28/2003		7,850,000.00	0.00	7,850,000.00	0.00
PROJET DE DEVELOPPEMENT RURAL DE L-OUEME (PHASE II)	10/07/1999	01/13/2000	12/31/2006	01/01/2002	12/02/2004	11,680,000.00	1,981,712.33	11,680,000.00	16.97
APPUI AU DEVEL. RUR. DU MONO ET DU COUFFO (PADMOC)	04/18/2001	05/30/2001	12/31/2009		09/30/2003	9,130,000.00	389,911.65	9,130,000.00	4.27
Total secteur agricole						72,360,000.00	14,444,029.40	64,510,000.00	19.96
PROJET REAMENAGEMENT DE LA ROUTE DJOUGOU-NDALI	07/22/2003	01/12/2004	12/31/2007			11,110,000.00	0.00	11,110,000.00	0.00
PROJET REAMENAGEMENT DE LA ROUTE DJOUGOU-NDALI	07/22/2003	01/12/2004	01/12/2007			4,000,000.00	0.00	4,000,000.00	0.00
PROJET DE REHA. ROUTE POBE-KETOU-ILLARA	09/29/2004	11/29/2004	12/31/2009			7,800,000.00	0.00	7,800,000.00	0.00
Total secteur Transport						22,910,000.00	0.00	22,910,000.00	0.00
PROGRAMME AEPA EN MILIEU RURAL	11/10/2004	11/29/2004	12/31/2008			10,740,000.00	0.00	10,740,000.00	0.00
DEUXIEME PROJET D'ELECTRIFICATION RURALE	10/29/2003	01/12/2004	12/31/2008			12,320,000.00	0.00	12,320,000.00	0.00
Total équipements collectifs						23,060,000.00	0.00	23,060,000.00	0.00
PROJET D'APPUI LA LUTTE CONTRE VIH/SIDA	06/23/2004	08/23/2004	06/30/2009			2,700,000.00	0.00	2,700,000.00	0.00
PROMOTION ACTIVITES ECONOMIQUES FEMMES DE OUEME	12/12/1996	02/07/1997	12/31/2005	12/07/1998	09/30/2003	2,000,000.00	487,847.66	2,000,000.00	24.39
PROJET EDUCATION III	12/15/1997	02/05/1998	06/30/2005	02/03/2000	12/17/2004	8,000,000.00	5,685,328.43	8,000,000.00	71.07
EDUCATION IV	12/04/2002	12/23/2002	12/31/2008			12,000,000.00	0.00	12,000,000.00	0.00
PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES	03/15/2000	07/11/2000	12/31/2005		12/20/2004	10,000,000.00	1,126,415.71	10,000,000.00	11.26
PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES	03/15/2000	07/11/2000	12/31/2005	12/06/2001	04/28/2004	2,000,000.00	496,063.94	2,000,000.00	24.80
Total secteur social						36,700,000.00	7,795,655.74	36,700,000.00	21.24
PROG APPUI STRATEGIE REDUCTION PAUVRETE	12/10/2003	01/12/2004	12/31/2006	10/19/2004	11/08/2004	23,290,000.00	11,502,881.47	23,290,000.00	49.39
PROG APPUI STRATEGIE REDUCTION PAUVRETE	12/10/2003	01/12/2004	12/31/2006	12/08/2004	12/16/2004	1,000,000.00	45,848.98	1,000,000.00	4.58
Total multi secteur						24,290,000.00	11,548,730.45	24,290,000.00	47.54