



USAID
DON DU PEUPLE AMERICAIN



Partners for Health Reformplus

Bénin : Les Impacts du Fonds Mondial Sur le Système de Santé Résultats préliminaires

Juillet 2005

Préparé par :

Owen Smith, MA, MPA
Abt Associates Inc.

Sourou Gbangbade, MD, PhD
Consultant,
Abt Associates Inc.

Assomption Hounsa, MD, MSc
Consultant,
Abt Associates Inc.

Lynne Miller Franco, PhD
Abt Associates Inc.

Ce document a été produit par PHRplus et financé par l'Agence Américaine pour le Développement Internationale (USAID) sous le numéro de projet 936-5974.13, No de contrat HRN-C-00-00-00019-00, et fait partie du domaine public. Les idées et opinions dans ce document sont celles des auteurs et ne reflètent pas obligatoirement celles de USAID ou de ses employés. Les parties intéressées peuvent utiliser ce rapport en partie ou dans sa totalité, mais doivent conserver l'intégrité de ce rapport et ne doivent pas fausser les résultats ou présenter ce travail comme leur appartenant. Ce document, ainsi que les autres documents HFS, PHR, et PHRplus peuvent être consultés et téléchargés sur le site Internet du projet, www.phrplus.org.



Abt Associates Inc.
4800 Montgomery Lane, Suite 600 ■ Bethesda, Maryland 20814
Tel: 301/913-0500 ■ Fax: 301/652-3916

En collaboration avec :

Development Associates, Inc. ■ Emory University Rollins School of Public Health ■ Philoxenia International Travel, Inc. ■ Program for Appropriate Technology in Health ■ Social Sectors Development Strategies, Inc. ■ Training Resources Group ■ Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine ■ University Research Co., LLC.

Order No. TE 068 F



Mission

Partners for Health Reformplus (PHRplus) est un des projets phares de USAID en matière de politique de santé et de renforcement des systèmes de santé dans les pays en développement et en transition. Ce projet, d'une durée de 5 ans (2000-2005), est fondé sur le précédent projet Partnerships for Health Reform Project (PHR), et poursuit les activités de PHR dans le domaine de la politique, du financement et de l'organisation de la santé, avec une emphase nouvelle sur la participation communautaire, la surveillance des maladies infectieuses, et les systèmes d'information qui soutiennent la gestion et l'offre de services de santé appropriés. PHRplus cible les résultats suivants :

- ▲ *Mise en place de réformes du système de santé appropriées.*
- ▲ *Systèmes de financement de la santé plus équitables et plus viables.*
- ▲ *Développement et implantation de systèmes d'information en santé pour la surveillance des maladies.*
- ▲ *Offre de soins de qualité fournie par les travailleurs de la santé.*

Juillet 2005

Disponibilité et bon usage des produits de santé. Citation recommandée

Smith, Owen, Sourou Gbangbade, Assomption Hounsa, and Lynne Miller-Franco. July 2005. *Bénin : Les Impacts du Fonds Mondial Sur le Système de Santé : Résultats préliminaires*. Bethesda, MD: The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires de ce rapport, contacter le Centre de Ressource PHRplus à PHR-InfoCenter@abtassoc ou consulter le site Internet www.phrplus.org

No Contrat/Projet : HRN-C-00-00-00019-00

Soumis à : USAID/ Cotonou

et : Karen Cavanaugh, CTO
Health Systems Division
Office of Health, Infectious Disease and Nutrition
Center for Population, Health and Nutrition
Bureau for Global Programs, Field Support and Research
United States Agency for International Development

Résumé

Ce rapport présente les résultats préliminaires d'une étude effectuée par le réseau SWEF sur les effets indirects du Fonds mondial (FM) sur le système de santé au Bénin. Le SWEF est un réseau de collaboration international de chercheurs qui tentent de comprendre la manière dont les fonds déboursés par le FM affectent le système de santé des pays bénéficiaires.

L'objectif principal de ce rapport est de fournir une vue d'ensemble préliminaire des interactions entre les activités du FM et le système de santé du Bénin. Il vise à informer plusieurs auditoires potentiels au Bénin, au niveau du FM et au niveau de la communauté des donateurs.

En résumé, cette recherche a révélé plusieurs préoccupations clés telles : la sous-information et la faible implication de certains acteurs clés du système de santé; le problème d'harmonisation avec la politique actuelle de décentralisation et de recouvrement des coûts; et un système parallèle d'approvisionnement en moustiquaires et en ARV. Plusieurs effets positifs sur le système de santé ont aussi été notés, tels que la création de nouveaux partenariats entre le secteur public et privé, les activités de formation dont les bénéfices se répercutent sur d'autres secteurs de la santé et l'achat d'équipement pouvant être utilisé à d'autres domaines que le VIH/SIDA, la tuberculose ou le paludisme.

Les résultats présentés dans ce rapport sont préliminaires, et seront développés lors de recherches subséquentes effectuées au fur et à mesure de la mise en oeuvre des activités du FM au Bénin.

Table des Matières

Acronymes.....	ix
Remerciements	xi
Sommaire.....	xiii
1. Introduction	1
2. Historique et Méthodes.....	3
3. Connaissance, Participation, Processus et Politique.....	7
3.1 Connaissance et Participation.....	7
3.2 Processus	8
3.3 Politique.....	9
3.3.1 Décentralisation	9
3.3.2 Recouvrement des coûts.....	10
4. Impacts sur le Système de Santé.....	13
4.1 Financement	13
4.2 Partenariat Public-Privé.....	14
4.3 Ressources humaines.....	15
4.4 Systèmes pharmaceutiques et consommables	17
5. Pérennisation et Institutionnalisation.....	19
6. Conclusion.....	21

List of Tables

Tableau 1 : Budgets du Fonds Mondial sur deux ans, par catégorie (US\$), Tours 1 et 2.....	4
--	---

Acronymes

ARV	Anti-retroviraux
CAME	Centrale d'achat des médicaments essentiels
CFA	(franc) Communauté financière d'Afrique
CIPEC	Centres d'information et prise en charge pour le VIH/SIDA
CNC	Comité National de Coordination
FM	Fonds Mondial
IEC	Information, Education, et Communication
MII	Moustiquaires imprégnées d'insecticide
MSP	Ministère de Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies pour le SIDA
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PEPFAR	<i>President's Emergency Plan for AIDS Relief</i> (Etats-Unis)
PHRplus	<i>Partners for Health Reform plus</i> (projet de l'USAID)
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
PNT	Programme National de Tuberculose
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PIB	Produit intérieur brut
PPLS	Projet pluri-sectoriel de lutte contre le SIDA
PSI	<i>Population Services International</i>
ROBS	Réseau des ONG béninoises en santé
SWAp	<i>Sector Wide Approach</i>
SWEF	<i>System Wide Effects of the Global Fund</i>
TB	Tuberculose
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i>
VIH/SIDA	Virus d'immunodéficience humaine/ Syndrome d'immunodéficience acquist

Remerciements

Les auteurs aimeraient souligner l'appui indispensable de plusieurs individus qui ont soutenu le travail du réseau SWEF au Bénin : Moussa Yarou, Directeur du Cabinet au Ministère de la Santé Publique du Bénin ; Alain Akpadji et Alphonse Guedeme avec PNUD au Bénin ; Cheikh Mbengue, Anicette Babadjide, Brice Sagbo, et Paul Morgean de *PHRplus* au Bénin; Sara Bennett, Kate Stillman, Margaret Morehouse, et Raj Gadhia de *PHRplus* aux Etats-Unis; et Karen Cavanaugh et Pascal Zinzindohoue de l'USAID. Dernièrement, il est indispensable de remercier tous les individus qui ont participé aux interviews sur lesquelles ce rapport est en grande partie basé.

Sommaire

Ce rapport présente les résultats préliminaires de recherche effectuée par le réseau SWEF sur les effets indirects du Fonds mondial (FM) sur le système de santé au Bénin. Le SWEF est un réseau de collaboration international de chercheurs qui tentent de comprendre la manière dont les fonds déboursés par le FM affectent le système de santé des pays bénéficiaires. Ceci constitue un domaine important de recherche étant donnée l'importance des ressources du FM par rapport aux budgets nationaux de santé, à la faiblesse des systèmes de santé des pays qui exécutent les activités du FM et à la responsabilité de ces systèmes vis-à-vis des priorités de santé autres que le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme.

Ce rapport intermédiaire vise à partager les principaux résultats préliminaires obtenus au Bénin et à tirer des leçons pertinentes pour les parties prenantes, le Conseil et le secrétariat du FM et, à une échelle plus large, la communauté des donateurs. Le Bénin est l'un des neuf pays participant à cette recherche.

Le rapport tire en grande partie ses résultats des interviews approfondies organisées avec des acteurs clés impliqués dans la mise en oeuvre du programme du FM au Bénin et ceux jouant des rôles clés dans le secteur de la santé. La première version de ce rapport a été présentée aux acteurs clés au Bénin le 29 mars 2005, et leurs commentaires ont été intégrés à ce rapport. Ces résultats mettent en évidence des questions importantes auxquelles des solutions doivent être apportées au fur et à mesure que les activités du FM progressent au Bénin. Les résultats pour le Bénin, associés à ceux des autres pays membres du réseau SWEF, offriront des preuves factuelles sur la question cruciale, non encore étudiée, des effets du FM sur les systèmes de santé.

Les principaux résultats de cette recherche s'articulent autour de la connaissance, la participation, le processus et la politique du FM ; et les impacts du FM sur le financement, les partenariats public-privé, les ressources humaines et le système pharmaceutique dans le domaine de la santé.

Des discussions menées avec les personnes interviewées, il ressort que la connaissance précise des activités du FM n'est pas très répandue dans le secteur de la santé en dehors des programmes ciblés. Au Ministère de Santé Publique (MSP), certains acteurs, jouant pourtant des rôles clés, ne semblent pas être suffisamment informés des activités du FM au Bénin. D'autres personnes, pourtant moins engagées dans les activités du FM, avaient une bonne connaissance de celui-ci. Ceci est peut-être en partie dû au fait qu'ils savaient qu'ils ne jouaient pas les mêmes rôles dans le cadre du FM qu'ils joueraient normalement dans le système de santé. Le Comité National de la Coordination (CNC) a élargi sa composition aux nouveaux acteurs, mais la participation active de tout le monde reste un défi. Peu d'intervenants du secteur privé à but lucratif connaissent le FM.

Nombre de personnes interrogées ont souligné la pression à laquelle elles font face dans leurs efforts de réalisation des activités du FM, dans les délais impartis et au regard des exigences liées à la documentation et à la production de rapports. On pourrait dire que les difficultés rencontrées pour assurer la connaissance et la participation des intervenants du système de santé sont le produit de la pression et de la complexité que le processus du FM impose à ceux qui sont responsables de sa mise en oeuvre.

En ce qui concerne l'harmonisation des activités du FM avec les politiques actuelles de décentralisation et de recouvrement des coûts dans le secteur de la santé au Bénin, il ressort qu'une partie des personnes interrogées dans le secteur public pense que les activités du FM sont compatibles avec la politique de décentralisation pendant que d'autres, à des niveaux plus décentralisés, ne partagent pas cet avis. Ceux travaillant au niveau national pensaient que les activités du FM étaient conformes à la politique de décentralisation, mais fournissaient des exemples qui ne se rapportaient que marginalement à la décentralisation. Cependant, la politique de recouvrement des coûts des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) fournies par le FM n'est pas harmonisée avec la politique actuelle: un prix différent est appliqué et les revenus sont versés au Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) au lieu d'être ré-investis dans les services de santé. Néanmoins, une harmonisation des prix et des politiques est prévue, indiquant que les décideurs sont conscients de ce problème.

En ce qui concerne le financement du secteur de la santé, les activités du FM ont contribué à l'augmentation du budget global des dépenses sanitaires au Bénin d'environ 15%. Face à la question de savoir si le financement du FM devait s'ajouter aux budgets existants alloués par le gouvernement et les donateurs pour le VIH/SIDA, la TB et le paludisme, ou si des réallocations pouvaient être effectuées, différentes opinions ont été relevées. Certains responsables du MSP ont fait remarquer qu'il n'y avait pas eu de modifications budgétaires dans les programmes à cause du FM. Il y a bien eu des compressions budgétaires, mais celles-ci n'étaient pas liées au FM et avaient été imposées dans tous les secteurs à cause de la baisse de revenus de l'Etat. Tous les répondants du MSP s'entendaient pour dire que s'il n'avait pas l'obligation d'utiliser les financements du FM exclusivement pour le VIH/SIDA, la TB, et le paludisme, ils auraient aussi alloué ces fonds à d'autres priorités sanitaires.

Les responsables des programmes ont perçu l'impact du FM sur les ressources financières qu'ils reçoivent du budget national comme une question importante, mais plus d'accent était mis sur une perception que certains bailleurs internationaux auraient réduit leur financement pour le Bénin à cause du FM. En pratique, ceci est difficile à vérifier (que ce serait-il passé au niveau des allocations financières en l'absence du FM). Mais il est ressorti que le Ministère et les programmes avaient des perspectives différentes au sujet du concept d'additionalité, et que la politique du FM n'avait pas été clarifiée aux acteurs clés.

Au plan des partenariats public-privé, plusieurs personnes interrogées, tant dans le secteur public que dans celui des organisations non gouvernementales (ONG) sont d'avis que le FM a eu un effet positif. En effet, selon leurs déclarations, le nombre et les différents types d'activités ayant connu la participation des ONG dans le secteur de la santé se sont considérablement accrus avec l'avènement du FM. De plus, dans le cadre des formations et séminaires organisés par le FM, les ONG ont acquis de nouvelles compétences qu'ils peuvent utiliser au-delà des activités uniquement liées au FM. En revanche, l'implication du secteur privé lucratif dans des activités du FM était presque inexistante.

En ce qui concerne les effets du FM sur les ressources humaines, des tendances tant positives que négatives ont été citées. Beaucoup de personnes interrogées trouvent que la charge de travail pour la gestion des activités du FM s'est alourdie par rapport. Cependant, le faible engagement des responsables du MSP dans le FM signifie que leur charge de travail n'a pas été affectée de façon significative du fait du FM. La plupart des répondants ne pensaient pas que les activités du FM étaient une charge supplémentaire importante pour les prestataires. Mais un prestataire interviewé a déclaré être submergé par les activités financées par le FM.

Bien que la plupart des formations soient considérées comme étant spécifiques aux activités du FM, les compétences acquises peuvent s'appliquer au-delà des trois maladies cibles du FM. Un exemple important est l'utilisation des fonds alloués au PNLN pour financer la formation pour la

« Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) ». De l'avis de certains, on aurait manqué des occasions d'utilisation des ressources du FM pour assurer la formation dans des domaines tels que le contrôle et l'évaluation, ce qui aurait pu profiter au système entier.

Un grand nombre de répondants a fait remarquer que le FM avait fourni l'infrastructure d'appui et l'équipement dont les travailleurs de la santé avaient besoin pour mieux exécuter leurs tâches. Particulièrement, plusieurs ont fait cas des motos achetées par le programme TB pour la supervision des activités et des microscopes qui sont fournis aux hôpitaux de zone comme des exemples de dépenses du FM qui augmenteraient la capacité au-delà du SIDA, la TB et le paludisme.

En ce qui concerne les effets du FM sur le système pharmaceutique et d'approvisionnement, la question principale posée était relative à la décision de contourner la Centrale d'achat des médicaments essentiels (CAME) en confiant l'approvisionnement des médicaments anti-rétroviraux et des moustiquaires à l'UNICEF et à PSI. Certaines personnes interrogées ont cru que cela améliorerait la rapidité et la fiabilité du processus d'approvisionnement, tandis que d'autres ont émis des réserves sur la pérennisation du système. Le fait d'importer une grande quantité de moustiquaires a aussi été perçu comme un handicap potentiel au développement du secteur privé local.

En somme, les personnes interrogées ont mis en exergue un certain nombre de préoccupations quant aux effets du FM sur le système de santé au Bénin : la connaissance et la participation relativement faibles des acteurs clés du système de santé; l'harmonisation insuffisante avec la politique actuelle de décentralisation et de recouvrement des coûts; et l'existence d'un système parallèle d'approvisionnement d'ARV (anti-rétroviraux) et de moustiquaires. Ces défis peuvent être le reflet de la pression de fournir des résultats immédiats, que nombre de répondants ont ressenti. L'arbitrage entre la mise en oeuvre rapide d'un côté et l'harmonisation et la pérennisation de l'autre est un sujet de discussion important au fur et à mesure que les activités au Bénin dans le cadre du FM avancent.

Néanmoins, des effets positifs sur le système ont été aussi notés. On peut citer par exemple les moyens et les opportunités accrus pour les trois programmes par rapport à la mise en oeuvre de leurs activités ; la création de nouveaux partenariats public-privé ; les activités de formation qui s'étendent à d'autres priorités de santé et l'achat d'équipements pouvant être utilisé pour d'autres maladies. A l'avenir, les demandes de subvention auprès du FM pourraient inclure des activités semblables de renforcement du système de santé.

1. Introduction

Durant ces dernières années, il y a eu un accroissement rapide des engagements internationaux en vue de faire face aux priorités mondiales sur le plan sanitaire, notamment la lutte contre le VIH/SIDA et le paludisme. Au nombre des nouveaux mécanismes d'appui financier, on peut citer le Fonds Mondial (FM) de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, le Plan Présidentiel américain d'urgence pour l'aide au SIDA (PEPFAR) et le Projet pluri-sectoriel de lutte contre le SIDA (PPLS) de la Banque mondiale. Ces nouvelles ressources portent en elles la promesse de sauver de nombreuses vies humaines chez les populations les plus déshéritées du monde.

Ce qui est moins clair, c'est la manière dont ces ressources devraient être dépensées pour obtenir le plus grand impact. En effet, dans certains pays, l'apport financier des trois sources de financement sus-mentionnées dépassent largement le montant annuel du budget alloué à la santé. De plus, ce financement est destiné à des interventions et des maladies spécifiques qui doivent souvent être mises en oeuvre dans le contexte de systèmes de santé peu performants. En dehors des trois maladies cibles, ces systèmes ont aussi à charge d'autres priorités de santé comme la santé maternelle et de l'enfant. De surcroît, des systèmes fonctionnels et performants sont nécessaires pour assurer la pérennisation des interventions du FM. L'effet de ces nouveaux mécanismes de financement sur les systèmes de santé des pays à faibles revenus est donc un sujet important à étudier.

Ce document présente les résultats préliminaires de l'étude menée au Bénin sur les effets indirects du FM sur le système de santé ou « System wide effects of the Global Fund » (SWEF). SWEF est un réseau international de nature collaborative composé d'organisations de recherche venant du Sud et du Nord. Le SWEF cherche à comprendre la manière dont les fonds déboursés par le FM affectent les systèmes de santé des pays bénéficiaires. Le réseau SWEF s'engage à élucider ces questions difficiles de façon empirique et objective, et dans un délai raisonnable¹. Le réseau a été lancé en 2003, à la suite de consultations avec le Secrétariat du FM et d'autres intervenants internationaux. Un atelier a été organisé pour des chercheurs nationaux et un protocole commun de recherche fut développé pour servir de point de départ pour la recherche dans tous les pays. Les pays impliqués sont le Bénin, l'Éthiopie, la Géorgie, le Malawi, le Mozambique, le Nicaragua, la Tanzanie, l'Ouganda et la Zambie.

Le but de ce rapport est de partager les premiers résultats de la recherche menée au Bénin. Des leçons peuvent être tirées pour servir à plusieurs auditoires, y compris :

- ▲ Les intervenants au Bénin, pour informer les politiques et les stratégies de mise en oeuvre des activités soutenues par le FM ;
- ▲ La Direction et le Secrétariat du FM, afin d'améliorer les directives et procédures du FM pour assurer que les activités soutenues par le FM augmentent la performance des systèmes de santé ;

¹ De plus amples informations sur le SWEF sont disponibles à l'adresse suivante : <http://www.phrplus.org/swef.php>

- ▲ La communauté internationale des partenaires, afin de mieux connaître la manière dont il faut focaliser les efforts pour augmenter de façon considérable la lutte contre le SIDA, la TB, le paludisme et d'autres maladies liées à la pauvreté dans des pays à faibles revenus.

Ce rapport est structuré comme suit. La Section II présente l'historique du FM au Bénin et les méthodes de recherche du SWEF utilisées jusqu'à présent. La Section III décrit les résultats préliminaires sur la connaissance, la participation, le processus et la politique liés aux activités du FM sur le système de santé. La Section IV discute les résultats préliminaires sur les effets indirects du FM sur le système de santé en ce qui concerne le financement, les ressources humaines, les partenariats public/privé, et le système pharmaceutique et des consommables. La Section V couvre brièvement les questions de pérennisation et d'institutionnalisation, et la Section VI, enfin, présente quelques conclusions préliminaires.

2. Historique et Méthodes

Le Bénin est situé en Afrique occidentale et partage des frontières avec le Nigeria, le Niger, le Burkina-Faso et le Togo. Sa population est d'environ 7 millions et son produit intérieur brut (PIB) par habitant est inférieur à US\$300. Le budget annuel du secteur sanitaire public est d'environ US\$40 millions ou US\$6 par habitant.

En plus du FM (décrit plus bas), le Bénin est bénéficiaire du Programme pluri-sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA (PPLS) de la Banque mondiale dont le montant de la subvention s'élève à US\$23 millions pour une durée de plus de quatre ans. Le Bénin ne bénéficie ni du Plan Présidentiel américain d'urgence pour le SIDA (PEPFAR), ni du « sector-wide approach » (SWAp). Le taux de prévalence du VIH /SIDA parmi les adultes est d'environ 2%. La cause principale d'utilisation des services de santé au Bénin est le paludisme.

Le Comité national de coordination (CNC) pour les activités du FM a été créé en mars 2002 avec l'appui du Ministère de la Santé Publique (MSP). Il comprend 46 membres dont 18 représentants du secteur public, 14 de la société civile et 14 partenaires internationaux. Le CNC est présidé par le Ministre de la Santé Publique. Un groupe technique composé de 9 membres a été mis sur pied au sein du CNC pour en faciliter le fonctionnement. Le bénéficiaire principal des deux premiers tours de subvention du FM était le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), tandis que le bénéficiaire principal du 3^{ème} tour (pour le paludisme) était l'organisation internationale non gouvernementale (ONG) « Africare ». Les principaux bénéficiaires secondaires sont les programmes nationaux de lutte contre le SIDA (PNLS), la tuberculose (PNT), et le Paludisme (PNLP). Les sous-bénéficiaires sont les ONG. L'agent régional chargé des fonds est Pricewaterhouse Coopers à Abidjan en Côte d'Ivoire.

A cette date, le Bénin a successivement bénéficié du FM d'un montant de US\$2,3 millions au premier tour pour combattre le paludisme, US\$11,3 millions pour le VIH/SIDA et US\$2,2 millions pour la TB au 2^{ème} tour et enfin US\$1,4 millions pour le paludisme au 3^{ème} tour. Les divers accords de subvention ont été signés, respectivement, en mars 2003, juillet 2003, et septembre 2004. Notons qu'aucune réponse favorable n'a été accordée aux demandes soumises par les trois programmes en avril 2004 lors du 4^{ème} tour.

Le tableau 1 donne une vue d'ensemble de la manière dont les fonds reçus au cours du 1^{er} et 2^{ème} tours (à partir desquels les résultats de ce rapport sont basés) ont été alloués au Bénin. Notons qu'environ 60% des dépenses de VIH/SIDA ont été effectuées pour l'achat des ARV destinés à environ 2000 malades et qu'environ 50% des dépenses pour le programme de paludisme ont été effectuées pour l'achat de MII. Les activités de formation représentent aussi une part importante des dépenses pour les trois programmes.

Tableau 1 : Budgets du Fonds Mondial sur deux ans, par catégorie (US\$), Tours 1 et 2

	PALUDISME	VIH/SIDA	TUBERCULOSE
Ressources humaines	11 619 (0,5%)	363 852 (3,2%)	81 300 (3,7%)
Infrastructure et équipement	56 580 (2,4%)	2 194 472 (19,4%)	1 019 817 (46,9%)
Formation et planification	832 218 (34,8%)	855 803 (7,5%)	518 787 (23,9%)
Consommables et produits	1 070 502 (44,8%)	315 405 (2,8%)	-
Médicaments	162 846 (6,8%)	6 891 560 (60,7%)	-
Contrôle et évaluation	62 829 (2,6%)	76 508 (0,7%)	141 499 (6,5%)
Dépenses administratives	113 770 (4,8%)	567 400 (5,0%)	106 159 (4,9%)
Autres/IEC	78 821 (3,3%)	83 000 (0,7%)	305 842 (14,1%)
TOTAL	2 389 185 (100%)	11 348 000 (100%)	2 173 404 (100%)

Les recherches effectuées au Bénin par le réseau SWEF à travers le projet *Partenariat pour la Réforme du secteur de la santé plus (PHRplus)*² ont été formellement lancées le 1^{er} avril 2004 à Bohicon, au cours d'un séminaire-atelier auquel ont pris part divers intervenants. Sur la base du protocole commun de recherche qui a servi de point de départ pour la recherche dans tous les pays, quatre aspects importants des systèmes de santé ont été identifiés : (i) processus politique ; (ii) partenariat public-privé ; (iii) ressources humaines ; et (iv) médicaments et consommables. Les principales parties prenantes ont suggéré, basé sur les premières expériences de planification et de mise en oeuvre du FM, que ces quatre thèmes étaient pertinents à étudier dans le cas du Bénin. Les raisons et les questions spécifiques sous-jacentes à ces quatre thèmes seront discutées dans les sections appropriées de ce rapport.

Au plan méthodologique, la recherche a combiné des enquêtes quantitatives de base et de suivi des services et du personnel de santé, et des interviews approfondies avec des intervenants au niveau national, départemental et des zones sanitaires. Le but de la recherche est de produire et de partager des résultats dans des délais raisonnables afin de permettre aux décideurs d'effectuer des ajustements.

En août 2004, des enquêtes de base ont été effectuées au Bénin dans 40 formations sanitaires et avec 90 prestataires. Dans ces enquêtes, des données sur l'utilisation d'une gamme étendue de services prioritaires (y compris les trois maladies) et sur la disponibilité des médicaments et des produits clés ont été collectées. Les enquêtes ont aussi examiné les questions relatives à la motivation et aux temps

² PHRplus est un projet financé par l'USAID et qui cible les politiques de santé et le renforcement des systèmes de santé.

alloués aux travailleurs de la santé. Une analyse préliminaire des résultats de base a été effectuée, mais elle n'est pas présentée dans ce rapport. Les enquêtes de suivi devraient avoir lieu fin 2005.

En septembre 2004, vingt interviews approfondies ont été menées avec des acteurs clés impliqués dans la mise en oeuvre du programme du FM et d'autres acteurs du secteur de la santé. Dans le secteur public, ces interviews ont été effectuées avec les responsables du Ministère de la Santé Publique, les coordinateurs des trois programmes, les directeurs départementaux de santé, les médecins coordinateurs des zones sanitaires et enfin avec un prestataire impliqué dans l'offre de services pour les malades du SIDA. En dehors du secteur public, les interviews ont été réalisées auprès de représentants des ONG locales et internationales, le secteur privé à but lucratif ; avec le bénéficiaire principal (PNUD) ; et le PPLS de la Banque mondiale. Il était assuré aux participants aux interviews que leurs réponses seraient gardées confidentielles et ne seraient présentées que de manière agrégée. Deux à quatre membres de l'équipe de recherche SWEF, accompagnés d'un sténographe, ont mené toutes les interviews. Les notes détaillées ont été codifiées et analysées avant la rédaction du rapport.

Les résultats préliminaires présentés dans les sections ci-après sont en grande partie basés sur ces interviews approfondies et couvrent la période jusqu'en Septembre 2004. Tout en suivant les lignes directrices du réseau SWEF, les résultats ont été présentés aux acteurs clés au Bénin le 29 mars 2005, avant la distribution du rapport final. Cette version intègre leurs commentaires, mais les opinions finales sont uniquement celles de l'équipe SWEF.

Bien que les résultats soient descriptifs, ils soulèvent des questions importantes auxquelles il faudra trouver des solutions au fur et à mesure que les activités du FM avancent au Bénin. La recherche menée au Bénin, associée aux expériences des autres pays du SWEF, apporteront une première série de résultats et de réponses sur les effets indirects du FM sur les systèmes de santé, une question en grande partie non étudiée.

3. Connaissance, Participation, Processus et Politique

Les activités du FM au Bénin sont encore relativement récentes, par conséquent nombre de résultats provisoires issus de la présente recherche explorent les questions relatives à la connaissance, la participation, au processus et à la politique du FM, plutôt qu'à l'impact sur le système de santé. Les questions identifiées dans le protocole commun de recherche, et qui ont été explorées plus en détail durant les interviews sont :

- ▲ Comment l'aide du FM a-t-elle affecté le nombre et le type d'acteurs participant à l'élaboration des politiques de santé et le rapport de forces entre eux?;
- ▲ Dans quelle mesure le FM soutient-il les approches qui sont en conformité avec les processus et les politiques en place du pays?

3.1 Connaissance et Participation

Le FM a explicitement énoncé que l'un de ses objectifs était d'encourager une plus grande participation des différents types d'acteurs dans la lutte contre les trois maladies cibles. Les comités nationaux de coordination (CNC) sont perçus comme une partie importante de cet effort. Les préoccupations relatives à la connaissance des différents intervenants au sujet de la planification et de la mise en œuvre du FM, et à leur participation aux activités du FM ont été abordées durant les interviews approfondies.

Il ressort de ces interviews que la connaissance du FM n'est pas très répandue dans le secteur de la santé et même au sein du MSP. De nombreux acteurs clés ne sont pas familiers avec le FM et encore moins avec ses activités au Bénin. Seul le bénéficiaire principal (PNUD) a une connaissance minutieuse et une vue globale de tout le portefeuille du FM au Bénin. En dehors du bénéficiaire principal, les bénéficiaires secondaires, à savoir les coordonnateurs des trois programmes nationaux du VIH/SIDA, de la TB et du paludisme, ont une plus grande connaissance des activités du FM, mais elle demeure spécifique à leur secteur d'activité.

Au MSP, certains décideurs au niveau central ont une connaissance globale et non détaillée du FM et savent que ce fonds finance les activités des trois programmes au Bénin. D'autres qui sont dans des directions transversales (ressources humaines, planification, etc.) connaissent très peu le FM : ce que c'est, comment il fonctionne, ou encore le niveau de ses ressources au Bénin. Certains ont même fait remarquer que la plupart de leurs connaissances sur le FM ont été acquises pendant l'atelier organisé par le SWEF en avril 2004 lors du lancement de la recherche.

La connaissance et la participation sont souvent étroitement liés. Le fait que certains acteurs possèdent une connaissance apparemment faible du FM, reflète entre autres qu'ils ne sont pas membres du CNC et par conséquent ne participent pas à la planification et à la mise en œuvre des activités du FM. Par exemple, une personne du MSP a noté qu'il n'avait pas de rôle direct dans les

réunions de planification des activités du FM, alors qu'il participait à d'autres réunions durant lesquelles le FM « est mentionné ». Mais la connaissance et la participation ne vont pas toujours de pair. Par exemple, la CAME a pris connaissance des activités d'achat du FM (dans lesquelles elle ne participait pas), probablement car elle a été contournée en faveur de voies alternatives.

En dehors du MSP, il a été remarqué que les intervenants clés du secteur de santé privé lucratif connaissaient très peu les activités du FM touchant à leurs domaines d'intervention.

Un fait positif qui mérite d'être souligné dans le cas du Bénin est l'engagement plus grand du PNUD dans le secteur de la santé. Le PNUD assiste les trois programmes dans la planification, le suivi et l'évaluation de leurs activités. Un des responsables de programme a particulièrement mis l'accent sur le rôle positif de soutien que jouait le PNUD. Notant que le personnel du programme n'avait pas été formé pour gérer les procédures du FM et que ces connaissances ont été acquises sur le terrain, ils ont commenté que le PNUD était disponible pour offrir son soutien et que cette aide était très utile.

Un certain nombre d'interviews ont exploré la question de la participation à la planification du FM et de sa mise en œuvre dans le contexte du CNC. Il ressort de ces discussions que le CNC présente quelques insuffisances dans son fonctionnement. En effet, au moment de ces interviews, le CNC ne s'était plus réuni depuis six mois³. Le grand nombre de membres du CNC avait conduit à la mise en place d'un groupe technique composé de neuf personnes dans le but d'accélérer la prise de décisions⁴. Notons que bien que le CNC élargi soit représentatif et rassemble beaucoup de nouveaux acteurs, c'est en réalité le groupe technique qui discute les problèmes importants, qui prend les décisions et qui est le plus influent. Une personne, ne travaillant pas pour le gouvernement, membre du CNC et du groupe technique a rapporté que leurs opinions n'étaient pas toujours prises en compte et qu'ils devaient défendre leurs intérêts en soulevant des préoccupations et en faisant des déclarations afin « de ne pas être oubliés ». Ainsi, même si le CNC a su créer un mécanisme permettant à certaines parties prenantes non représentées auparavant de participer, il demeure que des progrès sont toujours nécessaires afin de traduire ceci en une influence palpable.

3.2 Processus

Un thème récurrent dans les commentaires formulés par les répondants directement impliqués dans le processus du FM est la pression et la complexité. De tels facteurs pourraient expliquer en partie la manque de participation de certains intervenants clés à d'autres consultations. La pression vient particulièrement du FM lui-même. Un chargé de programme fit remarquer ceci : « Nous sommes soumis à beaucoup de pression. C'est trop stressant. Il y a la pression du FM et c'est trop ». La pression est liée au fait qu'il faut produire des rapports trimestriels sur le progrès accompli, rapport dont dépendent les décaissements de fonds. L'écriture du rapport est vue comme une charge administrative supplémentaire. Cependant, les personnes interrogées sentent aussi la pression de conduire à terme toutes les activités planifiées dans le trimestre, indépendamment des retards dans le décaissement ou d'autres contraintes. Un autre responsable de programme a déclaré que le processus de décaissement était long et ne respectait pas toujours le calendrier, mais qu'il n'y avait pas trop de raisons de se plaindre si on comparait la situation aux activités financées par le budget national.

³ Le CNC s'est cependant réuni plus fréquemment durant les stades initiaux de l'intervention du FM. Pour de plus amples informations sur le CNC au Bénin, se référer au rapport mené pour le FM par un évaluateur indépendant, disponible à l'adresse suivante : <http://theglobalfund.org/pdf/ccms/CCM%20rep.%20Benin.pdf>

⁴ Les membres du groupe technique comprennent les responsables des trois programmes, le bénéficiaire principal, l'ONUSIDA, l'OMS, le ROBS, le PSI, et un représentant des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Le bénéficiaire principal a aussi souligné qu'il était soumis à des pressions de la part du FM et que la complexité du processus leur posait aussi un grand défi. Il a également noté que tout le processus dépendait des résultats obtenus: pas de résultats, pas de décaissement. Cependant, cette manière structurée de travailler sur la base des résultats et objectifs, s'est aussi avérée bénéfique pour tout le système et a été identifiée comme une contribution majeure du PNUD dans le système de santé par certains acteurs interrogés.

Un sous bénéficiaire a également noté que les procédures du FM étaient extrêmement complexes et « agaçantes ». Il y a beaucoup d'argent à gérer et ils essaient de 'micro-planifier', mais les procédures administratives font perdre beaucoup de temps. Ils sont soumis à beaucoup de pression de la part du FM et des programmes. La remise périodique des rapports a été citée comme une source importante de pression. Un autre acteur a noté que la complexité et les conditionnalités pour l'acquisition des moustiquaires pour les activités du FM étaient en grande partie inutile, et que cela avait effectivement exclu toute implication des importateurs locaux. Enfin, plusieurs personnes interrogées ont aussi mentionné la complexité et la lourdeur du processus de demande au FM (élaboration des propositions). Dernièrement, plusieurs répondants ont également mentionné que la complexité du processus d'application pour le FM représentait un fardeau significatif.

Certaines personnes interrogées ont souligné de manière positive la flexibilité du FM. Par exemple, le bénéficiaire principal a noté que s'il découvrait qu'un autre donateur était responsable d'un achat, le FM était disposé à réorienter ses dépenses, pourvu qu'il en soit informé assez tôt. D'autres exemples de flexibilité du FM sont la décision du passage à Coartem pour le traitement du paludisme et la décision de financement des coûts d'opération au CIPEC (Centres d'information et prise en charge pour le VIH/SIDA). Par contre, le manque d'enthousiasme à l'égard des demandes spécifiques est un contre-exemple de flexibilité.

En ce qui concerne l'harmonisation, il est ressorti que la coopération directe entre le PPLS et le FM était bonne, bien que celle-ci soit basée sur des efforts de coordination informels et indépendants plutôt qu'au travers de liens institutionnalisés. Cependant, un observateur d'une zone sanitaire était d'avis contraire et a exprimé que la coordination entre le PPLS et le FM devait être améliorée pour promouvoir l'harmonisation des activités.

3.3 Politique

La conformité des activités de FM avec la politique actuelle du secteur de la santé a été un sujet important de recherche dans le contexte du SWEF. Deux volets importants de cette politique sont abordés ici : la décentralisation et le recouvrement des coûts.

3.3.1 Décentralisation

Un des principaux thèmes de la réforme du secteur de la santé au Bénin au cours de la dernière décennie a été la décentralisation vers les départements et les zones sanitaires. La mise en oeuvre de cette politique a été lente, mais elle avance.

Les réponses des acteurs au niveau central reflétaient souvent une notion de la décentralisation quelque peu différente de celle des politiques gouvernementales en général, et en santé, en particulier. Les politiques de décentralisation appellent à des pouvoirs de décision plus efficaces au niveau départemental et des zones sanitaires. Les zones sanitaires ont la responsabilité pour la planification, la mise en œuvre, et les budgets. Un représentant du MSP voyait le FM comme s'intégrant bien au

processus de décentralisation mais a illustré cela en utilisant un exemple sur l'emphase que mettait le FM à collaborer avec les ONG et les populations indigentes. Les trois coordonnateurs de programmes ont tous mentionné la décentralisation dans leurs efforts de mise en œuvre. Cependant, force est de remarquer qu'ils ont soutenu cette observation en commentant que leurs activités n'étaient pas mises en œuvre entièrement du niveau central. Ils n'ont évoqué aucun rôle pour les unités décentralisées dans la planification et la mise en œuvre de leurs activités.

Par contre, au niveau départemental, la plupart de répondants ont mentionné qu'ils n'avaient pas le pouvoir de prendre des décisions ou de participer au développement des plans de travail, ce qui n'est pas conforme à la politique de décentralisation. Une personne interrogée a dit que les activités du FM ne suivaient pas la politique de décentralisation selon laquelle la planification était organisée à des niveaux plus bas; néanmoins, il faut reconnaître que la nature des procédures du FM favorisait un processus de décision plus centralisé. Un observateur de zone sanitaire a affirmé que les activités du FM étaient bien intégrées à la décentralisation et que ce n'était pas un système séparé. Cependant, un autre a fait remarquer que les responsables des activités du FM ne voulaient pas utiliser le système décentralisé. Il a déploré le fait qu'il n'était pas impliqué dans la conceptualisation et la planification des activités du FM dans sa zone, et qu'il a dû se soumettre à ce qui avait été décidé. L'une des conséquences est que les gens viennent inutilement du niveau départemental pour suivre des formations, alors qu'au niveau de la zone sanitaire, le médecin coordonnateur ne connaît même pas le nombre de sessions de formation qui ont été organisées par le FM dans sa zone. Il ne joue aucun rôle dans la planification de ces activités de formation. L'un des trois programmes en particulier a été très vertical dans son approche et on s'attend simplement à ce que la zone suive rigoureusement les instructions. Il a fait remarquer que des réunions de coordination entre les programmes et les zones devaient être organisées.

En général, il apparaît que les trois programmes ont été traditionnellement très verticaux dans leur approche, et cette tendance prévalait, même avant l'arrivée du FM. Mais les montants d'argent importants qu'ils reçoivent désormais pourraient indiquer que le système dans son ensemble est plus vertical à cause du FM, puisque la planification et la mise en œuvre sont gérées au niveau central et principalement au sein des bureaux des trois programmes.

3.3.2 Recouvrement des coûts

Suite à l'approche de l'initiative de Bamako, un élément important du système de santé au Bénin est le mécanisme de recouvrement des coûts au niveau du centre de santé. Il est généralement perçu comme un système qui fonctionne assez bien, et dans lequel les fonds sont générés pour assurer l'approvisionnement des médicaments et d'autres produits tout en impliquant les communautés locales dans le processus de prise de décision.

Les responsables du MSP ont déclaré que la politique de recouvrement des coûts était toujours en vigueur, même pour les médicaments et les produits approvisionnés sous le FM (à l'exception des ARV). Cependant, en ce qui concerne les MII du FM, il est ressorti qu'ils étaient vendus à 1 500 francs CFA chacun⁵, et que ces revenus étaient versés dans un compte spécial du PNLN afin d'assurer la pérennisation de l'activité. Mais les MII achetés par l'intermédiaire du budget national étaient au prix de 2 500 francs CFA chacun. De ce montant, le centre de santé prélève 100 pour le financement communautaire et 50 pour les relais communautaires. L'existence d'approches parallèles pourrait poser des problèmes et des plans sont en vue dans le but d'harmoniser les prix et les politiques.

⁵ Le taux de change utilisé est environ US\$1 = 500 francs CFA.

Un observateur au niveau zonal a fait remarquer que le fait de ne pas intégrer les MII du FM au système de recouvrement des coûts représente une occasion manquée, car ces revenus pourraient être réinvestis dans d'autres services par la communauté. Une telle approche pourrait aider à renforcer le système de santé en général. Une autre personne interrogée a déclaré qu'il y avait aussi une politique de fixation de prix différente en fonction du type de moustiquaire. Trois types de MII existent: bleu, blanc et vert avec différents comptes pour les revenus générés par chaque type. Un observateur international a décrit un autre système (financé par un donateur) de marketing social de fixation des prix des MII. Ainsi il y a des MII financées par le MSP, les MII de marketing social, et les MII du FM. Au sein de ces catégories, il existe aussi des MII ciblées à certaines populations et localités, mais dans plusieurs cas la présence des approches parallèles pour les MII était due aux différents mécanismes des partenaires internationaux. Ainsi, il apparaît que le FM n'est pas un second système de recouvrement des coûts, mais qu'il vient s'ajouter aux nombreux systèmes déjà existants.

En ce qui concerne les ARV fournis par le FM, les patients déboursent 1 000 francs CFA (co-paiement) par mois et les revenus sont déposés dans un compte spécial du PNLS au niveau central. Mais le mode d'utilisation de ces fonds n'a pas encore été défini. Cependant, un répondant a mentionné que certains patients avaient de la difficulté à payer ce montant. Le MSP et le PNLS considèrent fournir gratuitement les ARV. De plus, le PPLS de la Banque mondiale envisage de commencer à offrir les ARV (subvention de la Fondation Clinton) aux populations nécessiteuses sur la base de 1 000 francs CFA par mois pour certains groupes et 20 000 francs CFA pour d'autres. Ces revenus générés resteront au niveau des formations sanitaires pour faciliter le réinvestissement par les communautés.

4. Impacts sur le Système de Santé

Cette section concerne le financement, le partenariat public-privé, les ressources humaines, et le système pharmaceutique et des consommables. Puisque la mise en œuvre du programme du FM est tout à fait nouvelle au Bénin, on ne va traiter que quelques résultats préliminaires relatifs aux impacts sur le système de santé.

4.1 Financement

L'appui du FM représente une augmentation importante des fonds disponibles pour la santé au Bénin. Ainsi, il peut potentiellement affecter les priorités et les décisions de financement pour le système entier. Les accords de subvention du FM contiennent une clause sur l'additionalité qui exige que les nouveaux fonds (alloués par le FM) soient « en complément aux ressources actuelles et attendues que le pays bénéficiaire reçoit habituellement ou bien qu'il budgétise des sources locales ou extérieures ». Pour ces raisons, le protocole de recherche de SWEF comprend la question de l'additionalité.

Les activités du FM ont augmenté le budget global des dépenses sanitaires au Bénin d'environ 15%⁶. En 2002, avant l'arrivée du FM, les programmes nationaux pour le SIDA, la TB et le paludisme représentaient approximativement 19 % du compte du Plan d'investissement public (qui exclut des coûts d'opérations, mais inclut toutes les contributions des partenaires). Avec l'arrivée du FM, la part des trois programmes augmente de près de 40%.

Les perceptions sur l'effet du FM en terme de financement du système de santé étaient variées. Certains responsables au niveau du MSP ont fait remarquer qu'il n'y avait pas eu de modifications dans les allocations budgétaires dans les programmes à cause du FM. Il y a eu des compressions budgétaires, mais celles-ci n'étaient pas liées au FM et avaient été imposées dans tous les secteurs à cause de la baisse des revenus de l'Etat. Une personne a ajouté que malgré l'importance des ressources du FM, elles demeuraient toujours insuffisantes pour satisfaire les besoins réels du pays.

A la question de savoir si en l'absence de contraintes liées à la manière dont l'argent du FM devait être dépensé, les responsables du MSP alloueraient ces fonds exclusivement pour le SIDA, la TB et le paludisme, aucune réponse n'était en faveur de la décision de consacrer cette somme uniquement aux trois maladies cibles. En effet, d'autres priorités sanitaires pouvant être prises en charge ont été citées.

Les responsables des programmes ont perçu l'impact du FM sur les ressources financières qu'ils reçoivent du budget national comme une question importante, mais plus d'accent était mis sur la perception que certains bailleurs internationaux auraient réduit leurs allocations au Bénin à cause du FM. En pratique, il est difficile de vérifier l'additionalité (c'est à dire, de savoir ce qui se serait

⁶ Pour les tours 1 et 2 du FM, le Bénin a reçu environ \$16 millions pour deux ans, ou \$8 millions par année (la mise en œuvre des activités du troisième tour ont débuté plus tard). Le budget annuel pour la santé est d'environ \$50 millions, y compris les contributions des donateurs.

produit en l'absence du FM), mais il est ressorti que le Ministère et les programmes avaient des perspectives différentes sur ce sujet, et que la politique du FM n'avait pas été clarifiée.

4.2 Partenariat Public-Privé

L'un des principes qui sous-tend le FM est qu'il « se focalise sur la création, le développement et l'expansion de partenariats gouvernement/privé/ONG ». Le protocole commun de recherche du SWEF a identifié plusieurs questions de recherche afin d'évaluer les impacts du FM sur : (i) le nombre, la distribution et l'organisation des différents types de prestataires (public, privé lucratif, privé non lucratif, secteur informel) ; (ii) la qualité, la gamme et le volume des services offerts par les différents types de prestataires du secteur privé; (iii) la nature, le nombre et la qualité des partenariats public/privé.

Les plans d'action élaborés par les trois programmes pour le FM indiquent qu'ils impliquent des partenaires privés dans l'exécution de leurs activités. Le PNLP implique des ONG dans la promotion des MII et dans la formation des relais communautaires pour les activités d'IEC. Le programme TB travaille avec des ONG, des groupes religieux et les relais communautaires pour les campagnes de sensibilisation, le traitement, et le suivi des patients. Le PNLS travaille avec des ONG dans le cadre des soins à domicile, des soins aux orphelins et des soins aux personnes atteintes du VIH/SIDA.

Plusieurs répondants ayant des rôles différents ont noté que le FM avait facilité la création de nouveaux partenariats avec le secteur privé, particulièrement avec les ONG. Du côté du gouvernement, ceci a été perçu de manière positive, et tous les programmes ont reconnu ces nouvelles collaborations. Un responsable de programme a fait remarquer que depuis l'arrivée du FM, il y avait désormais des collaborations, par exemple, avec les relais communautaires. Un autre intervenant a indiqué qu'il y avait maintenant de nouveaux partenariats entre les ONG, les relais communautaires et les enseignants, ce qui n'existait pas auparavant. Un observateur a déclaré souhaiter poursuivre ces relations même si les activités du FM devaient être suspendues, et s'inquiétait de la pérennisation de ces collaborations post-FM en raison d'un manque de fonds, mais non de volonté.

En dehors des trois programmes, les autres responsables du MSP ont aussi mis l'accent sur les nouveaux partenariats. Par exemple, un intervenant a déclaré que cela profiterait à d'autres priorités de santé dans la mesure où ces mêmes ONG s'occupent déjà d'autres problèmes de santé, comme l'onchocercose. Un autre acteur interrogé au niveau départemental a mis particulièrement en exergue le nouveau rôle des relais communautaires et des ONG dans les efforts de prévention des maladies cibles. Un acteur au niveau de la zone sanitaire fit remarquer qu'il y avait un plus grand nombre de collaborations entre les programmes et les ONG, mais que ces collaborations prenaient place au niveau central et excluaient les parties prenantes des zones sanitaires.

Pour sa part, un représentant des ONG a mis l'accent sur l'évolution considérable, avec l'arrivée du FM, dans la gamme d'activités et d'acteurs à laquelle les ONG participent dans le secteur de la santé. Cette tendance devrait se poursuivre étant donné qu'ils cherchent des moyens d'impliquer également les tradi-practiciens et les groupes religieux. Il a réfuté la croyance pourtant répandue que l'arrivée du FM avait conduit à la création de nouvelles ONG, mais il semblerait plutôt que le FM ait favorisé l'adhésion des ONG déjà existantes au réseau des ONG béninoises en santé (ROBS). En ce qui concerne la qualité des partenariats, le ROBS fait remarquer que plusieurs de ses membres avaient acquis de nouvelles compétences au cours des différents séminaires et formations auxquels elles ont participé grâce à leur appartenance au groupe des acteurs du FM. Il a été noté que la capacité de gestion ainsi renforcée a aussi été bénéfique pour leurs activités en dehors de celles financées par le FM. Au début, les collaborations étaient souvent tendues puisque les programmes devaient s'ajuster

aux nouveaux partenariats. Dernièrement, le FM a demandé à une ONG internationale de fournir de l'assistance technique pour l'approvisionnement de moustiquaires, une activité habituellement financées par l'OMS.

Tel que mentionné auparavant, le secteur privé lucratif n'est pratiquement pas impliqué dans les activités du FM au Bénin. Les organisations privées confessionnelles représentent un autre groupe d'acteurs ayant un rôle relativement moins important. Quelqu'un a noté que la plupart des malades atteints du SIDA recevaient leurs soins dans les formations sanitaires confessionnelles, pendant que l'appui financier du FM s'orientait vers les formations publiques. Le problème du manque d'implication du secteur pharmaceutique privé est discuté dans les paragraphes suivants.

4.3 Ressources humaines

Les difficultés liées à la question des ressources humaines se font remarquer de plus en plus dans les pays à faibles revenus, et représentent un des obstacles les plus importants au développement des services prioritaires en santé. Bien que la plupart des programmes du FM dans le monde possèdent des volets importants de formation, des problèmes systémiques tels la motivation et la rétention de personnel sont rarement abordés. Les questions identifiées dans le protocole commun de recherche comportent les points suivants : (i) Comment les activités du FM affectent-elles le nombre total et le redéploiement des travailleurs de la santé dans le pays (répartition géographique, entre le public et le privé, le niveau dans le système de santé) ? (ii) Comment la formation sur les maladies cibles est-elle harmonisée avec les pratiques quotidiennes et avec la politique générale du système de santé ? (iii) Quelle est la grille des salaires/incitatifs (tels les indemnités) payée par le FM et comment se compare-t-elle aux salaires/incitatifs payés par le gouvernement et autres partenaires? Cette section prendra en compte plusieurs aspects des ressources humaines, tels que la charge de travail, la motivation, les salaires, la formation, le renforcement des capacités au travers une plus grande disponibilité d'infrastructures. Les questions de motivation et d'allocation de temps entre les activités seront étudiées en profondeur dans les enquêtes auprès des prestataires et présentées dans un autre rapport.

Les ressources humaines et la formation représentent presque 20% des dépenses du FM au Bénin. Plusieurs répondants ont souligné que les activités de formation constituaient un apport positif du FM pour le pays. Selon les plans d'action du FM élaborés en avril 2004, le PNLS devait recruter 23 personnes (la moitié sont des médecins ou des techniciens de laboratoire, et l'autre moitié des gestionnaires ou des administrateurs), le PNT 9 médecins, infirmières et techniciens de laboratoire, et le PNLP, seulement un gestionnaire. Ces personnes étaient embauchées directement par les programmes par des contrats à court-terme, et le directeur des ressources humaines au MSP n'a joué aucun rôle dans ces décisions. Dans le PNT, la majorité des personnes recrutées viennent non pas du secteur public, mais du secteur privé lucratif.

Les opinions sont diverses à propos de l'existence d'une charge additionnelle de travail à cause du FM sur les ressources humaines déjà en place. Le problème apparaît comme étant plus sérieux au niveau des gestionnaires. L'un des gestionnaires de programme a déclaré que les activités du FM avaient réduit sa disponibilité pour des activités routinières, surtout celles liées à la prestation de soins aux malades. Cependant, le recrutement de médecins a permis de pallier à ce problème. Un autre représentant de programme a noté que la charge de travail très lourde suite à la mise en œuvre des activités du FM, représentait un problème majeur à résoudre. Enfin, il est ressorti que la surcharge de travail occasionnée par les activités du FM perturbait le bon déroulement des activités de coordination entre les différents partenaires VIH/SIDA. En dehors des trois programmes, puisque très peu

d'individus dans le MSP sont impliqués dans les activités du FM (tel que discuté dans une section précédente), il y a eu peu de commentaires sur les problèmes de charge supplémentaire de travail.

Au niveau de la prestation des soins, les gestionnaires départementaux ou des zones sanitaires n'ont pas remarqué de charge additionnelle de travail liée aux activités du FM. Par contre, dans le cas unique d'un prestataire directement impliqué dans les services du FM dans un hôpital de Cotonou, une grande surcharge avait été remarquée. En plus du nombre important de patients, ce dernier est aussi responsable de la comptabilité, des prévisions budgétaires, du personnel, du rapport statistique, de la formation et d'autres tâches. Pour faire face à toutes ces responsabilités, ce prestataire a dû déléguer une partie de ses tâches médicales à une secrétaire. Signalons que ce prestataire avait fait une demande de recrutement d'un agent de santé pour le suppléer auprès du bénéficiaire principal, mais que la demande n'a pas été satisfaite. Ce prestataire a également mentionné que certains médecins sont peu disposés à travailler avec les patients atteints du VIH/SIDA en raison de la perception d'une plus grande charge de travail.

La perception d'une charge de travail additionnelle peut avoir un impact sur la motivation des travailleurs. Une personne clé du MSP a énoncé que la motivation demeurerait encore l'un des grands défis dans le contexte des salaires et des incitatifs. Un représentant de programme a aussi identifié la motivation comme un facteur important en affirmant qu'il n'y avait pas eu d'augmentation de salaire malgré le travail supplémentaire effectué. Le prestataire mentionné plus haut vit la même situation et n'a jamais reçu de primes, malgré toutes les responsabilités supplémentaires. De plus, l'absence d'honoraires pour les sessions de formation suivies dans le contexte des activités du FM a aussi aggravé le problème de la motivation.

Ces deux personnes occupaient leur poste avant le FM et sont payées par le budget national. Cependant, les programmes qui ont recruté du nouveau personnel en utilisant directement les fonds du FM ont tous reconnu que les personnes nouvellement recrutées avaient des salaires plus élevés que ceux du secteur public. En somme, leur niveau de salaire est faible par rapport à ce que gagnent les personnes recrutées spécifiquement pour les activités du FM. Cependant, il apparaît que les paiements versés par le FM sont inférieurs à ceux du gouvernement (ceci est aussi le cas avec les donateurs), et que cela avait un impact sur la motivation à effectuer le travail sur le terrain.

La motivation ne se limite pas uniquement aux salaires. La formation peut en elle-même avoir un effet positif sur la motivation des agents de santé, puisque ces derniers sont mieux formés pour donner de bons résultats.

La plupart des activités de formation sont considérées comme spécifiques aux programmes, mais certaines formations financées avec l'appui du FM sont aussi applicables à d'autres programmes de santé. Plusieurs personnes ont mis l'accent sur le transfert de compétences obtenues grâce aux formations au-delà des domaines de compétences spécifiques aux trois programmes cibles. Un exemple cité est l'utilisation des fonds du PNLP/FM pour financer la formation sur la prise en charge intégrée des maladies d'enfant (PCIME). C'est un exemple clair d'un effet indirect positif. Une telle utilisation de fonds a été justifiée parce que le paludisme est un des problèmes de santé abordés dans l'approche de la PCIME (qui inclut aussi la nutrition, la diarrhée, les maladies respiratoires, etc.). Ceci a été fait avec l'encouragement de l'OMS. Grâce au FM, la formation en PCIME est maintenant conduite dans tous les départements. C'est un exemple indéniable d'effet positif sur le système de santé. Cependant, les formations financées avec l'appui du FM sont exclusivement offertes sous forme de formation continue plutôt que formation de base dans les écoles, ce qui a soulevé un problème de pérennisation.

Selon un observateur d'une zone sanitaire, il a aussi eu des occasions ratées de maximiser l'effet des formations appuyées par le FM sur le système de santé. En effet, l'opportunité de renforcer les compétences plus générales comme le suivi et l'évaluation au cours des formations financées par le FM aurait dû être saisie. Cette personne estime que ces compétences représentent actuellement l'une des lacunes les plus importantes au sein des ressources humaines du secteur sanitaire.

Un grand nombre de répondants a déclaré que l'appui du FM a permis de mieux équiper les agents de santé pour exécuter leurs tâches. Plus spécifiquement, plusieurs ont cité les motos achetées par le PNT pour des activités de supervision (y compris la dotation en carburant et les per diems) et les microscopes achetés pour des hôpitaux de zone. Ces dépenses augmenteraient la capacité des agents de santé au-delà des domaines du VIH/SIDA, de la TB et du paludisme. Par exemple, une personne interrogée a affirmé que les motos permettaient d'effectuer un plus grand nombre de sorties pour les vaccinations et les consultations prénatales.

Cependant, le renforcement des capacités des laboratoires pour le programme TB et l'achat d'équipements de laboratoire de virologie pour le VIH/SIDA étaient effectués dans des bâtiments réservés spécifiquement aux programmes (l'hôpital national TB et le laboratoire de virologie). Les équipements additionnels ne sont donc pas utilisés pour d'autres secteurs de la santé ou d'autres maladies. Ainsi, les investissements principaux financés par le FM ont le potentiel d'améliorer le système de santé dans son ensemble, mais cela dépend de l'applicabilité des nouveaux équipements ou bâtiments à d'autres maladies, mais aussi de leur distribution géographique.

4.4 Systèmes pharmaceutiques et consommables

Dans tous les pays qui reçoivent l'appui du FM, à peu près la moitié des dépenses est allouée aux médicaments et aux consommables. Au Bénin, comme cela a été indiqué dans le Tableau 1 plus haut, la majorité des dépenses est destinée aux médicaments (ARV) et aux MII.

Le protocole commun de recherche a identifié les points suivants comme question de recherche :

- ▲ Comment les activités soutenues par le FM ont-elles affecté la manière dont les produits pharmaceutiques sont gérés, y compris (a) l'acquisition (b) la distribution (c) l'utilisation et (d) les processus de suivi ?;
- ▲ Comment les activités soutenues par le FM affectent-elles la croissance des marchés privés pour les consommables ?

D'autres questions liées à la disponibilité des produits pharmaceutiques dans les formations sanitaires sont abordées dans les enquêtes quantitatives.

Dans le cadre des activités du FM, la CAME n'est pas impliquée dans l'approvisionnement des ARV et des MII, bien que la grande proportion des dépenses du FM au Bénin soit allouée à l'achat des médicaments et des consommables. Suite à une évaluation de la CAME par le FM, il a été décidé que l'UNICEF se chargerait de l'approvisionnement des ARV, et PSI de l'approvisionnement des MII. De l'avis de certains, la justification de ce contournement de la CAME se situerait aux problèmes de compétences et à la cherté de l'offre de la CAME. Le plan d'approvisionnement du FM pour le PNLP a explicitement manifesté le besoin d'un développement rapide, et c'est pour cette raison que PSI a été préféré à la CAME. Certaines personnes interrogées ont défié la logique de poursuivre un mécanisme d'approvisionnement alternatif, en raison du fait que la CAME était compétente pour jouer ce rôle et que l'utilisation de l'UNICEF et de PSI était moins pérennisable. De

plus, renforcer la capacité de la CAME en lui fournissant un spécialiste en Information et Technologie serait peu profitable, étant donné que le principal problème de la CAME se situe dans son manque de capacité d'entreposage.

En termes d'impacts, quelques répondants ont perçu l'existence de méthodes de distributions parallèles, et la manque d'organisation unique ayant la responsabilité de tous les achats, comme potentiellement dommageables, comme c'est le cas pour la chloroquine. Le PNLP avec l'appui du FM distribue gratuitement à certaines formations sanitaires la chloroquine acquise par le biais de la CAME. Ceci rend la tâche d'établir les prévisions en chloroquine plus difficile pour la CAME, puisque ces formations sanitaires peuvent modifier leurs demandes en chloroquine. Selon la CAME, aux yeux du public, s'il y a rupture des stocks, la CAME serait tenue responsable, peu importe de qui relève l'approvisionnement. De plus, aucun mécanisme clair n'avait été mis en place pour assurer un dialogue entre la CAME et le bénéficiaire principal pour traiter de ces questions d'approvisionnement.

En ce qui concerne les effets du FM sur le secteur privé pharmaceutique, l'approvisionnement en MII par PSI a été perçu comme une menace pour la survie du secteur privé local des grossistes qui jouait précédemment ce rôle.

5. Pérennisation et Institutionnalisation

La question de la pérennisation financière des activités soutenues par le FM au Bénin a été largement au centre des préoccupations soulevées par la plupart des personnes interrogées. L'avis général qui se dégage est que, aucune disposition réelle n'est envisagée jusqu'à présent dans cette optique. Quelques répondants ont exprimé des inquiétudes qu'un retrait soudain du FM laisserait le système de santé dans un état pire qu'il ne l'a jamais été.

Quant à la question relative à l'institutionnalisation du mécanisme du FM au Bénin, le bénéficiaire principal a souligné que l'un des objectifs du FM était de rendre toutes les structures entièrement autonomes et de mettre en place des systèmes de planification, de rédaction de rapport, de responsabilité et de suivi et d'évaluation. Un autre objectif serait d'initier les acteurs du secteur de la santé à l'approche de gestion basée sur les résultats.

De manière plus large, beaucoup des résultats montrent un compromis difficile entre la pérennisation et la vitesse de la mise en œuvre. Il a été noté que la pression fut l'un des aspects du processus du FM dont on a le plus souvent fait cas dans cette recherche. Il se peut que cette pression pour une mise en œuvre rapide explique en partie plusieurs observations, telles que le manque d'harmonisation avec la politique actuelle de décentralisation et de recouvrement des coûts; la non-participation par les décideurs clés du système de santé au MSP; et la décision du FM de contourner la CAME pour son approvisionnement.

6. Conclusion

L'objectif principal de ce rapport est de fournir, à mi-parcours, une vue d'ensemble des interactions entre les activités du FM et du système de santé au Bénin. Il vise à informer plusieurs auditoires potentiels au Bénin, au niveau du FM et de la communauté des donateurs.

En résumé, cette recherche a révélé plusieurs préoccupations clés telles : la sous-information et la faible implication de certains acteurs clés du MSP; le problème d'harmonisation avec la politique actuelle de décentralisation et de recouvrement des coûts; le système parallèle d'approvisionnement en ARV et en moustiquaires; la lourde charge qui pèse sur les chargés de programme; et les préoccupations relatives à la pérennisation. La plupart de ces défis s'ajoutent à la pression que subissent les différents programmes de fournir des résultats immédiats. Le compromis apparent entre la rapidité d'une part et l'harmonisation et la pérennisation de l'autre, est une question importante qui doit faire l'objet de réflexions, parallèlement aux activités du FM au Bénin.

Plusieurs effets positifs sur le système ont aussi été notés, tels que la création de nouveaux partenariats public-privé, les activités de formation qui embrassent d'autres priorités dans le domaine de la santé et l'achat d'équipements qui peuvent être utilisés par des agents de santé intervenant dans d'autres domaines que les trois maladies cibles. Il serait possible d'incorporer des activités similaires de renforcement du système dans les applications futures pour les subventions du FM.

Les résultats présentés dans ce rapport sont préliminaires. Ces résultats seront développés plus tard avec les données provenant des enquêtes quantitatives (de base et de suivi) et qualitatives (de suivi) à la fin de 2005.