

REPUBLIQUE DU BENIN



MINISTERE DE LA SANTE



SECRETARIAT GENERAL DU MINISTERE



PROJET DE RENFORCEMENT DE LA PERFORMANCE DU
SYSTEME DE SANTE

**ETUDE SUR LE LIEN ENTRE LA
PLANIFICATION ET LA BUDGETISATION
DANS LE SECTEUR DE LA SANTE**

RAPPORT FINAL

Octobre 2014

Organisation et Gestion des Ressources Humaines, Recherche et Evaluations, Formation

« Gestion
d'entreprise en
Culture Africaine »



CABINET GECA-PROSPECTIVE
Sainte Rita, Lot 1293 tranche K
02 B.P. 1056 Cotonou – BENIN-
Tél. : (229) 32-54-49 /32-59-44
Fax : (229) 32-59-45
contact@gecaprospective.com;
www.gecaprospective.com
N° IFU: 3200800411112

*« L'excellence et la
crédibilité dans tout ce que
nous faisons »*

SOMMAIRE

SIGLES ET ABREVIATION.....	6
1 CHAPITRE INTRODUCTIF	8
1.1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	9
1.2 OBJECTIFS ET RESULTAT DE L'ETUDE	10
1.2.1 <i>Objectif Général</i>	10
1.2.2 <i>Objectifs Spécifiques</i>	10
1.2.3 <i>Résultats attendus</i>	11
1.3 APPROCHE METHODOLOGIQUE ET DEROULEMENT DE LA MISSION.....	11
1.3.1 <i>Questions de recherche</i>	11
1.3.2 <i>Démarches opérationnelles</i>	12
1.3.3 <i>Limites et difficultés rencontrées</i>	16
2 ANALYSE DE LA CHAINE PPBS DU MINISTERE DE LA SANTE.....	18
2.1 PRESENTATION CONCEPTUELLE DE LA CHAINE PPBS.....	18
2.1.1 <i>Réforme du cadre de gestion des finances publiques au Bénin</i>	18
2.1.2 <i>Introduction de la chaîne PPBS</i>	18
2.1.3 <i>Contexte de développement du budget programme</i>	19
2.2 APPRECIATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA CHAINE PPBS.....	20
2.2.1 <i>Organisation du système de santé au Bénin</i>	20
2.2.2 <i>Répartition des fonctions de la chaîne PPBS dans le secteur de la santé</i>	22
2.2.3 <i>Processus de planification et de programmation</i>	24
2.2.4 <i>Analyse du processus de planification</i>	27
2.2.5 <i>Analyse du processus de programmation</i>	32
2.2.6 <i>Forces et faiblesses, opportunités et menaces de la chaîne PPBS du Ministère de la Santé</i>	37
2.2.7 <i>Menaces de la chaîne PPBS</i>	40
2.2.8 <i>Processus et méthode de budgétisation</i>	41
2.2.9 <i>Analyse du processus de budgétisation</i>	44
2.2.10 <i>Analyse du lien entre planification et budgétisation</i>	46
2.2.11 <i>Analyse du mécanisme de suivi-évaluation</i>	49
3 PROPOSITION D'UNE NOUVELLE APPROCHE DE LA PLANIFICATION ET DE BUDGETISATION ...	53
3.1 SYNTHÈSE DES ATOUTS ET DES TENDANCES LOURDES DU MINISTERE DE LA SANTE EN MATIERE DE PLANIFICATION/PROGRAMMATION ET DE BUDGETISATION	53
3.2 NOUVELLE APPROCHE DE PLANIFICATION ET DE BUDGETISATION : PROCESSUS, PRINCIPES, ACTEURS ET RESPONSABILITES	54
3.2.1 <i>Processus</i>	54

3.2.2	<i>Principe de l'amélioration proposée à la démarche</i>	54
3.2.3	<i>La spécificité du contrôle de gestion face aux autres mécanismes de contrôle et de suivi</i>	55
3.3	HYPOTHESES DE REUSSITE	59
4	CONCLUSION ET SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS	60
5	ANNEXES	62
	ANNEXE1 : QUELQUES NOTIONS CONCEPTUELLES	62
	ANNEXE 2 : BASE DE SONDAGE	63
	ANNEXE 3 : ANALYSE DE LA PERSISTANCE DES PROBLEMES MAJEURS DU SECTEUR (REFERENCE PNDS).....	65
	ANNEXE 4 : EXECUTION FINANCIERE.....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
	ANNEXE 5 : INDICATEURS DE SUIVI EVALUATION	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
	ANNEXE 6 : METHODOLOGIE D'ELABORATION DU BUDGET-PROGRAMME PAR OBJECTIF SECTORIEL DU MINISTERE DE LA SANTE.....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
	ANNEXE 7 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

■ TABLEAUX

TABLEAU 1 : REPARTITION DES ZONES SANITAIRES ECHANTILLON PAR STRATE.....	15
TABLEAU 2 : SITUATION DES DECOMPTES AU 31 DECEMBRE 2013	30
TABLEAU 3 : CALENDRIER DES TRAVAUX DE PREPARATION DU PIP DE L'ANNEE N+1	41
TABLEAU 4 : CALENDRIER D'ELABORATION DU BUDGET CLASSIQUE DE FONCTIONNEMENT DANS LES DDS	42
TABLEAU 5 : CALENDRIER D'ELABORATION DU BUDGET CLASSIQUE D'UNE ZONE SANITAIRE.....	43
TABLEAU 6 : EVOLUTION DES CDMT DE 2011 A 2013	44
TABLEAU 7 : EVOLUTION DU BUDGET DU MINISTERE DE LA SANTE DANS LE BUDGET GENERAL DE L'ETAT (2008 A 2012).....	46
TABLEAU 8 : POINT DES DOTATIONS INITIALES, DES ENGAGEMENTS ET DES DECAISSEMENTS DE 2010.....	46
TABLEAU 9 : POINT DES DOTATIONS INITIALES, DES ENGAGEMENTS ET DES DECAISSEMENTS DE 2011.....	47
TABLEAU 10 : POINT DES DOTATIONS INITIALES, DES ENGAGEMENTS ET DES DECAISSEMENTS DE 2012.....	47
TABLEAU 11 : REPARTITION DU BUDGET MINISTERE DE LA SANTE PAR RUBRIQUE DE 2011 ET 2012 A 2013.....	48
TABLEAU 12 : POINT DES DEPENSES SUR CREDITS DELEGUES DE 2010 A 2012 (BASE ENGAGEMENT).....	48
TABLEAU 13 : LES ETAPES DU PROCESSUS D'ELABORATION DU BUDGET-PROGRAMME CONFORMEMENT A LA LOLF	57

■ TABLEAUX ANNEXES

TABLEAU ANNEXE 1 : DELEGATION DE CREDITS AUX DEPARTEMENTS DE L'ANNEE 2012 SELON LA STRATE	63
TABLEAU ANNEXE 2 : REPARTITION DES ZONES SANITAIRES PAR DEPARTEMENT SELON LA STRATE	64
TABLEAU ANNEXE 3 : EFFECTIF DE LA POPULATION PAR DEPARTEMENT SELON LA STRATE.....	64
TABLEAU ANNEXE 4 : EFFECTIF DE LA POPULATION PAR ZONE SANITAIRE SELON LA STRATE	64
TABLEAU ANNEXE 5 : FONCTIONNALITE DES HOPITAUX DE ZONES VISITEES EN 2012.....	66
TABLEAU ANNEXE 6 : PRINCIPAUX RATIOS DU PERSONNEL SOIGNANT PAR CORPS ET PAR DEPARTEMENT EN 2012	68
TABLEAU ANNEXE 7 : SITUATION DES INFRASTRUCTURES SANITAIRES.....	70
TABLEAU ANNEXE 8 : EXECUTION FINANCIERE DE 2010 A 2012.....	72
TABLEAU ANNEXE 9 : INDICATEURS DU PROGRAMME 1.....	75
TABLEAU ANNEXE 10 : INDICATEURS DU PROGRAMME 2 - VALORISATION DES RESSOURCES HUMAINES (5 INDICATEURS)	76
TABLEAU ANNEXE 11 : INDICATEURS DU PROGRAMME 3, RENFORCEMENT DU PARTENARIAT DANS LE SECTEUR ET PROMOTION DE L'ETHIQUE ET DE LA RESPONSABILITE MEDICALE (3 INDICATEURS).....	76
TABLEAU ANNEXE 12 : INDICATEURS DU PROGRAMME 4, MECANISME DE FINANCEMENT DU SECTEUR (3 INDICATEURS)	77
TABLEAU ANNEXE 13 : INDICATEURS DU PROGRAMME 5, RENFORCEMENT DE LA GESTION DU SECTEUR (4 INDICATEURS).....	77
TABLEAU ANNEXE 14 : INDICATEURS DU PROGRAMME 1	78
TABLEAU ANNEXE 15 : INDICATEURS DU PROGRAMME 2 - VALORISATION DES RESSOURCES HUMAINES (5 INDICATEURS) ...	79

TABLEAU ANNEXE 16 : INDICATEURS DU PROGRAMME 3, RENFORCEMENT DU PARTENARIAT DANS LE SECTEUR ET PROMOTION DE L'ETHIQUE ET DE LA RESPONSABILITE MEDICALE (3 INDICATEURS)..... 79

TABLEAU ANNEXE 17 : INDICATEURS DU PROGRAMME 4, MECANISME DE FINANCEMENT DU SECTEUR (3 INDICATEURS)... 79

TABLEAU ANNEXE 18 : INDICATEURS DU PROGRAMME 5, RENFORCEMENT DE LA GESTION DU SECTEUR (4 INDICATEURS) .80

■ **ENCADRES**

ENCADRE 1 : LA ZONE SANITAIRE 21

ENCADRE 2 : RESPONSABILITE DES COMMUNES..... 22

ENCADRE 3 : LES OBJECTIFS DU PITA..... 32

ENCADRE 4 : LE PLAN DE TRAVAIL ANNUEL 36

ENCADRE 5 : QUELQUES PROGRAMMES DU MINISTERE DE LA SANTE..... 37

■ **FIGURES**

FIGURE 1 : AXES D'ANALYSE DE LA CHAINE PPBS 12

FIGURE 2 : PHASAGE DE LA MISSION..... 13

FIGURE 3 : CLASSIFICATION DES DOCUMENTS DE PLANIFICATION/PROGRAMMATION..... 27

FIGURE 4 : PROCESSUS D'ELABORATION DU PITA..... 31

FIGURE 5 : CONSOMMATION DES CREDITS BASE ENGAGEMENT..... 48

FIGURE 6 : NOUVEAU MECANISME DE PLANIFICATION ET DE BUDGETISATION 54

SIGLES ET ABREVIATION

CAME	Centre d'Achat des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux
CaR-GBAR	Cadre de Réforme de la Gestion Budgétaire Axée sur les Résultats
CDMT	Cadres des Dépenses à Moyens Termes
CNEEP	Comité National de suivi de l'Exécution et de l'Evaluation des Projets et Programme du secteur santé
CNG	Centre National de Gérontologie
CNHP	Centre National Hospitalier Psychiatrie
CNHPP	Centre National Hospitalier Pneumo-phtisiologie
CNHU	Centre National Hospitalier et Universitaire
CNLS	Comité National de Lutte Contre le SIDA
CS/ZS	Comité de Santé de la Zone Sanitaire
CsDMT	Cadre Sectoriel de Dépenses à Moyen Terme
DDZS	Direction du Développement des Zones Sanitaires
DPP	Direction de la Programmation et de la Prospective
DRFM	Direction des Ressources Financiers et Matériels
DRH	Direction des Ressources Humaines
EEZS	Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire
GAR	Gestion Axée sur les Résultats
GBAR	Gestion Budgétaire Axée sur les Résultats
HOMEL	L'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune
LNCQ	Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments et Consommables Médicaux
LOLF	Loi Organique des Lois de Finances
MBB	Marginal budgeting for bottlenecks
NLTPS	Etudes Nationales de Perspectives à Long Terme
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OSD	Orientations Stratégiques de Développement
P2D	Plan de décentralisation et de déconcentration
PAP	Programme d'Actions Prioritaires
PCC	Plan de Consommation de Crédits
PDC	Plans de Développement Communal
PITA	Plan Intégré de Travail Annuel
PNCEFFS	Programme National d'Equipeement et de Construction des Formations Sanitaires
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLMNT	Programme National de Lutte Contre Les Maladies Non Transmissibles
PNLMT	Programme National de Lutte Contre Les Maladies Transmissibles
PNRCCH	Programme National de Réhabilitation et de Construction des Centres Hospitaliers
PONADEC	la Politique Nationale de Décentralisation et de Déconcentration
PPBS	Planification, Programmation, Budgétisation et Suivi et Evaluation
PPM	Plan de Passation des Marchés
PTA	Plan de Travail Annuel
PTD	Plan Triennal de Développement

PTF	Partenaire Technique et Financier
SCRP	Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté
SNIGS	Système National d'Information et de Gestion Sanitaire
SYLOS	Systèmes Locaux de Santé
TBI	Tableaux de Bord des Indicateurs
ZS	Zone Sanitaire

1 CHAPITRE INTRODUCTIF

Se fondant sur les objectifs stratégiques de Alafia, Bénin-2025, les Etats Généraux de la Santé de Novembre 2007 ont défini la vision capable de contribuer au renforcement de la performance du système national de santé béninois comme suit : «*Le Bénin dispose en 2025 d'un système de santé performant basé sur des Initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, pour l'Offre et la Disponibilité permanente de Soins de Qualité, équitables et accessibles aux Populations de toutes catégories, fondées sur les Valeurs de Solidarité et de Partage de risques pour répondre à l'ensemble des besoins de santé du peuple béninois*». Cette vision qui tire sa substance de l'objectif n°3 des Etudes Nationales de Perspectives à Long Terme (ENPLT), vise à « améliorer la qualité de vie de la population ». Elle est en phase avec l'objectif général du Plan National de Développement Sanitaire qui est d'«*améliorer l'état de santé de la population béninoise sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes*». Il est caractérisé par le développement des services sociaux essentiels, la rationalisation de la gestion des ressources humaines et le développement des soins de santé.

Malgré la cohérence qui existe entre la vision du secteur de la santé, les objectifs stratégiques de « Alafia, Bénin 2025 » et le Plan National de Développement Sanitaire, l'évaluation de la première étape (2000-2010) de l'opérationnalisation des ENPLT de février 2011, ressort pour le compte du secteur de la santé que l'accès aux soins reste limité.

L'étude sur le lien entre la planification et la budgétisation dans le secteur de la santé commanditée par le Ministère de la Santé, avec l'appui financier de la Banque Mondiale, à travers le Programme de Renforcement de la Performance du Système de Santé (PRPSS) vient à propos. En effet, la présente étude vise essentiellement à apprécier si les activités planifiées sont effectivement budgétisées et exécutées. Le cas contraire, quelles sont les raisons qui pourraient justifier cette situation et les approches de solutions proposées pour corriger ce dysfonctionnement qui participe de la rupture des liens devant exister entre les processus de planification et de budgétisation.

Ce rapport comprend : (i) un chapitre introductif qui rappelle le contexte et la justification de l'étude, les objectifs et résultats attendus, l'approche méthodologique et les principales étapes de la mission ; (ii) l'analyse de la chaîne PPBS à travers le dispositif de la chaîne PPBS, le cadre juridique et institutionnel, les outils de mise en œuvre, les interventions des partenaires techniques et financiers et leur répartition sur le territoire national, l'analyse des processus de planification, de programmation, de budgétisation, du lien entre la planification et la budgétisation et du suivi et évaluation, en vue de ressortir les liens qui existent entre eux et (iii) les propositions pour une nouvelle approche de planification et de budgétisation.

Les résultats des différentes analyses ont permis de répondre à la problématique de

l'amélioration de la planification et de la budgétisation, de l'efficacité de l'allocation budgétaire à travers la cohérence et l'arrimage entre les documents y relatifs, produits dans le secteur de la santé, de la corrélation entre la programmation et la consommation des crédits alloués et de l'atteinte des résultats envisagés et planifiés.

Enfin, les propositions, si elles sont mises en œuvre, contribueront à : (i) l'amélioration de la fourniture de services ; (ii) une utilisation plus efficiente des ressources et (iii) plus de clarté et de responsabilisation au niveau de la mise en œuvre des politiques, stratégies, programmes et plans de développement sectoriel.

1.1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Au cours de la dernière décennie, le secteur de la santé a focalisé l'attention des Gouvernements qui se sont succédé, avec un investissement conséquent dans le renforcement des processus de planification stratégique, de dotation en moyens matériels et en ressources humaines. Ces efforts s'inscrivent depuis quelques années dans une approche globale déclinée dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018, conçu pour mettre en œuvre la vision du Ministère de la Santé formulée. Cette vision s'énonce comme suit: «Le Bénin dispose en 2025 d'un système de santé performant basé sur des Initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, pour l'Offre et la Disponibilité permanentes de Soins de Qualité, équitables et accessibles aux Populations de toutes catégories, fondées sur les Valeurs de Solidarité et de Partage de risques pour répondre à l'ensemble des besoins de santé du peuple béninois».

Elaboré dans une démarche inclusive basée sur la gestion axée sur les résultats, le PNDS couvre cinq domaines stratégiques:

- ✓ **Domaine stratégique 1:** Réduction de la mortalité maternelle et infantile, prévention, lutte contre la maladie et amélioration de la qualité des soins.
- ✓ **Domaine stratégique 2:** Valorisation des ressources humaines.
- ✓ **Domaine stratégique 3:**
Renforcement du partenariat dans le secteur et promotion de l'éthique et de la déontologie médicale.
- ✓ **Domaine stratégique 4:** Amélioration du mécanisme de financement du secteur.
- ✓ **Domaine stratégique 5:** Renforcement de la gestion de secteur.

Chacun de ces domaines est pris en charge par des structures du Ministère de la Santé sous la forme de programmes, avec l'appui constant de l'Etat et des Partenaires Techniques et Financiers (PTF).

Par ailleurs, les résultats des comptes nationaux de la santé montrent une évolution des indices du budget de l'Etat et de la santé. Le secteur de la santé ne bénéficie pas encore de toute l'attention requise de l'Etat. Globalement, le budget alloué au secteur de la santé sur la période 2003-2008 est exécuté à hauteur de 76,33% (base engagement). Ce niveau d'exécution du budget relativement faible n'est pas adéquat du point de vue qualitatif. Ceci

pourrait être dû à des facteurs tels que la contingence économique qui perturbe le cadrage budgétaire, la nature hypothétique des projections de dépenses sur le financement extérieur, le retard dans la mise à disposition des crédits qui occasionne des démarrages tardifs des activités à tous les échelons de la pyramide sanitaire et d'autres dysfonctionnements probablement liés au processus de planification des activités au sein du secteur de la santé.

De même, des acteurs se posent des questions sur l'efficacité d'allocation du budget de la santé qui reste limitée. Les plans (par exemple, le plan national de développement sanitaire) et budgets existants ne priorisent pas encore suffisamment les interventions à fort impact. Ils portent pour la plupart sur des dépenses ayant peu de rapport avec les OMD. La plupart de ces plans comprennent ainsi des programmes de formation destinés aux fonctionnaires centraux et régionaux du MS, des investissements dans la construction et la réhabilitation des bâtiments, l'acquisition d'équipement d'imagerie, etc.

Par ailleurs, ces plans et les budgets ne sont pas exhaustifs. Par exemple, plusieurs directions ou programmes verticaux du MS continuent d'élaborer et d'exécuter leurs propres plans, sans qu'il n'y ait une coordination avec le plan national de santé. De plus, les processus de planification et de budgétisation n'ont pas encore été suffisamment décentralisés.

Aussi, malgré les différentes actions menées au niveau du secteur, est-il remarqué que plusieurs problèmes persistent et constituent des préoccupations majeures pour le secteur. Alors, il est opportun de savoir si le processus de planification est bien réalisé en se basant sur un diagnostic approfondi du secteur et les ressources allouées.

La composante³ du PRPSS permettra d'améliorer plusieurs fonctions de gestion au sein du MS : planification, budgétisation et suivi. Il est attendu qu'à la fin du Projet, le MS sera :

- capable de produire des plans et des budgets qui priorisent les interventions haut impact, et
- prêt pour la mise en œuvre d'une Approche Sectorielle ("un plan, un budget et un système de S&E").

C'est pour répondre à cette préoccupation que la présente étude est commanditée.

1.2 OBJECTIFS ET RESULTAT DE L'ETUDE

1.2.1 Objectif Général

L'objectif général de l'étude est d'analyser le processus de planification en lien avec le budget alloué au secteur de la santé.

1.2.2 Objectifs Spécifiques

De façon spécifique, il s'agit :

- de procéder à l'analyse du processus de planification et de budgétisation des actions au sein du secteur de la santé du Bénin;

- d'élaborer de nouvelles méthodes de planification et de budgétisation rapprochant la planification et la budgétisation;
- d'apprécier le mécanisme de suivi-évaluation au sein du secteur dans le contexte de l'approche sectorielle;
- de faire des recommandations pour une amélioration des processus de planification et de budgétisation axé sur les priorités dans un contexte de gestion axée sur les résultats.

1.2.3 Résultats attendus

A la fin de l'étude:

- l'analyse du processus de planification est réalisée;
- l'analyse de la budgétisation des actions du secteur (analyse des dépenses de santé) dans un contexte de gestion axée sur les résultats est effectuée;
- de nouvelles méthodes de planification et de budgétisation rapprochant la planification et la budgétisation sont élaborées;
- le mécanisme de suivi-évaluation consensuel et inclusif est apprécié;
- des recommandations sont faites pour une amélioration des processus de planification et de budgétisation.

1.3 APPROCHE METHODOLOGIQUE ET DEROULEMENT DE LA MISSION

1.3.1 Questions de recherche

L'analyse des indicateurs de performance du secteur de la santé montre que malgré les précautions louables de planification et de programmation, la croissance rapide des appuis budgétaires de l'Etat n'est pas suivie par l'accroissement des indices de santé. Ce constat est un indicateur patent du faible arrimage entre la programmation et la consommation des budgets et l'atteinte des résultats envisagés et planifiés. Ce faible arrimage est davantage confirmé par le faible taux de consommation des budgets et la planification des activités sans une méthode de priorisation des actions. Ceci amène à se poser trois questions:

- Est-ce le processus de budgétisation qui manque de cohérence ou de pertinence?
- Est-ce le processus de planification en amont qui est biaisé avec la prise en compte d'activités qui ne correspondent pas aux réels leviers sur lesquels il faut agir pour booster les résultats du secteur et atteindre les OMD? (ce qui revient à s'interroger sur la méthode de détermination des priorités d'actions et d'engagement budgétaire...);
- Comment assurer une mise en synergie de la logique de budgétisation des activités du secteur, de façon à atteindre les objectifs stratégiques prévus?

Pour répondre à ces questions, la présente étude a été articulée autour de trois principaux axes qui ont contribué à identifier le maillon défaillant du processus de planification et de budgétisation du secteur et ont permis d'apporter des réponses et des approches de solution

efficaces comportant un plan, un budget cohérent et un système de suivi-évaluation. Il s'agit des axes suivants :

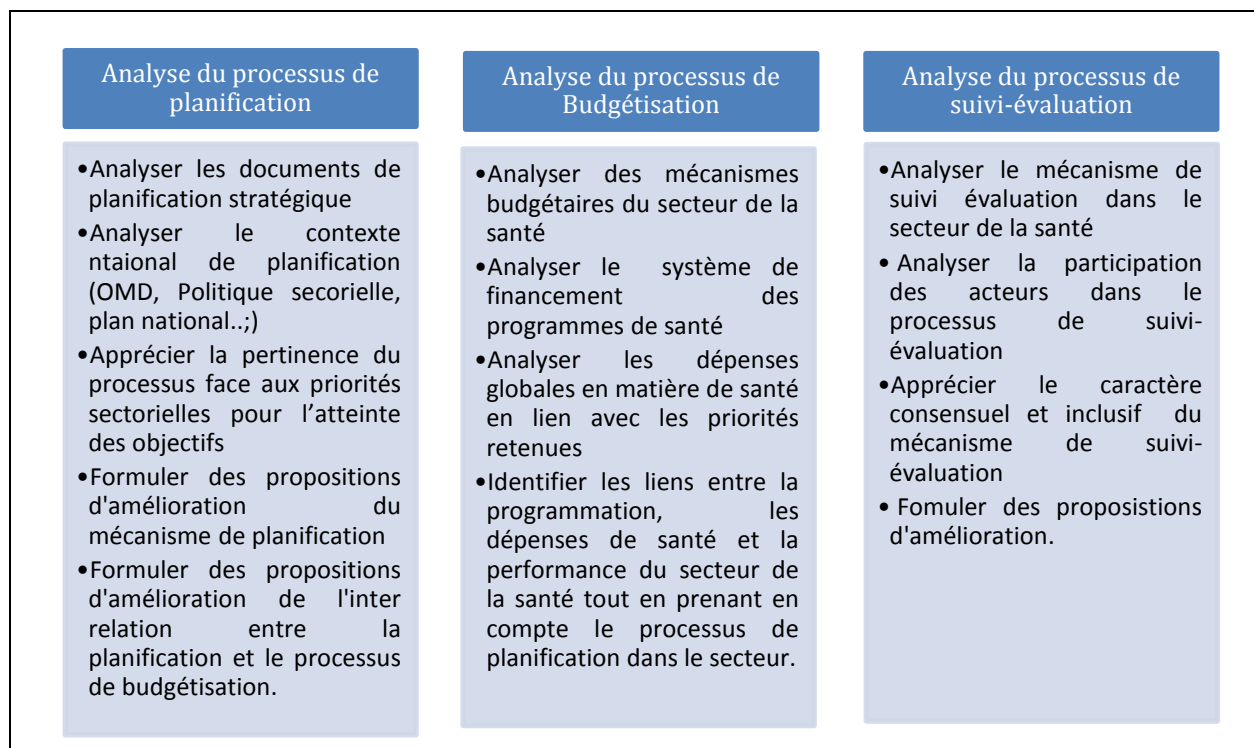


Figure 1 : Axes d'analyse de la chaîne PPBS

Les différentes opérations qui composent l'implémentation de chacun de ces axes d'interventions se résument de façon générique dans la démarche opérationnelle ci-dessous.

1.3.2 Démarches opérationnelles

Au regard des résultats attendus, la méthodologie adoptée dans le cadre de cette étude tient compte de l'approche participative. Cette approche a permis d'appréhender et d'apprécier le secteur globalement par rapport aux critères de gestion axée sur les résultats et spécifiquement sur les mécanismes de planification et budgétisation ainsi que le suivi-évaluation.

Pour une exécution optimale de la mission, la démarche méthodologique adoptée a permis de faire une gestion itérative et surtout participative du processus afin d'obtenir le consensus des parties prenantes autour des différents produits. L'étude a été réalisée en cinq (05) phases, à savoir :

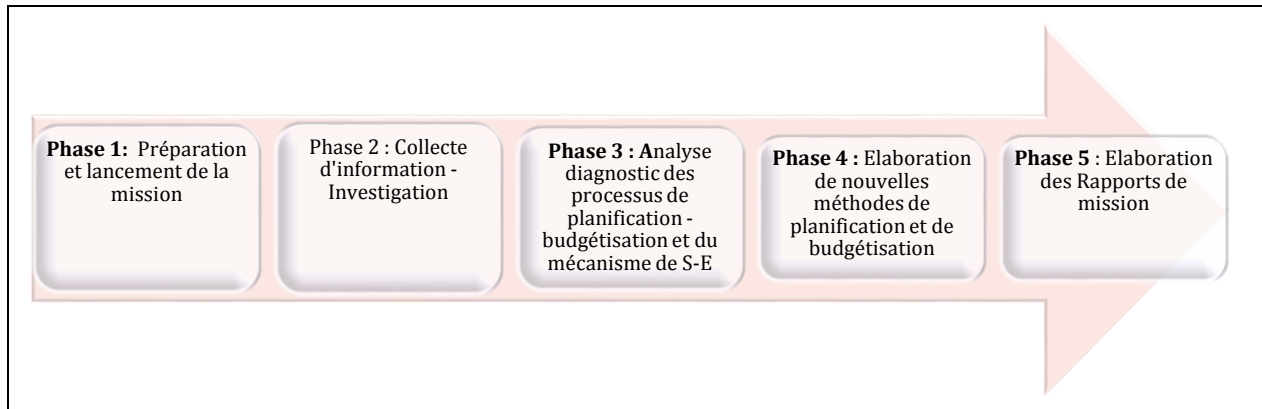


Figure 2 : Phasage de la mission

1.3.2.1 Phase 1 : Préparation et lancement de la mission

La première phase de l'étude comprend essentiellement : (i) la réunion de cadrage entre le consultant et le commanditaire ; (ii) la revue documentaire ; (iii) l'échantillonnage et (iv) l'élaboration des outils de collecte.

1.3.2.1.1 Réunion de cadrage

La séance de lancement de la mission a eu lieu à la salle de réunion de la DPP/MS. Elle s'est déroulée en présence des acteurs principaux de la DPP, du PRPSS et de tous les consultants de GECA-PROSPECTIVE ayant à charge la réalisation de la mission. Elle a eu pour objectif de clarifier la problématique de l'étude et de la méthodologie, de recueillir les attentes spécifiques du ministère et du PRPSS, de proposer un calendrier indicatif pour l'exécution de la mission. D'autres points ont été clarifiés au cours de cette séance à savoir les mesures pratiques pour le bon démarrage de la mission (désignation du point focal) et la liste des documents à fournir par le commanditaire.

1.3.2.1.2 Revue documentaire

L'objectif de cette activité est de disposer des informations documentaires pertinentes sur les mécanismes de planification, budgétisation et de suivi-évaluation du secteur de la santé au Bénin. Le consultant a procédé, à cet effet, à une revue de littérature sur le système de planification du secteur de la santé d'une part et sur les dépenses globales en matière de santé d'autre part. Le consultant s'est d'abord appuyé sur l'existant, comme les différents documents programmatiques nationaux, les différents rapports d'activités du secteur, les évaluations du secteur et tout autre document jugé nécessaire pour la réussite de la mission. Cette analyse documentaire a également pris compte les textes juridiques et réglementaires constituant le cadre légal de budgétisation. En plus des principaux documents existants, le plan stratégique, le cadre logique et le CDMT, ont constitué des éléments importants de la revue pour l'analyse de l'efficacité du dispositif

L'analyse documentaire a permis de mettre l'accent sur les principaux facteurs clés du processus de planification et sur les principales composantes des dépenses de santé, les

tendances de leur évolution, l'efficacité, l'efficience et l'équité dans les dépenses de santé et les niveaux requis de dépenses pour réaliser les objectifs en matière de santé.

Cette documentation a été pour une bonne partie obtenue sur le site Internet officiel du ministère (www.beninsante.bj) et une autre partie obtenue en version physique et électronique à la Direction de la Programmation et de la Prospective du ministère.

1.3.2.1.3 Échantillonnage et outils de collecte des données

Afin d'avoir un échantillon représentatif, les zones sanitaires ont été regroupées en trois strates :

Strate 1 : Zones sanitaires dont la prévision initiale du budget est égale à la dotation et dont l'engagement est égale à la dotation ;

Strate 2 : Zones sanitaires dont la prévision initiale du budget est égale à la dotation et dont l'engagement est inférieur à la dotation ;

Strate 3 : Zones sanitaires dont la prévision initiale du budget est égale à la dotation et dont l'engagement est supérieur à la dotation.

1.3.2.1.4 Base de sondage

L'ensemble du pays compte au total 34 zones sanitaires et qui constituent la base de sondage de l'étude. L'annexe 2 présente les caractéristiques de la base de sondage.

La répartition des zones sanitaires en strates est faite sur la base des données de référence de l'année 2012).

1.3.2.1.5 Groupes cibles

Du fait que le programme s'intéresse à des indicateurs de la santé, plusieurs groupes cibles du secteur sont identifiés pour les besoins de l'enquête. Il s'agit :

- des Acteurs de la chaîne PPBS ;
- des Acteurs du système sanitaire ;
- des Acteurs de financement ;
- des Acteurs externes (ministères sectoriels) ;
- du Secteur privé ;
- des Collectivités locales et société civile ;
- des Bénéficiaires du système.

1.3.2.1.6 Méthode de sondage

L'échantillon de l'enquête est réalisé par un sondage stratifié comme ci-dessus et tirés à deux degrés : les zones sont tirées proportionnellement à leur taille en population à l'intérieur des strates. Afin de couvrir tous les types d'acteurs de la santé et toutes les prestations liées à la santé, les services de santé des zones sanitaires tirées ont été systématiquement visités lors de la mission selon un choix raisonné.

1.3.2.1.7 Taille et représentativité de l'échantillon

La taille de l'échantillon (nombre de zones sanitaires à couvrir) est fixée en fonction du degré de précision recherché. Afin de couvrir tous les partenaires, pour une bonne représentativité, il est retenu et visité cinq zones sanitaires sur les 34 que compte le pays soit environ 15%. Pour assurer une bonne dispersion de l'échantillon et en tenant compte du nombre total de zones sanitaires à enquêter, il a été procédé à un tirage à l'intérieur des strates proportionnellement à l'effectif des populations des strates.

Tableau 1 : Répartition des zones sanitaires échantillon par strate

STRATE		Nombre zones sanitaires
Strate 1	Zone Sanitaire Cotonou 6	2
	Zone Sanitaire Dassa-Zoumè-Glazoué	
Strate 2	Zone Sanitaire Bembèrèkè-Sinendé	2
	Zone Sanitaire Allada-Toffo-Zè	
Strate 3	Zone Sanitaire Lokossa-Athiémé	1
TOTAL		5

1.3.2.1.8 Stratification et tirage d'unités aréolaires

L'unité primaire de sondage est la zone sanitaire. Au 1er degré, il a été effectué un tirage systématique des zones à l'intérieur de la strate avec une probabilité proportionnelle au nombre de zones à l'intérieur de la strate.

Pour chaque tirage, il a été calculé l'effectif cumulé de la population des zones sanitaires selon la strate et ensuite l'intervalle I de sondage de la manière suivante :

$$I = \frac{M}{a}, \text{ arrondi à l'entier près,}$$

où « M » est le nombre de zones sanitaires de la strate et « a » le nombre de zones sanitaires à tirer dans la strate.

La série des numéros de sondage $R, R+I, R+2I, R+3I, \text{ etc.}$ a été calculée où R est un nombre aléatoire compris entre 1 et I . Chaque numéro de sondage a été ensuite rapproché de la colonne des effectifs cumulés. Ainsi la première zone sanitaire tirée est la première sur la liste dont l'effectif cumulé est égal ou supérieur au premier numéro de sondage. L'opération est répétée jusqu'au dernier tirage.

1.3.2.1.9 Outils de collecte

Dans le cadre de cette mission d'évaluation, trois types de documents ont été élaborés et ont servi de guides pour les interviews. Il s'agit :

- du guide d'entretien à l'attention des Directeurs, DDS et Médecins ;
- du guide d'entretien à l'attention des Préfets, Maires et Receveurs Percepteurs ;
- du guide d'entretien à l'attention des Partenaires Techniques Financiers.

A travers ces guides d'entretien la mission a pu bien apprécier le dispositif mis en place dans le secteur de la santé pour la planification de même que la budgétisation et ce qui se fait concrètement sur le terrain.

1.3.2.2 Phase 2: Collecte des données sur le terrain

Les interviews sur le terrain ont été essentiellement réalisées avec les acteurs ciblés du secteur dans les zones de l'étude présentées en annexe 7. Deux approches ont été utilisées pour cette collecte. Des entrevues individuelles ou de groupe avec des acteurs et des personnes ressources du secteur. Cette deuxième phase a duré quinze (15) jours ouvrables.

1.3.2.3 Phase 3: Analyse diagnostique des processus de planification -budgétisation et du mécanisme de S-E

L'analyse diagnostique des processus de planification, de budgétisation et du suivi-évaluation est faite à travers l'analyse du contexte national de planification, des documents de planification stratégique et sectoriel, des outils et mécanismes de budgétisation, du système de financement, des dépenses globales en santé, des dispositifs de suivi et évaluation et de la participation des acteurs au processus de suivi-évaluation.

1.3.2.4 Phase 4: Élaboration de nouvelles méthodes de planification et de budgétisation

Les dysfonctionnements et les faiblesses qui découlent des résultats du diagnostic des processus de planification, de budgétisation et du mécanisme de suivi-évaluation ont permis de proposer de nouvelles méthodes de planification et de budgétisation.

1.3.2.5 Phase 5: Élaboration des rapports de mission

Les Termes de référence ont prévu l'élaboration de deux rapports : un rapport provisoire et un rapport définitif qui va prendre en compte les observations issues de l'atelier de validation. Le rapport comprend: (i) un chapitre introductif qui rappelle le contexte et la justification de l'étude, les objectifs et résultats attendus, l'approche méthodologique et les principales étapes de la mission; (ii) l'analyse de la chaîne PPBS qui apprécie le dispositif de la chaîne PPBS, le cadre juridique et institutionnel, les outils de mise en œuvre, les interventions des partenaires techniques et financiers et leur répartition sur le territoire national, l'analyse des processus de planification, de budgétisation, du suivi et évaluation, en vue de ressortir les liens qui existent entre eux et (iii) les propositions pour une nouvelle approche de planification et de budgétisation.

1.3.3 Limites et difficultés rencontrées

Il a été constaté sur le terrain que la mission d'évaluation n'a pas été annoncée aux différentes structures ciblées, qui n'étaient pas prévenues pour la plupart. En conséquence, la mission a pris l'initiative de les contacter par téléphone la veille pour s'assurer de leur disponibilité. Globalement, à tous les échelons de la pyramide sanitaire, la mission a pu

rencontrer l'essentiel des acteurs prévus. Malgré cette disponibilité, il est noté une tendance à la réticence qui s'est traduite par le non-retour des questionnaires remplis. Cette situation a quelque peu perturbé le déroulement normal de la mission.

2 ANALYSE DE LA CHAÎNE PPBS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

2.1 PRÉSENTATION CONCEPTUELLE DE LA CHAÎNE PPBS

2.1.1 Réforme du cadre de gestion des finances publiques au Bénin

Au Bénin, de 1960 à 1999, la gestion publique a été soutenue par une gestion budgétaire basée sur les moyens. Près de quarante années après l'indépendance nationale, il s'est révélé que la méthode utilisée pour la gestion publique, à travers l'élaboration et l'exécution des budgets n'était pas de nature à assurer la rationalité et l'efficacité des dépenses publiques. Cette méthode reposait sur un cadre budgétaire annuel qui n'a pas permis de combler les attentes et de résorber les déficits budgétaires. Au total, les résultats enregistrés sur cette période sont en deçà et mitigés par rapport aux efforts consentis par les Gouvernements successifs. Ces dysfonctionnements ont conduit à l'adoption d'un nouveau système de gestion basé sur les résultats, qui a introduit l'élaboration de deux outils : le budget-programme et le Cadre des Dépenses à Moyens Termes (CDMT) qui permettent d'asseoir la gestion des finances publiques sur des objectifs, des résultats escomptés, des prévisions pluriannuelles des dépenses sous contrainte de ressources disponibles.

Il a fallu donc attendre l'année 2000 pour amorcer véritablement avec l'appui de la Banque Mondiale, le passage progressif d'une gestion budgétaire basée sur les moyens à une gestion axée sur les résultats. Il s'agit d'une rupture avec le système budgétaire ancien, traduite par une réforme de la Gestion Budgétaire Axée sur les Résultats (GBAR).

L'objectif principal visé par l'adoption du Décret N°2005-789 du 29 décembre 2005 portant Cadre de Réforme de la Gestion Budgétaire Axée sur les Résultats (CaR-GBAR), est d'instaurer une plus grande responsabilisation des ministères dépensiers dans la préparation, l'exécution, le suivi et l'évaluation de leurs budgets-programmes respectifs en respect des résolutions prises et engagements exprimés dans les documents de référence (Etudes de Perspectives Nationales à Long Terme Bénin ALFIA 2025, Orientations Stratégiques de Développement (OSD), Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCR), Programme d'Actions Prioritaires (PAP) et Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)).

2.1.2 Introduction de la chaîne PPBS

Au cœur de la réforme des finances publiques au Bénin, se trouvent plusieurs instruments de gestion du développement, au nombre desquels on peut citer la chaîne Planification, Programmation, Budgétisation et Suivi et Évaluation (PPBS) des projets et programmes de développement, dont le fonctionnement détermine la qualité de l'économie nationale. Elle est composée de quatre maillons qui relèvent des fonctions principales des ministères à caractère transversal, chargés des finances et du développement qui exercent un rôle central d'impulsion, de conception, d'élaboration, de coordination et d'arbitrage. Après plus d'une décennie d'expériences acquises, la chaîne PPBS s'impose aujourd'hui à tous les acteurs de

développement du Bénin et constitue pour les ministères sectoriels comme le ministère de la santé, un précieux outil de travail pour l'accomplissement de leurs missions respectives.

L'introduction des budgets-programmes dans les institutions publiques a été progressive. Elle a commencé en 2000 avec cinq ministères pilotes dont le ministère de la santé, avant d'être généralisée à l'ensemble des ministères, après des ajustements sur la démarche en vue d'améliorer l'exercice. Depuis 2006 jusqu'en 2013, en plus du budget classique, tous les ministères sectoriels¹élaborent les budgets-programmes dans une perspective globale de Gestion Axée sur les Résultats (GAR). L'approche programme est caractérisée par l'élaboration d'un budget-programme triennal glissant et de ses outils d'opérationnalisation que sont les plans de travail annuel, de passation des marchés et de consommations des crédits. La démarche programmatique utilisée permet de décliner les programmes en projets, actions et activités assorties des indicateurs requis pour faciliter le suivi et l'évaluation. Ces indicateurs objectivement vérifiables permettent de mesurer la performance des programmes à travers l'analyse des informations collectées sur l'atteinte des résultats escomptés.

2.1.3 Contexte de développement du budget programme

Bien qu'au cours de l'année 2000, le système budgétaire soit passé de la Gestion axée sur les moyens à la Gestion axée sur les résultats, le cadre juridique n'a pas changé. En effet, la loi organique 86-021 du 26 septembre 1986 relative aux lois de finances qui régit le fondement juridique des budgets classiques, restée pendant longtemps encore en vigueur jusqu'en 2013, ne permet pas aussi de voter des Budgets-Programmes. Il en découle que les budgets-programmes généralisés à tous les ministères et institutions de l'Etat n'ont pas eu de valeur juridique, malgré la prise en 2005 du décret N° 2005 – 789 du 29 Décembre 2005 « qui définit le Cadre de Réformes de la Gestion Budgétaire Axée sur les Résultats », pour promulguer l'usage de l'approche du Budget-Programme à tous les Ministères».

Par conséquent, chaque année, les ministères sectoriels vivent une situation contraignante où ils doivent élaborer deux budgets : un budget classique et un budget programme, mais seul le budget classique fait l'objet de vote par l'Assemblée Nationale. Il en ressort que la cohabitation de ces deux logiques n'est pas aisée. Elle perturbe le respect des échéances aux différentes étapes du cycle budgétaire, malgré la production du tableau de passage du budget classique au budget programme. Cette dualité est susceptible d'engendrer un cadre législatif des finances publiques complexe et l'instabilité du calendrier budgétaire.

Il a fallu attendre treize années pour la prise en 2013 de la loi Organique n° 2013-14 du 27 septembre 2013 relative aux Lois de Finances (LOLF), pour remplacer celle de 1986 qui ne répondait plus aux exigences de l'expérience de la gestion budgétaire axée sur les résultats en cours dans les ministères sectoriels. Par ailleurs, elle n'était pas conforme aux directives de

¹A la différence des ministères transversaux (Ministère de l'Economie et des Finances, Ministère de la Fonction Publique, etc.).

l'UEMOA relatives à la gestion des finances publiques. La présente loi fixe les règles relatives au domaine, à la classification, au contenu, à la présentation, à l'élaboration, à l'adoption, à l'exécution et au contrôle des lois de finances. Elle détermine les conditions dans lesquelles est arrêtée la politique budgétaire à moyen terme, pour l'ensemble des finances publiques. Elle énonce les principes fondamentaux relatifs à l'exécution des budgets publics, à la comptabilité publique et aux responsabilités des agents publics intervenant dans la gestion des finances publiques.

Cette nouvelle loi pose les fondations d'une réforme majeure destinée à moderniser la gestion des finances publiques à l'horizon 2017. Elle vient clarifier les rôles respectifs du politique et de l'administration publique en matière de gestion des finances publiques.

Elle vise à instituer de nouvelles pratiques budgétaires, légaliser la gestion axée sur les résultats et conduire les gestionnaires à se fixer des priorités, à simplifier les procédures et à utiliser au mieux les moyens alloués pour atteindre les résultats attendus. Elle est un outil essentiel de la réforme de l'Etat qui permet d'évoluer vers une véritable administration de services, agissant dans un double souci d'efficacité et d'efficience dans la gestion des deniers publics.

2.2 APPRECIATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA CHAÎNE PPBS

2.2.1 Organisation du système de santé au Bénin

Le secteur de la santé béninois a connu des mutations depuis la promulgation de la Loi n° 90-032 du 11 décembre 1990, portant Constitution de la République du Bénin qui a fixé les bases du développement du système national de santé dans ses nouvelles réformes. Ladite loi établit l'obligation à l'Etat et aux collectivités publiques d'assurer le bien-être des populations de manière équitable, en garantissant le droit à la santé.

Pour garantir ce droit à la santé, le système de santé du Bénin a une structure pyramidale inspirée du découpage territorial qui comporte trois différents niveaux : le niveau central ou national, le niveau intermédiaire ou départemental et le niveau périphérique ou opérationnel.

2.2.1.1 Le niveau central ou national

Il est administré par le Ministre de la Santé qui assure la mise en œuvre de la Politique Sanitaire définie par le Gouvernement. Dans cette optique, il initie l'action sanitaire, en planifie l'organisation, coordonne et contrôle la mise en œuvre des projets et programmes de santé. A ce niveau, correspondent des structures de soins de références que sont :

- le Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) Hubert Koutoukou MAGA ;
- le Centre National Hospitalier de Pneumo-phtisiologie (CNHPP) ;
- le Centre National Hospitalier de Psychiatrie (CNHP) ;
- le Centre National de Gérontologie (CNG) ;
- l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) ; et
- le Laboratoire Central du Service National des laboratoires de santé publique.

Quant au Ministère lui-même, suivant le Décret n° 2012-191 du 03 juillet fixant la structure-type des ministères, le Décret n°2012-272 du 13 août 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé, a fixé d'une part, les différentes structures et organes qui constituent le MS et d'autre part, la mission du Ministère de la Santé. Sa mission est d'améliorer l'état de santé de la population béninoise sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes. Ainsi, il est chargé de :

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

Pour accomplir sa mission, le Ministère de la Santé dispose de quatre (04) directions centrales, sept (07) directions techniques, six (06) directions départementales et des Organismes sous tutelle dont quatre (04) Agences Nationales (de Vaccination et des Soins de Santé Primaires, de Gestion de la Gratuité de la Césarienne et de Transfusion Sanguine, de l'Assurance Maladie) et des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Il dispose également d'un Secrétariat Permanent du Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS), d'une Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et des Consommables Médicaux (CAME), d'un Centre de Recherche Entomologique (à Cotonou), d'un Comité National d'Éthique, d'un Comité National de Santé, d'un Comité National de suivi de l'Exécution et d'Évaluation des Projets et Programmes du secteur santé (CNEEP) d'un Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments et Consommables Médicaux (LNCQ).

2.2.1.2 Le niveau intermédiaire ou départemental

Il est administré par le Directeur Départemental de la Santé (Service Déconcentré de l'Etat). La direction départementale est chargée de la mise en œuvre de la politique sanitaire définie par le Gouvernement, de la planification et de la coordination de toutes les activités des services de santé en périphérie. Elle organise aussi la surveillance épidémiologique dans le département. Le CHD constitue le centre de référence pour les cas provenant des hôpitaux de zone ou par les centres de santé.

2.2.1.3 Le niveau périphérique ou opérationnel

La Direction du Développement des Zones Sanitaires (DDZS), créée par décret n° 2005- 191 du 14 Avril 2005 est la structure chargée de veiller à la promotion et à la mise en œuvre du concept de la Zone Sanitaire. Cette Direction est au niveau central.

Le niveau périphérique représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. C'est le niveau d'intégration de toutes les activités. Il est constitué des zones sanitaires qui regroupent chacune, une ou plusieurs communes.

Encadré 1: La zone sanitaire

Le Bénin compte 34 zones sanitaires réparties sur toute l'étendue du territoire national. Une zone sanitaire est constituée d'un réseau de services publics de premier contact (UVS, maternités et

dispensaires isolés, CSA, CSC) et des formations sanitaires privées, le tout appuyé par un hôpital de première référence public ou privé (appelé hôpital de zone), et destiné à desservir une aire qui abrite entre 100.000 et 200.000 habitants. La réorganisation de la base de la pyramide sanitaire en zones sanitaires a pour finalité l'amélioration des conditions socio sanitaires de la population habitant des espaces géographiques bien définis. Elle vise les objectifs suivants(i) améliorer la qualité des services de santé de base et de première référence(ii) améliorer la viabilité des services socio- sanitaires(iii) favoriser la décentralisation et la participation communautaire (iv) développer le partenariat avec le secteur privé, les ONG, les collectivités locales, les autres ministères, les PTF, etc.

La Zone Sanitaire relève du Ministère de la Santé et dépendent directement de la DDS. Ses organes de gestion sont constitués notamment par: le Comité de Santé de la Zone Sanitaire (CS/ZS) et l'Équipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire (EEZS). Les structures ascendantes sont des structures placées au niveau supérieur de la pyramide qui mettent en marche le processus et vers lesquelles sont acheminées toutes les informations provenant des structures placées au niveau inférieur de la pyramide. Les structures inférieures ont l'obligation de traiter les informations reçues et d'en faire le retour.

Encadré 2: Responsabilité des communes

Dans le processus de la décentralisation, une passerelle relie le ministère de la santé aux communes à travers la loi n° 97-029 du 15 janvier 1999, portant organisation des communes en République du Bénin. L'article 100 de cette loi confère à la commune la charge de la réalisation, de l'équipement et des réparations des centres publics de santé. La commune assure l'entretien de ces centres et infrastructures. A cet effet, l'Etat transfère à la commune les ressources nécessaires.

On comprend que les communes, en tant qu'acteurs devant accomplir leurs responsabilités en matière de santé, doivent participer à la chaîne de planification, programmation, budgétisation et suivi-évaluation.

L'approche ascendante recommandée dans l'élaboration des Budget programmes, s'adapte bien au système de santé ainsi décrit. Les Zones Sanitaires doivent ainsi consolider leurs besoins, en termes de prévisions de dépenses et de ressources à moyen terme par objectif de concert avec les communes.

Ces prévisions de dépenses devront être consolidées au niveau départemental. Cette consolidation doit se faire par programme et transmise au niveau central où la DPP de concert avec les diverses entités du MS procéderont à la centralisation et l'ajustement global des dépenses.

2.2.2 Répartition des fonctions de la chaîne PPBS dans le secteur de la santé

L'organisation du système de santé mis en place au Bénin est en développement. Mais, les rôles et responsabilités en termes de planification, programmation, budgétisation et suivi-évaluation sont partagés entre les divers niveaux d'acteurs.

2.2.2.1 Au niveau national

L'élaboration du budget repose principalement sur les Directions des Ressources Financières et du Matériel et les Directions de la Programmation et de la Prospective en charge

respectivement des fonctions de planification, de programmation, budgétisation et suivi-évaluation.

Ainsi, le processus d'élaboration du budget implique dans la pratique les structures et organes de la réforme budgétaire que sont les Cellules de Suivi et Évaluation, les Points focaux des cellules de suivi et évaluation, les Chefs de file des programmes du budget-programme et les Comités de pilotage de la réforme budgétaire.

- Les Cellules de Suivi et Évaluation sont les bras opérationnels des Directions de la Programmation et de la Prospective en matière d'élaboration du budget ;
- les Points focaux sont les correspondants de la Cellule de Suivi-évaluation dans les directions et structures du ministère ;
- les Chefs de file sont les responsables des différents programmes du budget-programme ;
- le Comité de pilotage de la réforme budgétaire a pour mission de veiller à la définition des orientations générales du budget du secteur, d'assurer la coordination des activités de suivi et d'évaluation en liaison avec la cellule de suivi évaluation et de contrôler le suivi de la performance et l'évaluation des programmes. Le secrétariat du comité de pilotage est assuré par la cellule de suivi évaluation. Le Comité de pilotage est appuyé par des structures opérationnelles de préparation du budget constituées des cadres des services de la programmation et du budget.

Toutes les entités/structures du système de santé au niveau national ont un rôle prédominant en matière de PPBS à travers la réponse aux demandes d'informations formulées par la DDP. Elles ont également la responsabilité de planifier les actions qui relèvent de leurs attributions régaliennes respectives. La planification et la programmation des actions se font de concert avec la DPP et les PTF respectifs.

2.2.2.2 Au niveau déconcentré

En matière de PPBS, les DDS, ont la responsabilité de :

- planifier et de coordonner les actions du département avec la collaboration des Médecins Coordonnateurs des Zones Sanitaires et des COGECS ;
- élaborer les plans d'actions du département ;
- veiller à l'élaboration des plans d'action des Zones Sanitaires.

2.2.2.3 Au niveau Zone Sanitaire/communes

En matière de PPBSE, les Zones Sanitaires ont la responsabilité de :

- harmoniser les plans d'actions des centres de santé, de l'hôpital de zone et de la coordination de la zone ;
- élaborer les plans d'actions des centres de santé, de l'hôpital de zone et de la coordination de la zone.

2.2.3 Processus de planification et de programmation

2.2.3.1 Instruments de planification/programmation mise en place

Après de longues années d'expériences avec les plans quinquennaux de 1960 à 1988 et les programmes d'ajustement structurel de 1988 à 1999, le système de planification retenu au Bénin en 1990 est fondé sur une approche globale de développement à trois niveaux : la prospective pour le long terme, la planification à moyen terme, et les programmes d'investissement triennaux glissants pour le court terme. Le premier niveau qui a une envergure nationale, recouvre les études nationales de perspectives à long terme, Alafia, Bénin-2025, les politiques et orientations nationales, conduites et coordonnées par le Ministère en charge du développement. Les deux autres niveaux qui relèvent de la compétence des ministères sectoriels, concernent l'élaboration des politiques, plans stratégiques sectoriels auxquels sont adossés les budgets programmes, programmes d'investissements publics et les outils d'opérationnalisation (PTA, PCC, PCC et TBI).

Le secteur de la santé a une longue expérience en matière d'élaboration des documents de politique et stratégies sectorielles. Il fait partie également des cinq ministères pilotes engagés dans l'exercice d'élaboration des budgets-programmes depuis l'année 2000. Les principaux documents élaborés sont décrits ci-après:

- la Politique et les stratégies de développement du secteur de la santé ;
- le Plan triennal de développement (PTD) ;
- les Plans de développement du département ;
- le Plan national de Développement sanitaire (PNDS) ;
- les Plans de développement des zones sanitaires ;
- le Cadre sectoriel de Dépenses à Moyen Terme (CDsMT) ;
- le budget-programme ; et
- les Plans d'actions annuels.

2.2.3.2 La Politique et les stratégies de développement du secteur de la santé

La politique se concentre sur les priorités du secteur, les engagements pris auprès des Partenaires techniques et financiers et les perspectives. Aujourd'hui, la politique du secteur de la santé est intégrée au Plan national de développement sanitaire.

Les stratégies nationales approfondissent les choix techniques de la politique et ressortent les moyens à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs généraux fixés par la politique. Aujourd'hui, la plupart des stratégies sont intégrées dans le Plan national de développement sanitaire. De plus en plus, chaque sous-secteur élabore son document de stratégies. De 1997 à 2008, deux documents de politique et de stratégies sectorielles ont été élaborés, validés et vulgarisés respectivement sur les périodes de **1997-2001** et **2002-2006**.

2.2.3.3 Le Plan triennal de développement (PTD)

Le PTD est un outil d'opérationnalisation des stratégies générales définies dans la politique et les stratégies sanitaires à travers le Plan national de développement sanitaire. C'est donc un document de planification de la stratégie sectorielle et de budgétisation des actions sur trois

ans. Il regroupe toutes les interventions (État et différents bailleurs de fonds) et reprend globalement les programmes, les actions et les activités inscrits dans la politique et les stratégies sanitaires et leur financement, les résultats attendus ainsi que les indicateurs de suivi. Il se veut être un tableau de bord permettant aux autorités, aux responsables sanitaires et techniques, aux partenaires au développement, et autres de disposer d'indicateurs, d'éléments de mesures pour éclairer le degré de mise en œuvre des stratégies retenues.

Deux générations de PTD ont été élaborées, validées et vulgarisées en rapport aux documents de politique produits.

Focus 1

Les informations recueillies sur le terrain révèlent que les PTD sont mieux connus et appropriés au niveau intermédiaire qu'au niveau périphérique.

2.2.3.4 Les Plans de développement du département

Partant du Plan triennal de développement, chaque département élabore son plan de développement, le valide et le vulgarise auprès des acteurs de la santé. Avec la délégation de crédits au niveau zone, la direction départementale voit une partie de ses ressources amoindries et ne disposent pas suffisamment de marge de manœuvre pour l'accompagnement adéquat du processus. Les informations recueillies sur le terrain ressortent que les Plans de développement des départements sont mieux connus et appropriés au niveau intermédiaire qu'au niveau périphérique.

2.2.3.5 Le Plan national de développement sanitaire (PNDS)

Le PNDS est un nouvel outil de planification du secteur de la santé dont l'élaboration a été impulsée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2008, alors que la deuxième génération du document de Politique et stratégies de développement du secteur de la santé arrivait à terme. Celui en cours couvre la période de 2009-2018. Il est le socle du développement sanitaire et se veut être un document unique qui intègre quatre outils de planification que sont : la politique, les stratégies, les programmes de développement et le plan d'actions qui en découle. Il est structuré en cinq (05) domaines prioritaires déclinés en treize (13) programmes et trente-neuf (39) sous programmes. Les axes ou domaines d'intervention contenus dans le PNDS sont : (i) réduction de la mortalité maternelle et infantile, prévention, lutte contre la maladie et amélioration de la qualité des soins ; (ii) valorisation des ressources humaines ; (iii) renforcement du partenariat dans le secteur et promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale ; (iv) amélioration des mécanismes de financement du secteur ; (v) renforcement de la gestion du secteur.

La synthèse des dysfonctionnements du secteur en prenant en compte les recommandations des états Généraux de la santé ressort pour le secteur les sept problèmes prioritaires ci-après :

- Faible accessibilité des populations aux services de santé;

- Mauvaise planification d'acquisition, de construction et de maintenance des infrastructures et des équipements;
- Précarité du mécanisme de financement des dépenses de santé;
- Morbidité et Mortalité élevées;
- Insuffisance de la collaboration inter et intra sectorielle;
- Non-respect des pratiques de bonne gouvernance ;
- Mauvaise gestion des ressources humaines.

2.2.3.6 Plans de développement des zones sanitaires

Il provient de la déclinaison des activités du plan de développement du département dans les zones sanitaires. C'est en 1995 que le Bénin a mis en place une organisation sanitaire pyramidale basée sur les zones sanitaires (ZS). Les éléments essentiels qui composent la zone sanitaire sont les infrastructures et équipements sanitaires et les ressources humaines, matérielles et financières. Les critères objectifs qui ont permis l'organisation des Zones Sanitaires sont l'importance de la démographie, l'accessibilité géographique, l'affinité socioculturelle des populations, la disponibilité de structures sanitaires et la conformité avec le découpage administratif. Ainsi les 77 communes du Bénin sont regroupées en 34 Zones Sanitaires. La revue documentaire ressort qu'en 2012, 27 zones sanitaires sont fonctionnelles sur les 34, soit un taux de 79% contre un taux de 76% depuis 2009.

2.2.3.7 Cadre sectoriel de Dépenses à Moyen Terme (CDsMT)

Il représente le deuxième document de cadrage macro-économique et macro financier du secteur dans lequel s'inscrit le budget programme.

2.2.3.8 Budget-programme (BP)

Il se définit comme un budget qui présente les objectifs et les buts pour lesquels les crédits sont demandés, les coûts des programmes proposés pour atteindre ces objectifs ainsi que des données quantitatives sur les réalisations et les travaux à accomplir au titre de chaque programme. C'est un système de budgétisation axé sur des objectifs clairement définis et des indicateurs de performance. Il est la traduction de la mise en œuvre annuelle de toute politique en termes d'objectifs. Le budget-programme reprend en détails (programme par programme) les activités à réaliser et les ressources disponibles (les ressources financières, humaines et matérielles), ainsi que les résultats attendus et les indicateurs correspondants. Chaque direction du ministère, chaque département et chaque zone sanitaire planifie ainsi ses activités annuelles en élaborant son budget programme.

2.2.3.9 Les Plans d'actions annuels

Ils sont des documents qui contiennent l'ensemble des actions détaillées pour une période d'un an. Ils contribuent à la mise en œuvre des politiques et des plans.

2.2.4 Analyse du processus de planification

Le PNDS marque une rupture avec l'approche ancienne d'aborder les questions du développement sanitaire. Plus que par le passé, le PNDS accorde la priorité à la répartition équitable de l'offre de services et au financement de la demande en santé. Il repose sur la vision d'un Bénin où tous les individus, ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel inclusif à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs de qualité. Le système de planification comprend outre le PNDS (un plan stratégique décennal), un Cadre sectoriel des Dépenses à Moyen Termes (CDMT) qui permet une meilleure allocation des ressources pour l'atteinte des objectifs fixés et un Plan intégré de travail annuel (PITA). Le PITA se veut plus exhaustif que le Plan de travail annuel (PTA), en prenant en compte les activités hors CDsMT financées sur des ressources extérieures et celles des Plans Opérationnels des Collectivités Locales. Toutefois, le PITA étant une innovation dans le secteur, sa finalité et ses contours méritent d'être bien définies et internalisées pour éviter de transformer l'exception en règle. En effet, l'utilisation après l'accord des partenaires techniques et financiers, des ressources extérieures pour réaliser des activités hors programmes/CDsMT, ne doit pas prendre de l'ascendance sur les activités régulièrement prévues initialement dans les plans d'actions du PNDS.

La figure 2 montre la déclinaison des documents de planification par rapport aux types de planification dans le secteur de la santé.



Figure 3 : Classification des documents de planification/programmation

Il en découle que le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) sert de plate-forme au Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme (CDMT) et au Plan Intégré de Travail Annuel (PITA). Dans le cadre de la gestion axée sur les résultats, le PITA est introduit au ministère en charge de la santé comme outil de planification, de suivi et d'évaluation des activités. Il permet aux centres de responsabilité d'élaborer des plans d'action et de faire des prévisions budgétaires par programme fonctionnel, compte tenu des cibles fixées dans le CDMT. Le PITA est une récente innovation dans le système de planification du secteur de la

santé qui fait son petit bonhomme de chemin malgré les difficultés rencontrées pour assurer la cohérence avec le Cadre de Dépenses sectoriel à Moyen Terme (CDsMT).

En début de processus, la DPP adresse aux services centraux, aux Directions Départementales de Santé et aux zones sanitaires les directives et outils relatifs au PITA. Les services de santé de périphérie soumettent leurs PITA à la Direction Départementale qui en fait une synthèse après arbitrage et validation. Cette synthèse est ensuite transmise à la DPP pour compilation.

De l'analyse du système de planification au niveau du secteur, il ressort qu'il existe encore des insuffisances pour l'élaboration des plans de gestion des activités et des ressources. Ces insuffisances s'expliquent par plusieurs raisons : (i) l'appropriation incomplète du processus de planification par l'ensemble des partenaires et des acteurs ; (ii) l'insuffisance en quantité et en qualité de ressources humaines et financières mobilisées; (iii) les déficits en matière d'organisation par rapport aux exigences du processus d'élaboration d'une stratégie.

Ces raisons conduisent à l'élaboration de plans de gestion peu efficaces pouvant conduire aux atteintes des objectifs fixés. Ces insuffisances peuvent être résumées comme suit :

- le lien entre les maquettes de planification et de suivi n'est pas toujours établi;
- les indicateurs de suivi ne sont pas toujours bien formulés ;
- les indicateurs de performance sur lesquels devrait porter l'évaluation ne sont pas toujours définis au moment de la planification ;
- l'arrimage n'est pas établi entre les rapports de suivi et les rapports d'évaluation ;
- les rapports de suivi et les rapports d'évaluation annuels ne sont pas institutionnalisés;
- les délais de production et de transmission des PTA et de fourniture des rapports périodiques ne sont pas respectés;
- le processus d'arbitrage du budget aux niveaux régional et central demeure encore fragile et non structuré ;
- inefficacité des mécanismes de financement conjoint (communauté, Etat et partenaires techniques et financiers)
- non adaptation de la mise en œuvre des actions de santé en général à la période d'exécution du budget national.
- utilisation non appropriée des ressources financières et matérielles ;
- absence d'obligation de rendre compte pour tous les acteurs ;
- faible coordination des nombreux programmes nationaux de santé.

Le secteur étant engagé dans la réforme budgétaire caractérisée par la mise en place des budgets programmes, la tranche annuelle du budget est traduite en plan d'action annuel sur lequel est basé l'exercice budgétaire. Ce plan permet un inventaire de toutes les activités à mener au cours de l'année en fonction des objectifs et résultats à atteindre, précisant les coûts et moyens à mettre en place et les instruments de vérification de l'atteinte de ces résultats. La planification ascendante qui est censée être l'approche pour cerner les problèmes surtout à la base, connaît quelques difficultés au niveau des structures déconcentrées à cause des insuffisances citées plus haut. Le niveau central exerce la

planification descendante en donnant les orientations générales à travers les politiques sectorielles.

Toutefois, il manque au processus de planification une harmonisation entre le niveau central et les niveaux intermédiaire et périphérique. En effet, les responsables des structures intermédiaires et périphériques ne se retrouvent plus dans la majorité des activités retenues dans les Plan d'actions annuels finaux. Les uns et les autres se plaignent de ce que les coupes sombres se font aux niveaux supérieurs sans discussions et échanges préalables. Cet état de chose contraire à la philosophie de la planification ascendante, frustre bon nombre d'acteurs qui boudent la pratique, car bien qu'ascendant, le processus de planification se veut avant tout un processus itératif, donc consultatif.

Par ailleurs, la gouvernance au niveau du secteur se traduit par une gestion peu efficiente et peu transparente de la dépense publique. Selon certains acteurs du secteur rencontrés au cours des enquêtes, au nombre desquels figurent des responsables de structures centrales et déconcentrées, la gestion des marchés publics et/ou /contrats de service dans le secteur est souvent une affaire de gros sous qui constitue des conflits d'intérêts particuliers divergents internes surtout et parfois externes. En effet, à l'interne, au lieu de fédérer les énergies pour permettre au secteur d'atteindre les résultats attendus, certains responsables et/ou cadres techniques des structures impliquées dans les opérations de passation des marchés, posent des actes contradictoires, visant à retarder et/ou bloquer le processus quand ils n'atteignent pas leurs objectifs. A l'externe, les entrepreneurs et prestataires de service, mauvais perdants, se constituent en réseaux pour saisir l'Autorité de régulation des marchés publics et les Partenaires techniques et financiers en vue d'obtenir l'annulation des marchés ou d'infléchir les résultats issus de l'adjudication. Ainsi, d'annulation en annulation des marchés, les délais d'aboutissement des marchés de construction des infrastructures et d'acquisition des équipements avoisinent deux à trois ans au lieu de six mois. A ces mauvaises conduites, s'ajoute la lourdeur habituelle connue de tous dans le processus béninois de passation des marchés publics. Au total, ces problèmes contrarient les efforts déployés par le secteur en matière de planification, de programmation et de budgétisation, impactent négativement la gouvernance du système de santé et créent un climat de suspicion et de réserve chez certains partenaires sociaux et techniques.

A titre d'exemple, le tableau ci-après présente la situation des décomptes au 31 décembre

2013. Dans le secteur de la santé, il y a deux programmes importants, le Programme National de Réhabilitation et de Construction des Centres Hospitaliers (PNRCCH) et le Programme National d'Équipement et de Construction des Formations Sanitaires (PNCEFFS) mis en œuvre depuis 2004 qui totalisent aujourd'hui un montant de FCFA 4 107 948 825 de décomptes dus au 31 décembre 2013. Le PNRCCH compte 38 marchés sur la période de 2004 à 2012 pour un montant de FCFA 9 699 290 317 dont un montant cumulé de FCFA 5 808 551 385 a été payé ; le PNCEFFS a instruit 127 marchés sur la même période pour un

montant de FCFA 11 902 575 020 dont un montant cumulé FCF 8 154 732 100.

Tableau2:Situation des décomptes au 31 décembre 2013

Titre des projets	Nombre de marchés	Montant des marchés (FCFA)	Cumul des décomptes payés au 31/12/2013	Décomptes dus au 31/12/2013	Observations
PNRCCH	38	9 699 290 317	5 808 551 385	374 428 282	
PNCEFFS	127	11 902 575 020	8 154 732 100	3 733 590 543	

Source: Tiré du tableau de la situation des décomptes du MS

Le concept de décomptes est véritablement utilisé dans le circuit financier à partir de la gestion 2010 au cours de laquelle, se trouvant devant un stock important d'arriérés à payer sur ressources intérieures, le Ministre de l'Economie et des Finances a procédé à la régulation des crédits d'investissements votés. C'est au cours de cet exercice qu'il a interdit le report de crédits de l'année n sur l'année n + 1. La conjonction de ces deux événements a comme conséquence immédiate le cumul des arriérés dans le secteur, soit un montant total de FCFA 4108 018 825 au 31 décembre 2013. Ainsi, dans le cadre de l'élaboration du budget-programme 2014-2016, la DPP et la DRFM ont géré au prime abord ce stock de dettes intérieures relatif aux activités engagées les années antérieures, mais dont les montants ne sont pas décaissés, avant de penser aux mesures nouvelles. Cette décision du Gouvernement béninois qui vise la discipline budgétaire, a créé une tendance lourde dans l'allocation des crédits dans le secteur, les DPP et DRFM étant obligés d'accorder la priorité à la programmation des activités relatives aux arriérés.

En réponse à ces différentes préoccupations, une nouvelle approche de planification, de budgétisation et de suivi du PTA doit être élaborée en vue d'améliorer la mise en œuvre du PNDS. La figure ci-dessous résume le processus d'élaboration du PITA.

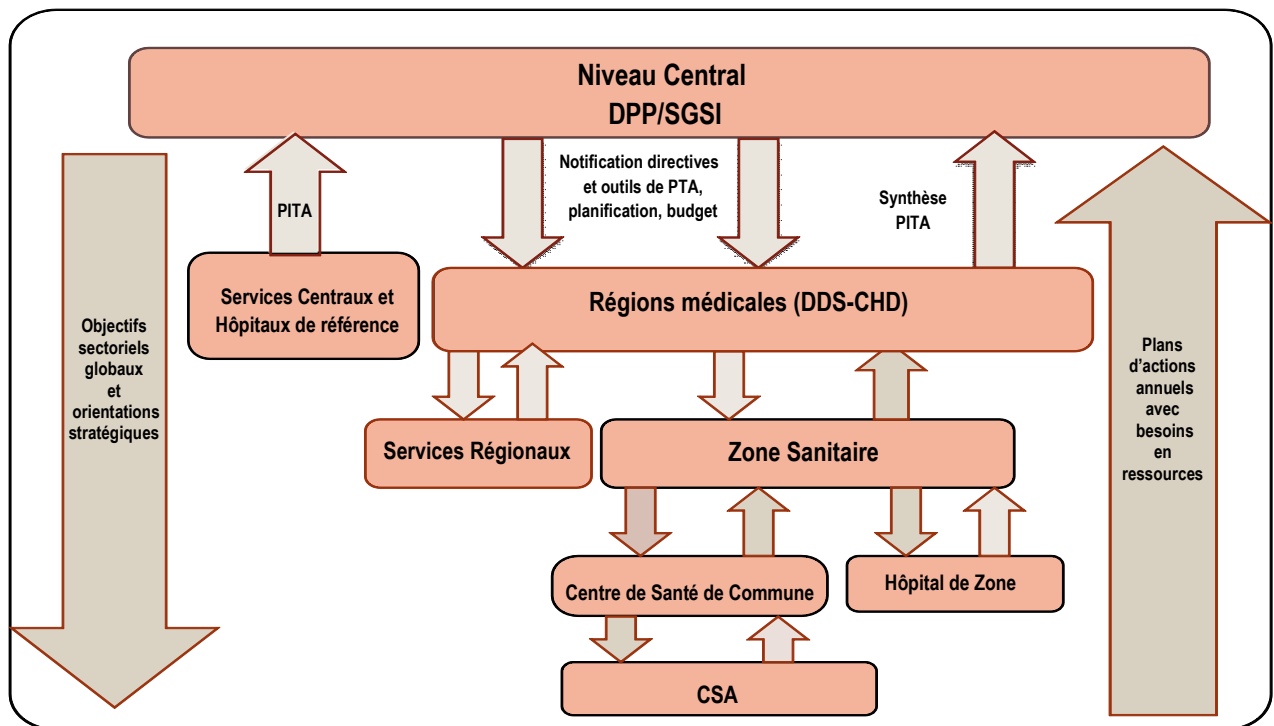


Figure 4 : Processus d'élaboration du PITA

Au regard de ce qui précède, la gestion du PITA nécessite une parfaite maîtrise de ses trois phases (planification, suivi et évaluation) par les acteurs à divers niveaux. Les canevas des outils de planification varient d'une zone sanitaire à une autre. C'est le cas par exemple des PITA des zones sanitaires PAZ (Porto-Novo-Aguégou-Sémé) et ABD (Adjohoun-Bonou- Dangbo), deux zones sanitaires bénéficiaires de l'appui du Financement Basé sur les Résultats. En effet, il est noté que les outils de planification ne sont pas harmonisés. L'harmonisation est une étape indispensable pour une intégration des activités à tous les niveaux de la pyramide, notamment au niveau de l'unité opérationnelle qu'est la zone sanitaire. Elle a pour rôle majeur de cibler les domaines d'interventions des acteurs et partenaires afin d'éviter les interférences de leurs interventions dans une zone. La variété et la diversité des partenaires ainsi que la multiplicité des interventions nécessitent qu'un cycle harmonisé de programmation soit déterminé pour conduire à un resserrement des appuis afin de créer un partenariat plus opérationnel.

L'harmonisation tient lieu de validation des Plans d'action de la zone sanitaire avant leur transmission au niveau départemental. La validation des plans d'actions constitue aujourd'hui pour le Projet de Renforcement des Programmes du Secteur de la Santé, un des critères clés d'éligibilité au Financement Basé sur les Résultats.

L'encadré ci-dessous décrit les principaux objectifs pour l'élaboration du PITA

Encadré 3: Les Objectifs du PITA

Objectif général : Améliorer les indicateurs de performance du ministère en charge de la santé dans un contexte de gestion axée sur les résultats (GAR).

Objectifs spécifiques :

- Aligner les interventions aux objectifs prioritaires du PNDS ;
- Assurer l'efficacité dans l'utilisation des ressources ;
- Créer les conditions permettant aux collectivités locales d'améliorer la planification ;
- Encourager le dialogue et la transparence entre les acteurs du secteur ;
- Accroître la responsabilité des acteurs et
- Promouvoir la culture du « rendre compte ».

Focus 2

Au terme de l'analyse du processus de planification, on peut retenir que la démarche et les techniques de planification sont globalement connues. En effet, la plupart des documents de planification sectorielle (PNDS, PTD, PTA et PITA) sont disponibles, cohérents avec les documents nationaux et internationaux de perspectives à long terme, de politique et de stratégies (NLTPS, OSD, OMD, SCRP). Les différents documents de politique et stratégies sectorielles produits sont assortis des plans d'actions élaborés en temps réel dans une approche participative et ascendante suivant les priorités du secteur. Les objectifs des plans et des budgets-programmes définis, dérivent du diagnostic établi au niveau du précis stratégique sectoriel, mais ne précisent pas clairement la valeur cible à atteindre et la durée de l'action engagée. La planification respecte l'approche sectorielle et se veut ascendante malgré qu'elle ne soit pas encore bien internalisée dans le secteur. Toutefois, il faudrait maintenir la veille stratégique, car dans certains centres ou formations sanitaires, les acteurs des niveaux intermédiaires et périphériques devront être encadrés sérieusement pour une meilleure internalisation et prise en charge des rouages du processus afin que les insuffisances notées ne gommant pas les efforts déployés

2.2.5 Analyse du processus de programmation

Le processus d'élaboration du budget-programme comprend essentiellement deux démarches : la démarche de programmation et la démarche de budgétisation qui sera développée dans le point suivant. Dans la pratique, la programmation dans le secteur de la santé est basée sur une démarche itérative. Le Ministère de la Santé fait partie des cinq premiers ministères engagés dans l'exercice d'élaboration des budgets-programmes depuis l'année 2000.

L'élaboration des budgets-programmes du Ministère de la Santé s'appuie sur les orientations stratégiques nationales et sectorielles. Ces dernières en sont à leur troisième génération (document de politique et de stratégies du secteur de la santé 1997-2001, document de politique et de stratégies de développement du secteur de la santé 2002-2006, plan national de développement sanitaire 2009-2018). Le Plan National de Développement sanitaire 2009-2018 (PNDS) est structuré en cinq (05) domaines prioritaires déclinés en treize (13)

programmes et trente-neuf (39) sous-programmes. Les axes ou domaines d'intervention contenus dans le PNDS sont :

- réduction de la mortalité maternelle et infantile, prévention, lutte contre la maladie et amélioration de la qualité des soins;
- valorisation des ressources humaines;
- renforcement du partenariat dans le secteur et promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale ;
- amélioration des mécanismes de financement du secteur ;
- renforcement de la gestion du secteur.

Le Ministère de la santé fait des efforts louables dans l'élaboration de son budget-programme pour obéir à l'approche de budgétisation axée sur les résultats. La démarche suivie est itérative. Elle est basée sur les techniques de planification et de programmation. Le budget-programme est conçu suivant une approche participative impliquant les acteurs aux différents niveaux de la pyramide sanitaire et ceux recommandés dans les organes de gestion de la réforme budgétaire au niveau central (comité de pilotage de la réforme, Chefs de file, Cellule de Suivi-évaluation, Points focaux de la cellule de suivi-évaluation, sans oublier bien sûr les directions centrales que sont la DPP, la DRFM et la DRH) afin que les documents finaux reflètent les besoins exprimés et reçoivent leur adhésion dans la mise en œuvre des projets et actions retenus.

Focus 3

Il ressort de l'analyse des budgets-programmes du secteur qu'ils établissent une relation entre les résultats obtenus et le budget et veillent à la transparence et au renforcement de la responsabilité directe des gestionnaires de programmes.

Dans le cadre de l'élaboration du budget-programme, les techniciens collectent des données ou informations sur les orientations nationales de développement et sur le secteur de la santé. Les sources d'information sont constituées des documents ci-après : les Etudes Nationales de Perspectives à Long Terme (NLTPS), les Orientations Stratégiques de Développement (OSD), les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le Programme d'Action Prioritaire du Gouvernement, le Document de Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté, les documents de politique et stratégies du secteur de la santé, les Budget-Programmes des années antérieures, le Programme d'Investissements Publics triennal dont la tranche de l'année n correspond au budget d'investissement du Ministère, divers documents ou rapports sur les secteurs du ministère de la santé, les différents rapports de performance du Ministère de la santé, les textes portant organisation, attributions et fonctionnement du ministère concerné. La recherche documentaire repose sur les besoins recensés au niveau périphérique, notamment dans les zones sanitaires et suit une approche ascendante intégrée de planification.

Les principales étapes de l'élaboration du budget-programme sont les suivantes :

- Elaboration d'une note d'orientation du budget-programme pour l'année N ; N+1 et N+2 par le CSE/DPP en collaboration avec la DRFM, au cours du mois de mai ;

- Lancement du processus par la CSE/DPP en collaboration avec la DRFM au cours de la première quinzaine du mois de juin ;
- Envoi des canevas à toutes les structures du ministère pour la collecte des données par la DPP au cours de la deuxième quinzaine du mois de juin ;
- Analyse de la structure de chaque programme par Comité de Gestion des Programmes avec l'appui de la CSE au cours du mois de juillet ;
- Transmission du draft de chaque programme par le Chef de File du Programme à la DPP pour étude et synthèse au cours du mois de juillet ;
- Consolidation des drafts de programmes au cours de la première quinzaine du mois d'août ;
- Organisation d'un atelier de validation du draft du budget-programme par la DPP au cours du mois d'août ;
- Arbitrages budgétaires, revue, allocation des crédits, finalisation et approbation du budget-programme par la CSE/DPP en collaboration avec la DRFM au cours du mois d'août ;
- Soumission du budget-programme au Comité de Pilotage de la réforme budgétaire du Ministère par la DPP au cours du mois de septembre ;
- Transmission du document du budget-programme validé à la DGB/ MEF par la DPP au plus tard au cours de la dernière semaine du mois de septembre de l'année (n-1).

Les DDS et les zones sanitaires sont impliquées dans le processus décrit ci-dessus. Néanmoins, des responsables de zones sanitaires et certains responsables dans les DDS dénoncent le délai trop court dont ils disposent pour faire les exercices de planification et de budgétisation, étant donné la pénurie de personnel qualifié à laquelle ils sont confrontés pendant que le niveau central regorge de monde.

Au niveau intermédiaire et au niveau périphérique, les acteurs principaux du système de planification/budgétisation sont les CAR (Chargé de l'Administration et des Ressources) dans les zones sanitaires et les SRFM (Service des Ressources Financières et Matérielles) et SPIRS (Service Planification, Informatique, et Recherche en Santé) dans les DDS.

D'une manière générale, la lettre de cadrage du Ministre de la santé (Avril N-1) est adressée en juin N-1 aux DDS et aux Zones sanitaires. Après la collecte des besoins faite par le personnel des formations de base, le budget préparé est soumis au vote du COGECS puis transmis à la zone sanitaire pour validation par le comité de santé avant envoi à la DDS (Juin à décembre N-1), pour consolidation.

Pour la budgétisation des activités tant au niveau des Zones sanitaires que des DDS, il n'y a pas un format type, des tableaux Excel sont utilisés. Chaque service propose ses activités et les budgétise. Les données essentielles requises sont : le nombre de jours et de personnes pour réaliser l'activité, les quantités et les prix, le taux journalier alloué. Si le référentiel ne contient pas le prix à pratiquer pour l'estimation des coûts, le forfait est appliqué.

Les formations à la base souhaitent un meilleur arbitrage du Comité de santé pour bien prendre en compte leurs besoins.

Etant donné que les ressources envoyées aux DDS et aux Zones sanitaires sont insuffisantes, il est noté au niveau des départements du MONO et du COUFFO l'adoption depuis 2012 d'une approche novatrice intégrée des objectifs des services. Cette approche est applicable à la DDS, aux zones sanitaires et aux formations sanitaires. Elle est centrée sur le regroupement des activités identiques de divers services pour éviter l'émiettement des ressources et favoriser la performance par la recherche de la cohérence entre les résultats attendus et le niveau des ressources allouées. L'esprit de jeux d'intérêt est banni avec la suppression du cloisonnement entre services. L'arbitrage qui permet d'arrêter une liste des activités prioritaires tient compte :

- de la capacité des ressources humaines ;
- du coût, de l'efficacité et de l'impact de l'activité ;
- des ressources attendues.

Focus 4

Au regard de tout ce qui précède, il ressort que depuis l'adhésion du ministère de la santé à la Gestion axée sur les résultats, le processus de budgétisation est globalement encadré (lettre circulaire d'orientations, formulaires, missions conjointes DRFM et DPP, manuels de procédures, etc.), même si son appropriation par les directions et services techniques, les services des structures déconcentrées et formations périphériques est encore insuffisante. Cette insuffisance est due au fait que les directions centrales (DPP, DRFM et DRH) impliquées directement dans le processus de planification et de budgétisation, n'associent pas assez les autres structures de la chaîne des dépenses dans les différentes étapes citées supra.

Cette situation s'illustre au niveau des formations sanitaires par des prévisions faites sans tenir compte des priorités définies dans les lettres d'orientations qui leur sont envoyées. Lorsque les enveloppes définitives sont connues, les DDS procèdent aux ajustements nécessaires, avant les tournées effectuées entre fin février et mars, par l'équipe DPP/DRFM pour valider le PITA. Les formations à la base ont encore besoin de renforcement de capacités pour une meilleure implication dans le processus.

Les structures impliquées dans l'élaboration des budgets-programmes font des efforts pour respecter les différents éléments clés ci-après constitutifs d'un budget-programme que sont pour chaque programme: le précis stratégique, le cadre logique, le tableau des indicateurs, le tableau de mode de calcul des indicateurs, le tableau de réalisation, le tableau d'évaluation financière, le tableau de financement, la conclusion pour chaque programme, le tableau de passage du budget-programme au budget classique, le tableau de financement général et le tableau du CDMT global.

L'évaluation faite des éléments constitutifs des budgets-programmes élaborés par le ministère de la santé ressort que le précis stratégique, composante importante du document, présente le diagnostic stratégique des domaines de compétence du ministère ainsi que sa mission et sa vision. Cette partie du document fait le résumé synthétique des politiques et stratégies national et sectoriel. Elle met en évidence les relations entre les objectifs, la mission et les attributions du ministère ainsi que les stratégies de mise en œuvre du budget-

programme. Les différents tableaux (la dizaine) qui assurent les liens de causalités entre les objectifs, les résultats et les actions sont cohérents.

Encadré 4: Le Plan de Travail Annuel

Le secteur de la santé étant engagé dans la réforme budgétaire caractérisée par la mise en place des budgets programme, la tranche annuelle de programme est le plan d'action annuel sur lequel est basé l'exercice budgétaire. Ce plan permet un inventaire de toutes les activités à mener au cours de l'année en fonction des objectifs et résultats à atteindre, précisant les coûts et moyens à mettre en place et les instruments de vérification de l'atteinte de ces résultats. C'est un document d'opérationnalisation de la tranche annuelle du budget programme. Il est élaboré en tenant compte du cadre logique, du tableau de réalisation du budget-programme et permet d'assurer une exécution efficace et un suivi évaluation des activités exécutées au cours des revues trimestrielles, semestrielles et *annuelle*.

Le Plan de Travail Annuel (PTA) est élaboré après le vote du Budget Général de l'Etat par l'Assemblée Nationale. Toutefois, le projet de Plan de Travail Annuel est élaboré avant le vote du budget, c'est-à-dire après la validation du budget-programme par le Comité de Pilotage de la Réforme Budgétaire. Il devrait être ajusté et actualisé après le vote du budget général de l'Etat au cas où le projet de budget transmis à l'Assemblée Nationale aurait connu une modification.

Le PTA est un document de référence pour l'exécution et le suivi-évaluation de la mise en œuvre du budget programme. L'élaboration d'un Plan de Travail Annuel est déclinée en quatre étapes à savoir :

- la Planification structurelle qui a pour but de traduire les résultats attendus du programme en une série d'activités structurées et décrites très explicitement ;
- la Planification organisationnelle qui consiste à procéder à l'assignation aux différentes personnes, structures ou parties prenantes au programme, les responsabilités relatives à chacune des activités résultant de la planification structurelle ;
- la Planification opérationnelle qui est l'ensemble des opérations visant à programmer dans le temps, la réalisation des activités identifiées lors de la planification structurelle et qui consiste à attribuer à chaque activité une « durée probable » de réalisation débouchant sur le calendrier d'exécution des activités ;
- la Planification financière qui est une démarche de programmation des dépenses à engager dans la mise en œuvre du programme. La finalité est de s'assurer de la mobilisation à bonne date des fonds nécessaires pour assurer le financement des programmes du budget programme.

Par ailleurs, les projets du ministère de la santé sont un levier important pour le secteur. Il compte en 2014, vingt-cinq (25) projets et programmes d'investissements publics contre trente-et-un (31) en 2013 et cinquante-quatre (54) en 2004. Bien qu'on note des progrès dans l'amélioration et l'assainissement du portefeuille du ministère de la santé, il y a encore des efforts substantiels à faire pour le délester davantage de vieux projets (ayant plus de 20

ans) pour assurer une bonne visibilité et lisibilité. Cet exercice pourrait également contribuer à la mutualisation des énergies du personnel qualifié réduit et la mobilisation des ressources nécessaires pour une allocation rationnelle des crédits disponibles. Il pourrait être aussi recommandé au ministère de la santé de réexaminer l'organisation et la structuration des programmes ci-après cités du Programme d'investissements publics afin de les regrouper en termes de fonction et de finalité, à l'instar de « lutte contre les maladies », « appui aux structures » ou « renforcement des capacités ». Pour parvenir aisément à la nouvelle structuration souhaitée, il importe d'entreprendre la réflexion avec les partenaires techniques et financiers qui cofinancent lesdits programmes avec le Bénin. En attendant l'accord entre les deux parties, les projets financés exclusivement sur les ressources intérieures qui se trouvent dans cette situation pourraient être transformés en actions d'où découleront des activités prioritaires. Ainsi, les crédits y relatifs pourraient être reversés dans les fonds de transferts afin de permettre la réalisation des activités prioritaires au secteur.

Encadré 5 : Quelques programmes du Ministère de la Santé

Programme National de Lutte contre les Maladies Transmissibles (PNLMT)
Programme national de lutte contre les maladies non transmissibles (PNLMNT)
Programme Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PMLS)
Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS)
Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT)
Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP)
Programme National de Lutte contre la Drépanocytose (PNLD)
Programme National de Lutte Contre la Lèpre et l'Ulçère de Buruli
Programme élargi de vaccination (phase iv)
Programme Intégré de Santé Familiale (PISF)
Programme de Sécurité Transfusionnelle (PST)
Programme de la Promotion de l'Hygiène et de l'Assainissement (PPHA)

En dehors du programme national de réhabilitation et de construction des centres hospitaliers et du programme national d'équipement et de construction des formations sanitaires financés exclusivement sur le budget national, qui participent véritablement à la formation brute du capital fixe, la plupart des autres programmes ont une forte composante de fonctionnement. C'est le cas par exemple du programme élargi de vaccination phase VI, du programme national de développement des ressources humaines du secteur santé, du programme d'appui aux activités de la santé de reproduction et du programme intégré de la santé familiale.

2.2.6 Forces et faiblesses, opportunités et menaces de la chaîne PPBS du Ministère de la Santé

La synthèse de l'analyse SWOT met en exergue les forces et faiblesses, les opportunités et menaces du MS.

2.2.6.1 Forces de la Chaîne

La chaîne PPBS du Ministère de la Santé présente des atouts:

- la réalisation de la mission assignée au ministère de la santé dépend aussi bien des agents de ce département ministériel que la collaboration qu'il entretient avec les autres acteurs du développement que sont : (i) les ministères à caractère transversal (ministères chargés du développement et des finances) et sectoriel (ministères chargés affaires sociales et des trois ordres de l'éducation) ; (ii) les collectivités locales, les Partenaires techniques et Financiers ainsi que les autres composantes que constituent le secteur privé, les organisations de la société civile, etc. L'administration centrale du ministère de la santé devra créer les conditions incitatives pour mettre en confiance tous les acteurs de ce département ;
- l'existence du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) traduit la volonté du Gouvernement et des Partenaires Techniques et Financiers d'apporter des réponses urgentes et efficaces aux problèmes sanitaires des populations. Il fédère la politique, les stratégies et les programmes du secteur autour des acteurs du ministère répartis selon les trois niveaux de la pyramide sanitaire calqué sur les principes de la décentralisation et de la déconcentration;
- l'existence d'un cadre de coordination et de concertation entre les bailleurs de fonds et le Gouvernement du Bénin présidé par le Ministre de la Santé.
- l'existence de mécanismes mis en place pour garantir l'implication de la société civile et de la communauté dans la gestion du système de santé. Il s'agit de (i) l'existence du manuel de procédures de la planification ascendante et (ii) la création du Régime d'Assurance Maladie Universelle et sa promotion en vue du renforcement du mécanisme de financement ;
- le mécanisme de financement basé sur les résultats en cours d'expérimentation dans le secteur de la santé mérite d'être internalisé, entretenu durablement et mis à l'échelle du territoire national pour assurer l'équité des soins en vue de corriger les dysfonctionnements constatés.
- l'existence dans le secteur de la santé d'un noyau de professeurs de l'enseignement supérieur, spécialistes dans des domaines spécifiques des soins de santé, quasi rejetés aujourd'hui du système de santé, mais qui constituent des forces potentielles. En effet, formés et utilisés à bon escient, ils pourront apporter une valeur ajoutée au secteur en réduisant sensiblement les coûts des évacuations sanitaires à l'extérieur du pays ;
- l'existence des comptes nationaux de la santé, comptes satellites de la comptabilité nationale qui évaluent rétrospectivement et chaque année la consommation et le financement de la fonction santé ;
- la création des zones sanitaires est pertinente et appréciée de tous les acteurs sans exception. En effet, elles élaborent des plans de développement dont on doit assurer la cohérence avec le PNDS pour le développement des véritables Systèmes Locaux de Santé (SYLOS) ;

- la fréquence de l'élaboration des outils de planification, de budgétisation, de suivi et évaluation et des outils d'opérationnalisation est à encourager.

2.2.6.2 Faiblesses de la chaîne PPBS

- Retard dans le dépôt des documents d'opérationnalisation du budget-programme au Ministère de l'Economie et des Finances : Après le vote du Budget par les députés à l'Assemblée Nationale, il est fait obligation aux ministères sectoriels de transmettre au Ministère chargé des Finances les plans de travail annuel, de consommation des crédits et de passation de marchés publics au plus tard le 31 janvier de l'année en cours. Cette disposition n'est pas respectée par les acteurs de la santé. En avril 2014, quand la mission a rencontré la Cellule de contrôle des marchés publics, le responsable s'est plaint de ce que le Plan Prévisionnel de Passation des Marchés ne soit pas encore élaboré. Il a justifié cette situation par le fait que le PTA n'est pas encore validé à cette date. Par conséquent, le retard de trois mois accusé au démarrage à rendre disponibles les documents d'opérationnalisation du budget se répercutera sur les délais d'exécution du PTA.
- Tendance à la modification quasi intégrale des prévisions initiales après le vote de la loi de finances : Après le vote du budget, des responsables de structures identifient de nouvelles actions et demandent au DDP et à la DRFM, la réallocation des crédits en raison de l'importance de certaines activités. Cet état de chose est dû au peu de dialogue entre les structures centrales (DPP, DRFM et DRH) au cœur du processus d'élaboration du budget-programme et les structures ou directions impliquées.
- Non appropriation des documents de préparation budgétaires par les formations sanitaires de base : les documents de planification sont utilisés aux phases de programmation et de budgétisation où il s'agit d'affecter des crédits aux activités compte tenu des priorités du secteur et de l'importance des activités. La planification, la programmation et la budgétisation sont des étapes importantes en matière d'élaboration du budget et les acteurs de la chaîne doivent être formés en conséquence.
- Propension à recourir au financement des dépenses sur charges non réparties : Après les travaux budgétaires et le vote du budget, des responsables de structures convainquent le Ministre de la santé de l'importance de certaines activités pour le secteur et sollicitent leur financement sur les charges non réparties. De même, des activités de fonctionnement (séminaires, ateliers, voyages non prévus et achats de biens et services) sont souvent imputées à cette ligne. Cette pratique qui tente de contourner les contraintes de l'arbitrage budgétaire ne permet plus de veiller à la qualité de la dépense.

2.2.6.3 Opportunités de la chaîne PPBS

Les principales opportunités à saisir pour développer le système de santé sont :

- La volonté du Gouvernement à capter plus de ressources dans le secteur public de la santé par une meilleure qualité des prestations des services publics de santé et l'engagement des Partenaires Techniques et Financiers à s'aligner sur les priorités du secteur ;
- la Loi Organique relative aux des Lois de Finances (LOLF) du 27 septembre 2013 : l'opérationnalisation effective de cette loi offrira une meilleure lisibilité aux politiques publiques du secteur de la santé. En effet, elle requiert le maniement de nouveaux concepts, la création de nouveaux mécanismes, la mise en place de nouvelles règles de gestion et de nouveaux équilibres de pouvoir. Une efficacité dans l'allocation et la gestion des ressources publiques. L'enjeu majeur de cette loi dépasse la gestion managériale et rationnelle des finances publiques. La LOLF se veut une véritable révolution culturelle qui s'inscrit dans un cadre plus vaste de la nouvelle gouvernance financière de l'Etat qui pourrait inverser certainement la tendance actuelle de mal gouvernance dans le secteur de la santé. Dans le cadre de la présente étude, les deux innovations ci-après pourraient corriger les insuffisances notées dans le secteur. Il s'agit : (i) de la comptabilité analytique destinée entre autres à l'analyse des coûts des différentes actions engagées dans les processus de programmation et de budgétisation et ; (ii) du contrôle interne des opérations budgétaires qui participera à l'identification et à la prévention des risques financiers ainsi qu'à la maîtrise des coûts de mise en œuvre des politiques publiques ;
- **la Politique Nationale de Décentralisation et de Déconcentration (PONADEC):** la PONADEC fait obligation à tous les ministères de transférer certaines ressources et compétences dans le cadre du respect du principe de subsidiarité, d'élaborer et de mettre en œuvre un Plan de Décentralisation et de Déconcentration du secteur. Selon le point des ressources transférées aux communes de 2008-2012, le Ministère de la santé a transféré un montant de FCFA 3 366 000 000 sur les fonds FADEC non affectés dont les dotations financent les investissements inscrits dans les PDC;
- **le Plan sectoriel d'évaluation des politiques publiques :** L'élaboration de ce plan contribuera au renforcement du mécanisme de suivi et d'évaluation du PNDS qui donnera une visibilité claire des résultats attendus ;
- **le Plan de décentralisation et de déconcentration (P2D):** le plan 2D du secteur de la santé qui sera élaboré devra permettre de mieux cerner les activités des compétences et les ressources y relatives à transférer aux communes.

2.2.7 Menaces de la chaîne PPBS

- Le financement des PTF est caractérisé par le manque de prévisibilité des difficultés de traçabilité dans le budget et parfois le non alignement sur les priorités nationales ;
- Le risque de saupoudrage pour le financement de certaines activités du fait des contraintes budgétaires : le secteur de la santé est soumis à des pressions politiques qui l'amènent à ne pas respecter les activités prévues initialement. Il s'agit entre autres des maladies dues aux catastrophes causées par des incendies et des

inondations et des acquisitions de certains équipements médicaux non prévus, comme que le scanner acquis en urgence suite à une décision du Conseil des Ministres au cours de la gestion 2013.

CONCLUSION DE L'ANALYSE DU SYSTEME DE PLANIFICATION

De l'analyse du système de planification du secteur de la santé, il ressort qu'il existe des entraves dans le processus d'élaboration des plans de gestion des activités et des ressources. Ces entraves s'expliquent entre autres par les raisons suivantes :

- (i) l'appropriation incomplète du processus de planification par l'ensemble des clients et des acteurs ;
- (ii) l'insuffisance en quantité et en qualité de ressources humaines et financières disponibles ;
- (iii) la recherche de gain facile liée à la programme des activités génératrices de ressources personnelles qui amène in fine à s'écarter des nobles objectifs fixés ;
- (iv) la tendance à l'automatisation dans la planification et la programmation
- (v) l'intrusion des considérations politiques, ce qui fait que les priorités du secteur ne sont pas respectées.

2.2.8 Processus et méthode de budgétisation

2.2.8.1 Processus de budgétisation

Le Bénin a lancé depuis le début des années 2000, le processus de modernisation et de renforcement de ses capacités en matière de gestion des finances publiques (adoption du décret n° 2000-601 du 29 novembre 2000 portant réforme des procédures d'exécution du budget général de l'Etat et l'élaboration à titre expérimental de budgets-programmes avant leur généralisation. Après l'adoption du décret n° 2005-789 du 29 décembre 2005 portant cadre de Réforme de la Gestion Budgétaire Axée sur les Résultats (CaR-GBAR), l'arsenal juridique de ce mode de gestion axée sur les résultats va s'enrichir le 27 septembre 2013 avec la promulgation de la nouvelle LOLF.

Ce processus a été impulsé par la volonté du Gouvernement d'atteindre les objectifs des Stratégies pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (SCRP) dont s'est doté le pays depuis 2004 et dont la dernière porte sur la période 2011-2015.

Les tableaux qui suivent montrent comment dans la pratique les plans d'investissements publics et les budgets classiques s'élaborent au MS.

Tableau3 : Calendrier des travaux de préparation du PIP de l'année N+1

Période	Travaux
Février-Mars	- Démarrage du processus budgétaire : le Ministre de la Santé envoie une lettre d'orientation à tous ses Directeurs. Cette lettre qui contient les priorités du ministère tirées du PNDS fixe un taux provisoire d'accroissement du budget en

Période	Travaux
	<p>tenant compte des données du budget de l'année en cours et de la conjoncture ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tenue d'un atelier de lancement avec tous les directeurs du ministère
Mars	<ul style="list-style-type: none"> - Séance de travail DPP-DGAE sur les grandes lignes devant servir à l'élaboration de la Note d'orientation économique et budgétaire. A l'issue de ces concertations bilatérales avec tous les ministères, la DGAE organise un atelier avec tous les secteurs sur l'élaboration de la Note d'orientation économique et budgétaire.
Juin-Juillet	<ul style="list-style-type: none"> - Envoi par le MEF à la DPP de la lettre de cadrage, du CDMT global et du CDMT sectoriel par grandes natures de dépenses (enveloppe budgétaire du Ministère de la Santé). Le CDMT sectoriel permet d'élaborer le CDMT détaillé, avec répartition de l'enveloppe entre investissement et fonctionnement, qui est transmis au MEF pour validation. Puis suivent une concertation budgétaire et un pré-arbitrage avec la DPIP pour actualiser la liste des projets. - Parallèlement, l'enveloppe budgétaire est répartie aux gestionnaires de crédits en tenant notamment compte des critères suivants : les OMD, le taux de consommation des crédits de l'année antérieure, les engagements pour les projets avec contrepartie. Au vu de cette répartition, les gestionnaires de crédits ajustent leurs propositions de dépenses. Celles qui concernent les investissements (PIP) sont transmises au Service de la Programmation de la DPP tandis que celles relatives au fonctionnement sont envoyées à la DRFM. - Elaboration du tableau de répartition des ressources par la DRFM (fonctionnement) et la DPP (investissement). - Transmission du tableau de répartition des ressources au Ministre pour avis.
Fin juillet	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation d'une mini conférence budgétaire interne pour négociation des derniers réajustements sur la proposition de budget classique. Le document élaboré est transmis au MEF au plus tard le 25 juillet.
Août	<ul style="list-style-type: none"> - Conférence budgétaire sur le budget classique avec le MS, le MEF et le MDAEP accompagnés de leurs cadres.

Tableau 4 : Calendrier d'élaboration du budget classique de fonctionnement dans les DDS

Période	Travaux
Février-Mars	Lettre d'orientation avec les priorités du MS et atelier de lancement du processus.
Avant 15 mars	Concertation entre la DDS et les médecins chefs de zones sanitaires (ZS).
Avant fin mars	Information des médecins chefs, des chefs de postes et présidents des COGES.
Avant mi-avril	Dans chaque ZS, élaboration des plans d'actions des centres de santé, de l'hôpital de zone (HZ), et de la coordination de la ZS.
A la mi-avril	Harmonisation des plans d'actions des centres de santé, de l'HZ, de la coordination de la ZS et élaboration des plans d'actions des ZS ; Elaboration des plans d'actions des structures de la DDS.
Avant fin avril	Harmonisation des plans d'action des ZS et de la DDS et élaboration du plan d'action du département.
A la mi-mai	Elaboration du plan d'action des structures du niveau central, à partir du CDMT sectoriel anticipé.

Tableau 5: Calendrier d'élaboration du budget classique d'une zone sanitaire

Période	Travaux
Novembre- Décembre	Elaboration du budget classique par les responsables de la zone sanitaire à partir du budget du PTA : <ul style="list-style-type: none"> - le budget de l'année N-1 est repris avec un coefficient de correction ; - les financements communautaires sont estimés à partir des données de l'année N-1 en y ajoutant un pourcentage défini soit 10%.
Novembre- Décembre- Janvier (Première semaine)	<ul style="list-style-type: none"> - Vote du budget par les membres du COGES et les responsables des centres de santé ; - Elaboration du budget du bureau de zone ; - Consolidation de l'ensemble du budget puis vote par le comité de santé (COGES, Associations, ONG ; - Ajustements du budget suite à la notification des crédits de l'année suivante.

Le processus décrit ci-dessus est observé dans les DDS et les zones sanitaires mais se déroule de façon précipitée. En effet, les responsables de zones sanitaires et certains responsables dans les DDS dénoncent le délai trop court dont ils disposent pour l'exercice de budgétisation des activités, étant donné la pénurie de personnel qualifié à laquelle ils sont confrontés pendant que le niveau central regorge de monde.

Les acteurs principaux du système de planification/budgétisation sont les CAR (Chargé de l'Administration et des ressources) dans les zones sanitaires et les SRFM (Service des Ressources Financières et Matérielles) et SPIRS (Service Planification, Informatique, et Recherche en Santé) dans les DDS.

D'une manière générale, la lettre de cadrage du Ministre de la santé (Mars N-1) est adressée aux DDS et aux Zones sanitaires. Après la collecte des besoins faite par le personnel des formations de base, le budget préparé est soumis au vote du COGES puis transmis à la zone sanitaire pour validation par le comité de santé avant envoi à la DDS (Juin à décembre N-1), pour consolidation.

Pour la budgétisation des activités tant au niveau des Zones sanitaires que des DDS, il n'y a pas un format type, des tableaux Excel sont utilisés. Chaque service propose ses activités et les budgétise. Les données essentielles requises sont : le nombre de jours et de personnes pour réaliser l'activité, les quantités et les prix, le taux journalier alloué. Si le référentiel ne contient pas le prix à pratiquer pour l'estimation des coûts, le forfait est appliqué.

Les formations à la base souhaitent un meilleur arbitrage du Comité de santé pour bien prendre en compte leurs besoins.

Etant donné que les ressources envoyées aux DDS et aux Zones sanitaires sont insuffisantes, il est noté au niveau des départements du MONO et du COUFFO l'adoption depuis 2012 d'une approche novatrice intégrée des objectifs des services. Cette approche est applicable à la DDS, aux zones sanitaires et aux formations sanitaires. Elle est centrée sur le regroupement des activités identiques de divers services pour éviter l'émiettement des ressources et favoriser la performance par la recherche de la cohérence entre les résultats attendus et le

niveau des ressources allouées. L'esprit de jeux d'intérêt est banni avec la suppression du cloisonnement entre services. L'arbitrage qui permet d'arrêter une liste des activités prioritaires tient compte :

- de la capacité des ressources humaines ;
- du coût, de l'efficacité et de l'impact de l'activité ;
- des ressources attendues.

2.2.8.2 Méthodes et instruments utilisés pour la budgétisation des dépenses au niveau du Ministère de la Santé

Plusieurs approches sont utilisées pour identifier les actions prioritaires et quantifier les besoins de financement. Parmi celles-ci, le Ministère de la Santé utilise la méthode des coûts moyens et celle des coûts marginaux.

La méthode du coût moyen est utilisée pour évaluer les actions à partir de la détermination du coût moyen de l'action. C'est sur cette base que les structures produisent leurs plans d'actions.

La méthode du coût marginal part de (n) produits pour déterminer le coût du complément à produire. Dans ce dernier cas, deux (2) outils existent à savoir :

- Le Marginal budgeting for bottlenecks (MBB);
- One health (outil intégré pour la planification et la budgétisation en santé). Cet outil a servi à l'élaboration du PTD (2013-2015).

L'approche fondée sur des coûts marginaux permet de supprimer les goulots d'étranglement (bottlenecks).

2.2.9 Analyse du processus de budgétisation

Tableau 6 : Evolution des CDMT de 2011 à 2013

ANNEE	CDMT SECTORIEL	DOTATIONS BUDGETAIRES	ENGAGEMENTS	ORDONNANCE MENTS	PAIEMENTS	TAUXDES PAIEMENTS
Année 2011	69.153	69.153	48.370	34.412	18.908	55,34%
Année 2012	66.735	66.735	58.019	55.542	26.304	53,85%
Année 2013	71.740	71.790	64.322	57.865	18.712	31,67%

Il ressort de ce tableau que les montants des CDMT sectoriels correspondent à ceux des dotations budgétaires. Ceci montre qu'au terme d'un processus itératif, la budgétisation des activités tient compte du montant de l'enveloppe allouée au secteur, établissant ainsi le lien entre la programmation (CDMT) et la budgétisation (inscription des programmes et actions dans la loi de finances).

Si le CDMT sectoriel dérive du PNDS, suivant la démarche décrite dans le processus de planification et de la programmation, il reste que le lien entre les deux outils est fragilisé par des activités non programmées mais réalisées. Il est noté une faible exécution des activités planifiées tant aux niveaux central, intermédiaire que périphérique. En effet, au plan financier, le rapport de performance, gestion 2009, a ressorti dans la rubrique «

analyse des écarts » qu'un montant de francs CFA 53 357 745 619 n'a pas été consommé, soit un taux de

51,66 % du budget initial. Le rapport justifie cet écart très important et relève qu'il met en exergue une faiblesse au niveau de la chaîne d'exécution des dépenses publiques du secteur. Il ressort également que la faible consommation des ressources sur PIP pourrait entre autres s'expliquer par les difficultés relatives aux procédures nationales de passation des marchés publics. Quant au plan physique, il est noté un écart de 271 activités prévues et non réalisées sur 1032 activités programmées au PIP, soit environ un taux de 5%, alors que 47 activités non prévues dans PTA ont été exécutées pour diverses raisons.

Pour la gestion 2010, un montant de francs CFA **57 016 102 758** n'a pas été consommé, soit un taux de 69,14 % et sur un total de 1682 activités prévues pour l'ensemble des domaines,

1238 ont été réalisées, ce qui a donné un écart physique de 444 activités prévues et non réalisées, soit un taux de 3,80%. Comme en 2009, certaines structures ont exécuté des activités non prévues au PTA pour des raisons diverses.

Au cours de l'année 2011, sur un total de 4481 activités prévues pour l'ensemble des domaines, 3077 ont été réalisées à des taux variables, ce qui a donné un écart de 1404 activités prévues et non réalisées, soit un taux de 3,20%, dont le montant est de francs CFA **20 782 674 421** pour un taux de 30,05 %. La faiblesse de la consommation des crédits sur ressources extérieures expliquerait en grande partie cet écart important : **15 425 828 992 FCFA** non consommés sur **29 510 400 000 FCFA**. Cette situation serait due à la complexité des procédures de consommation des crédits sur ressources extérieures. Comme les gestions 2009 et 2011, certaines structures ont exécuté des activités non prévues au PTA pour des raisons diverses. Au nombre de ces activités, il y a l'appui du Ministère lors de la survenue de catastrophes, d'intoxications alimentaires etc. De même, alors qu'il y a *des activités prévues et non réalisées, on dénombre au cours de cet exercice une douzaine d'activités d'organisation des séminaires et ateliers de formations prévues et réalisées hors budget.*

Enfin, au cours de la gestion 2012, sur un total de 2346 activités prévues, 1792 ont été réalisées à des taux d'exécution divers, ce qui a donné un écart de 554 activités prévues et non réalisées pour un taux de 4,25%. Ici au lieu d'un gap, il s'agit plutôt d'un dépassement de crédits qui a été observé. De même, au niveau de certaines structures, des activités non prévues au PTA ont été réalisées pour des raisons diverses, dont les catastrophes, les épidémies de méningite et de choléra, et les évacuations sanitaires et intoxications alimentaires etc. Par ailleurs, certaines activités ont été financées sur le Fonds Mondial pour le VIH/SIDA, le Paludisme et la Tuberculose. D'autres activités ont été exécutées hors budget-programme par certains PTF en raison des procédures propres à ces derniers.

Au total, il ressort que sur les quatre années (2009, 2010, 2011 et 2012), toutes les activités planifiées dans les Plans annuels de travail n'ont jamais été exécutées

entièrement. Par contre, il y a toujours eu des activités réalisées hors PTA. La gestion 2012 a connu plutôt un dépassement de crédits de francs FCFA 6 148 853 289 autorisé par le Ministère de l'Economie et des Finances, dû à des engagements faits antérieurement dont le paiement n'a pas été programmé au titre de l'année 2012.

2.2.10 Analyse du lien entre planification et budgétisation

Au Bénin, de 2008 à 2012, les montants des ressources allouées au secteur de la santé ont varié entre 6% et 9% par rapport au budget général de l'Etat. (Voir tableau ci-après).

Tableau7: Evolution du budget du Ministère de la Santé dans le budget général de l'Etat (2008 à 2012)

Années	Budget Général de l'Etat (millions)	Crédits (millions)	*Poids Budget du MS / Budget Général de l'Etat	Engagements (millions)	*Taux d'engagement
2008	1023 000	79701. 691	7.2	47523. 965 677	59.63%
2009	1238 644	103 279,497	9	49921, 751 381	48,34%
2010	1346 439	82462, 600	6,12	25446, 497 242	30,86%
2011	1099 375	69153, 048	6,29	48370, 373 579	69,95%
2012	1016 549	66734, 903	6,56	58019, 534 140	87,03%

Les ressources allouées au secteur de la santé de 2009 à 2013, se présentent respectivement en francs CFA comme suit : 103,279 milliards, 82,463 milliards, 69,153 milliards 66,734 milliards et 71,740 milliards. Après la gestion 2009 qui a connu un montant élevé, les crédits affectés ont connu une baisse constante entre 2010 et 2012. Alors que le ministère de la santé s'est toujours plaint de ce que les ressources budgétaires affectées au secteur sont insuffisantes pour couvrir ses besoins sans cesse croissants, les résultats de l'exécution des budgets des trois années 2010, 2011 et 2012 consignés dans les tableaux contrastent avec la demande. En effet, les taux d'engagements respectifs ci-après affichés sont faibles : 30% pour une dotation initiale de 82,46 milliards, 69,95% pour une dotation initiale 69,153 milliards et 87,03% pour une dotation initiale de 66, 734 milliards. Cette analyse révèle que, plus les crédits alloués sont faibles, plus les niveaux de consommation sont élevés.

Cette situation pourrait faire penser à une fausse alerte de la part du secteur de la santé. Elle met en cause la sincérité des différents budgets élaborés et pourrait faire croire que le secteur n'aurait pas véritablement un problème de financement. Mais en réalité, il s'agirait plutôt d'un déficit de méthode, d'organisation et de gouvernance. Cet état de choses cache des dysfonctionnements et des insuffisances dus à l'absence de mécanismes de détermination des coûts des facteurs et d'allocation des crédits pour mieux encadrer les processus de planification, de programmation et de budgétisation.

Tableau8 : Point des dotations initiales, des engagements et des décaissements de 2010

Rubrique	Dotation initiale (DI)	Montant Engagé (E)	Montant Ordonnancé(O)	Taux d'engagement	Taux d'ordonn.
Budget de Fonctionnement	43086063 000	19408876 123	19129663 395	45,05%	44,39%

PIP (BN)	17240401 000	4692101373	4246177246	27,22%	24,63%
PIP (Ressources Extérieures)	22136136 000	1345519746	1000221088	6,08%	4,52%
PIP (RI+RE)	39 376 537 000	6 037 621 119	5 246 398 334	15,33%	13,32%
TOTAL	82462600 000	25446497 242	24376061 729	30,86%	29,56%

Tableau9: Point des dotations initiales, des engagements et des décaissements de 2011

Rubrique	Dotation initiale (DI)	Montant Engagé (E)	Montant Ordonnancé (O)	Taux d'engagement (%)	Taux d'ord. (base DI) (%)	Taux d'ord. (base E) (%)
Budget de Fonctionnement	35 172 865000	29 855 841602	28 952 622512	99,72	82,32	96,97
PIP (BN)	4 469 783000	4 429 960969	4 287 555 577	99,11	95,92	96,79
PIP (Ress. Extérieures)	29 510 400000	14 084 571008	1 172 461 888	47,73	3,97	8,23
PIP (RI+RE)	33 980183000	18 514531977	5 460 017465	54,49	16,07	29,49
TOTAL	69 153 048000	48 370 373579	34 412 639977	69,95	49,76	71,14

Tableau 10 : Point des dotations initiales, des engagements et des décaissements de 2012

Rubrique	Dotation initiale (DI)	Montant Engagé (E)	Montant Ordonnancé (O)	Taux d'engag. (%)	Taux d'ord.(baseDI) (%)	Taux d'ord.(baseE) (%)
Budget de Fonctionnement	39888658000	46273670706	45862497799	116,01	114,98	99,11
PIP(BN)	8146245000	7910085583	7365772222	97,10	90,42	93,12
PIP (Ressources Extérieures)	18700000000	3895777851	2314197353	20,83	12,38	59,40
PIP (RI+RE)	26846245000	11805863434	9679969575	43,98	36,06	81,99
TOTAL	6673490300	5807953414	55542467374	87,03	83,23	95,63

Par ailleurs, la situation de 2013 se présente comme ci-après :

- La dotation des dépenses de fonctionnement s'élève à 45,565 milliards de FCFA pour la gestion 2013 contre 39,889 milliards FCFA en 2012, soit une

augmentation de 44,70%.

- Le budget d'investissement totalise 26,175 milliards de FCFA en 2013 contre 26,846 milliards en 2012, soit une diminution de 2,5%.

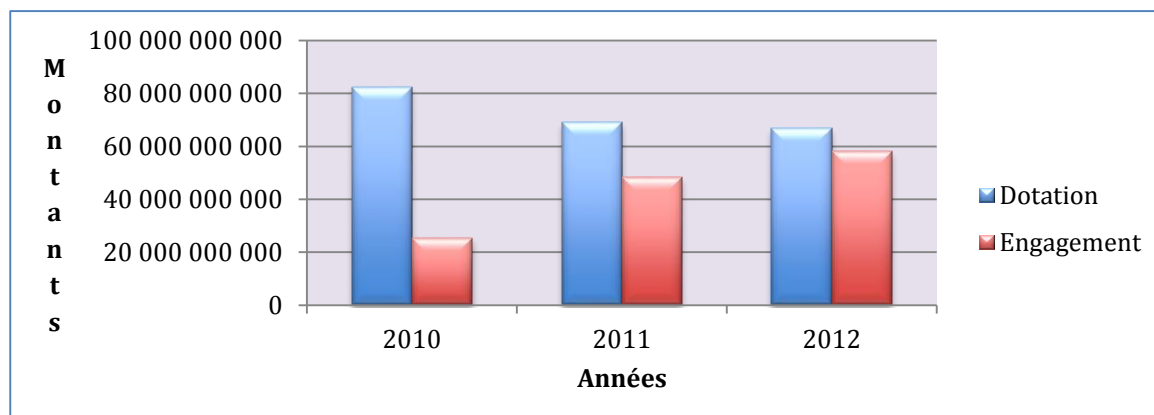


Figure 5 : Consommation des crédits base Engagement

Tableau 11: Répartition du budget ministère de la santé par rubrique de 2011 et 2012 à 2013

Rubriques	Année 2011		Année 2012		Année 2013	
	Dotation	%	Dotation	%	Dotation	%
Budget de fonctionnement	39 888 658 000	59,77%	35 172 865 000	52,71%	45 565 000 000	68,28%
PIP (Ressources Intérieures RI)	8 146 245 000	12,21%	4 469 783 000	6,70%	11 475 000 000	17,19%
PIP (Ressources Extérieures RE)	18 700 000 000	28,02%	29 510 400 000	44,22%	14 700 000 000	22,03%
PIP (RI+RE)	26 846 245 000	40,23%	33 980 183 000	50,92%	26 175 000 000	39,22%
TOTAL	66 734 903 000	100%	69 153 048 000	100%	71 740 000 000	100%

Source : DRFM/MS

Les budgets du ministère de la santé financent plus les activités de fonctionnement que celles d'investissements. En effet, sur la période de 2011 à 2013, ils sont répartis en moyenne à hauteur de 60% pour les crédits de fonctionnement et 40% pour les crédits d'investissements. Les crédits d'investissements sont financés en majorité par les ressources extérieures à hauteur de 70% contre 30% sur les crédits intérieurs.

Tableau 12 : Point des dépenses sur crédits délégués de 2010 à 2012 (Base engagement)

Années	Dotations*	Montants engagés	Taux de consommation
2010	4 304 811 329	4 150 268 602	96,41%
2011	4 135 947 102	3 080 866 996	74,49%
2012	4 254 535 647	3 977 990 830	93,50%

*) Données reconstituées à partir des montants engagés et les taux de consommation

Dans ce tableau, les dotations déléguées aux structures déconcentrées sont quasiment constantes et les taux de consommation sont satisfaisants, à un taux moyen de 88%.

Les dotations sont quasiment constantes et les montants engagés atteignent des taux

satisfaisants dont la moyenne est de 88%.

Focus 5

Les résultats controversés notés montrent que des budgets-programmes du secteur ne sont pas sincères. La sincérité budgétaire étant liée à la réalité des coûts pratiqués et la qualité des dépenses prévues dépend de l'éthique des Hommes qui animent les services de santé, planifient les actions, élaborent les budgets programmes, gèrent les hôpitaux, structures et formations sanitaires et mettent en œuvre les actions. La sincérité budgétaire repose les questions récurrentes de gouvernance financière dans l'application des coûts de référence ou marginaux et/ou l'utilisation des mécanismes ou critères pertinents d'allocation des crédits.

Enfin, les budgets-programmes tels que présentés actuellement ne sont pas spatialisés. Des efforts devront être faits pour qu'ils respectent la régionalisation et l'équité géographique en termes de densité et de concentration des populations bénéficiaires des actions de santé. L'atteinte de l'objectif d'un développement équilibré et durable de l'espace national clairement affiché par le Gouvernement du Bénin dans les choix stratégiques de développement du Bénin à travers les OSD, la et la PONADEC passe par l'aménagement du territoire.

2.2.11 Analyse du mécanisme de suivi-évaluation

Le mécanisme de suivi et évaluation utilisé dans le secteur de la santé s'inspire du dispositif présenté dans le plan national de développement sanitaire. Il est axé sur les organes de pilotage de la réforme budgétaire, mais diffère quelque peu par l'existence du Comité National de Suivi et Evaluation des projets et programmes du ministère (CNEPP). Les organes de la réforme budgétaire sont : le Comité de pilotage de la réforme budgétaire, les Chefs de file des programmes du ministère, les Comités de gestion des programmes, la Cellule de Suivi-Evaluation (CSE) de la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP) et des points focaux de suivi et d'évaluation.

Le comité de pilotage assure la cohérence des actions du budget-programme avec celles du plan d'actions du PNDS 2009-2018. Il est chargé de : (i) définir les orientations générales du budget ; (ii) assurer la coordination des activités de suivi et d'évaluation en liaison avec la DPP ; (iii) assurer le suivi et l'évaluation de la performance des programmes et ;(iv) donner des orientations précises pour une mise en œuvre efficace et efficiente du Plan National de Développement Sanitaire.

Au nombre de cinq, les Chefs de file animent les comités de gestion des programmes. Ils sont chargés de : (i) s'assurer que les actions programmées au niveau du budget-programme sont en parfaite cohérence avec le plan d'actions du PNDS ; (ii) coordonner la réalisation des activités programmées dans le budget-programme et le plan intégré de travail annuel (PITA) ; (iii) réaliser et tenir des tableaux de bord des indicateurs de performance des programmes ; (iv) élaborer des rapports mensuels, trimestriels et annuel des programmes ; (v) préparer l'avant-projet des outils de programmation (B-P, PTA, PPM, PCC) des programmes.

La Cellule de Suivi-Evaluation de la DPP est chargée, entre autres, de: (i) assurer le suivi et l'évaluation du budget-programme ; suivre les activités des points focaux de suivi-évaluation au niveau des programmes du ministère; appuyer les structures en matière d'élaboration, de suivi et d'évaluation des budget-programmes ; organiser les tournées de suivi physique des projets et actions ; élaborer les bilans trimestriels et les rapports de performance des budget-programmes ; prendre toutes les initiatives susceptibles d'assurer un meilleur suivi-évaluation des budget-programmes ; élaborer des rapports de progrès dans le cadre de la mise en œuvre du plan stratégique ; réaliser les études d'évaluations de la mise en œuvre du plan stratégique.

Les outils du mécanisme de suivi et évaluation sont : (i) les Plans de Travail Annuel (PTA), les Plans de Consommation de Crédits (PCC), les Plans de Passation des Marchés (PPM) et les Tableaux de Bord des Indicateurs (TBI) ; (ii) les rapports d'exécution mensuelle, trimestrielle du budget-programme ; les rapports annuels de performance du ministère de la santé ; (iii) les rapports de progrès de la mise en œuvre du PNDS ;(iv)les études d'évaluation de la mise en œuvre du PNDS.

Focus 6

L'analyse du mécanisme de suivi et évaluation révèle que **le secteur dispose des outils d'opérationnalisation nécessaires pour le suivi du PNDS (Plan de suivi et d'évaluation du PNDS) et du Budget Programme (PITA, PCC, PPM et TBI)**. Les revues annuelles des performances du ministère de la santé et l'allocation des ressources sont deux utilisations finales du système de suivi-évaluation. En effet, la revue annuelle sera basée sur un rapport d'évaluation dont le contenu reposera dans une large mesure sur les données produites par le système de Suivi-évaluation. L'allocation des ressources budgétaires, quant à elle, conditionne la préparation des budgets-programmes à partir du cadre de dépenses sectoriel à moyen terme (CDMT). La mise à jour du CDs MT doit se faire entre autres à partir des données produites par le système de Suivi-évaluation, en termes de moyens (financements et réalisations) et de résultats (efficacité et durabilité)

Au total, le budget-programme 2013-2015 compte 26 indicateurs, pour mesurer la performance du secteur, soit une moyenne de 5 indicateurs par programme. Cette moyenne paraît un peu élevée et pourrait s'établir à 3 par programme pour avoir les ressources nécessaires pour mieux les renseigner. Dans cet exercice, un effort devra être fait pour distinguer les indicateurs de processus du secteur (dont le nombre peut être extensible), des indicateurs clés de performance (dont le nombre devra être réduit). Des efforts devront être faits pour différencier les indicateurs du budget-programme et les ranger selon les niveaux où ils se trouvent dans le Cadre logique en vue de faciliter l'appréciation des progrès réalisés. En effet, sur les 26 indicateurs, il n'est pas évident pour un non initié d'identifier ceux qui concernent les intrants, les extrants, les activités, les effets et l'impact.

L'analyse des résultats publiés au terme de l'Enquête Démographique et de Santé, 4^{ième} édition réalisée sur la période 2011-2012, révèle sur le plan national ce qui suit : (i) un taux de 8% contre 6% en 2006 pour l'utilisation de la contraception, méthode moderne pour les femmes de 15 à 45 ans, soit une légère augmentation; (ii) 84 % pour des naissances assistés par un prestataire formé (médecin, infirmière, sage-femme, aide-soignante ou assistante accoucheuse) pour une cible de 81%; (iii) 48% des enfants de 12-23 mois complètement

vaccinés ; (iv) 80% de ménages qui possèdent au moins une moustiquaire pré-imprégnée d'insecticide ; la prévalence du VIH est estimée à 1,2% dans la population âgée de 15 -49 ans.

Ces résultats devraient impacter le bien-être des citoyens. Par conséquent, ils méritent d'être étudiés profondément et au besoin leur évolution prise en charge par une analyse détaillée des dépenses en santé, en vue des décisions appropriées à prendre pour l'allocation rationnelle des crédits y relatifs à l'avenir. Cet exercice qui vise également à mieux encadrer l'allocation des ressources, permettra à terme d'éviter l'improvisation et l'automatisme dans l'affectation des crédits.

Bien qu'il existe depuis plusieurs années dans le secteur un Système national d'information de gestion sanitaire (SNIGS) qui permet de collecter des données, les traiter et les analyser pour produire les annuaires statistiques, le ministère de la santé ne dispose pas encore d'un Système dynamique de suivi et évaluation des politiques publiques du secteur. Cette insuffisance est due, d'une part au dysfonctionnement noté entre la cellule de suivi et évaluation et le service chargé de la gestion du SNIGS et d'autre part à l'effectif réduit et la qualité du personnel qui anime ces structures. En outre, les données et informations publiées par les annuaires statistiques ne renseignent pas tous les indicateurs du budget-programme nécessaires à la production des rapports de performance. Le SNIGS dans sa version actuelle a traversé les temps et mérite d'être actualisé et renforcé pour répondre davantage à la forte sollicitation induite par la réforme budgétaire et son corollaire « *la gestion axée sur les résultats* », à l'instar d'un système d'alerte rapide et d'aide à la décision.

Focus 7

Le secteur de la santé fait des efforts dans le suivi de la mise en œuvre des activités prévues dans le Plan de travail intégré annuel à travers la tenue régulière des revues trimestrielles, semestrielles et annuelles et produit les rapports y relatifs.

Les difficultés actuelles rencontrées dans le suivi sont liées à la qualité des documents de planification, de budgétisation et des outils d'opérationnalisation du budget-programme qui manquent de cohérence entre eux. L'une des difficultés procède de l'utilisation du PITA, un nouvel instrument de planification mis en œuvre dans le secteur qui mérite d'être évalué. En effet, il ne comporte pas tous les éléments importants du PTA utilisés dans par les autres ministères sectoriels. Il s'agit par exemple de la pondération des activités pour faciliter le suivi physique souvent difficile à mesurer et les structures (responsables et impliquées) pour responsabiliser les acteurs en vue d'un meilleur suivi et évaluation des résultats. En outre, la planification et la budgétisation étant avant tout des techniques, il importe de revoir la stratégie de développement des ressources humaines en vue de renforcer périodiquement la capacité des acteurs de la chaîne PPBS.

En outre, des diligences devront être faites pour familiariser les acteurs du secteur avec la fonction de l'évaluation. En effet, depuis 2010, le Gouvernement béninois a élevé la pratique évaluative au rang des priorités de l'Etat et fait obligation dans la charte de l'évaluation, à tous les ministères sectoriels d'élaborer et de mettre en œuvre leurs plans annuels d'évaluation des politiques publiques respectifs. Le ministère de la santé est en retard dans la production de ce document qui aidera le secteur à assainir sa gouvernance

éthique et financière en corrigeant les vieux paradigmes qui obèrent l'efficacité du système national de santé. Une autre action qui s'avère urgente à réaliser est l'évaluation à mi-parcours du PNDS 2009-2018 dont les résultats contribueront à relancer la mise en œuvre de ce document.

CONCLUSION DE L'ANALYSE DU SYSTEME DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

Le Ministère de la Santé dispose d'un système de suivi-évaluation et l'essentiel des outils nécessaires pour le renseigner. Toutefois, ce système mérite d'être renforcé par un système d'information plus dynamique et une équipe technique qualifiée pour une meilleure reddition des comptes. De même, le ministère fait plus de suivi que d'évaluation. En effet, le système d'information qui existe, mérite d'être actualisé et redynamisé pour mieux renseigner les deux sous- systèmes de suivi et d'évaluation pour éviter de créer une disharmonie entre ces deux fonctions. Pour mettre en place un bon système de suivi et évaluation, il faut définir les réels indicateurs de budget programme, mettre en place un dispositif fonctionnel pour la remontée rapide des données de la base, former et/ou recruter des agents statisticiens pour animer le système, produire et diffuser à bonne date les rapports pour tenir informer tous les acteurs du secteur de la mise en œuvre du Plan national de développement sanitaire et par ricochet des outils de planification qui en découlent.

3 PROPOSITION D'UNE NOUVELLE APPROCHE DE LA PLANIFICATION ET DE BUDGETISATION

3.1 SYNTHÈSE DES ATOUTS ET DES TENDANCES LOURDES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ EN MATIÈRE DE PLANIFICATION/PROGRAMMATION ET DE BUDGETISATION

Le secteur de la santé est un secteur qui mobilise beaucoup d'appuis des PTF dont les principaux sont le FED, la Banque Mondiale, la BAD, la BADEA, le FNUAP, l'UNICEF, l'OMS auxquels il faut ajouter certaines coopérations bilatérales. Toutefois, les besoins de financement du secteur restent encore élevés en dépit des efforts déployés au cours de ces dernières années. Pour la période 2009-2013, les ressources allouées au secteur sont estimées à 393,370 milliards de francs CFA représentant environ 21% des dépenses réelles du PNDS de montant FCFA 1 156, 446 milliards, prévues pour le pilotage du premier quinquennat 2009-2013.

Ce taux de 21% est faible. Il pose le problème de mobilisation des crédits dans le secteur et interpelle la qualité des CDsMT élaborés. Étant donné qu'il permet de fixer les contraintes macroéconomiques et de planifier les politiques sectorielles, le CDsMT devrait concilier les processus de planification et de budgétisation. Il devrait également définir le cadre dans lequel le ministère prend des décisions pour la répartition et l'emploi des ressources en répondant à l'ensemble des trois questions ci-après : la détermination du niveau global des dépenses du secteur, le choix des allocations intersectorielles et intra-sectorielles et l'efficacité des réalisations et projets.

Par conséquent, il ressort que l'absence de cohérence entre les outils stratégiques et de programmation budgétaire du secteur de la santé a gommé le lien étroit qui devrait exister entre la planification et la budgétisation.

Enfin, il existe une gouvernance financière susceptible d'être remise en cause dans le secteur, au regard de la qualité de certaines dépenses (inadéquation entre les besoins des formations périphériques et les commandes effectuées pour leur compte). De même, le non remboursement à temps des dépenses effectuées sur fonds propres des zones sanitaires perturbe la gestion dans ces centres.

3.2 NOUVELLE APPROCHE DE PLANIFICATION ET DE BUDGETISATION : PROCESSUS, PRINCIPES, ACTEURS ET RESPONSABILITES

3.2.1 Processus

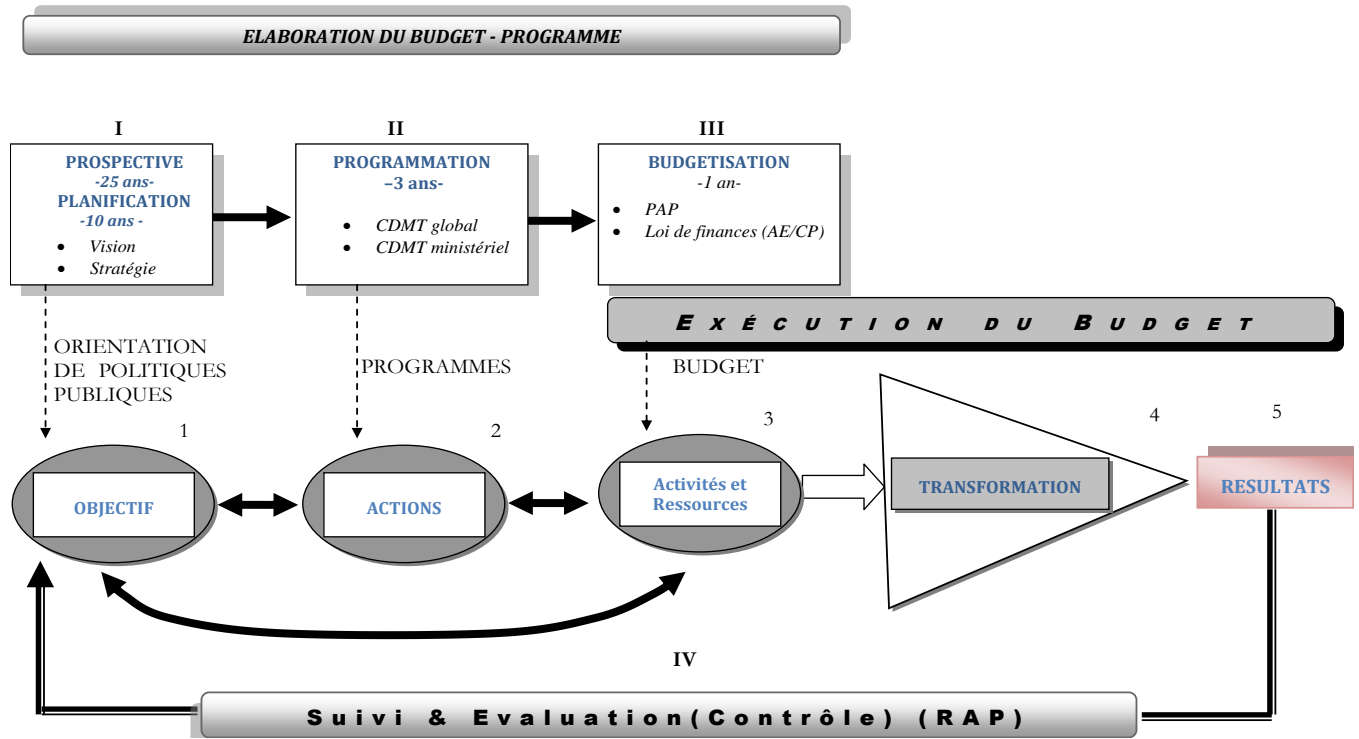


Figure 6 : Nouveau mécanisme de planification et de budgetisation

3.2.2 Principe de l'amélioration proposée à la démarche

Face au décalage entre les besoins de financement du secteur et les ressources allouées, la performance du secteur ne peut qu'en souffrir. Toutefois, si les insuffisances relevées à la phase diagnostique étaient corrigées grâce à une bonne priorisation des actions, une meilleure allocation des ressources et une bonne gouvernance dans le secteur, la situation actuelle s'en trouverait améliorée.

En effet, s'agissant des ressources ou des moyens, le plus important n'est pas seulement leur montant ou leur nombre mais également l'articulation qui existe entre eux. Cette articulation des moyens entre eux évoque un domaine particulier du contrôle de gestion, l'étude des processus. A titre d'illustration, une chaîne de production dont les postes de travail sont dispersés dans l'espace sera, à moyens humains et matériels constants, moins efficace que s'ils sont regroupés. Face à l'argument du manque de moyens souvent employé par les services, le triangle du contrôle de gestion souligne qu'on ne peut parler des moyens en soi, indépendamment de deux autres données importantes : les objectifs et les résultats.

L'appréciation des moyens doit se faire par rapport aux objectifs à réaliser. Si l'objectif est formulé en termes généraux, ceci n'est pas intéressant. Par contre s'il est formulé en termes mesurables, la situation est intéressante puisque les moyens sont également mesurables. Il

existe de nombreux cas où l'accroissement des moyens ne se traduit pas par un accroissement des résultats (la problématique de la performance peut porter sur l'utilisation des moyens plutôt que sur leur quantité.).

La mise en œuvre de la LOLF offre aujourd'hui une opportunité pour le développement du contrôle de gestion dans l'administration, puisque les possibilités données aux responsables publics avec la globalisation, la fongibilité et la réallocation des crédits nécessitent de disposer de moyens de restitution et de pilotage. Le Ministère de la Santé gagnerait à formaliser et systématiser la fonction de contrôle de gestion en son sein.

3.2.3 La spécificité du contrôle de gestion face aux autres mécanismes de contrôle et de suivi

Le contrôle de gestion ou pilotage de la performance est un ensemble de dispositifs (ou système de pilotage) donnant à un responsable la capacité de prendre des décisions pour remplir sa mission en gérant au mieux ses ressources. C'est un service de contrôle différent du contrôle interne (maîtrise du risque) et du contrôle effectué par les Inspections (IGM, IGE, IGF).

✓ **Le contrôle Interne**

C'est l'ensemble des sécurités mises en place par le gestionnaire pour réaliser ses objectifs avec le minimum de risques. Cette notion recouvre l'ensemble des procédures et mécanismes internes qui permettent à une entité de s'assurer qu'elle atteint ses objectifs stratégiques, opérationnels, financiers ou de conformité aux lois et règlements. Un préalable au renforcement du contrôle interne est de mettre en place des outils de contrôle de gestion performants, permettant de suivre et de piloter l'activité, les coûts et l'exécution budgétaire.

✓ **Le contrôle des Inspections**

Leur objectif est de s'assurer de l'application correcte des lois et règlements, d'examiner la qualité du fonctionnement au regard des missions confiées et des moyens alloués, d'attirer l'attention sur des difficultés juridiques et techniques pour faire des propositions.

En règle générale, il s'agit de contrôles inopinés (la règle de l'improviste).

✓ **Le contrôle de gestion**

Le contrôle de gestion, quant à lui, est un processus de pilotage qui s'inscrit dans un contexte stratégique plus général et qui permet de prévoir, suivre, analyser les réalisations d'un programme, et de prendre les mesures correctives éventuellement nécessaires.

« Le contrôle de gestion, ou pilotage de la performance, est un ensemble de dispositifs (ou système de pilotage) donnant à un responsable la capacité de prendre des décisions pour remplir sa mission en gérant au mieux ses ressources ».

Le contrôle de gestion, qui s'exerce en continu (contrairement à l'audit ou à l'évaluation), est en principe assuré par un professionnel placé auprès du responsable de l'entité dont la

gestion est contrôlée (Ministère, programme au sens de la LOLF de septembre 2013, direction centrale..).

Les méthodes et outils du contrôle de gestion recouvrent principalement :

- L'analyse des coûts ;
- Les techniques de planification et les outils budgétaires ;
- Les indicateurs et les tableaux de bord ;
- L'analyse comparative.

Dans une entité étatique, le contrôle de gestion revêt deux dimensions :

- Il aide les responsables à rendre compte en organisant la restitution et la remontée d'informations ;
- Il aide les gestionnaires dans l'exercice de ses responsabilités de pilotage et de prise de décision.

Sous sa forme concrète, le contrôle de gestion se traduit de deux manières ; d'une part, le recueil, la mise en forme et l'analyse d'informations variées concernant l'entité (données budgétaires, résultats opérationnels, ...) ; d'autre part, un mode particulier de prise de décision au profit de l'entité.

(Pilotage par objectifs). La « fonction contrôle de gestion » est mise en œuvre par un binôme associant le responsable et le contrôleur de gestion. D'abord, le responsable énonce les priorités et objectifs généraux qu'il entend assigner aux services et le contrôleur de gestion l'aide à les décliner en objectifs mesurables. Ensuite, le contrôleur de gestion collecte, sélectionne et analyse des informations de gestion, que le responsable utilise pour préparer et prendre des décisions.

Eu égard à ce qui précède, une réflexion doit être menée pour transformer à terme le dispositif de suivi-évaluation qui existe au sein des DPP actuelles en un véritable service de contrôle de gestion dont la structuration doit être adaptée au Ministère de la santé. A cet effet, il faut souligner que la mise en œuvre de la LOLF offre une opportunité déterminante pour l'implantation du contrôle de gestion dans les ministères puisque les possibilités données aux responsables publics avec la globalisation, la fongibilité et la réallocation des crédits nécessitent de disposer de moyens de restitution et de pilotage.

Par ailleurs, il importe d'approfondir et d'améliorer le processus du budget-programme en cours en s'inspirant des innovations contenues dans la LOLF votée en septembre 2013. A cet effet, le tableau ci-après retrace les 14 étapes du processus d'élaboration du budget programme, conformément à la LOLF.

Tableau 13: Les étapes du processus d'élaboration du budget-programme conformément à la LOLF

ETAPES CLEFS	CONTENU	OUTPUT DE L'ETAPE	OBSERVATIONS
1. Fixation préliminaire des objectifs stratégiques du Ministère	<i>Des objectifs stratégiques sont fixés par le premier responsable du Ministère pour une période de 3 ans.</i>	<i>Objectifs à atteindre par le Ministère dans les trois prochaines années</i>	<i>Les objectifs émanant de la stratégie ministérielle, en cohérence avec la stratégie nationale. En cas de non-disponibilité de la stratégie ministérielle, le département fixe ses objectifs sur la base des priorités nationales Les objectifs ministériels doivent être peu nombreux, mesurables et assortis d'indicateurs.</i>
2. Revue des programmes, actions et activités en cours	<i>Les informations exhaustives sont collectées sur l'exécution des programmes et des actions en cours en vue de l'analyse de l'atteinte des objectifs fixés</i>	<i>Bilan d'exécution physique et financières des programmes et actions en cours</i>	<i>Elle permet de faire le point de l'exécution des programmes et des actions des années précédentes et de l'année en cours. Elle aide à préparer le rapport annuel de performance de l'année précédente, et préparer le budget de l'année suivante</i>
3. Formulation des programmes et actions	<i>A partir des objectifs stratégiques du Ministère et des fonctions, les Programmes et Actions sont identifiés ainsi que leurs objectifs et contenu stratégique (stratégie programme).</i>	<i>Fiche préliminaire des programmes et actions retenues (Plan d'actions prioritaires actualisé)</i>	<i>En cas de non-disponibilité d'une stratégie ministérielle, les objectifs des programmes et actions sont fixés sur la base du DSCE et des fonctions. Les objectifs de chaque programme doivent être limités, mesurables et assortis d'indicateurs.</i>
4. Examen et validation des programmes	<i>Un comité d'arbitrage examine tous les programmes afin de s'assurer de leurs pertinences et complémentarités</i>	<i>Programmes des ministères et institutions validés pour la préparation de la loi de finances</i>	
5. Mise à jour du CDMT du ministère	<i>Sur la base de l'enveloppe indicative communiquée dans le CDMT central, la dotation ministérielle est répartie entre les différents programmes</i>	<i>Stratégie programme et Enveloppe indicative allouée à chaque programme</i>	<i>Pour les Ministères disposant d'un CDMT, cette répartition des crédits alloués à chaque programme doit être mise à jour</i>

ETAPES CLEFS	CONTENU	OUTPUT DE L'ETAPE	OBSERVATIONS
6. Élaboration de l'instruction budgétaire ministérielle pour recueillir les activités liées aux actions	<i>Elle est principalement destinée aux services opérationnels. La circulaire invite les services opérationnels à proposer des actions à intégrer dans les programmes prioritaires. La fiche de collecte de donnée doit être annexée à l'instruction budgétaire</i>	<i>Note circulaire ministérielle donnant les instructions budgétaires sur les activités à proposer dans le cadre des programmes et actions</i>	<i>L'instruction donne les orientations budgétaires du ministère. Elle permet de collecter les besoins de toutes les structures devant contribuer à la mise en œuvre des programmes. On devra veiller particulièrement à prendre en compte les besoins réels des services déconcentrés</i>
7. Identification, formulation et évaluation des activités par les services	<i>Les services opérationnels établissent l'inventaire des activités à inscrire dans les Programmes et Actions en tenant compte de la stratégie ministérielle et de la stratégie programme</i>	<i>Fiche d'activités et de projets par direction</i>	<i>Les services veilleront à formuler les objectifs et les indicateurs de performance rattacher à chaque activité Chaque activité doit être déclinée en tâche et chaque tâche en nature de la dépense</i>
8. Arbitrage sur les activités à intégrer dans les programmes	<i>Sous la coordination du responsable du programme, un comité de sélection procède au choix des activités sur la base de critères motivés</i>	<i>Liste complète des activités retenues</i>	<i>Arbitrage sur base de la pertinence des activités proposées et du coût estimatif de leur mise en œuvre L'arbitrage doit également prendre en compte la contrainte budgétaire donnée par le CDMT</i>
9. Intégration des activités et projets retenus dans les programmes	<i>Chaque responsable de programme veille à intégrer dans son programme les activités et projets relevant de son programme</i>	<i>Programmes déclinés en actions, activités, tâche, nature économique et coût</i>	<i>Cette déclinaison permet de disposer de programmes opérationnels</i>
10. Consolidation des programmes et production des PAP	<i>Dans cette étape, l'équipe en charge de la coordination du budget-programme procède à la synthèse des programmes dans un document unique pour la validation du projet de budget par les autorités du Ministère</i>	<i>Avant-projet de PAP</i>	<i>L'avant-projet de performance du Ministère a vocation d'être joint au projet de loi de finances présenté au Parlement lors de la session budgétaire.</i>
11. Validation de l'avant projets de PAP par le ministre	<i>Le projet de PAP est transmis au premier responsable du département pour validation et transmission au ministère en charge du budget</i>	<i>Avant-projet de PAP validé et courrier de transmission au ministère en charge des finances</i>	

ETAPES CLEFS	CONTENU	OUTPUT DE L'ETAPE	OBSERVATIONS
12. Examen des avant projets de PAP par la commission budgétaire	<i>Rapport de la commission budgétaire et transmission en Conseil de ministre</i>	<i>Rapport en conseil de ministre sur le projet de budget</i>	
13. Examen du projet de budget en Conseil de ministre	<i>Le CM examine les programmes et leurs crédits pour les derniers arbitrages</i>	<i>Rapport du CM sur les dernières instructions pour la finalisation du projet de budget</i>	
14. Transmission du projet de budget à l'AN	<i>Projet de loi de finances comportant les frais parties</i>		

Focus 8

Le maître mot serait donc dorénavant de mieux cadrer, en fonction des objectifs à long terme (OMD, SCRP, etc.) déclinés en objectifs à moyen terme. Ces objectifs à moyen terme doivent être traduits en prévision de dépenses sans tenir compte des financements disponibles. Les actions prévisionnelles devront être bien sûr priorisées suivant des critères objectifs d'équité et de durabilité. Il est bien nécessaire de tenir compte des acteurs et de tous les acteurs du secteur. Sur la base de l'estimation des budgets par objectif, des négociations de moyens financiers doivent se faire auprès de l'Etat et des PTF. Après le cadrage, il va falloir procéder à l'ajustement des prévisions en termes d'objectifs et de résultats en fonction des moyens mobilisés.

3.3 HYPOTHESES DE REUSSITE

Pour l'opérationnalité de la nouvelle approche de planification, il faudra:

- assurer la disponibilité des ressources humaines de qualité en général et spécifiquement aux postes de la chaîne PPBS;
- offrir le minimum d'appui aux ZS en matière de PPBS (formation et assistance);
- bien animer la concertation /coordination des PTF
- organiser/améliorer le dialogue entre les acteurs à divers niveaux;
- améliorer le système de suivi évaluation des ZS.

4 CONCLUSION ET SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

Au terme de la présente étude, il ressort que : (i) le montant total des ressources allouées au secteur représente 21% des dépenses réelles prévues pour le premier quinquennat du PNDS 2009-2013 ; (ii) de 2009 à 2012, toutes les activités planifiées ne sont pas programmées, budgétisées et exécutées ; (iii) le taux moyen d'engagement des crédits sur la période de 2011 à 2013 est de 57% dégageant ainsi un écart moyen de 43% ; (iv) la récurrence des écarts d'engagement des crédits notés sur la période fait observer finalement que le secteur éprouve des difficultés à maîtriser ses dépenses en relation avec le CDMT et ; (v) il apparaît aussi que les années au cours desquelles les crédits affectés au secteur sont faibles, le secteur de la santé a connu des taux de consommation plus satisfaisants.

Au total, ces résultats qui contrastent avec les besoins potentiels du secteur exprimés dans le PNDS et déclinés dans les différents Cadres sectoriels de Dépenses à Moyens Termes, ressortent que les budgets élaborés par le ministère de la santé ne sont pas réalistes et sincères. Il en découle que le ministère déploie des efforts, mais le lien entre la planification, la programmation et la budgétisation n'est pas encore maîtrisé, soutenu et entretenu : il est ténu. Les glissements annuels des écarts de crédits non engagés en témoignent.

Cette situation pourrait être justifiée par le fait que le ministère de la santé se présente aujourd'hui comme une grosse machine qui peine à tourner à plein rendement. En effet, avec un effectif pléthorique et peu qualifié, une distribution du personnel déséquilibrée en défaveur du niveau périphérique qui constitue la base de la pyramide sanitaire en vigueur, la gestion difficile du personnel et la complexité dans le fonctionnement des formations sanitaires, le ministère de la santé éprouve des difficultés à cerner les leviers réels sur lesquels il devrait agir pour impulser son développement.

En outre, le secteur souffre de la mal gouvernance en raison des faiblesses notées dans la gestion rationnelle des ressources humaines, financières et matérielles. Bien que la plupart des documents de stratégies et de programmation budgétaire existent, ils manquent de cohérence entre eux et les priorités retenues au cours de la planification, la programmation et la budgétisation ne sont pas toujours respectées dans la phase de mise en œuvre.

Pour que le lien entre la planification et la budgétisation soit à l'avenir ferme, maîtrisé, soutenu et entretenu, il importe que le secteur de la santé se dote dans les meilleurs délais de : (i) trois outils importants de programmation et de budgétisation que sont les mécanismes appropriés d'allocation des crédits, d'application des coûts des facteurs de demande et d'offre des soins et des outils pour la spatialisation budgétaire ; (ii) un système de suivi et évaluation plus dynamique et axé sur les résultats ; (iii) un système de contrôle interne budgétaire et comptable pour maîtriser les risques de gestion des ressources en assurant la qualité des informations, la sécurité des opérations, l'efficacité des ressources et

l'efficacité du management et ; (iv) un contrôle de gestion pour aider le ministère à maîtriser les coûts.

Aussi, pour permettre au secteur de la santé de repartir sur une nouvelle base, les recommandations suivantes sont-elles faites :

■ Au niveau managérial :

- dépolitiser le secteur de la santé en vue d'orienter les moyens sur les vraies priorités du secteur;
- faire des zones sanitaires défavorisées, des pôles d'attractions, en proposant des mesures incitatives (politique de décoration, de logement, d'aide à l'éducation des enfants des agents de santé, etc.);
- élaborer un plan de gestion de la carrière des agents de santé.

■ Au plan programmatique :

- rendre durable le mécanisme de financement basé sur les résultats en cours d'expérimentation ;
- introduire le mécanisme de programmation par objectif et l'utiliser comme moyen de recherche de financement pour accroître le budget du secteur et orienter les ressources du secteur sur les vrais besoins et les vrais défis;
- mettre en place un mécanisme d'anticipation et de mise en œuvre des actions programmées.

5 ANNEXES

ANNEXE1 : QUELQUES NOTIONS CONCEPTUELLES

La planification :

Elle consiste à identifier et organiser **les actions majeures porteuses** de changement à mettre en œuvre dans le moyen et long terme. Elle est basée sur un diagnostic stratégique aboutissant à des choix stratégiques de programmes. La planification débouche sur deux produits importants : le Document de stratégie et le Plan d'actions.

La programmation :

La programmation consiste à **fractionner, voire décomposer et ordonner les actions selon le chronogramme de leurs mises en œuvre**. Ce chronogramme est établi en fonction de disponibilité des **ressources financières** et de la durée de mise en œuvre des Actions. Dans le contexte actuel de la planification, la programmation des actions est faite dans le cadre de l'élaboration des CDMT.

L'opérationnalisation de la programmation :

Un plan d'actions sans contrainte financière amplifie les risques d'échecs de la stratégie qui se manifeste généralement par un « saupoudrage » des ressources entre des actions multiples. Les CDMT central et sectoriels/ministériels comprennent les outils par excellence d'opérationnalisation de la programmation

La budgétisation :

La budgétisation consacre l'opérationnalisation des stratégies et programmation. Elle consiste à inscrire les programmes et actions dans la Loi de finances

Pré requis pour la budgétisation des programmes :

Ce sont :

- l'existence d'une Stratégie ministérielle comprenant notamment des objectifs stratégiques et des programmes prioritaires ;
- l'existence d'un Plan d'actions ministériel identifiant les actions concrètes à mettre en œuvre dans le cadre de l'opérationnalisation d'une stratégie ;
- la programmation des activités en fonction des ressources disponibles des CDMT.

Le suivi-évaluation :

Le suivi et l'évaluation sont deux composantes intégrales du processus de planification stratégique. Le suivi est un processus continu de collecte et de traitement des renseignements pour repérer les anomalies en cours d'exécution et apporter des corrections.

L'évaluation est un processus périodique d'analyse du programme dans des limites définies au préalable et qui sert à apprécier les résultats par rapport aux objectifs fixés (aboutit à des conclusions et recommandations).

ANNEXE 2 : BASE DE SONDAGE

Tableau annexe 1: Délégation de crédits aux départements del'année2012 selon la strate

ZONES SANITAIRES	STRATE 1			STRATE 2			STRATE 3		
	Prévisio n initiale	Dotation actuelle	Engage ments	Prévision initiale	Dotation actuelle	Engage ments	Prévisi on initial e	Dotatio n actuelle	Engage ments
Zone Sanitaire Kouandé-Kérou-Pehunco				69,8	69,8	67,3			
Zone Sanitaire Natitingou-Boukoubé-Toucountouna				89,4	89,4	82,6			
Zone Sanitaire Tanguiéta-Matéri-Cobly				75,0	75,0	65,0			
Zone Sanitaire Bassila				48,7	48,7	43,4			
Zone Sanitaire Djougou-Ouaké-Copargo				105,5	105,5	103,1			
Zone Sanitaire Sô-Ava-Abomey-Calavi				65,9	65,9	63,7			
Zone Sanitaire Allada-Toffo-Zè				67,1	67,1	55,2			
Zone Sanitaire Ouidah-Kpomassè-Tori-Bossito				89,8	89,8	87,0			
Zone Sanitaire Cotonou 1 & 4	42,5	42,5	42,5						
Zone Sanitaire Cotonou 2 & 3				80,3	80,3	68,4			
Zone Sanitaire Cotonou 5				37,8	37,8	26,6			
Zone Sanitaire Cotonou 6	50,6	50,6	50,6						
Zone Sanitaire Bembèrèkè-Sinendé	92,3	92,3	92,2						
Zone Sanitaire Nikki-Kalalé-Pèrèrè				111,1	111,1	101,3			
Zone Sanitaire N'Dali-Parakou				63,4	63,4	61,3			
Zone Sanitaire Tchaourou				51,1	51,1	48,3			
Zone Sanitaire Malanville-Karimama				73,7	73,7	67,5			
Zone Sanitaire Banikoara				45,6	45,6	36,9			
Zone Sanitaire Kandi-Gogounou-Ségbana				73,3	73,3	66,0			
Zone Sanitaire Grand-Popo-Comè-Bopa-Houéyogbé	76,3	76,3	76,3						
Zone Sanitaire Lokossa-Athiémé							69,7	69,7	72,5
Zone Sanitaire Klouékanmey-Lalo-Toviklin	70,5	70,5	70,5						
Zone Sanitaire Aplahoué-Dogbo-Djakotomey				77,4	77,4	77,2			
Zone Sanitaire Porto-Novo-Aguégués-Sèmè-Kpodji				52,0	52,0	50,7			
Zone Sanitaire Adjohoun-Dangbo-Bonou				80,0	80,0	76,6			
Zone Sanitaire Misséréte-Avrankou-Adjarra				52,6	52,6	43,2			
Zone Sanitaire Pobè-Kétou-Adja-Ouèrè				83,2	83,2	80,8			
Zone Sanitaire Sakété-Ifangni				73,6	73,6	64,9			
Zone Sanitaire Djidja-Abomey-Agbangnizoun				73,5	73,5	73,3			
Zone Sanitaire Bohicon-Zakpota-Zogbodomey				44,3	44,3	44,0			
Zone Sanitaire Covè-Ouinhi-Zagnanado	82,9	82,9	82,9						
Zone Sanitaire Dassa-Zoumè-Glazoué	68,8	68,8	68,8						
Zone Sanitaire Ouessè-Savè				62,4	62,4	60,5			
Zone Sanitaire Savalou-Bantè				71,9	71,9	70,7			

Source: DRFM/MS, 2012

Tableau annexe 2 : Répartition des zones sanitaires par département selon la strate

DEPARTEMENT	STRATE 1	STRATE 2	STRATE 3	TOTAL
ALIBORI		3		3
ATACORA		3		3
ATLANTIQUE		3		3
BORGOU	1	3		4
COLLINES	1	2		3
COUFFO	1	1		2
DONGA		3		3
LITTORAL	1	2		3
MONO	1		1	2
OUEME		3		3
PLATEAU		2		2
ZOU	2	1		3
TOTAL	7	26	1	34

L'effectif de la population selon les strates par département et par zone sanitaire se présente comme suit :

Tableau annexe 3 : Effectif de la population par département selon la strate

DEPARTEMENT	STRATE 1	STRATE 2	STRATE 3	TOTAL
ALIBORI	213 848	654 198		868 046
ATACORA		769 337		769 337
ATLANTIQUE		1 396 548		1 396 548
BORGOU	213 848	988 247		1 202 095
COLLINES	235 660	480 898		716 558
COUFFO	335 252	406 643		741 895
DONGA		542 605		542 605
LITTORAL	169 718	509 156		678 874
MONO	334 632		160 675	495 307
OUEME		1 096 850		1 096 850
PLATEAU		624 146		624 146
ZOU	165 002	686 621		851 623
TOTAL	1 667 960	8 155 249	160 675	9 983 884

Source: RGPH42013

Tableau annexe 4 : Effectif de la population par zone sanitaire selon la strate

ZONES SANITAIRES	STRATE 1	STRATE 2	STRATE 3	Ensemble
------------------	----------	----------	----------	----------

Zone Sanitaire Kouandé-Kérou-Pehunco		288 502		288 502
Zone Sanitaire Natitingou-Boukoumbé-Toucountouna		227 146		227 146
Zone Sanitaire Tanguiéta-Matéri-Cobly		253 689		253 689
Zone Sanitaire Bassila		130 770		130 770
Zone Sanitaire Djougou-Ouaké-Copargo		411 835		411 835
Zone Sanitaire Sô-Ava-Abomey-Calavi		774 462		774 462
Zone Sanitaire Allada-Toffo-Zè		335 375		335 375
Zone Sanitaire Ouidah-Kpomassè-Tori-Bossito		286 711		286 711
Zone Sanitaire Cotonou 1 & 4	169718			169 718
Zone Sanitaire Cotonou 2 & 3		169718		169 718
Zone Sanitaire Cotonou 5		169718		169 718
Zone Sanitaire Cotonou 6	169720			169 720
Zone Sanitaire Bembèrèkè-Sinendé	213 848			213 848
Zone Sanitaire Nikki-Kalalé-Pèrèrè		398 226		398 226
Zone Sanitaire N'Dali-Parakou		368 913		368 913
Zone Sanitaire Tchaourou		221 108		221 108
Zone Sanitaire Malanville-Karimama		234 681		234 681
Zone Sanitaire Banikoara		248 621		248 621
Zone Sanitaire Kandi-Gogounou-Ségbana		384 744		384 744
Zone Sanitaire Grand-Popo-Comè-Bopa-Houéyogbé	334 632			334 632
Zone Sanitaire Lokossa-Athiémé			160 675	160 675
Zone Sanitaire Klouékanmey-Lalo-Toviklin	335 252			335 252
Zone Sanitaire Aplahoué-Dogbo-Djakotomey		406 643		406 643
Zone Sanitaire Porto-Novo-Aguégués-Sèmè-Kpodji		532 307		532 307
Zone Sanitaire Adjohoun-Dangbo-Bonou		215 294		215 294
Zone Sanitaire Missérété-Avrakou-Adjarra		349 249		349 249
Zone Sanitaire Pobè-Kétou-Adja-Ouèrè		396 190		396 190
Zone Sanitaire Sakété-Ifangni		227 956		227 956
Zone Sanitaire Djidja-Abomey-Agbangnizoun		289 354		289 354
Zone Sanitaire Bohicon-Zakpota-Zogbodomey		397 267		397 267
Zone Sanitaire Covè-Ouinhi-Zagnanado	165 002			165 002
Zone Sanitaire Dassa-Zoumè-Glazoué	235 660			235 660
Zone Sanitaire Ouessè-Savè		229 139		229 139
Zone Sanitaire Savalou-Bantè		251 759		251 759
TOTAL	1 623 832	8 199 377	160 675	9 983 884

Source : RGPH4 2013

ANNEXE 3 : ANALYSE DE LA PERSISTANCE DES PROBLEMES MAJEURS DU SECTEUR (REFERENCE PNDS)

Cinq années après l'adoption du PNDS, la plupart des problèmes évoqués dans le secteur sont encore d'actualité malgré les efforts déployés en matière de planification. Ils concernent :

La fonctionnalité des zones sanitaires

Le niveau de fonctionnalité des hôpitaux de zones ou des centres de santé des 5 zones sanitaires visitées, tiré du tableau de fonctionnalité des hôpitaux de zone en 2012, se présente comme ci-après:

Tableau annexe 5: Fonctionnalité des hôpitaux de zones visitées en 2012

Numéro	Zones Sanitaires	Existence	Fonctionnalité	Observations
01	Bembérékè- Sinendé	Oui	Oui	Hôpital confessionnel
02	Dassa-Zoumé-Glazoué	Oui	Oui	Bon
03	Lokossa-Athiémé	Oui	Oui	A construire
04	Allada-Toffo-Zè	Non	Non	A construire

Source : DNSP/MS,2012

Le tableau ci-dessus ressort que sur les 5 zones sanitaires, 4 ont un hôpital de zone dont un hôpital confessionnel. Toutefois, ces 4 hôpitaux de zones ont à des niveaux de fonctionnalité différents. En réalité, la situation est plus préoccupante sur le terrain et contraste avec les écrits. En dehors de la qualité peu confortable des infrastructures et des équipements, les capacités du personnel soignant sont globalement faibles. En outre, il n'existe pas encore un cadre juridique de gestion et de développement des actions de santé entre les Zones Sanitaires et les collectivités locales à la base. La création de ce cadre s'impose pour renforcer les capacités des structures de gestion à planifier, à coordonner et à évaluer afin d'assurer à tous les niveaux de la pyramide sanitaire les conditions optimales d'exécution du plan de développement du secteur.

Dans le secteur, il existe un réseau des agents communautaires en santé dont l'effectif total des agents communautaires n'est pas encore maîtrisé et sur qui s'appuient de nombreuses

initiatives à la base de la pyramide. Chaque programme vertical recrute ses agents et les motive selon les moyens dont il dispose. Malgré ses efforts communautaires, le statut, les rôles et les responsabilités des agents communautaires ne sont pas bien définis. Ils sont des sources de confusions et de stigmatisation par rapport aux agents de santé fonctionnaires.

Pour assurer le développement du secteur, la politique de décentralisation est donc largement basée sur les deux niveaux (intermédiaire et périphérique) de la pyramide sanitaire représentés par les DDS et les zones sanitaires. Ces zones sont considérées comme la cheville ouvrière du système de santé à la base mais la gouvernance comme choix d'une meilleure organisation des actions du secteur se trouve encore confrontée à des dysfonctionnements au niveau de la pyramide sanitaire qui se traduisent par l'interférence des prérogatives avec la hiérarchie. La clarification de ces prérogatives, le renforcement du partenariat

et la promotion de l'éthique sont des aspects importants à redéfinir pour un bon fonctionnement du secteur. Il paraît donc nécessaire et primordial de renforcer les capacités des structures de gestion à planifier, à coordonner et à évaluer afin d'assurer à tous les niveaux de la pyramide sanitaire les conditions optimales d'exécution du plan de développement du secteur. Le principe de décentralisation du secteur poursuit son petit bonhomme de chemin, mais des insuffisances existent encore au niveau de la gestion à la base que l'élaboration et la mise en œuvre du Plan de décentralisation et de déconcentration du ministère de la santé pourrait corriger.

Le développement des zones sanitaires a du mal à se réaliser pour plusieurs raisons: (i) le poids financier du Domaine stratégique 5 du PNDS, renforcement de la gestion du secteur, dans lequel se trouvent les programmes 12 (Renforcement institutionnel) et 13 (Développement des Zones Sanitaires) est faible (2%). Ce poids mérite d'être corrigé après l'évaluation à mi-parcours, car il ne traduit pas l'importance des zones sanitaires proclamée dans le processus de développement du système de santé du Bénin; (ii) le caractère dynamique de l'évolution de la population et les difficultés relatives au respect des normes dans le secteur; (iii) le besoin de renforcement de capacités en ressources humaines qualifiées et en ressources financières des structures régionales pour mieux jouer leur rôle.

Au total, les problèmes qui fragilisent la fonctionnalité du secteur de la santé peuvent se résumer comme ci-après: (i) non implication de tous les acteurs œuvrant dans la zone; (ii) inadéquation entre les ressources (humaines, financières et matérielles) et les

besoins exprimés; (iii) non-respect de la référence et de la contre référence.

Malgré cette situation, la plupart des acteurs du secteur de la santé interrogés reconnaissent la pertinence de la création des zones sanitaires, qui demeurent des entités de base, solides et proches des populations bénéficiaires des soins.

Les ressources Humaines

La performance du système de santé dépend essentiellement de l'existence des ressources humaines qualifiées en quantité suffisante ainsi que la manière dont elles sont gérées et utilisées. La gestion des ressources humaines dans le secteur rencontre encore des insuffisances au niveau de la prévision, des moyens de formation utilisés pour les mettre sur le marché de travail, des moyens pour assurer le contrôle de mouvement de personnel (affectation, retraite, remplacement...) en temps réel. L'absence d'une politique de formation et de l'emploi ne permet pas d'assurer l'adéquation entre la formation et les besoins. Il n'existe pas de plans de carrière et de politique de promotion basée sur la performance. La gestion centralisée du personnel ne permet pas de prendre des mesures adaptées aux réalités de terrain. Le système d'information n'étant pas bien instauré, la recherche de données et la gestion des fichiers du personnel connaissent des difficultés. Il existe au niveau du secteur un déficit en personnel qualifié. L'analyse de la situation des ressources humaines met en exergue les principaux problèmes du secteur: (i) la faible capacité institutionnelle pour la gestion des ressources humaines au niveau central et au niveau déconcentré, (ii) l'insuffisance de coordination, planification, programmation et de suivi-évaluation au niveau central et

décentralisé, (iii) le déséquilibre entre la formation des professionnels de Santé et les besoins en terme quantitatif, (iv) le déséquilibre entre les profils et compétences des professionnels de santé et les besoins du système de santé, (iv) la faible valorisation des ressources humaines du point de vue de leur rémunération, leur profil de carrière et du renforcement continu de leur compétence, (v) la faiblesse du système d'information stratégique, (vi) l'insuffisance des allocations budgétaires pour la satisfaction des besoins en ressources humaines, (vii) l'insuffisante marge de manœuvre des structures intermédiaires et périphériques sur la gestion des mouvements du personnel, (viii) le reversement de 4521 agents à statuts précaires dans le corps des agents contractuels de l'Etat, (ix) la rareté de certaines spécialités pointues du secteur et (x) des disparités importantes dans la répartition spatiale et la répartition des compétences au niveau du secteur.

Au total, la problématique du développement des ressources humaines pour la santé au

Bénin se rapporte aux domaines que sont (i) le cadre de planification, de programmation et de suivi-évaluation, (ii) le cadre institutionnel de coordination des interventions en matière de ressources humaines au niveau du secteur, (iv) les capacités techniques de gestion efficace des ressources humaines, (v) les capacités opérationnelles d'utilisation optimum des ressources humaines, (vi) l'environnement institutionnel, réglementaire et professionnel de promotion et de valorisation des ressources humaines pour la santé.

Ces domaines déterminent dans une certaine mesure les axes d'intervention sur lesquels devront porter les efforts du Gouvernement et ceux des parties prenantes pour trouver des solutions durables aux problèmes relatifs aux ressources humaines dans le secteur.

Le tableau ci-dessous présente les principaux ratios du personnel soignant par corps et par département en 2012.

Tableau annexe 6: Principaux ratios du personnel soignant par corps et par département en 2012

Département	Population	Médecins		Infirmiers		Sages-femmes		Ratio (Méd+ Inf+ SFE) pour 10000 Habts
		Nb	Ratio Population / Effectif	Nb	Ratio Populat. / Effectif	Nb	Ratio Populat./ Effectif	
Alibori	720 812	18	40 045	264	2 730	24	5 343	4,2
Atacora	759 992	66	11 515	347	2 190	49	2 500	6,1
Atlantique	1 108 944	298	3 721	686	1 617	116	1 029	9,9
Borgou	1 001 724	71	14 109	668	1 500	39	1 958	7,8
Collines	741 327	30	24 711	289	2 565	49	3 632	5
Couffo	725 644	21	34 554	155	4 682	30	4 680	2,8
Donga	484 231	19	25 486	179	2 705	37	2 757	4,9
Littoral	920 013	747	1 232	1134	811	169	641	22,3
Mono	498 028	38	13 106	201	2 478	53	1 938	5,9
Ouémé	1 010 855	199	5 080	657	1 539	196	1 011	10,4

Plateau	563 151	34	16 563	147	3 831	51	2 920	4,1
Zou	829 898	60	13 832	411	2 019	94	2 075	6,8
Bénin	9 364 619	1601	5 849	5138	1 823	1270	1 524	8,6

Source : DRH/MS

La moyenne nationale du ratio nombre d'habitants par médecin est de 5849 habitants. Sur la base de la norme de l'OMS qui est de 10000 habitants par médecin, on constate que des efforts sont faits pour respecter la norme au plan national. Des efforts doivent être faits pour corriger les grandes disparités observées au niveau des départements. Sur les douze départements que compte le pays, il y en a seulement trois qui respectent la norme. Il s'agit de l'Atlantique (3721 habitants), du Littoral (1232 habitants) et de l'Ouémé (5080 habitants). La situation est très critique dans l'Alibori qui compte plus de 40000 habitants pour un médecin.

En ce qui concerne le ratio nombre d'habitants par infirmier, il est sur le plan national de 1823 pour les effectifs du public. Le ratio le plus élevé provient du Couffo avec plus de 4000 habitants par infirmier, le plus bas vient du Littoral avec 811 habitants par infirmier.

Pour les sages-femmes, la norme de l'OMS est de 5000 femmes en âge de procréer par [sage-femmesage-femme](#). Le ratio nombre de Femmes en Age de Procréer par sage-femme est de 1270 au niveau national lorsqu'on considère uniquement les effectifs du public. Le Littoral est le département le plus favorisé avec 641 femmes en âge de procréer par sage-femme, et les deux départements les plus défavorisés sont l'Alibori (5343 femmes) et le Couffo (4680 femmes).

La distribution du personnel est déséquilibrée en dé faveur du niveau périphérique et contraste avec la pyramide sanitaire en vigueur. La coexistence de plusieurs statuts dans le secteur rend la gestion du personnel difficile et le fonctionnement des formations sanitaires complexe. Elle affecte la cohésion de l'équipe ainsi que le climat social du centre de santé. En outre, parmi les Agents Permanents de l'Etat du secteur de la santé, il y a des enseignants de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou et de l'Ecole de Médecine de Parakou qui ont une double activité d'enseignement et de soins, mais qui relèvent uniquement du Ministère chargé de l'Enseignement Supérieur. Ces derniers dont les compétences sont du fait de leurs spécialités se sentent stigmatisés et écartés des questions stratégiques du secteur.

En outre, l'insuffisance de mesures incitatives, notamment en faveur des agents qui exercent dans des régions reculées et déshéritées du Bénin, contribue à la démotivation du personnel soignant. Le tableau sombre des capacités humaines actuelles traduit les difficultés rencontrées dans le secteur à planifier et programmer le recrutement du personnel médical et paramédical spécialisé.

Aujourd'hui, avec l'appui financier de la Banque Mondiale, de GAVI et du Fonds Mondial apporté au Gouvernement du Bénin, le secteur de la santé vit une nouvelle expérience appréciée par les acteurs du

secteur, notamment les responsables des structures sanitaires bénéficiaires, puisqu'il vise entre autres à accroître la responsabilisation et la motivation des établissements de santé et de leur personnel.

Cette expérience portée par le Projet de renforcement du système de santé contribue à l'atteinte de l'Objectif du Millénaire pour le développement sur la santé maternelle à travers l'achat des résultats. Les agents de la santé interrogés sur la pertinence de l'approche de financement basé sur les résultats ont reconnu que ce projet est opportun et aidera à terme à la correction des dysfonctionnements constatés dans les zones sanitaires pilotes. Toutefois, certains responsables de formations sanitaires déplorent que l'approche de Financement Basé sur les Résultats ne soit pas encore mise à l'échelle du territoire national. D'autres s'interrogent sur sa durabilité, étant donné que ce mécanisme lie les incitations financières aux résultats.

Enfin, les résultats de la récente évaluation d'étape de l'approche révèlent des pratiques peu recommandables et déplorables de quelques responsables de structures bénéficiaires, qui obèrent les efforts déployés et les acquis. Il s'agit des questions relatives à la transparence dans l'utilisation et la gestion des ressources financières allouées dans les zones sanitaires qui repose le problème récurrent de la mal gouvernance dans le secteur.

Les infrastructures et équipements

De gros efforts ont été faits ces dernières années pour améliorer la couverture en infrastructures et équipements dans le secteur de la santé. Malgré ces efforts, des disparités existent notamment dans les départements du Zou/Collines où le taux de couverture en CS (76%) est en deçà de la moyenne nationale (89,03%). Si le taux de couverture en CHD est globalement satisfaisant, celui en hôpital de zone n'est pas reluisant. En effet, il est de 60% dans l'Ouémé-Plateau, 67% au niveau du Zou-Collines et de 71% dans l'Atlantique-Littoral qui sont tous en deçà de la moyenne nationale (79%). Seuls les départements du Borgou-Alibori et Mono-Couffo sont totalement couverts en Hôpital de zone. En dehors de ces disparités, il y a aussi l'état de délabrement dans lequel se trouvent près de 40% de ces infrastructures qui, pour la plupart, ne sont pas conformes aux normes. En effet, l'insuffisance de suivi de l'exécution des travaux est l'une des raisons qui explique cette situation. L'absence d'une politique adéquate de répartition des infrastructures est la principale cause de l'inégale répartition observée. Le manque d'articulation entre les niveaux central, intermédiaire et périphérique de planification, est source de gaspillage de ressources. En effet, politiciens et les opérateurs économiques détenteurs de ressources investissent unilatéralement dans les infrastructures sanitaires sans rechercher les priorités du secteur retenues dans la carte sanitaire.

Le tableau ci-dessous présente la situation en couverture sanitaire en 2012.

Tableau annexe 7: Situation des infrastructures sanitaires

Formations sanitaires	REGIONS
-----------------------	---------

	Atacora / Donga	Atlantique / Littoral	Alibori / Borgou	Mono / Couffo	Ouémé / Plateau	Zou / Collines	Bénin
Nombre d'Arrondissements	73	87	84	86	81	136	547
Nombre d'Arrondissements couverts en CS	69	78	81	78	78	103	487
Taux de couverture sanitaire en %	95,00	90,00	96,00	91,00	96,00	76,00	89,03
Nombre de communes	13	9	14	12	14	15	77
Nombre de communes couvertes en CS	13	9	14	12	14	15	77
Taux de couverture sanitaire des communes en %	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Nombre de Zones Sanitaires	5	7	7	4	5	6	34
Nombre de ZS couvertes en HZ	4	5	7	4	3	4	27
Taux de couverture sanitaire en %	80,00	71,00	100,00	100,00	60,00	67,00	79,00
CHD	1	0	1	1	1	1	5
Nombre de département	1	1	1	1	1	1	6
Taux de couverture en %	100,00	0,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Source: SNIGS/ DPP/MS

On note une insuffisante cohérence et harmonisation dans la programmation de l'achèvement des travaux de construction, la dotation des bâtiments en équipements et l'affectation du personnel requis. Cette situation inconfortable, ajoutée au manque d'ambulance appropriée dans les centres de santé pour référer en temps réel des cas urgents, retarde la mise en service et l'utilisation des formations sanitaires. Quelques zones sanitaires continuent d'utiliser encore les vieilles ambulances provenant du Don d'INDE. Ces situations procèdent également de: (i) la capacité d'entretien et de maintenance limitée du secteur; (ii) la multiplicité des marques des équipements sans aucune formation ou recyclage des techniciens de maintenances; l'insuffisance de spécialistes qui assurent la maintenance; l'inexistence d'un manuel de procédures pour la maintenance des dispositifs médicaux.

Au total, il est à noter une mauvaise planification en matière d'infrastructures et équipements (construction/acquisition, maintenance).

ANNEXE 4 : EXECUTION FINANCIERE

Tableau annexe 8: Exécution financière de 2010 à 2012

Années	Exécution financière	Analyse des écarts	
		Financiers	Physiques
2010	<p>Le budget-programme 2010 du secteur santé est exécuté au 31 décembre 2010 à hauteur de 30,86% (base engagement y compris les charges de personnel estimées à 14 823 150 000) soit un montant de 25 446 497 242 FCFA sur une dotation de 82 462 600 000 FCFA.</p> <p>Par rapport aux ressources intérieures qui s'élèvent à 60.326.465.000 de FCFA, la consommation est de 24.100.977.496 FCFA, soit un taux d'exécution de 39,95%.</p> <p>Le taux de 30,86% ne reflète pas l'effort réel du secteur du fait que les engagements relatifs aux dépenses du personnel ne sont pas renseignés et ceux relatifs aux ressources extérieures de l'investissement ne sont pas exhaustifs. Ainsi, le taux d'engagement hors salaire et PIP ressources extérieures s'évalue à 58,18% en 2010.</p> <p>En ce qui concerne les crédits délégués et les fonds sanitaires des indigents, leur taux d'exécution s'élève en 2010 respectivement à 96,41% et 81,78% soit 4 150 268 602 FCFA et 1 022 209 059 F CFA.</p> <p>Par ailleurs, il est à souligner que l'année 2010 a été particulière du fait que le Ministère n'a pas pu avoir accès à tous les crédits prévus avec les fermetures répétées du SIGFiP ou son</p>	<p>Il ressort de cette analyse que 57 016 102 758 F CFA n'ont pas été consommés. Cet écart cache des disparités entre les domaines. Ce gap important révèle une faiblesse au niveau de la chaîne d'exécution des dépenses publiques du secteur.</p> <p>Par ailleurs, la faible consommation des ressources sur PIP serait attribuée notamment aux difficultés relatives aux procédures nationales de passation des marchés publics.</p>	<p>Au cours de l'année 2010, sur un total de 1682 activités prévues pour l'ensemble des domaines, 1238 ont connu des taux de réalisation variant entre 6 et 100%.</p> <p>L'écart physique est de 444 activités prévues et non réalisées.</p> <p>Il est signalé que certaines structures ont exécuté des activités non prévues au PTA pour des raisons diverses.</p>

Années	Exécution financière	Analyse des écarts	
		Financiers	Physiques
	chargement partiel.		
2011	<p>Le budget-programme 2011 du secteur santé est exécuté au 31 décembre 2011 à hauteur de 69,95% (base engagement y compris les charges de personnel estimées à 12 515 909 000) soit un montant de 48 370 642 648 FCFA sur une dotation de 69 153 048 000 FCFA. Par rapport aux ressources intérieures qui s'élèvent à 39 642 648 000 FCFA, la consommation est de 34 285 802 571 FCFA, soit un taux d'exécution de 86,49%.</p> <p>En ce qui concerne les crédits délégués et les fonds sanitaires des indigents, leur niveau d'engagement en 2011 est respectivement de 3 080 866 996 FCFA et 749 964 444 FCFA, soit 74,49% et 60,00%.</p> <p>Par ailleurs, l'année 2011 a connu les mêmes problèmes que l'année 2010, du fait que le Ministère n'a pas pu avoir accès à tous les crédits prévus avec à la clé, la fermeture intermittente du SIGFiP ou son chargement partiel.</p>	<p>Il ressort de cette analyse que 20 782 674 421 F CFA n'ont pas été consommés. Cet écart important (15 425 828 992 FCFA non consommés sur 29 510 400 000 FCFA) s'explique surtout par le faible taux de consommation des crédits sur ressources extérieures. Il faut y ajouter l'absence des données sur le financement extérieur au niveau du SIGFiP.</p>	<p>Au cours de l'année 2011, sur un total de 4481 activités prévues pour l'ensemble des domaines, 3077 ont été réalisées à des taux variables. L'écart est de 1404 activités prévues et non réalisées. Il est à noter également que certaines structures ont eu à exécuter des activités non prévues au PTA pour des raisons diverses. Au nombre de ces activités, on peut noter l'appui du Ministère lors de la survenue de catastrophes, d'intoxications alimentaires etc.</p>
2012	<p>Le budget-programme 2012 du Ministère de la Santé est exécuté au 31 décembre 2012 à hauteur de 87,03% (base engagement y compris les charges de personnel estimées à 13 730 357 617 FCFA) soit un montant de 58 079 534 140 FCFA. sur une dotation de 66 734 903 000 FCFA</p> <p>Par rapport aux ressources intérieures qui s'élèvent à 48 034 903 000 FCFA, la consommation est de 54 183 756 289 FCFA, soit un</p>	<ul style="list-style-type: none"> - le dépassement dans la consommation du crédit alloué sur le fonctionnement s'explique par des paiements de dettes effectuées par le Ministère de l'Economie et des Finances ; - la non consommation de 	<p>Sur un total de 2346 activités prévues au cours de l'année 2012, 1792 (76,48%) ont été réalisées à des taux d'exécution divers. Au niveau de certaines structures, des activités non prévues au PTA ont été réalisées</p>

Années	Exécution financière	Analyse des écarts	
		Financiers	Physiques
	<p>taux d'exécution de 112,80%.</p> <p>Ce dépassement de crédits autorisé par le MEF à hauteur de 6 148 853 289 FCFA est dû à des engagements faits pour des dettes des années antérieures dont le paiement n'a pas été programmé pour l'année 2012, à l'apurement des dettes liées à la prise en charge des</p> <p>hémodialysés et évacués à l'intérieur et à l'extérieur du pays et au paiement des arriérés de salaires aux agents sur fonds mesures sociales en instance de reversement.</p> <p>En ce qui concerne les crédits délégués et les fonds sanitaires des indigents, les engagements sont respectivement de 3 977 990 830 FCFA soit 93,50% et de 1 363 237 949 FCFA soit 104,86%.</p> <p>Ce dépassement est lié à l'accord d'un fonds de concours du MEF pour assurer les évacuations sanitaires des indigents.</p>	<p>l'intégralité des crédits PIP est due à la non disponibilité des données du financement extérieur au niveau du SIGFIP et la lenteur dans le processus de passation des marchés publics ;</p> <p>- la faiblesse de la consommation des crédits sur ressources extérieures (14 804 222149 FCFA non consommés sur 18 700 000 000 FCFA) explique en grande partie ce niveau toujours élevé de perte de ressources par rapport à la dotation du Budget du secteur en 2012.</p>	<p>pour des raisons diverses (les catastrophes, les épidémies de méningite et de choléra, les évacuations sanitaires, les intoxications alimentaires etc.). Par ailleurs, certaines activités ont été financées et exécutées hors budget-programme par certains PTF en raison des procédures propres à ces derniers. Il s'agit notamment des activités sur le Fonds Mondial pour le VIH/SIDA, le Paludisme et la Tuberculose.</p>

Source : Rapports de performance du MS

ANNEXE 5 : INDICATEURS DE SUIVI EVALUATION

Tableau annexe 9: Indicateurs du Programme 1

Réduction de la mortalité maternelle et infantile, prévention et lutte contre la maladie et amélioration de la qualité des soins (11 indicateurs)

Indicateurs	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Taux d'accouchements assistés %	81	81	81	81	81	81	81
Taux de consultations prénatales %	9,1	94	94,9	>94	>94	>94	>94
Taux d'utilisation de Méthodes contraceptives modernes	21,2	22,1	18,8	>14	>14	>14	>14
Taux de séroprévalence du VIH chez les consultantes prénatales au BENIN	2%	1,7%	1,9%	<1,7%	<1,7%	<1,7%	<1,7%
Pourcentage de femmes Enceintes dormant sous moustiquaires imprégnées	54,8	60	76	>60	>60	>60	>60
Pourcentage d'enfants moins de 5 ans dormant sous moustiquaires imprégnées	56,3	64	71	>50	>50	>50	>50
Létalité du paludisme pour 1000 cas	1,1	0,8	1,2	1	1	1	1
Taux de succès thérapeutique en%	89	90	91	>91	>91	>91	>901
Nombre de nouveaux cas de lèpres dépistés	248	227	246	450	450	450	450
Taux de couverture Vaccinale du PEV(DTCP3)%	98	95	94,9	>96,4	>96,4	>96,4	>96,4
Taux de couverture Vaccinale du PEV(VAR) %	96,0	87,8	89	>=81	>=81	>=81	>=81

Source: budget-programme 2013-2015

Tableau annexe 10 : Indicateurs du programme 2-Valorisation des ressources humaines (5 indicateurs)

Indicateurs	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Pourcentage d'agents inscrits au fichier du personnel			38	38	38	38	38
Taux de couverture des besoins en RHS			64	64	64	64	64
Taux de couverture des besoins en formation			36	36	36	36	36
Taux de satisfaction au travail chez le personnel			33	33	33	33	33
Proportion du personnel performant au poste conformément au guide d'évaluation			65	65	65	65	65

Source: budget-programme 2013-2015

Tableau annexe 11: Indicateurs du Programme 3, Renforcement du partenariat dans le secteur et promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale (3 indicateurs)

Indicateurs	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombres de conventions spécifiques signées entre le MS et les autres ministères.			0	4	4	4	4
Proportion de Zones Sanitaires dont les actions respectent le cadre réglementaire de gestion et de développement des actions de santé entre les zones sanitaires et les collectivités locales à la base.			76	80	83	87	87
Taux de satisfaction des populations de la qualité des soins.			43	50	60	65	65

Source: budget-programme 2013-2015

Tableau annexe 12: Indicateurs du Programme 4, Mécanisme de financement du secteur (3indicateurs)

Indicateurs	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Proportion de ménages ayant souscrit au RAMU	50	50	50	50	50	50	50
Proportion de ménages ayant souscrit à une mutuelle de santé	80	80	80	80	80	80	80
Proportion de pauvres, indigents et couches Vulnérables ayant accès aux soins de santé	60	60	60	60	60	60	60

Source: budget-programme 2013-2015

Tableau annexe 13 : Indicateurs du Programme5, Renforcement de la gestion du secteur (4indicateurs)

Sous-programme: Renforcement institutionnel

Libellé des indicateurs	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Taux d'accroissement du budget du secteur santé dans le budget général de l'Etat	10	10	10	11	11	11	

Sous-programme : Développement des zones sanitaires

Indicateurs	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Proportion de zones sanitaires fonctionnelles	78	79	79	80	80	80	80
Taux de couverture en infrastructures sanitaires	90	90	90	90	90	90	90
Taux de fréquentation des enfants de moins de cinq ans	>75	>75	>75	>75	>75	>75	>75

Source: budget-programme 2013-2015

ANNEXE 5 : INDICATEURS DE SUIVI EVALUATION

Tableau annexe 14: Indicateurs du Programme1

Réduction de la mortalité maternelle et infantile, prévention et lutte contre la maladie et amélioration de la qualité des soins (11 indicateurs)

Indicateurs	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Taux d'accouchements assistés %	81	81	81	81	81	81	81
Taux de consultations prénatales %	9,1	94	94,9	>94	>94	>94	>94
Taux d'utilisation de méthodes contraceptives modernes	21,2	22,1	18,8	>14	>14	>14	>14
Taux de séroprévalence du VIH chez les consultantes prénatales au BENIN	2%	1,7%	1,9%	<1,7%	<1,7 %	<1,7 %	<1,7
Pourcentage de femmes enceintes dormant sous moustiquaires imprégnées	54,8	60	76	>60	>60	>60	>60
Pourcentage d'enfants moins de 5 ans dormant sous moustiquaires imprégnées	56,3	64	71	>50	>50	>50	>50
Létalité du paludisme pour 1000	1,1	0,8	1,2	1	1	1	1
Taux de succès thérapeutique en %	89	90	91	>91	>91	>91	>91
Nombre de nouveaux cas de lèpres dépistés	248	227	246	450	450	450	450
Taux de couverture Vaccinale du PEV(DTCP3)%	98	95	94,9	>96,4	>96,4	>96,4	>96,4
Taux de couverture Vaccinale du PEV(VAR) %	96,0	87,8	89	>=81	>=81	>=81	>=81

Source : budget-programme 2013-2015

Tableau annexe 15 : Indicateurs du programme2 - Valorisation des ressources humaines (5 indicateurs)

Indicateurs	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Pourcentage d'agents inscrits au fichier du personnel			38	38	38	38	38
Taux de couverture des besoins en RHS			64	64	64	64	64
Taux de couverture des besoins en formation			36	36	36	36	36
Taux de satisfaction au travail chez le personnel			33	33	33	33	33
Proportion du personnel performant au poste conformément au guide d'évaluation			65	65	65	65	65

Source : budget-programme 2013-2015

Tableau annexe 16 : Indicateurs du Programme3, Renforcement du partenariat dans le secteur et promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale (3 indicateurs)

Indicateurs	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombres de convention spécifiques signés entre le MS et les autres ministères			0	4	4	4	4
Proportion de Zones Sanitaires dont les actions respectent le cadre règlementaire de gestion et de développement des actions de santé entre les zones sanitaires et les collectivités locales à la base			76	80	83	87	87
Taux de satisfaction des populations de la qualité des soins			43	50	60	65	65

Source : budget-programme 2013-2015

Tableau annexe 17 : Indicateurs du Programme 4, Mécanisme de financement du secteur (3 indicateurs)

Indicateurs	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Proportion de ménages ayant souscrit au RAMU	50	50	50	50	50	50	50
Proportion de ménages ayant souscrit à une mutuelle de santé	80	80	80	80	80	80	80

Proportion de pauvres, indigents et couches vulnérables ayant accès aux soins de santé	60	60	60	60	60	60	60
--	----	----	----	----	----	----	----

Source : budget-programme 2013-2015

Tableau annexe 18 : Indicateurs du Programme 5, Renforcement de la gestion du secteur (4 indicateurs)

Sous-programme : Renforcement institutionnel

Libellé des indicateurs	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Taux d'accroissement du budget du secteur santé dans le budget général de l'Etat	10	10	10	11	11	11	

Sous-programme : Développement des zones sanitaires

Indicateurs	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Proportion de zones sanitaires fonctionnelles	78	79	79	80	80	80	80
Taux de couverture en infrastructures sanitaires	90	90	90	90	90	90	90
Taux de fréquentation des enfants de moins de cinq ans	>75	>75	>75	>75	>75	>75	>75

Source : budget-programme 2013-2015

ANNEXE 6 : METHODOLOGIE D'ELABORATION DU BUDGET-PROGRAMME PAR OBJECTIF SECTORIEL DU MINISTERE DE LA SANTE

METHODOLOGIE D'ELABORATION DU BUDGET-PROGRAMME PAR OBJECTIF SECTORIEL DU MINISTERE DE LA SANTE

CONTENU TECHNIQUE DE PROGRAMMATION ET BUDGETISATION

(GUIDE SOMMAIRE)

1. CONCEPTS ET NOTIONS ESSENTIELLES

1.1. *Approche programme*

Le concept d'**approche programme** englobe une **vision sectorielle**, plus large que l'approche projet qui reste cloisonnée et très limitée en terme d'efficience et d'efficacité.

En réalité, l'approche programme sectorielle consiste à élaborer un programme pour l'ensemble du secteur visant à réaliser les objectifs finaux auxquels l'on veut parvenir, par opposition à la vision très partielle et morcelée que donnent l'approche projet.

Ainsi, tout projet d'un ministère devra être intégré dans l'approche programme et traité comme tel en termes de participation aux objectifs finaux du secteur.

1.2. *budget-programme par Objectif*

Le budget-programme par Objectif (BPO) est un instrument de programmation, de budgétisation par objectif et de gestion axé sur les résultats, qui permet de mobiliser et d'orienter les financements sur la base d'une vision complète de toutes les actions qu'il faudrait mettre en œuvre pour parvenir aux objectifs que le secteur se donne. Il est méthodologiquement différent de budget-programme (Tout court) en ce sens qu'il ne se contente pas des financements mobilisés à travers les projets et programmes du ministère. Le processus d'élaboration du BPO se termine par le BP

La notion d'objectif est aussi très importante à clarifier : il s'agit des objectifs finaux (effets, impacts) du secteur, indiquant le service à rendre à la population (service qui touche les populations bénéficiaires.) Chaque programme doit ainsi dégager des objectifs traduits en effets attendus surtout en termes de performance sectorielle.

1.3. *Financement du BPO*

Il faut noter que le financement d'une approche programme peut être entièrement sous forme d'appui projet. L'approche programme n'est pas contradictoire avec un financement par projet et n'oblige pas à des financements sous forme d'Aide Budgétaire Sectorielle (ABS) même si cela est un des intérêts de l'approche. Pour l'instant, la chaîne des dépenses nationales doit encore améliorer certains aspects techniques et d'organisation pour prétendre à la gestion des ABS qui reste un mode de financement utile pour plusieurs

partenaires et donnent une latitude de gestion et d'appropriation du développement sectoriel.

L'existence d'unités de projets ou de gestion est en contradiction avec l'approche programme car l'adoption de l'approche programme implique la coordination par l'administration elle-même, et non par des coordonnateurs de projets ne restant pas à leur poste dans l'administration. La coordination par l'administration sectorielle permet le maintien dans l'administration des ressources humaines compétentes, ce qui permet d'accroître les moyens de fonctionnement des administrations en y dirigeant les moyens qui seraient parties dans des cellules de projets.

- **La confusion entre les programmes à mettre en œuvre (responsabilité nationale) et les moyens à mobiliser (notamment les projets financés par les PTF) a souvent conduit à un affaiblissement de la fonction programmation et de la vision sectorielle dans les Ministères.**

L'approche programme est destinée à redonner au Ministère de la Santé l'appropriation de ses objectifs et programmes et à repositionner les PTF sur leurs fonctions originelles. C'est pour cela que la Déclaration de Paris a comme premier engagement l'alignement des PTF (et de leurs appuis) sur les budgets-programmes nationaux.

- **Outils de programmation budgétisation : budget-programme par objectif BPO**

La mission propose le **budget-programme par objectif BPO au Ministère** comme l'outil principal de programmation et de budgétisation. Le BPO permet de catégoriser les effets, produit et activités par rapport aux objectifs finaux (ou objectifs globaux). L'intérêt du BPO est qu'il est plus analytique et articulé sur les besoins réels des bénéficiaires avec une notion de performance de service à fournir aux populations. C'est bien contraire à l'approche moyen qui domine beaucoup de formulation d'objectifs et le BP et programme actuellement en cours au MS qui tient beaucoup plus des financements disponibles non arrimés sur les besoins réels et les objectifs fixés.

On parle de Budget-Programme par objectif (BPO) pour mettre l'accent sur Objectif final d'un programme. Cette notion est fondamentale en programmation publique car l'objectif final (Impact, but, finalité, etc.) d'une stratégie publique remet le bénéficiaire (la population, les ménages, etc.) au centre des programmes.

La définition de ces objectifs suppose qu'on établisse une situation initiale et une situation projetée "objectif" à une échéance N+3 ou N+5). Cet objectif final doit être décliné par région, par département, par zone sanitaire et par commune ; en tenant compte bien sûr de la croissance démographique et des choix d'équités.

Sur la base des objectifs finaux à atteindre, le programme est généré par l'ensemble des moyens mis en œuvre pour atteindre un objectif final : les techniques de programmation consistent à identifier en cascade et calibrer à la mesure des objectifs toutes les actions successives ou complémentaires à mettre en œuvre. (Notion du cadre logique)

- **Le CDMT (Cadre de Dépense à Moyen Terme)**

Le CDMT est un outil de présentation financière des prévisions budgétaires. Il ne doit pas s'imposer comme une logique de programmation partant du haut (c'est dire directive), mais doit être un cadre standardisé des Budgets de programmes, élaborés dans une approche ascendante, et dans une logique sectorielle. Donc le CDMT ne remplace pas le BPO. Ce dernier le précède et vient s'insérer dans le CDMT.

Remarque : le CDMT sectoriel un format de présentation financière des dépenses d'investissement et de fonctionnement d'un ministère, d'un sous-secteur ou d'un secteur. Ce format est en principe standardisé par le Ministère de l'Economie et des Finances pour que tous les Ministères travaillent sur la même base et que tous les CDMT puissent être consolidés dans un CDMT global national.

2. Description du processus

Le contenu technique du guide se focalisera sur le processus d'élaboration d'un budget-programme par Objectif de ministère en lien direct avec la démarche recommandée pour l'élaboration du CDMT.

Ce processus peut est structuré par les étapes suivantes :

- Structuration de la logique d'intervention par l'élaboration du Cadre Logique du Ministère ;
- Établissement de la situation de base (référence initiale) (communes, départements, régions, national) ;
- Fixation d'un Objectif à atteindre à une échéance donnée (par communes, ZS, départements, régions, national) ;
- Programmation des actions par rapport aux objectifs (besoins)
- Budgétisation des besoins (dépenses prévisionnelles)
- Arbitrages des besoins et évaluation des capacités et concertations
- Inventaires et analyses des ressources
- Analyse du gap de financements
- Élaboration du CDMT ministériel
- Arbitrage budgétaires avec le ministère en charge des finances

2.1. Étape 1 : Structuration de la logique d'intervention du ministère : Elaboration du Cadre Logique du Ministère

CONSTRUCTION DE LA LOGIQUE

Il s'agit de définir à partir des attributions et missions assignées au ministère la hiérarchisation des objectifs qui relèvent dudit Ministère en termes de :

<i>Objectif global</i>	=>	<i>Objectif spécifique</i>	=>	<i>Résultat</i>	=>	<i>Activité</i>
<i>Impact</i>	=>	<i>Effet</i>	=>	<i>Produit</i>	=>	<i>Activité</i>

Il ne faut pas dans un premier temps, tenir compte des projets, programmes et sous programmes actuellement en cours, mais centrer la réflexion sur la finalité du ministère et des effets et produits qu'il peut produire ou sur lequel ses actions peuvent avoir un effet. Comme expliquer précédemment les projets et programme ne sont que des moyens ou ressources pour atteindre les objectifs et donc pas une fin en soi.

Pour construire ou améliorer un cadre logique certaines questions doivent être posées, comme par exemple :

- Que voulons-nous résoudre des problèmes actuels ?
- Quelle vision avons-nous de ce que nous voulons atteindre ?
- Quels sont les choix concernant où et comment parvenir à l'objectif ?
- Quelles activités voulons-nous entreprendre pour atteindre les résultats ?
- Etc.

Dans la pratique, quels que soient les approches utilisées en matière de cadre logique, on doit viser la cohérence et l'exhaustivité des actions et des attentes en termes de développement et la traçabilité des actions.

- a. *Eclater chaque sous-secteur en objectifs-spécifiques*
- b. *Définir un objectif spécifique pour le management du ministère*
- c. *Décliner les résultats / produits*
- d. *Poser des questions pratiques de lien de CAUSE A EFFET et mettre en conformité.*
- e. *Décliner les activités et veillées à l'exhaustivité.*
- f. *Procéder à la vérification et à l'harmonisation*

Deux types de vérification :

- Vérifier si toutes les attributions et missions du Ministère sont prises en compte
- Vérifier si tous les programmes, sous-programme et objectifs spécifiques dont le ministère est maître d'ouvrage ou maître d'œuvre sont pris en compte. Cette vérification analytique peut amener à faire des observations ou recommandations pour la révision.

g. Codification

Deux codes sont indispensables : le code analytique et le code de répartition des programmes et sous-programmes dans CL du Ministère en termes d'impact, effet, produit et d'activité.

h. Proposition des IOV (Indicateurs Objectivement Vérifiables)

Il s'agit ici d'identifier juste les indicateurs d'impact et d'effet. Leur cibles seront fixés ultérieurement.

2.2. Étape 2 : Établissement de la situation de référence (par communes, par ZS, par départements, par DDS (région) et au niveau national)

- Établissement de l'état des lieux (situation de départ) : la valeur initiale des indicateurs de l'objectif du sous-secteur (exemple : % de personnes ayant accès à l'eau potable, tonnes de viande produite, consommation en kg/an/personne, mètre linéaire de protection dunaires exécutés, nombres et surfaces des périmètres irrigués et nombres de schéma directeur d'aménagement élaborés).

- En situation de carences de données, il faut raisonner en termes d'augmentation annuelle à pourvoir pour le groupe cible. Ainsi, l'objectif à atteindre n'est plus mesurable en termes de quantité mais sous forme d'amélioration de service.

2.3. Étape 3 : Fixation d'un Objectif à atteindre à une échéance donnée (par communes, par ZS, par départements, par DDS (région) et au niveau national)

- Détermination de la valeur de l'indicateur à terme. Ce sont les indicateurs du PNDS. Cette étape de définition de l'objectif final à atteindre est fondamentale dans une approche programme, car c'est le langage commun à tous les acteurs.
- Déclinaison de cet objectif par commune, ZS, département et DDS (région) : elle est fondamentale, car c'est à cette étape que l'on va viser la réduction des inégalités (objectifs de réduction de la pauvreté ou de développement en matière de santé).

2.4. Étape 4 : Programmation des actions par rapport aux objectifs

Déclinaison de l'objectif (effet attendu) en résultats et activité à mener vont être identifiées et calibrées en garantissant l'exhaustivité. Ce travail de programmation doit être réalisé au plus près possible des objectifs finaux attendus et avec les bénéficiaires et acteurs principaux de terrain (directions départementales, ZS ou communes). En ce sens, le processus de programmation doit être initié au niveau tout au moins ZS.

2.5. Étape 5 : Budgétisation des besoins (dépenses prévisionnelles)

L'évaluation budgétaire est similaire à celle que l'on mène pour des projets : multiplication de nombres d'unité d'action par des prix par unité d'action. Ces prix ou budgets moyens par unités d'actions doivent être simplement tirés d'une analyse des années précédentes.

Des modèles (Costing) doivent être conçus pour servir à l'évaluation des coûts d'investissement et de fonctionnement de façon uniformisée.

2.6. Étape 6 : Arbitrages et concertations

L'approche CDMT ministériel et sectoriel impose des concertations régionales et deux formes d'arbitrage : verticalement par le ministère (CDMT ministériel) et horizontale par le CIP/SDR (CDMT sectoriel).

- Concertation régionale : doit avoir lieu entre les Directions Régionales avant la remontée des BPO régionaux de chaque ministère pour consolidation.
- Arbitrage vertical : le Ministère arbitre entre les régions (Directeurs régionaux) pour respect de l'équité interrégionale.
- Arbitrage horizontal dans le cas d'un CDMT sectoriel SDR : Intervient après consolidation du BPO/CDMT-SDR. le CIP-SDR arbitre entre les ministères sur la base du Plan d'action SDR.

Au niveau région : cela suppose que préalablement lors des concertations au niveau régions, une consolidation des faites en termes de Plans d'action Régional du secteur de développement rural.

2.7. Étape 7 : Inventaire et analyse des ressources :

L'identification des projets et l'allocation des financements ne doit intervenir qu'après la définition et la budgétisation d'un programme sous-sectoriel complet (c'est à dire ensemble des moyens destinés à atteindre l'objectif final). On insistera ici de nouveau sur le fait que les projets ne sont que des moyens de financement des programmes : dans la mesure du possible, ils doivent être conçus pour un appui équilibré à tous les moyens d'obtention de l'objectif final, afin de ne pas immobiliser tous les financements sur seulement quelques résultats d'objectif, alors qu'il y a aura un vide sur d'autres et donc une impossibilité d'atteindre l'objectif final.

Pour l'exécution de SDRP l'analyse ministérielle est aussi fondamentale que l'analyse sectorielle pour la bonne répartition des ressources.

Dans la pratique :

- Chaque PTF présente et transmet son financement prévisionnel selon le format du CL du ministère.
- Le ministère des finances communique sa répartition indicative au ministère sectoriel
- Le ministère compile ces ressources au format analytique du BPO de son ministère
- Le Plan d'Action du SDR est généré par le tableau de passage automatisé, produit à partir des BPO ministériels et suivant la codification CL et PA-SDR.

2.8. Étape 8 : Analyse des gaps de financement

Les Financements à rechercher sont le résultat du calcul de la différence entre le montant réactualisé chaque année des budgets des sous-programmes sous-sectoriels et le montant total annuel réactualisé des financements acquis (financements espérés sur Budget national, projets et aides budgétaires sectorielles prévus par sous-programme). Chaque Ministère le détermine ainsi que concernant la SDR, après compilation, cette situation se dégage aisément.

Ce qu'il faut retenir est que des ajustements sont nécessaires. Pour ce faire, il faut reprendre les arbitrages, mais, cette fois-ci, pour opérer (négocier) des ajustements des ressources.

2.9. Étape 9 : Élaboration du CDMT (cadre de dépense à moyen terme) du ministère

C'est un format de présentation financière des dépenses d'investissement et de fonctionnement d'un ministère, d'un sous-secteur ou d'un secteur. Le Ministère le compile suivant le format indiqué par le MFE

Des CDMT des Ministères, le CDMT du secteur rural est consolidé. Un modèle de consolidation sous Excel permet de semi automatiser cette compilation.

2.10. Étape 10 : Discussions budgétaires avec le ministère en charge des finances.

Documentation à apprêter. Démarche à suivre.

ANNEXE 7 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

N°	Nom et prénoms	Structure	Téléphone
1	TCHANDO Raymond	ZS BEMBEREKE /SINENDE	97129405
2	TCHEKPE Dieu –Donné	ZS BEMBEREKE /SINENDE	64335071
3	GARBA Adam	Maire de BEMBEREKE	96904921
4	AGBOTON F. Eugène	SG/ Mairie de BEMBEREKE	93818472
5	ALOU Soulé	C/SAF Mairie de BEMBEREKE	97114072
6	SONON Rémy	Trésor/BORGOU/ALIBORI	95423442
7	IMOROU Mahamadou	Trésor/BORGOU/ALIBORI	97763853
8	SANNI BIO Bayé	Préfecture/BORGOU/ALIBORI	66221192
9	NONSOU ALIDOU Mohamed	2ème Adjoint au Maire de PARAKOU	97163568
10	EL-HADJ AMADOU Ibrahima	C/SAF/ Mairie de PARAKOU	97088705 - 94228300
11	EMMANUEL DADY Benjamin	Statisticien DDS/BORGOU/ALIBORI	97405600
12	AFFOUKOU Médard	Mairie de GLAZOUE	97617247
13	BACHOLA François d'Assise	Mairie de GLAZOUE	95343412
14	JOHNSON K. Vincent	RP/DASSA-ZOUME	97119962 - 95050082
15	ADJINDA Benjamin	Maire de DASSA-ZOUME	97548232
16	AVODAGBE Dèwanou	PA/DASSA-ZOUME	95352696
17	ALOUKOUTOU Dieudonné	C/SAF Mairie de DASSA-ZOUME	97548216
18	AGBOMI Sylvain	C/SAF Mairie de DASSA-ZOUME	97548281
19	OBALE Salomon	C/SPT de DASSA-ZOUME	95151618
20	OGOUDJE Honoré	C/SPDL Mairie de DASSA-ZOUME	97548286
21	GUEDOU G. Hippolyte	CS/DASSA-GLAZOUE	95560327
22	KOTCHOFFA D. Edith	CS/DASSA-GLAZOUE	95949717
23	OLAYE S. Nicodème	CS /DASSA-GLAZOUE	94257225
24	ADANDEDJAN Radiane	CS /GOME	95542365
25	LANDEKO Barthélémy	R/Statistique de DASSA-GLAZOUE	95791337
26	HOUMENOU Sylviane	BZ/DASSA-GLAZOUE	95963491
27	NOUGHOLOGNI Paulus	R/CSE DASSA -GLAZOUE	95858494
28	DIDAGBE Adrien	Infirmier ZS DASSA-GLAZOUE	94794408
29	FATEMBO Hippocrate	Médecin Chef ZS /DASSA-GLAZOUE	95714290

30	DANNON Jean	SRFM/DDS /ZOU /COLLINE	97499705
31	ALOMA Théodore	SPIRS/DDS/ZOU/COLLINE	95954914
32	AZON Antoine	SSME/DDS/ZOU/COLLINE	97174585
33	BIAOU B. Joachim	Préfecture D'ABOMEY	95164329
34	OKPEIFA L. Victorin	RF/DDS/ZOU/COLLINE	97777296
35	GANGAN George	DCF/DDS/ZOU/COLLINE	95500463
36	DOGUE Valère	Mairie LOKOSSA /DDS/MONO/COUFFO	95487756
37	KPINDJO Nicolas	Recette-Perception/DDS/MONO/COUFFO	97882786
38	AMOUSSOU Jacques	Mairie LOKOSSA/DDS/MONO/COUFFO	95723230
39	DJEDEME Emile	Mairie /LOKOSSA /MONO/COUFFO	94488490
40	BOHOUNTON François	C/SRFM/DDS/MONO/COUFFO	97591744
41	GOUDJO Winnoc	C/SPIRS/DDS/MONO/COUFFO	66227780
42	WONGLA Gilchrist	Collaborateur/Receveur des Finances/Préfecture/LOKOSSA	97586257
43	TAKPA Ives	DCF/Préfecture/LOKOSSA	97187917
44	HOUNGAN Claude	C/SAF Mairie de TOFFO	
45	HOUENOUE Bruno	Collaborateur Maire de TOFFO	96393196
46	GOUNADON Pires Cossi	DDS/ATLA NTIQUE/LITTORAL	-
47	AGBOZOFNIGBE T. Didier	Médecin chef /ALLADA	-
48	CHODATON Pamphile	P/COGES/ALLADA	95183311
49	SOUDE Charles	P/COGES/TOFFO	95151357
50	ALLADAGNIWEKE Hervé	CAR/AZT	97694769
51	SOGIO Romuald	Médecin Chef/Toffo	95563520
52	MONTCHO Rodrigue	DC/Mairie ALLADA	97182138
53	SOGLOHOUN C. Damien	C/SAF Mairie ALLADA	66187478
54	GANHON Armand	RP Marie ALLADA	97349678
55	LOKOSSOU Mélon	C/SEHA Mairie ALLADA	97867980
56	TONENIKES Salomon	SG/Mairie ALLADA	95064481
57	AMOUSSOU Raymond	DPP/Ministère de la santé	95861550
58	KOUMAGBEAFIDE Réginal	DRFM/Ministère de la santé	95063400
59	ANATO Sylvain	DRFM/Ministère de la Santé	90031467
60	KODJO B. Eric	DRFM/Ministère de la Santé	97132152

61	DEGBOGBAHOUN Marcien	DRFM/Ministère de la Santé	97777020
62	DJOSSOU Hervé	DRH/ Ministère de la Santé	97314430
63	OSSORI Jean	DRFM/Ministère de la Santé	97601044
64	DECADJOVI Claude	CCMP/Ministère de la Santé	95339901
65	AGBODANDE Mireille	CCMP/Ministère de la Santé	95066880
66	SÂÏZONOU Edwige	CCMP/Ministère de la Santé	97601295
67	AKPO Samuel	DGPD/Ministère du Développement	-
68	MEKPOH Richard	DGIFD/ Ministère du Développement	95956575
69	SEVOH Anicet	DGIFD/ Ministère du Développement	-