

SCHWEIZERISCHER BUNDES RAT
 CONSEIL FÉDÉRAL SUISSE
 CONSIGLIO FEDERALE SVIZZERO

Beschluss

Décision

Decisione

16 AOUT 1989

1277

DEPARTEMENT FÉDÉRAL DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES

DIPARTIMENTO FEDERALE DEGLI AFFARI ESTERI

Bern, le 6 juillet 1989

AU CONSEIL FÉDÉRAL

Contribution de Frs 14'000'000.-- en faveur du Bénin pour le cofinancement du Programme de Développement des Services de Santé de l'Association Internationale de Développement (IDA)

Vu la proposition du DFAE du 26 juin 1989

Vu les résultats de la procédure de co-rapport, il est

décidé :

Une contribution non remboursable de Frs 14'000'000.-- est accordée en faveur du Programme de développement des Services de Santé de l'IDA au Bénin.

Ce montant sera imputé au crédit de programme de Frs 2,1 milliards pour la coopération technique et l'aide financière en faveur des pays en développement selon l'AF du 23 septembre 1987.

Les dépenses découlant de cet engagement seront imputées aux articles budgétaires 202.493 de la DDA.

Pour extrait conforme

Le Secrétaire

Kopieauszug an:

mit Beilage

Nr.	Dep.	Anz.	Akten
	EDA	12	-
	EDI		
	EJPD		
	EMD		
X	EFD	7	-
X	EVD	7	-
	EVED		
	BK		
X	EFK	2	-
X	Fin.Del.	2	-





EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT
FÜR AUSWÄRTIGE ANGELEGENHEITEN

DÉPARTEMENT FÉDÉRAL DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES

DIPARTIMENTO FEDERALE DEGLI AFFARI ESTERI

Fera l'objet d'un communiqué
de presse après la signature
de l'accord

Berne, le 6 juillet 1989

AU CONSEIL FEDERAL

Aide financière de Fr. 14 millions au Bénin pour un Programme
de Développement des Services de Santé (PDSS) en cofinancement
avec l'IDA.

I

Le Bénin, pays de 122.622 km² peuplé par 4.4 millions
d'habitants, majoritairement ruraux et inégalement dispersés, a
une économie dominée par une agriculture peu intégrée à une
industrie embryonnaire et mal gérée.

Dès 1983, cette économie faible et peu diversifiée était
touchée par la détérioration des termes de l'échange d'
exportations à faible valeur ajoutée. Le déficit de la balance
des paiements se creusait et la crise des finances publiques
entraînait un effondrement de la part du budget national alloué
à la santé, qui passait de 20 % en 76 à 6 % en 88.
Simultanément, la population aura crû de quelque 50 % dans un
environnement non maîtrisé.

C'est dans ce contexte que l'Etat béninois s'est résolu à
négocier un programme d'ajustement structurel dans le cadre
duquel le développement des services de santé a été priorisé.

Le secteur santé connaît en effet bien des problèmes
cruciaux tels que l'excès de centralisation, l'inefficience du
Ministère de la Santé Publique, l'insuffisance des programmes
de Soins de Santé Primaire ruraux (dont le coût per capita
n'excède pas Fr. 17,-- par an) et l'indisponibilité de
médicaments essentiels en raison de la faillite de la Pharmacie
Nationale d'Approvisionnement, entreprise publique qui a
accumulé les arriérés en raison d'une gestion lamentable.

Le Programme de Développement des Services de Santé s'est
dès lors vu fixer les 3 objectifs prioritaires suivants : (i)
offre diversifiée de Soins de Santé Primaire au niveau rural;
(ii) réformes de l'organisation et de la gestion du secteur;
(iii) assainissement des pratiques de financement du secteur.

Ce programme d'un coût d'US \$ 32 millions, dont la Suisse financera US \$ 11.25 millions (37 %), l'IDA US \$ 18.6 millions et le Bénin US \$ 2.1 millions, a nécessité un important travail préparatoire d'une durée d'un an et demi. Le Ministère de la Santé Publique a pu démontrer qu'il entendait jouer désormais la carte du pragmatisme. Ainsi, un document de "Nouvelle Stratégie Sanitaire Nationale", élaboré en 4 phases, constitue une base de référence crédible pour la réalisation du programme en séquences et étapes étroitement suivies.

II

1. Introduction

Le Bénin s'étend sur 112.622 km² et compte 4.4 millions d'habitants, majoritairement ruraux et inégalement distribués. Le Programme de Développement des Services de Santé (PDSS) sera réalisé dans 11 districts de deux des 5 régions naturelles du pays : (a) la zone côtière au sud, peu étendue, basse et humide, avec (213 hab./km²) ; (b) l'Atacora au nord-ouest, vaste, accidenté et semi-aride, avec (16 hab./km²).

2. Le contexte

2.1 Contraintes générales

Le pays a une démographie non maîtrisée. Ainsi, 50 % des Béninois ont moins de 15 ans et, avec un croît net de 3 % par an, la population doublera en 20 ans. De plus, la mortalité infantile est de 153 o/oo et l'espérance de vie de 45 ans.

L'économie béninoise est caractérisée par sa rigidité structurelle et sa faible diversification. Le primaire souffre d'une dichotomie agriculture de subsistance/monoproductions exportées. L'industrie embryonnaire n'offre guère de débouchés pour la transformation des produits agricoles et ses productions sont à faible valeur ajoutée. Le tertiaire est dominé par des activités commerciales de pays-charnière. Ainsi, le Bénin n'a pas connu la croissance économique qui lui aurait permis d'absorber son croît démographique et de financer des services sociaux minimaux.

2.2 Situation macro-économique

Dès 1983, la détérioration des termes de l'échange s'étant accentuée, le déficit de la balance commerciale s'est creusé. La faiblesse de l'épargne intérieure a amené l'Etat à faire appel au financement extérieur qui, outre des dépenses somptuaires et de fonctionnement, a financé des entreprises publiques dont la mauvaise gestion a été à l'origine d'une explosion des frais de fonctionnement salariaux et d'une chute des recettes. Le déficit des finances publiques n'a donc fait que croître. Le PIB d'US \$ 300 per capita va ainsi au mieux stagner. Ce contexte a contraint l'Etat à négocier avec le FMI et la Banque Mondiale un programme d'ajustement de l'économie nationale. Le PDSS s'inscrit dans ce cadre.

2.3 Le contexte du secteur santé

2.3.1 Généralités

Bien que l'Etat ait déclaré que la santé était prioritaire, le budget qui lui est alloué a été réduit de 20 % en 1976 à 6 % du budget national en 1988. Simultanément, la population a crû d'environ 50 %.

Sous-nutrition, maladies infectieuses et parasitaires (paludisme, rougeole, tuberculose et tétanos surtout) ainsi qu' affections d'origine hydro-fécales touchent massivement la population. Ceci est particulièrement notable lors de la saison des pluies qui est la plus exigeante du calendrier de travail agricole mais au cours de laquelle la population est la plus malade. La baisse de la productivité qui en résulte a des effets de paupérisation importants.

2.3.2 Organisation du secteur

Un secteur privé assez dynamique gère quelque 80 unités sanitaires, surtout au sud. Les guérisseurs traditionnels sont omniprésents, mais leurs fonctions mal connues. Le Ministère de la Santé Publique (MSP) chapeaute le système de soins et emploie plus de 85 % du personnel médical. Il contrôle des comités de provinces et de districts, chargés de l'exécution des programmes, ainsi que des infrastructures sanitaires se hiérarchisant en 5 niveaux : (i) un Centre National Hospitalier Universitaire à Cotonou; (ii) 4 Centres Hospitaliers Provinciaux; (iii) 83 Centres de Santé de District; (iv) 244 Centres Communautaires de Santé et (v) 292 Unités Villageoises de Santé.

2.3.3 Les principaux problèmes sectoriels

Le MSP centralise à l'excès les ressources humaines, financières et le pouvoir de décision. Pourtant, atomisé en 14 Directions peu ou pas coordonnées, le MSP est une institution peu crédible. Au niveau financier, le budget d'investissement n'est pas maîtrisé, ce qui entraîne une explosion des frais de fonctionnement. Enfin, le recouvrement des coûts n'est que peu pratiqué et, lorsqu'il l'est, les tarifs en vigueur ne tiennent guère compte de l'élasticité-prix de la demande.

Les Soins de Santé Primaire (SSP), dont le coût annuel per capita d'US \$ 10 offre la meilleure efficacité-coût, sont très insuffisamment assurés. De plus, les médicaments essentiels sont indisponibles en raison de la faillite de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement qui a accumulé les arriérés en raison de sa mauvaise gestion.

3. Le PDSS

3.1. Objectifs

Les objectifs du PDSS sont d'améliorer : (i) l'offre de SSP; (ii) l'organisation et la gestion du secteur; (iii) la politique et les procédures de financement.

3.2 Activités

Les principales activités du PDSS seront les suivantes :

(i) offre de SSP privilégiant la Santé Maternelle et Infantile (SMI) et le Planning familial (PF); la stratégie d'Alma Ata constituant la référence, l'accent sera porté sur : (a) la détection précoce des grossesses à risque; (b) les soins pré et post-naissances; (c) l'intervention dans des complications de grossesse; (d) la promotion de l'alimentation au sein; (e) un programme d'information/éducation/communication (IEC) portant notamment sur l'alimentation maternelle et infantile ainsi que l'espacement des naissances;

(ii) restructuration du MSP en : (a) le dotant d'une structure de coordination des programmes des bailleurs de fonds, afin d'assurer leur cohérence par rapport aux objectifs du PDSS; (b) redéployant le personnel au niveau périphérique en appliquant des critères normatifs, quantitatifs (nombre et type de prestation/jour) et géographique; (c) décentralisant les pouvoirs en faveur des Directions Provinciales de la Santé ; (d) créant une Centrale d'Achats des médicaments chargée de les vendre aux unités sanitaires; (e) formant et gérant les ressources humaines conformément aux objectifs du PDSS;

(iii) assainissement de la politique et des procédures de financement du secteur en : (a) coordonnant l'affectation des apports des bailleurs de fonds aux budgets d'investissement et/ou de fonctionnement, avec le souci d'assurer une maîtrise de l'investissement; (b) renforçant la coordination avec les Ministères des Finances, du Plan, de l'Education et de la Justice; (c) généralisant progressivement les pratiques de recouvrement de coût en les modulant localement en fonction des spécificités socio-économiques des populations.

3.3 Moyens

3.3.1 Ressources humaines

Le PDSS sera placé sous la responsabilité exécutive d'un Bureau de Coordination (BCP) du MSP. Son personnel comprend 2 spécialistes de santé publique, un pharmacien, un administrateur, un ingénieur civil et 4 unités d'appoint technico-administratives. Le BCP compte en outre un conseiller technique suisse, qui est l'ex-chef du projet de santé bénino-suisse.

Des consultances sont prévues pour chacune des activités, la Suisse concentrant son attention sur le mandat confié aux consultants chargés de proposer une politique de recouvrement des coûts des médicaments essentiels par les unités sanitaires périphériques.

- 5 -

3.3.2 Budget (en milliers d'US \$)Activités

A) <u>SSP</u>	<u>Bénin</u>	<u>Cofinanciers</u> (IDA/DDA)
Infrastructures	645	12'621
IEC	83	225
SMI/PF	83	251
Autres	728	2'610
B) <u>Gestion du secteur</u>		
Gestion/formation	285	1'883
Entretien	52	484
Médicaments essentiels	104	528
Recouvrement de coûts	104	210
C) <u>Support budget MSP</u>	42	11'086
Total	2'126	29'898
	=====	=====

La Suisse financera une portion de chaque activité pour un total d'US \$ 11'251'000,--(1), soit 35 % environ du budget.

4. Appréciation globale ex-ante

Le PDSS a commencé en 88, grâce au "Project Preparation Fund" que l'IDA a mis à disposition du MSP pour élaborer une "Nouvelle stratégie sanitaire nationale" du quinquennat 89-93. Le MSP a mené à bien cette tâche complexe et les décrets lui assurant la base légale ont été promulgués. Ainsi, la conditionnalité sévère que le MSP a dû satisfaire pour obtenir le financement du PDSS permet de disposer des bases solides sur lesquelles la restructuration sectorielle peut être envisagée.

Même si le financement suisse, étant donné la nature intégrée du PDSS, couvrira un pourcentage de chacune des activités, la DDA valorisera l'expérience du projet bilatéral bénino-suisse en concentrant son suivi sur quelques objectifs : (a) réhabilitation des infrastructures; (b) recouvrement de coûts des médicaments essentiels; (c) émergence de comités de district, chargés du suivi des programmes de SSP, représentatifs des populations; (d) élaboration du budget du MSP sur la base des informations fournies par les unités sanitaires; (e) affectation d'un fonds flexible d'US \$ 200'000,-- dans le cadre de l'IEC, selon des critères conformes aux objectifs du PDSS et (f) centrale d'achat des médicaments.

Des étapes de réalisation devront être respectées. Ainsi, au début, le PDSS ne sera réalisé que dans 3 districts et un étroit suivi sera assuré par le BCP. En fonction des premiers résultats obtenus, les objectifs quantitatifs et le nombre d'indicateurs seront évalués et pourront être révisés.

(1) Dont US \$ 2.5 millions imputés au cofinancement "Entreprises publiques" (t. 311 Bénin 20).

- 6 -

L'histoire contemporaine du Bénin ayant été marquée par le népotisme, le corporatisme, un goût marqué pour la langue de bois, le centralisme, le laxisme et la corruption, le succès du PDSS, même partiel, sera difficilement assuré. En dépit de ces hypothèques, l'évolution politique du Gouvernement béninois, désormais soucieux de pragmatisme, est rassurante. L'échec patent du "modèle béninois", qui a entraîné une crise financière profonde, ne laisse guère d'alternatives au gouvernement qui a perdu beaucoup de sa crédibilité. Le financement du PDSS constitue donc une prise de risque calculée qui se justifie.

Plus spécifiquement, le PDSS apparaît comme un instrument fiable, quoique peut-être trop ambitieux. Si l'approche adoptée pour atteindre notamment les 5 objectifs sur lesquelles la DDA devrait concentrer son suivi produit à court ou moyen terme des résultats, même modestes, nul doute qu'une telle évolution permettra de libérer des énergies condamnées jusqu'alors à la léthargie et de dégager des ressources qui pourraient garantir à terme la viabilité financière et sociale des investissements consentis et programmes mis en oeuvre.

Il est de bon augure d'observer qu'entre novembre 88 et mi-89, le MSP a considérablement affiné sa stratégie de SSP et de suivi du PDSS. En outre, un arrêté ministériel portant sur la liste nationale des médicaments essentiels pour les 4 niveaux de référence du système sanitaire a été promulgué. Finalement, le BCP s'est vu confié la coordination des relations MSP-bailleurs de fonds (CEE, RFA et OMS surtout), ce qui permettra de préciser les rôles de chacun d'eux.

5. Suivi et évaluation

Un arrêté portant création d'un Comité National de Suivi d'Exécution et d'Evaluation (CNSE) a été promulgué. Il tiendra des séances trimestrielles d'analyse du suivi et donnera des recommandations pour l'élaboration des plans opératifs annuels. Les mandats de consultance seront exécutés selon un rythme obéissant aux dynamiques et blocages identifiés. Deux à trois missions par an de supervision conjointes IDA/DDA auront lieu. Elles seront menées en étroite coordination avec le CNSE et le BCP.

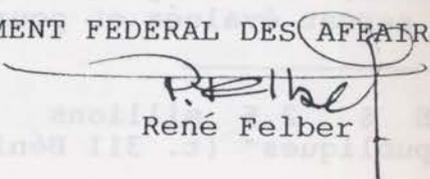
III

L'Office fédéral des Affaires Economiques Extérieures et l'Administration fédérale des Finances ont été consultées à titre préalable et ont donné leur accord à cette proposition de crédit.

IV

Nous vous proposons donc de prendre la décision ci-jointe

DEPARTEMENT FEDERAL DES AFFAIRES ETRANGERES


René Felber

Extrait du procès-verbal

Liste des abréviations

- DFAE 12 pour exécution
- EFD 7 pour information
- DFEP 7 (GS 5, OFAEE 2) pour information
- EKK 2 pour information

Pour co-rapport à

- Département fédéral de l'Economie Publique
- Département fédéral des Finances

Annexe :

- Projet de décision du Conseil fédéral

La proposition du DFAE du 26 juin 1985

En vue des résultats de la procédure de co-rapport, il est

décidé :

La contribution non remboursable de Frs 14'000'000.-- est accordée en faveur du Programme de développement des Services de Santé de l'IDA au Bénin.

Le montant sera imputé au crédit de programme de Frs 2,1 milliards pour la coopération technique et l'aide financière en faveur des pays en développement selon l'AF du 23 septembre 1985.

Les dépenses découlant de cet engagement seront imputées aux crédits budgétaires 202.493 de la DDA.

Pour extrait conforme

Le Secrétaire

Liste des abréviations

01. BCP	Bureau de Coordination du Programme
02. IEC	Information/Education/Communication
03. MSP	Ministère de la Santé Publique
04. PDSS	Programme de Développement des Services de Santé
05. PF	Planning familial
06. SMI	Santé Maternelle et Infantile
07. SSP	Soins de Santé Primaire
08. US	Unités Sanitaires

Plus spécifiquement, le PDSS apparaît comme un instrument fiable, quoique peut-être imparfait, de planification pour atteindre notamment les 5 objectifs sur lesquels le PDSS devrait concentrer son suivi prédictif à court et moyen terme de résultats, même modestes, nul doute qu'une telle approche permettra de libérer des énergies condensées jusqu'ici à la léthargie et de dégager des ressources qui pourraient servir à terme la viabilité financière et sociale des investissements consentis et programmes mis en œuvre.

Il est de bon augure d'observer qu'entre novembre 88 et en 89, le MSP a considérablement affiné sa stratégie de MSP et le suivi du PDSS. En outre, un arrêté ministériel portant sur la liste nationale des médicaments essentiels pour les 4 niveaux de référence du système sanitaire a été promulgué. Finalement, le BCP a été vu confié la coordination des relations multilatérales de fonds (CER, RFA et OMS surtout), ce qui permet de préciser les rôles de chacun d'eux.

3. Suivi et Évaluation

Un arrêté portant création d'un Comité National de Suivi d'Exécution et d'Évaluation (CNSE) a été promulgué. Il tiendra des séances trimestrielles d'analyse de suivi et donnera ses recommandations pour l'élaboration des plans opérationnels annuels. Les mandats de consultation seront exécutés selon les critères obéissant aux dynamiques et blocages identifiés. Deux à trois missions par an de supervision conjointes IDA/CDA seront menées en étroite coordination avec le CNSE et le BCP.

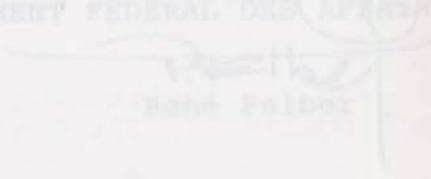
III

L'Office fédéral des Affaires Économiques Extérieures et l'Administration fédérale des Finances ont été consultés à titre préalable et ont donné leur accord à cette proposition de crédit.

IV

Nous vous proposons donc de prendre la décision ci-jointe.

DEPARTEMENT FÉDÉRAL DES AFFAIRES FINANCIÈRES


René Falber

Cont
cofi
Sant

Vu

Vu

Une
acc
de

Ce
lia
fav
198

Les
art

Contribution de Frs 14'000'000.-- en faveur du Bénin pour le cofinancement du Programme de Développement des Services de Santé de l'Association Internationale de Développement (IDA)

Vu la proposition du DFAE du 26 juin 1989

Vu les résultats de la procédure de co-rapport, il est

décidé :

Une contribution non remboursable de Frs 14'000'000.-- est accordée en faveur du Programme de développement des Services de Santé de l'IDA au Bénin.

Ce montant sera imputé au crédit de programme de Frs 2,1 milliards pour la coopération technique et l'aide financière en faveur des pays en développement selon l'AF du 23 septembre 1987.

Les dépenses découlant de cet engagement seront imputées aux articles budgétaires 202.493 de la DDA.

Pour extrait conforme

Le Secrétaire