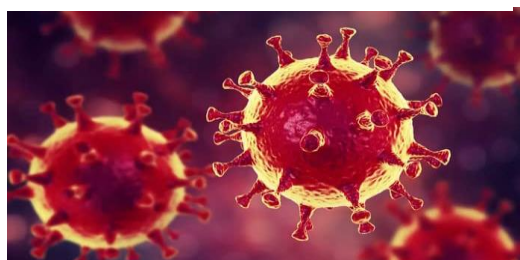


Rapport provisoire de suivi de l'exécution du budget et des dépenses sociales prioritaires du Ministère de la Santé au 31 décembre 2020



Groupe Thématique SANTE

Març 2021

Tables des matières

Sigles et acronymes	3
Liste des tableaux et graphiques	5
Résumé.....	6
Introduction	7
Approche méthodologique	8
I. Contexte de mise en œuvre du PTA 2020 du Ministère.....	8
1.1 Principaux défis du Bénin dans le secteur de la Santé.....	8
Principaux défis d'ordre général.....	10
1.2 Changements intervenus dans le secteur de la santé.....	11
1.2.1 Réformes.....	11
1.2.2 Mesures de riposte face à la Covid 19.....	11
II. Présentation des programmes et allocations du MS pour l'année 2020	12
2.1 Les différents programmes	12
2.2 Allocation par programme.....	13
Répartition du budget par Programme budgétaire.....	13
Répartition du budget par nature économique	14
2.3 Répartition des ressources par département.....	15
2.4 Source de financement.....	15
III. Point d'exécution du budget du Ministère de la Santé au 31 décembre 2020.....	18
3.1 Exécution financière et physique du budget au 31 décembre 2020	18
Par nature économique	18
Par programme budgétaire.....	Erreur ! Signet non défini.
3.2 Niveau d'exécution des dépenses sociales prioritaires.....	20
3.3 Présentation du niveau des transferts FADeC	20
IV. Difficultés rencontrées dans l'exécution du PTA du secteur de la santé au 31 décembre 2020.....	21
4.1 Les difficultés liées aux dépenses sociales prioritaires	21
4.2 Les effets du COVID-19 sur la mise en œuvre du PTA 2020	22
V. L'évaluation de la mise en œuvre du plan d'action de riposte de la COVID-19.....	22
VI. Stratégie et mesures correctrices envisagées ou mise en place pour améliorer l'exécution du PTA aux prochains trimestres	27
Conclusion	28

Sigles et acronymes

ABRP	Agence Béninoise pour la Régulation Pharmaceutique
AISEM	Agence des Infrastructures Sanitaires, de l'Équipement et de la Maintenance
ANCQ	Agence Nationale de contrôle de qualité des produits de santé et de l'eau
ANSSP	Agence Nationale des Soins de Santé Primaires
ARCH	Assurance pour le Renforcement du Capital Humain
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CEDEAO	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CNCUS	Comité national de crises et urgences sanitaires
CTE	Centre de Traitement et de prise en charge du Coronavirus
DPBEP	Document de Programmation Budgétaire et Economique Pluriannuelle
DPP	Direction de la Programmation et de la Prospective
DPPD	Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses
FADeC	Fonds d'Appui au Développement des Communes
FM	Fond Mondial
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour les Activités de Population
GT	Groupe Thématique
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MISP	Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité Publique
MIT	Ministère des Infrastructures et des Transports
MPD	Ministère du Plan et du Développement
MS	Ministère de la Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAG	Programme d'action du Gouvernement
PAP	Programme Annuelle de Performance
PC2D	Programme de Croissance pour le Développement Durable
PEC	Prise en Charge du Coronavirus
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIP	Programme d'Investissements Publics
Plan 2D	Plan de Décentralisation et de Déconcentration

PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RHS	Ressources Humaines en Santé
SIDA	Syndrome d'Immuno- Déficience Acquise
SIGFP	Système d'Information et de Gestion des Finances Publiques
SIGFiP	Système Intégré de Gestion des Finances Publiques
SIMR	Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte
SWB	Social Watch Bénin
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africain
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZS	Zone Sanitaire

Liste des tableaux et graphiques

Graphique 1 : Allocations par Programmes Budgétaires	14
Graphique 2: Allocation par nature économique	14
Graphique 3 : Répartition des dotations aux Directions Départementales de la Santé (DDS)	15
Graphique 4 : Répartition par sources de financements des PIP au titre de 2020	15
Graphique 5 : Répartition des RE des PIP au titre de 2020 par PTF	16
Graphique 6 : Répartition des sources de financements	17
Graphique 7 : Répartition des ressources extérieures par nature	17
Graphique 8 : Exécution du budget par nature économique	18
Graphique 9 : Exécution du budget par programme budgétaire	19
Graphique 10 : Comparaison du niveau d'exécution des dépenses sociales prioritaires au cours des 2 dernières années	20
Graphique 11 : Niveau de transfert des ressources FADeC	20

Résumé

Le présent document, expose les principaux résultats issus du suivi budgétaire du Ministère de la Santé (MS) couvrant la période allant du 01 janvier 2020 au 31 décembre 2020 soit un an. Il met en exergue, les résultats du suivi et l'analyse de l'exécution du budget du MS et des dépenses sociales prioritaires au 31 décembre 2020. Ce travail s'inscrit dans le cadre du partenariat Social Watch Bénin (SWB)-UNICEF Bénin touchant plus précisément le budget sensible aux enfants. Ce travail montre le niveau d'exécution du budget 2020 du MS mais aussi les conséquences de la pandémie du COVID-19 sur la mobilisation et l'exécution des ressources de l'année 2020 et la mise en œuvre des plans d'action de la riposte.

Les principaux utilisateurs du présent rapport de suivi budgétaire sont prioritairement : le MS, l'UNICEF et Social Watch Bénin. D'autres acteurs intéressés et impliqués dans la cause des enfants peuvent aussi l'utiliser ; sans oublier tous les autres partenaires techniques et financiers qui travaillent sur la thématique santé et celle de la couche infantile.

Ce suivi est conduit en six grandes phases : (i) la première phase analyse le contexte de mise en œuvre, (ii) la deuxième phase présente les différents programmes et allocations du MS au titre de l'année 2020, (iii) la troisième phase expose le point d'exécution du budget à fin mars 2020, les (iv) et (v) phases mettent en relief respectivement les difficultés rencontrées dans l'exécution du PTA, et la mise en œuvre du plan d'action de riposte de la COVID-19. La dernière phase (vi) pour finir, propose des stratégies et mesures correctrices envisagées ou mise en place pour améliorer l'exécution du PTA 2021.

Introduction

Le réseau Social Watch Bénin dans le cadre de la mise en œuvre du partenariat Social Watch Bénin-UNICEF, a prévu le suivi et l'analyse des dépenses publiques allouées au Ministère de la Santé. Ceci vise à faire la lecture de l'exécution du budget du Ministère au 31 décembre 2020. Cette lecture permettra d'avoir une vue claire des actions réalisées au profit des enfants/populations vulnérables et de faire au besoin des plaidoyers à l'endroit des autorités du Ministère de la Santé (MS) afin que les dépenses prévues pour la réalisation des actions à l'endroit des cibles concernées soient respectées.

Le Ministère de la Santé a bénéficié au titre de l'année 2020 d'un crédit dont le montant global s'élève à 109,471 milliards de francs CFA suivant le Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) et suite au réaménagement budgétaire. En effet, le crédit initial alloué au début de l'année 2020 était de 70,319 milliards de francs CFA. Les actions sont inscrites dans le Plan de Travail Annuel 2020, qui est l'un des instruments d'opérationnalisation des politiques internationales et nationales du secteur.

Par ailleurs, depuis le mois de janvier 2020, le monde fait face à la propagation de l'infection au coronavirus, Covid-19, apparu en Chine dans la région de Wuhan. Face à cette urgence sanitaire, le Bénin a pris des mesures appropriées pour endiguer la propagation de cette pandémie et sauver des vies. A cet effet, le Ministère de la Santé a élaboré un plan budgétisé de prévention, de préparation et de riposte contre la COVID-19 en deux volets : les actions prioritaires du plan de riposte COVID-19 et les actions de renforcement du système inscrits dans le plan de riposte COVID-19.

En vue d'analyser le niveau d'exécution du budget 2020 du MS mais aussi les conséquences de la pandémie du COVID-19 sur la mobilisation et l'exécution des ressources de l'année 2020 et la mise en œuvre des plans d'action de la riposte, SWB en partenariat avec l'UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance) élabore ce rapport d'exécution du budget au 31 décembre 2020.

Le présent rapport a été élaboré sur la base des informations fournies d'une part dans la fiche d'enquête remplie adressée en amont à la DPP du MS et d'autre part dans les documents programmatiques du secteur (Plan de Travail Annuel (PTA) 2020, Document de Programmation Pluriannuel des Dépenses (DPPD) 2020-2022 et Budget de l'Etat, Gestion 2020).

Ce rapport s'articule autour des points ci-après :

- Contexte de mise en œuvre du PTA 2020 du Ministère ;
- Présentation des programmes budgétaires et allocations des ressources du MS pour l'année 2020 ;
- Point d'exécution du budget du Ministère de la santé au 31 décembre 2020 ;
- Difficultés rencontrées dans l'exécution des PTA du secteur de la santé au 31 décembre 2020 ;
- Les difficultés liées aux dépenses sociales prioritaires ;
- Les impacts du COVID-19 sur la mise en œuvre du PTA 2020 ;
- L'évaluation de la mise en œuvre du plan d'action de riposte de la COVID-19 ;
- Stratégies et mesures correctrices envisagées ou mise en place pour améliorer l'exécution du PTA 2021.

Approche méthodologique

La démarche méthodologique de rédaction du présent rapport est subdivisée en trois grandes étapes :

1) Revue documentaire basée sur les documents budgétaires sectoriels, le rapport de la fin d'année 2020 de la Direction Générale du Budget ainsi que sur les plans d'action de riposte de la COVID-19 élaborés par le MS

Elle a été l'étape la plus longue et a duré sur toute la période de l'activité. Elle a consisté à prendre connaissance des différents documents numériques/papiers (Loi de finance gestion 2020 ; le DPBEP ; le DPPD, les PTA, la loi d'orientation sur l'éducation, le PAG, le PC2D...) susceptibles de nous renseigner sur trois grands points :

- Ce que disent les textes en matière de Santé au Bénin ;
- Ce qui est prévu d'être fait pour l'année 2020 ;
- Ce qui est réellement fait pour l'année 2020.

2) Collecte de données sur l'exécution du budget à la fin de l'année avec un accent sur les dépenses sociales prioritaires, les impacts du COVID 19 auprès de la Directions de la Programmation et de la Prospective et sur le niveau d'exécution des plans d'action

Elle s'est déroulée en deux temps. Dans un premier temps, un outil de collecte de données a été envoyé au Ministère de la Santé, qui fut renseigné et renvoyé plus tard au GT Santé et à l'équipe du programme UNICEF. Dans le second temps, des entretiens ont eu lieu avec le chargé de suivi-évaluation/ses assistants. L'entretien était physique lorsque les acteurs sont disponibles à recevoir les membres des GT. Il était téléphonique pour ceux qui n'étaient pas disponibles à nous recevoir physiquement. Ces entretiens ont permis de confirmer ou d'infirmer certaines informations issues de la recherche holistique.

3) Elaboration du rapport

La rédaction du rapport fut la dernière étape du travail. Elle a consisté à faire la synthèse des différentes informations reçues (de la revue documentaire aux entretiens), de les analyser et interpréter afin de dégager les écarts entre ce qui est prévu pour être réalisé et ce qui est effectivement réalisé pour la période définis. Il propose des pistes de solutions pour corriger les dysfonctionnements observés.

I. Contexte de mise en œuvre du PTA 2020 du Ministère

1.1 Principaux défis du Bénin dans le secteur de la Santé

En se référant au Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses (DPPD) et Projet Annuel de Performance (PAP), il en ressort de l'analyse que le profil sanitaire du Bénin reste toujours caractérisé par une morbidité et une mortalité élevée liées aussi bien aux maladies transmissibles, aux anémies d'origine infectieuse et nutritionnelle qu'aux maladies non transmissibles. Toutes choses qui affaiblissent le système de santé. En effet, les enquêtes STEP (Surveillance des facteurs de risques des maladies non transmissibles par l'approche STEPwise de

l'OMS) de 2008 et de 2015 ont révélé une montée spectaculaire des maladies non transmissibles notamment l'hypertension artérielle, le cancer et le diabète. En ce qui concerne les maladies à potentiel épidémique, on observe depuis plusieurs années, une tendance à une endémicité du choléra dans certaines régions du pays. De même, on note l'apparition périodique de foyers épidémiques de la méningite, de la fièvre de la dengue, de rougeole et de la fièvre hémorragique à virus Lassa. Par ailleurs, il est à noter l'apparition brusque en 2020 de la pandémie de COVID-19 qui n'épargne aucun pays dans le monde avec de milliers de décès nécessitant davantage de dispositions drastiques pour sécuriser les populations.

Plusieurs facteurs favorisent la mortalité en général et celle maternelle en particulier malgré les multiples initiatives de gratuité en cours dans le secteur : il s'agit de l'environnement social, le dépistage insuffisant des grossesses à risque, le suivi insuffisant du travail d'accouchement et l'accessibilité géographique et financière. Chez l'enfant, le paludisme demeure la principale cause de morbidité et de mortalité et les voies et moyens pour offrir des soins gratuits à cette cible sont envisagés. Les décès de nouveau-nés constituent aussi une part importante de la mortalité des enfants de moins de 5 ans. Quant à la population des adolescents et jeunes représentant une proportion importante de la population générale, elle se caractérise par les comportements à risque et une sexualité précoce. Elle est souvent exposée à des grossesses à risques et à la transmission des IST/VIH /SIDA.

La médecine traditionnelle, bien qu'elle entende concourir à l'amélioration de la santé de la population en intégrant la dimension culturelle à la prévention et à la prise en charge des malades, sa cohabitation avec la médecine moderne n'est véritablement pas encore effective. Il est nécessaire d'identifier la meilleure stratégie de réorganisation du sous-secteur pharmacopée et médecine traditionnelle en vue de sa contribution à l'amélioration de la santé de la population. La sécurité transfusionnelle est subordonnée à la qualité du sang. Le coût des nombreux réactifs utilisés pour sa qualification rend chère l'unité de sang qualifié.

La recherche, un des piliers majeurs de la promotion de la santé est encore à l'étape embryonnaire et les problèmes prioritaires de santé restent généralement sans réponses endogènes.

Les ressources humaines qui restent un facteur important dans l'atteinte des objectifs de santé, manquent tant sur le plan quantitatif que qualitatif. L'offre des services de soins de qualité est tributaire de la qualité des ressources humaines en santé (RHS). La situation des RHS au Bénin en 2019 est caractérisée par une faible couverture des besoins : 38% pour les médecins et 47% pour le personnel paramédical. Elle est aussi marquée par une inégale répartition des ressources disponibles (67% des zones sanitaires ont une densité inférieure à la moyenne nationale) d'une part, et un faible taux d'absorption des professionnels disponibles sur le marché de travail d'autre part.

En ce qui concerne le renforcement du partenariat dans le secteur et la promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale, les prestations de soins et services de santé sont dispensées par une multitude d'acteurs privés et publics dont il faut renforcer les interactions afin que soit assurée l'équité en matière de l'offre des soins et des services de santé de qualité. Pour une meilleure réponse à la demande de soins, il est aujourd'hui développé au niveau du pays, un partenariat public privé de manière à ce que le secteur privé à travers une meilleure organisation puisse contribuer efficacement à la satisfaction de la demande de soins. La gouvernance pour une meilleure organisation des actions du secteur se trouve encore confrontée à des dysfonctionnements à

certaines niveaux de la pyramide sanitaire. Ils se traduisent par l'interférence des différents niveaux et une dimension sanitaire décentralisée qui ne concorde pas toujours avec la dimension administrative. Une réorganisation du système de santé pour une meilleure couverture sanitaire plus efficace s'avère nécessaire.

Face aux défis sans cesse croissants, il faut que le secteur de la santé bénéficie encore d'une attention plus soutenue de l'Etat et de ses Partenaires Techniques et Financiers. Pour plus de visibilité dans la mise en œuvre des différentes interventions, la réflexion sur les mécanismes de financement innovant permettra la mise en route d'une dynamique d'accès et de couverture sanitaire des populations surtout les plus démunies avec l'Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH).

Les changements climatiques (inondations répétées, longue sécheresse, la déforestation, pluies saisonnières...) induisent d'autres maladies qui peuvent modifier le profil épidémiologique. En outre, les maladies liées au climat telles que la diarrhée, le choléra sont très fréquentes dans les zones facilement inondées et celles de la rougeole et de la méningite cérébro-spinale liées à la grande sécheresse dans la partie septentrionale.

Principaux défis d'ordre général

Les défis sanitaires sont dynamiques et tiennent aussi bien à des questions de santé qu'à des questions de développement. Le Programme d'Action du Gouvernement (PAG) 2016-2021 ainsi que les orientations stratégiques contenues dans le DPPD 2020-2022 et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2018-2022, nationales en font mention. Face au contexte sanitaire, il est envisagé des alternatives sous forme de réformes qui sont actuellement en cours de mise en œuvre. Il s'agit :

- de la poursuite de l'opérationnalisation du volet « Assurance Maladie » du projet Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH) ;
- du renforcement des mesures de protection contre les épidémies en général et les virus Ebola, Lassa et la pandémie du COVID-19 en particulier ;
- de la poursuite des travaux de construction de l'hôpital universitaire de référence ;
- de la poursuite de la mise en œuvre de la politique de la santé communautaire ;
- du renforcement des ressources humaines qualifiées et motivées ;
- de la mise en œuvre du plan de décentralisation et de déconcentration (Plan 2D) à travers la réorganisation du cadre institutionnel et organisationnel du Ministère de la Santé, l'amélioration du transfert des ressources aux niveaux déconcentré et décentralisé et le renforcement des capacités des acteurs du secteur ;
- de la prise en compte de l'impact des changements climatiques dans la dynamique sanitaire ;
- du renforcement des audits, des contrôles/supervisions et la mise en œuvre de recommandations qui en sont issues notamment les plans d'audit interne découlant des travaux de cartographie des risques;
- de la rationalisation des mécanismes de gratuité ;
- du développement des nouvelles technologies d'usages telles que la télémédecine, la téléformation, le télédiagnostic, la télémaintenance et autres ;

- de la mise en œuvre efficace du Plan stratégique des opérations d'urgences sanitaires 2018-2022 ;
- du maintien des acquis du PEV en intensifiant les sensibilisations et l'organisation des stratégies avancées et mobiles afin d'atteindre toutes les cibles.

1.2 Changements intervenus dans le secteur de la santé

1.2.1 Réformes

Plusieurs grandes réformes ont été prises dans le secteur de la santé. Aux nombres de celles-ci, notons quelques grandes :

Renforcement du cadre législatif :

- Loi sur la protection de la santé des personnes en République du Bénin ;
- Révision de la loi sur l'exercice en clientèle privée ;
- Loi réglementant l'activité pharmaceutique en République du Bénin

Mise en place des structures issues des réformes :

- L'Autorité de régulation du secteur de la santé ;
- AOF MS
- Deux (02) Conseils nationaux (CNSSP et CNMH) ;
- Ordre national des pharmaciens du Bénin ;
- Agence nationale SSP (ANSSP) ;
- Agence de régulation pharmaceutique (ABRP)
- AISEM et ANCQ

Notons que l'opérationnalisation et la mise en œuvre effective des réformes notamment la mise en place des organes de gouvernance et des agences a entraîné de profondes réallocations budgétaires au cours de l'année 2020.

1.2.2 Mesures de riposte face à la Covid 19

Depuis le début du mois de janvier 2020, le monde fait face à la propagation de l'infection au coronavirus, Covid-19, apparu en Chine dans la région de Wuhan. La vitesse de propagation de l'épidémie et le nombre élevé de cas et de décès enregistrés chaque jour dans un contexte de mobilité importante due aux voyages et aux commerces internationaux entre la Chine et les autres pays ont fait de cette épidémie, une urgence mondiale. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) l'a classée le 30 janvier 2020 comme une « urgence de santé publique de portée internationale » puis le 11 mars comme une pandémie. Dès lors, la communauté internationale se mobilise afin d'y opposer une riposte efficace. La pandémie de COVID-19 a touché l'Afrique depuis le mois de février 2020, avec le premier cas confirmé positif en Egypte le 14 février 2020 (impliquant un ressortissant chinois) selon le ministère égyptien de la Santé relayé par Jeune Afrique. A ce jour, tous les pays africains sont touchés par la pandémie du Covid-19.

Le Bénin a enregistré son premier cas confirmé au niveau du Laboratoire des fièvres virales hémorragiques le 16 mars 2020, un cas qui a fait l'objet d'une déclaration officielle du Ministre de la Santé pour marquer le début d'une autre phase de la lutte au Bénin.

Mesures de riposte

Dès l'annonce de l'épidémie en décembre 2019, le Gouvernement du Bénin a entrepris de renforcer la surveillance épidémiologique afin d'empêcher l'introduction du virus sur son territoire ou le cas échéant d'en contrôler la propagation. Lorsque le premier cas confirmé a été enregistré le 16 mars 2020, le Gouvernement a adopté de nouvelles mesures.

Le 18 mars 2020, lorsque le 2^{ème} cas confirmé au Covid-19 a été enregistré au Bénin, cela a fait l'objet d'une annonce officielle par le Ministre de la Santé et la mesure de mise en quarantaine des sujets contacts ou des cas suspects a été renforcée.

Un premier plan national de riposte intégré a été élaboré (9 piliers OMS), et coordonné par le MPD avec pour objectif de renforcer les capacités du Bénin à mettre fin à la propagation du SARS-CoV-2 (**mars à juillet 2020**). La stratégie : dépister-isoler-traiter. Le Plan de riposte 2 à **l'horizon décembre 2020** avait pour stratégie : dépister-isoler-traiter-résilience.

Des Comités et commissions sont mis en place et tiennent des réunions journalières puis bi hebdomadaire et enfin, hebdomadaire. Des mesures de surveillance épidémiologique sont mises en place à travers la création d'un Call center et la mise en place d'un Cordon sanitaire autour des zones fortement exposées (Mars-Avril) : Cotonou et 14 autres communes. On note ensuite la Prise en charge des cas de COVID-19 dans des structures sanitaires dédiées, le renforcement des laboratoires de diagnostic et la Communication et mobilisation sociale autour de la pandémie.

Toutes les mesures de riposte détaillées trouvent leurs sources dans les documents de conseil des ministres couvrant la période Mars à juin 2019. Elles peuvent également être trouvées sur le site du gouvernement du Bénin.

II. Présentation des programmes et allocations du MS pour l'année 2020

2.1 Les différents programmes

Programme 1 : pilotage et soutien aux services du MS

Les transformations d'envergure ne peuvent se réaliser que sur les bases d'une culture de gestion moderne axée sur la transparence, la qualité et l'efficacité. L'engagement continu et la volonté manifeste des autorités du secteur de la santé d'atteindre les objectifs du PNDS 2018-2022, passent par l'amélioration de la gestion des ressources du secteur, la disponibilité des informations sanitaires fiables, l'utilisation des résultats de recherche en santé dans la prise de décisions, le financement du secteur sans oublier la bonne gouvernance et le renforcement institutionnel du secteur. Enfin, le secteur de la santé est aujourd'hui confronté au problème des ressources humaines. Le développement des ressources humaines permettra donc de disposer de personnels en qualité et en quantité capables de mettre en œuvre la politique nationale de santé à tous les niveaux du système de santé. L'ensemble des structures et autres services de santé du Bénin reposent essentiellement sur du personnel visiblement instable et peu motivé et ce constat pose toute la problématique de la planification des ressources humaines en santé au Bénin.

Pour l'atteinte des objectifs de ce programme, il faut donner une dimension innovante aux structures de la santé, en améliorant le processus de coordination, de gestion et de la planification,

en mettant en place une structure de collecte des informations sanitaires fiables à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Tout ceci passe par la mise à disposition du secteur santé d'une main d'œuvre en quantité et en qualité.

Programme 2 : Prévention et sécurité sanitaire

Le programme « prévention et sécurité sanitaire » prend en compte la réduction de la morbidité, de la mortalité de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune et renforcement de la prévention, la lutte contre les maladies et l'amélioration de la qualité des soins. Il constitue la deuxième orientation stratégique (OS2) du Plan National de Développement Sanitaire 2018-2022.

Programme 3 : Offres et accès aux soins

Le programme offre et accès aux soins prend en compte les axes stratégiques du PNDS relatifs au développement des infrastructures sanitaires, des équipements et des produits de santé d'une part et au renforcement de l'assistance médicale aux personnes vulnérables d'autre part.

En effet, l'analyse de la situation sanitaire au Bénin révèle entre autres dysfonctionnements la faible gestion des infrastructures, des équipements et de la maintenance, la faible gestion du médicament, des vaccins et des produits sanguins et la faible qualité des prestations de services et soins de santé. Le Programme a pour objectif principal d'assurer un accès universel aux services de santé et une meilleure qualité des soins. A cet effet, il vise la couverture optimale du territoire national en infrastructures et équipements sanitaires respectant les normes et standards d'une part et la disponibilité effective des produits de santé de qualité d'autre part. Il prend aussi en compte le renforcement de l'assistance médicale aux personnes indigentes.

2.2 Allocation par programme

Répartition du budget par Programme budgétaire

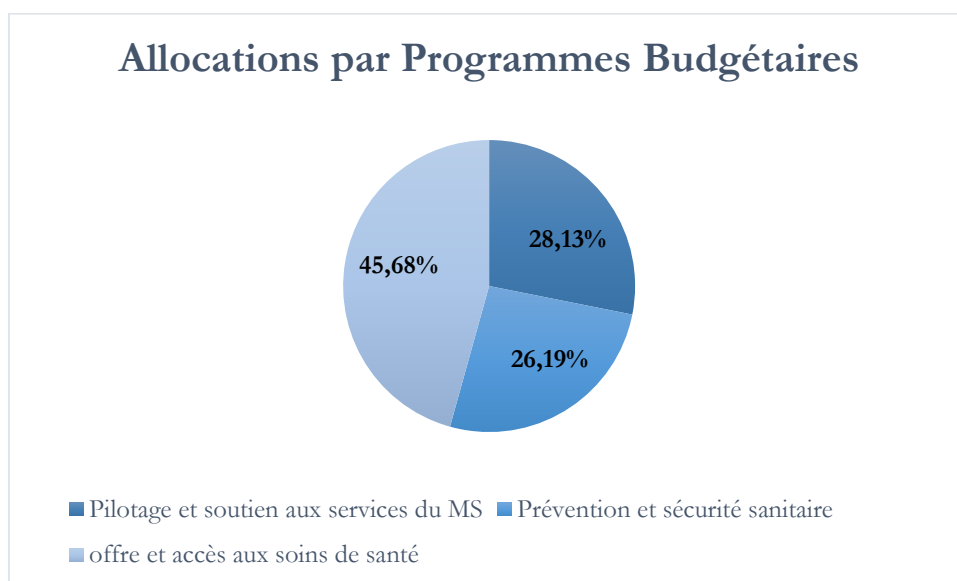
Suivant le Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) le budget du ministère de la santé qui s'élève à 109,471 milliards de francs CFA est ainsi décomposé en trois programmes :

Programme 1 : Pilotage et soutien aux services du MS avec 30 792 666 981 FCFA soit 28,13% du budget du MS ;

Programme 2 : Prévention et sécurité sanitaire prend 28 670 853 549 FCFA soit 26,19% du budget ;

Programme 3 : Offre et accès aux soins de santé, 50 008 299 205 FCFA soit 45,68%.

Graphique 1 : Allocations par Programmes Budgétaires



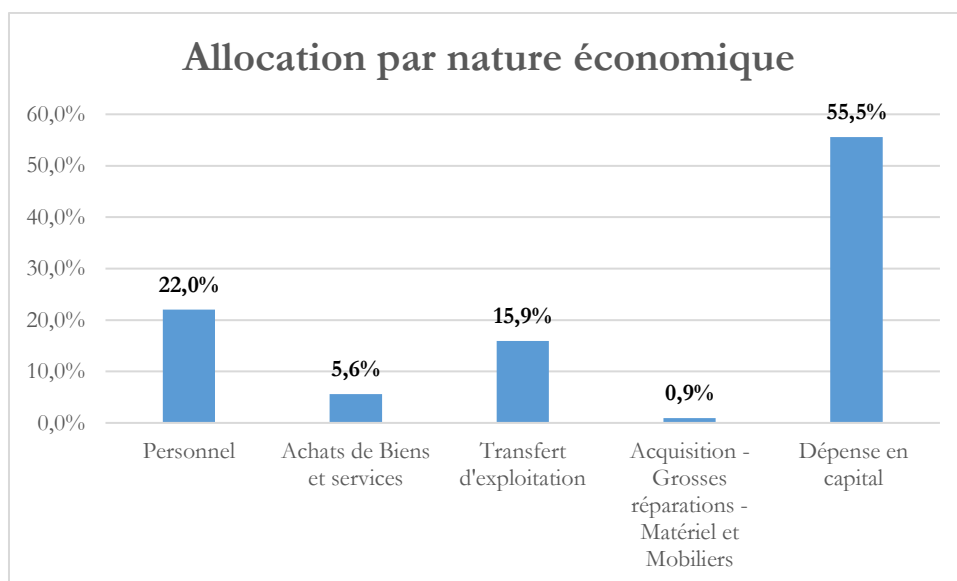
Source : Point d'exécution du budget 2020 du secteur santé au 31 décembre 2020

L'analyse de ce graphique montre que le programme 3 : offre et accès aux soins de santé prend la plus grande part du budget du MS (45,68%) contrairement à l'année 2019 où le programme 1 : pilotage et soutien aux services venait en tête avec 54,81%. Ceci traduit la volonté du Gouvernement de réduire les dépenses ordinaires au profit des dépenses d'investissement.

Répartition du budget par nature économique

Le présent graphique fait le cumul des trois (03) programmes du MS pour le compte de l'année 2020 par allocation de nature économique.

Graphique 2 : Allocation par nature économique

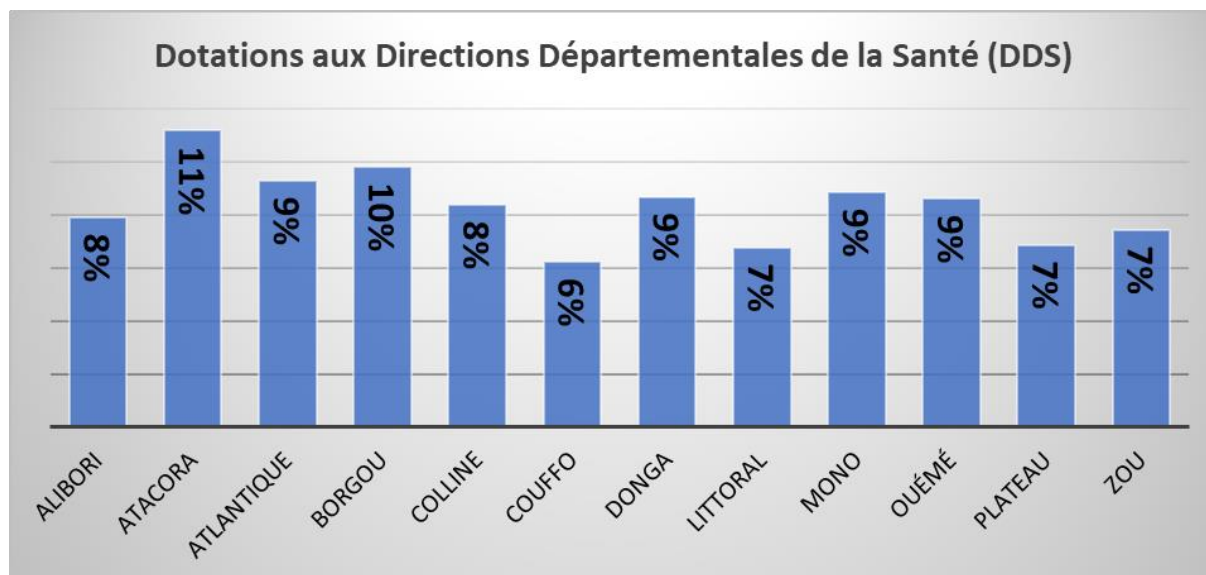


Source : Point d'exécution du budget 2020 du secteur santé au 31 décembre 2020

Il ressort du graphique 2 que la ligne des dépenses en capital consomme la plus grande partie du Budget à hauteur de 55,5%. Une augmentation considérable par rapport à l'année dernière où elle était de 19,68%.

2.3 Répartition des ressources par département

Graphique 3 : Répartition des dotations aux Directions Départementales de la Santé (DDS)



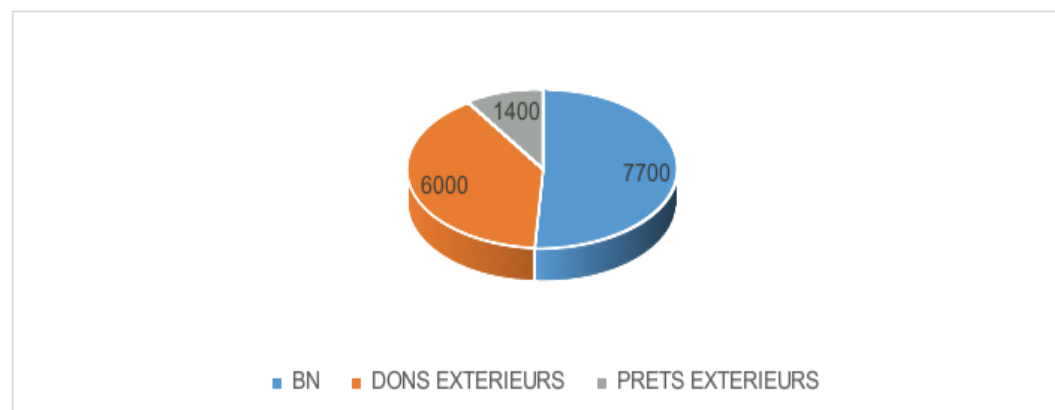
Source : Budget de l'Etat, gestion 2020

Le présent graphique fait le point des dotations aux Directions Départementales de la Santé (DDS) des 12 départements au titre de l'année 2020.

Au regard de ce graphique, on observe que le département de l'Atacora vient en tête de liste avec une part d'allocation de 11,18% et le département du COUFFO vient en bas de liste avec une part d'allocation de 6,22%. Cette répartition des fonds n'est pas faite de façon aléatoire mais en fonction du degré de besoins des départements les uns par rapport aux autres. Mieux, les départements dans lesquelles les indicateurs sont au rouge, bénéficient plus de ressources que ceux en vert ou mitigés afin d'équilibrer les besoins.

2.4 Source de financement

Graphique 4 : Répartition par sources de financements des PIP au titre de 2020



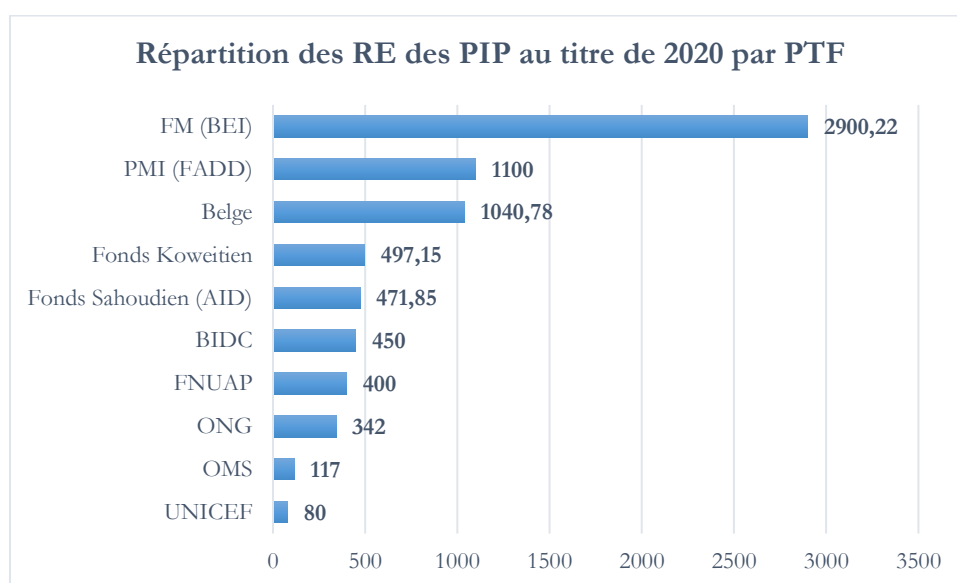
Source : DPP/MS, 2020

A l'issue de l'analyse de ce graphe, il en ressort qu'au titre de l'année 2020, la part du BN, des DE et des PE sont respectivement en millions de FCFA, 7 700, 6 000 et 1 400. Mieux, on note une différence de seulement 300 millions entre le BN et les RE. Ainsi, on en déduit que le BN contribue considérablement autant que les RE sur le budget global.

Notons que les ressources affectées au PIP sont passées de quinze milliards cent millions (15 100 000 000) à soixante milliards huit cent millions six cent quatre-vingt-dix mille (60.800.690.000) de francs CFA au cours de l'année.

Répartition par partenaires au développement des ressources extérieures des PIP du Ministère en 2020

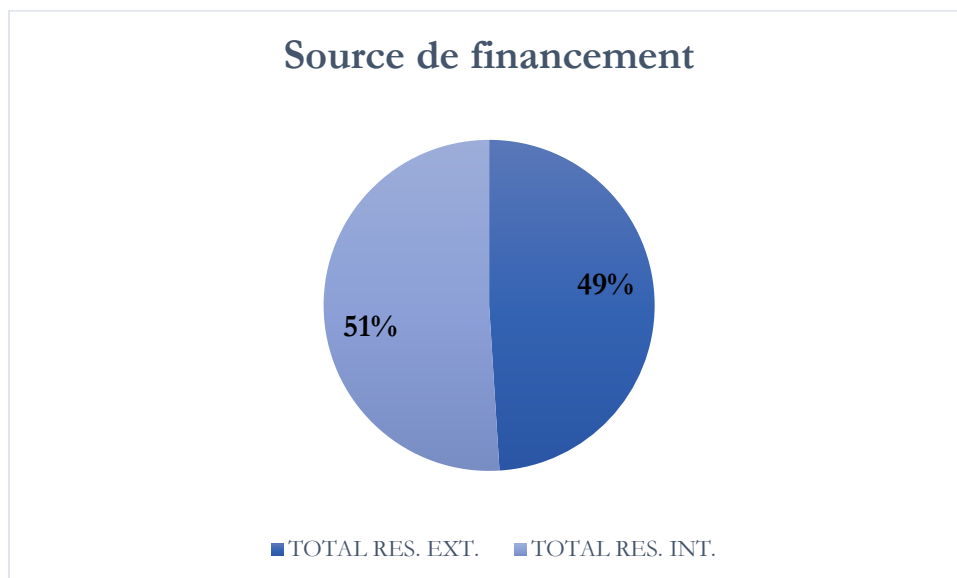
Graphique 5 : Répartition des RE des PIP au titre de 2020 par PTF



Source : DPP/MS, 2020

Il ressort de l'analyse de ce graphe qu'au titre de l'année 2020, le PTF qui contribue le plus en termes de dons extérieurs est le Fond Mondial à hauteur 2 900, 22 millions de FCFA.

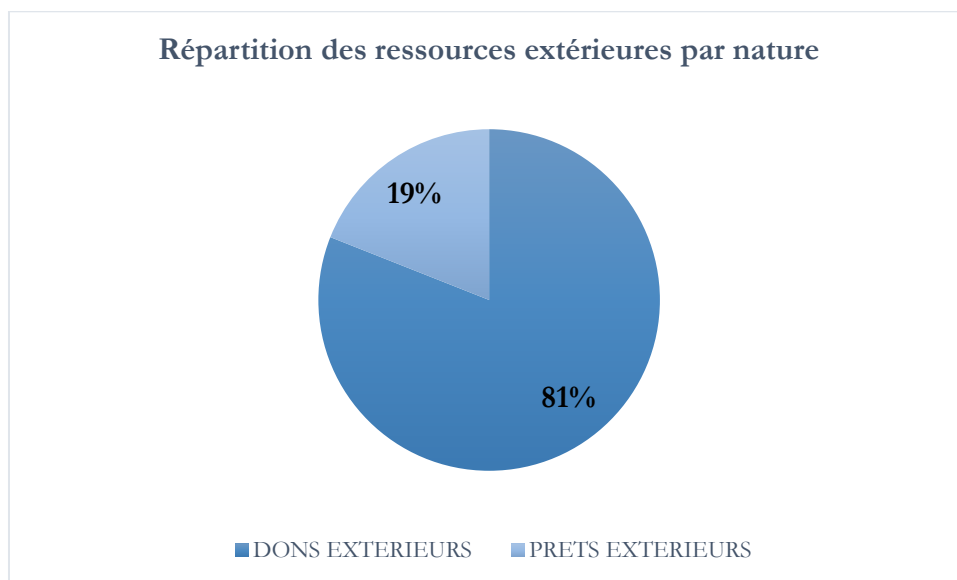
Graphique 6 : Répartition des sources de financements



Source : CDMT MS 2020-2022

Le graphique montre que la part des ressources intérieures (51%) sur le total des sources de financement dépasse celle des ressources extérieures (49%).

Graphique 7 : Répartition des ressources extérieures par nature



Source : CDMT MS 2020-2022

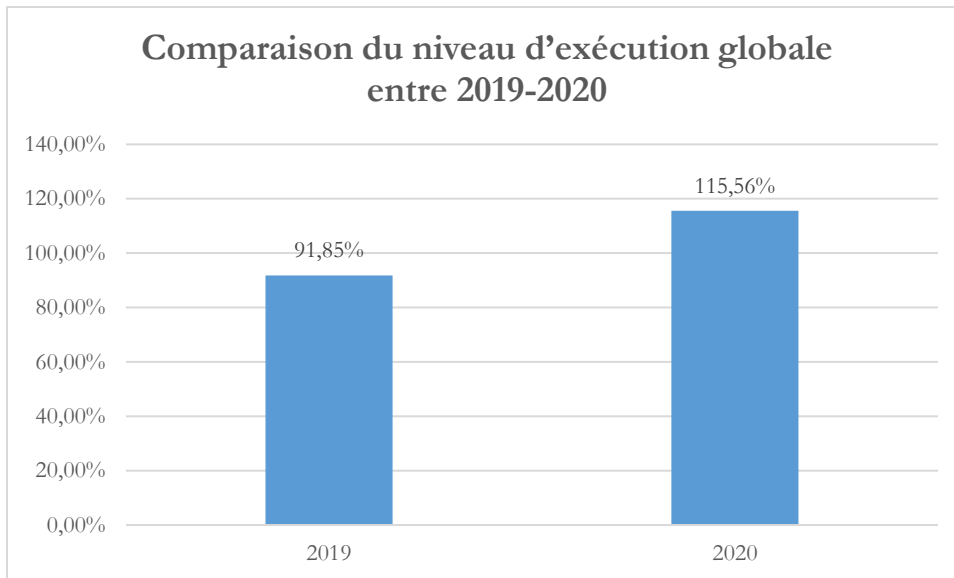
Les Ressources Extérieures sont constituées des dons extérieurs et des prêts extérieurs qui occupent respectivement 81% et 19%.

III. Point d'exécution du budget du Ministère de la Santé au 31 décembre 2020

3.1 Exécution financière et physique du budget au 31 décembre 2020

Exécution globale entre 2019-2020

Graphique 8 : Comparaison du niveau d'exécution globale entre 2019-2020

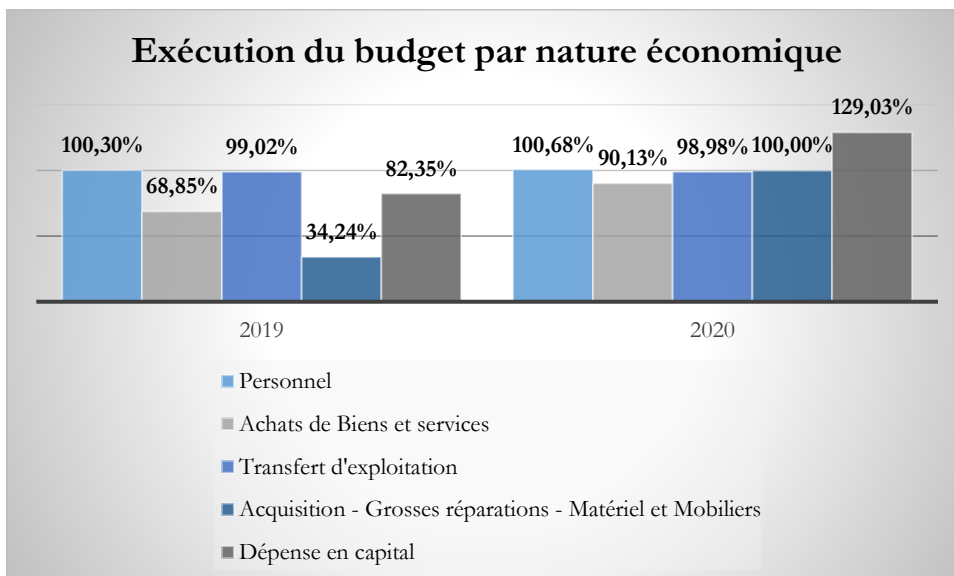


Source : DPP, MS

Le niveau d'exécution du budget au 31/12/2020 est en hausse par rapport à l'année précédente.

Par nature économique

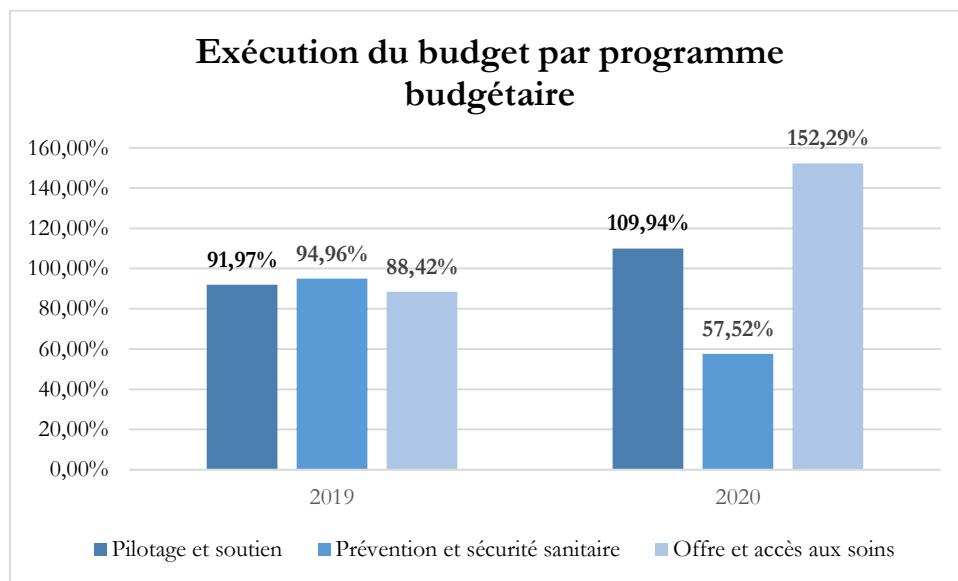
Graphique 9 : Exécution du budget par nature économique (base engagement)



Source : Point d'exécution du budget 2020 du secteur santé au 31 décembre 2020

L'analyse du graphique 8 montre que les taux d'exécution base engagement du budget 2020 du Ministère de la Santé sont en dessus des 90%. Les dépenses en capital obtiennent le plus fort taux d'engagement (129,03%). On note donc une nette amélioration comparativement à l'année 2019 excepté au niveau de la rubrique transfert d'exploitation où il y a eu une légère baisse de 0,04%. Cette amélioration peut s'expliquer par l'augmentation du crédit accordé au MS au cours de l'année suite à l'avènement de la pandémie de la Covid-19.

Graphique 10 : Exécution du budget par programme budgétaire

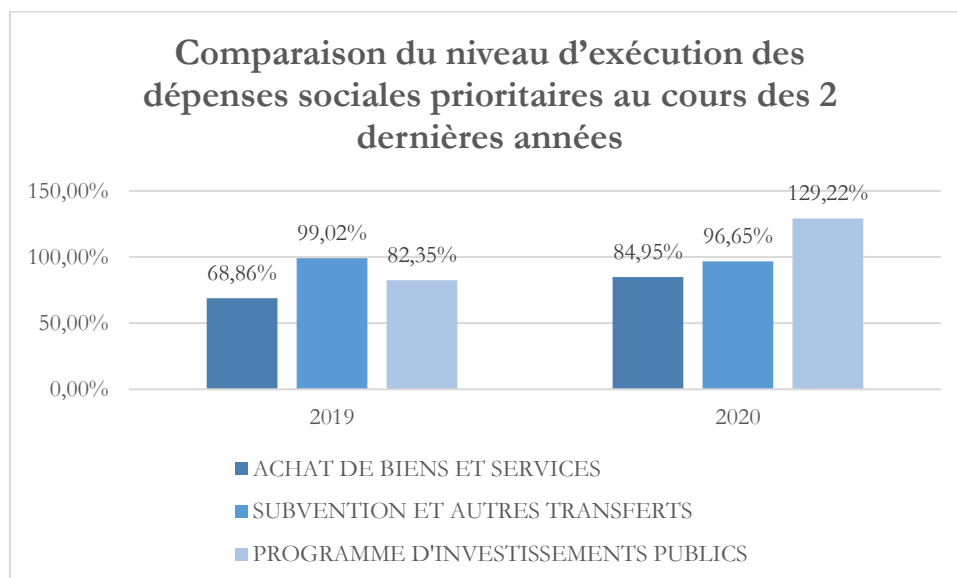


Source : Point d'exécution du budget 2020 du secteur santé au 31 décembre 2020

Le graphique 9 montre que le programme 3 : Offre et accès aux soins obtient à la fin de l'année 2020 un taux d'exécution base engagement de 152,29% ce qui dépasse largement les prévisions. Par contre les prévisions n'ont pas été atteintes pour ce qui concerne le programme 2 : Prévention et sécuritaire sanitaire qui a obtenu un taux de 57,52% sur la base des engagements. C'est aussi le programme ayant obtenu la plus faible dotation. Or en 2019 ce programme avait obtenu un taux de réalisation de 94,96% avec une dotation de 14.340.668.000 FCFA. C'est dire que des efforts doivent-être faits pour renforcer ce programme car il prend en compte la réduction de la morbidité, de la mortalité de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune et renforcement de la prévention, la lutte contre les maladies et l'amélioration de la qualité des soins.

3.2 Niveau d'exécution des dépenses sociales prioritaires

Graphique 11 : Comparaison du niveau d'exécution des dépenses sociales prioritaires au cours des 2 dernières années



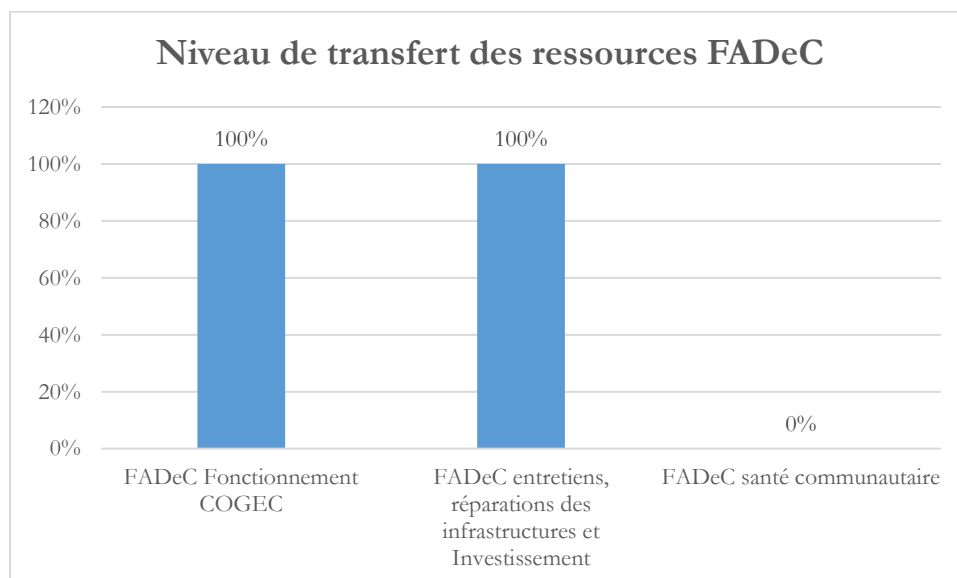
Source : DPP du MS

À la lecture de ce graphique, l'on comprend que les DSP sont logées dans trois grandes dépenses que sont : les achats de biens et services, les subventions & autres transferts et les programmes d'investissements publics. Le niveau d'exécution des dépenses sociales prioritaires en 2020 s'est largement amélioré par rapport à l'année 2019 sauf au niveau de la ligne subvention et autres transferts où l'on remarque une diminution de 2,37%.

Il est important de noter que pour l'exécution des dépenses sociales du budget 2020, la priorité a été accordée au paiement de certaines dettes de réactifs.

3.3 Présentation du niveau des transferts FADeC

Graphique 12 : Niveau de transfert des ressources FADeC



Source : Point d'exécution du budget 2020 du secteur santé au 31 décembre 2020

Le graphique 11 fait état du niveau de transfert des ressources FADeC au 31 décembre 2020. On note que seul le FADeC santé communautaire n'a pas du tout été transféré aux communes car ces fonds ont été réorientés.

En 2019, les dotations du FADeC affecté du Ministère de la Santé aux communes étaient de 3,1 milliards de FCFA (source : Point d'exécution du budget au 31/12/2019). Cette année 2020, les prévisions s'élevaient à 3,3 milliards de FCFA ce qui prouve qui montre la volonté du gouvernement d'accroître d'avantage ses ressources pour le Bonheur des communes. Néanmoins, on remarque qu'au 31 décembre 2020, le taux d'engagement était de 48,48% soit 1.600.000.000 FCFA engagés. Ceci s'explique par le fait que le FADeC santé communautaire créé en 2019 n'a pas du tout été transféré aux communes car ces fonds ont été réorientés dans la gestion de la pandémie.

IV. Difficultés rencontrées dans l'exécution du PTA du secteur de la santé au 31 décembre 2020

La mise en œuvre du PTA du secteur de la santé au 31 décembre 2020 a connu plusieurs difficultés au nombre desquelles nous pouvons citer :

- Perturbations de la mise en œuvre normale du plan de travail annuel 2020 consécutives à la pandémie de la COVID-19 ayant entraîné des reprogrammations ;
- Non disponibilité à temps du PTA 2020 approuvé par le BAI (après le premier trimestre 2020) ;
- Les contraintes liées à l'appropriation de la nouvelle procédure de la double commande sur les deux applications (SIGFiP et SIGFP) instaurée par la réforme budgétaire et la régulation du SIGFiP sur la programmation de l'exécution des activités.

4.1 Les difficultés liées aux dépenses sociales prioritaires

L'exécution des dépenses sociales prioritaires du secteur au titre de l'année 2020 a connu quelques difficultés relatives :

- au retard accusé dans les travaux de réaménagement du budget induits par les différentes réformes institutionnelles dans le secteur ;
- aux demandes de réallocation liées souvent à l'apurement des dettes des exercices antérieurs qui ne sont pas prises en compte dans le PTA 2020 ;
- aux dysfonctionnements engendrés par la gestion de la pandémie du coronavirus (COVID-19) qui ont mobilisé tous les acteurs de santé pour l'organisation de la riposte ;
- au manque de moyens matériels et humains pour le bon fonctionnement des Projets / Programmes.

Outre ces difficultés d'ordre générale, il y a eu des effets du COVID sur la mobilisation et l'exécution des dépenses sociales prioritaires.

La gestion de la pandémie a permis au secteur de bénéficier d'appuis financiers conséquents des partenaires techniques et financiers pour une bonne riposte contre la pandémie à la COVID-19.

En effet, les actions prioritaires du plan de riposte COVID-19 s'élève à un montant de 192 694 779 792 et les actions de renforcement du système inscrits dans le plan de riposte COVID-19 sont d'un montant de 196 899 976 671 Fcfa, soit un total de 389 594 756 464 Fcfa.

En outre, au 31 mai 2020, le financement en cours d'exécution était de 40 343 002 962 Fcfa et le financement en cours de finalisation était de 25 123 945 202 Fcfa. Voici quelques grandes actions réalisées :

- Acquisition de masques de protection
- Acquisition de 9 ambulances
- Acquisition de matériels, consommables et médicaments au profit des CTE
- Acquisition de matériels et consommables au profit des laboratoires
- Réalisation de spots et d'affiches pour la sensibilisation de la communauté
- Activités techniques (formations, supervisions, prise en charge des équipes sur le terrain)
- Location d'hôtels pour la mise en quarantaine des personnes suspectes d'être porteurs du COVID 19
- Acquisition et installation de bâtiments préfabriqués (Abomey-Calavi et Natitingou)
- Réalisation des travaux de génie civil sur les sites CTE
- Acquisition de matériels, consommables et médicaments au profit des CTE
- Acquisition de matériels et consommables au profit des laboratoires
- Acquisition de matériels, consommables et médicaments au profit des CTE
- Acquisition de matériels et consommables au profit des laboratoires
- Acquisition de masques de fabrication locale
- Restauration des patients mis en isolement ou hospitalisés et des volontaires des sites
- Prise en charge des différents acteurs actifs dans la réponse à la pandémie à la COVID-19 y compris les activités de coordination
- Equipement des laboratoires (hottes)
- Acquisition de petits besoins pour le fonctionnement des sites de traitement et des laboratoires
- Location d'hôtels pour la mise en quarantaine des personnes suspectes d'être porteurs du COVID 19 etc.

4.2 Les effets du COVID-19 sur la mise en œuvre du PTA 2020

La gestion de la pandémie du coronavirus (COVID-19) a mobilisé tous les acteurs du secteur de la santé pour l'organisation de la riposte. Cette situation a créé des perturbations dans la mise en œuvre normale du plan de travail annuel 2020 consécutives à la pandémie de la COVID-19 ayant entraîné des reprogrammations. Les difficultés auxquelles ont été confrontées les structures du ministère au cours de l'exécution du PTA 2020 sont identiques à celles suscitées au niveau des dépenses sociales prioritaires.

V. L'évaluation de la mise en œuvre du plan d'action de riposte de la COVID-19

Il est fait mention dans cette partie du contenu du plan national de riposte contre la COVID-19, les mesures de ripostes, les défis et perspectives et les leçons apprises.

Un plan national de riposte intégré élaboré (9 piliers OMS), coordonné par le MPD :

- **Plan de riposte 1** : Renforcer les capacités du Bénin à mettre fin à la propagation du SARS-CoV-2 (**mars à juillet 2020**). Stratégie : dépister-isoler-traiter
Coût : 389 594 756 464 FCFA ; Mobilisé : 217 970 203 686 FCFA
- **Plan de riposte 2** : renforcer les capacités du Bénin à mettre fin à la propagation du SARS-CoV-2 à l'horizon **décembre 2020**. Stratégie : dépister-isoler-traiter-résilience

Objectifs

- Renforcer la coordination dans la gestion de l'épidémie de COVID-19 :
- Minimiser la transmission interhumaine par la communication sur les risques et mobilisation communautaire
- Renforcer la surveillance épidémiologique, le dépistage/limitation de l'importation des cas
- Renforcer les capacités logistiques et opérationnelles
- Renforcer la résilience du système sanitaire et la continuité des services dans le contexte de COVID-19 ;
- Promouvoir la recherche- action dans la gestion de la COVID 19

Mesures de riposte : Coordination de la riposte

- ☐ Comités et commissions mis en place
 - Comité interministériel ad hoc de gestion de l'urgence sanitaire : Réunion journalière (MS, MEF, MIT, Tourisme, MISP etc...)
 - Comité national de crises et urgences sanitaires (CNCS) présidé par le Ministre de la santé
 - la commission Coordination,
 - la commission Surveillance épidémiologique et laboratoire,
 - la commission Prise en charge médicale et psychosociale,
 - la commission Logistique et mobilisation des ressources,
 - la commission Communication et mobilisation communautaire.
 - Comité des experts en appui scientifique aux commissions du CNCS, aux autres comités techniques
 - Comités techniques opérationnels de gestion/supervision de la quarantaine.
 - Plateforme départementale de gestion de la crise sanitaire
- ☐ Fonctionnement
 - La réunion de commandement : journalier puis bi hebdomadaire et enfin, hebdomadaire

- Réunion de coordination des commissions : hebdomadaire
- La réunion bilan journalier de la riposte
- Réunion de coordination des PTF

Mesures de ripostes : Surveillance épidémiologique

- Call center : Recueil des alertes, orientations des acteurs en lien avec les équipes terrain
- Cordon sanitaire autour des zones fortement exposées (Mars-Avril) : Cotonou et 14 autres communes
- EIR (186 équipes d'intervention rapide (EIR) réparties dans les 34 ZS et 12 DDS)
- Surveillance hospitalière : Identification de salle d'isolement et organisation d'un service de tri-dépistage systématique.
- Surveillance aux 23 points d'entrée (POE) : 11 PoE terrestres, aéroport, Port, et 10 autres points de passages

Mesures de ripostes : Renforcement des laboratoires de diagnostic

- 103 équipes de tri-dépistage aux chefs-lieux des communes : dépistage des cas symptomatiques et de certains groupes spécifiques.
- 13 laboratoires dont un par département. Accès rapproché au service de dépistage
- Acquisitions groupées et anticipées : Equipements, consommables et réactifs.
- PCR réalisées 374 285 ; soit 3,0 % pop ;
- 2^e pays de la CEDEAO/UEMOA en matière de dépistage après le CAP VERT.

Prise en charge des cas de COVID-19

- ☐ Stratégie gouvernementale pour la riposte contre le COVID-19 : PEC cas COVID-19 au niveau des structures sanitaires dédiées.
- 5 sites de PEC identifiés dont 3 fonctionnels avec 230 lits ;
- 800 cas de COVID-19 déjà pris en charge dans ces sites ;
- Acquisition groupées et anticipés : médicaments, équipements, EPI, consommables ;
- Partenariat avec industrie locale de production de Médicaments ;
- Formation ressources humaines dédiées, recrutement complémentaire ;
- Staff clinique avec les séniors : ajustements des protocoles.

Communication et mobilisation sociale

- Elaboration et diffusion des messages clés : campagne d'information et de sensibilisation, contrat avec mass média/radio/télévision, réseaux sociaux, affichage grand public

- Prescription des gestes barrières par le Gouvernement : Port de masque, lavage systématique des mains, distanciation physique, transport en commun
- Engagement communautaire : Mise en place de brigade sanitaire (élus, leaders religieux, relais communautaire)

Défis et perspectives

- Résilience et continuité des services : renforcement de la surveillance hospitalière (intégration au paquet de soins et à la SIMR)
- Développement des brigades sanitaires pour susciter l'engagement communautaire et le développement local des actions en faveur du respect des gestes barrières par la population
- Libre circulation des personnes et des biens dans un contexte de COVID-19 au niveau des frontières surtout terrestres : Reconnaissance réciproque des résultats PCR, harmonisation des coûts et des délais, mécanisme de traversée des frontières terrestres (TDR, PCR, ...)
- Accès à une vaccination anti COVID-19 sécurisée
- Digitalisation complète de l'activité de dépistage et des laboratoires
- Finalisation de 2 sites de PEC en construction (Natitingou et à Abomey Calavi)
- Construction en vue de 4 CTE supplémentaires : Porto Novo, Lokossa, Abomey et Parakou
- Mise en œuvre des différentes recherches dont les protocoles sont élaborés ou en cours pour mieux documenter la gestion de la pandémie au Bénin (place de la vitD dans la PEC des cas, ...)

Leçons apprises

Préparation

Rédaction d'un plan national de riposte intégré coordonné par le MPD :

- Outil de plaidoyer et de mobilisation des ressources
- Pertinence de la Stratégie globale du plan : dépister-isoler-traiter ou dépister-isoler-traiter-résilience
- Développement des sites de tri-dépistage appuyé par des labo

Coordination de la riposte

- ☐ Comités et commissions mis en place
- Comité interministériel ad hoc (MS, MEF, MIT, Tourisme, MISP etc...) de gestion de l'urgence sanitaire : *Engagement fort au sommet de l'Etat*
- Comité national de crises et urgences sanitaires (CNCUS) présidé par le Ministre de la santé : fréquence des réunions en fonction de l'évolution de l'épidémie

- Comité des experts en appui scientifique aux commissions du CNCS, aux autres comités techniques.

Surveillance épidémiologique

- Mise en place d'un call center : Recueil des alertes, véritable guide équipes de terrain ;
- Cordon sanitaire autour des zones fortement exposées (Mars-Avril) : A permis de maintenir un minimum d'activité socio-économique ; *Expérience réussie*
- Dispositif de dépistage systématique à l'aéroport depuis le 11 Mai puis dépistage au départ de Cotonou à partir d'Août avec recouvrement des coûts ; gage de pérennisation

RENFORCEMENT DU LABORATOIRE POUR LE DIAGNOSTIC DES CAS

- **Présence laboratoire COVID-19 dans chaque département :**

- Accès rapproché au service de dépistage

- Près de 400 00 PCR réalisées ; soit 3,0 % de la population dépistée ;

- Bénin = 2^e pays de la sous-région en matière de dépistage après le CAP VERT.

- Stratégie gouvernementale pour la riposte contre le COVID-19 de prendre en charge les cas positifs de COVID-19 au niveau des structures sanitaires dédiées : A permis de poursuivre les activités dans le reste des centres.
- Partenariat avec industrie locale de production de Médicaments : Bonne disponibilité de la chloroquine
- Renforcement des ressources humaines par des volontaires : Près de 3000 agents engagés dans la riposte au COVID-19
- Staff clinique avec les séniors : ajustements des protocoles

Communication et mobilisation sociale

- Prescriptions directives et des gestes barrières par le Gouvernement : Port de masque, lavage systématique des mains, distanciation physique, réorganisation du transport en commun avec respect de la distanciation (1 place sur deux occupée), restriction des rassemblements, etc...
- Engagement communautaire : Mise en place de brigade sanitaire (élus, leaders religieux, relais communautaire)

Coordination des PTF, gouvernance dans la riposte au COVID-19

- Le leadership permanent du Gouvernement qui a permis d'avoir les orientations et décisions à tout moment de l'évolution de la crise
- L'approche participative d'identification des priorités entre le MS et les PTF
- La publication officielle de la liste des priorités de la riposte pour orienter le besoin de financement

- Intégration des priorités de renforcement du système de santé en général
- Aligement d'environ 70% du financement mobilisé : fruit du dialogue positif et régulier entre la partie nationale et les PTF sur les priorités
- Inclusion des aspects transversaux (genre, digitalisation,) et de l'équité (personnes vulnérables, enfants, comorbidités, différences linguistiques, handicapés ...) en lien avec beaucoup de zones d'attention des PTFs
- Simplification et le choix d'un agent d'approvisionnement unique (ex CAME) adapté et transparent : faciliter l'exécution en mode urgence sur tous les financements disponibles
- Disponibilité de tableaux de bord périodiquement partagés avec les PTF
 - Suivi des financements mobilisés et en cours de négociation
 - Suivi de l'exécution physique et financière des financements mobilisés
 - Suivi du stock des intrants de lutte contre la COVID-19
- Disponibilité des données auditables : renforcement de la crédibilité de la gestion administrative et financière de la COVID-19

VI. Stratégie et mesures correctrices envisagées ou mise en place pour améliorer l'exécution du PTA à l'avenir

Plusieurs stratégies et mesures correctrices sont envisagées pour l'amélioration de l'exécution du PTA à l'avenir afin de maintenir ou d'augmentation le taux d'exécution du budget. Il s'agit notamment de :

- Mobiliser les Ressources Humaines pour la saisie des données à double commande sur le SIGFiP et sur le SIGFP pour l'engagement des dépenses du Ministère de la Santé ;
- Faire un plaidoyer au niveau de la DGPSIP du Ministère du Plan et du BAI pour une validation dans le délai des PTA des Ministères ciblés ;
- Renforcer certaines coordinations de Projets / Programmes en personnel technique.

Analyse critique

Malgré les progrès réalisés ces dernières années avec les efforts du Gouvernement, des défis importants restent à relever sur le plan sanitaire, notamment dans le domaine de la santé maternelle et infantile en ce qui concerne l'amélioration de la mortalité infanto-juvénile et néo-natales qui sont respectivement de 96 et 30 pour mille naissances vivantes en 2018 selon l'EDSB V, pour un objectif de 12,2 pour mille naissances vivantes en 2030. Au regard de ces chiffres, il est nécessaire que la santé maternelle néo-natale et l'éducation à la santé sexuelle et reproductive doivent figurer dans les priorités de l'Etat.

L'analyse du niveau de transfert des ressources FADeC vers les communes montre que le FADeC santé communautaire a été réorienté. Compte tenu des besoins en construction et en réhabilitation des centres de santé par arrondissement dans chaque commune et pour donner sens à son option d'assainir le secteur sanitaire au Bénin avec la fermeture des centres de santé irréguliers, une option,

avouons-le qui met déjà les populations en difficultés, il serait bien de maintenir la ligne FADeC Santé Communautaire malgré les réaffectations de budget dues à la Covid-19.

Recommandations

Au MS :

- Mobiliser les Ressources Humaines pour la saisie des données à double commande sur le SIGFiP et sur le SIGFP pour l'engagement des dépenses du Ministère de la Santé ;
- Renforcer certaines coordinations de Projets / Programmes en personnel technique.

A Social Watch Bénin :

- Faire un plaidoyer au niveau de la DGPSIP du Ministère du Plan et du BAI pour une validation dans le délai des PTA des Ministères ciblés ;
- Une ligne budgétaire des crises sanitaires d'urgences existe, mais très faible. Il est donc très important d'augmenter ce montant afin de faire face aux situations de crises sanitaires d'urgence afin d'éviter au maximum la modification du PTA ou de la réorientation des fonds préalablement prévues pour des actions. A cet effet, un plaidoyer sera fait pour l'augmentation considérable de cette ligne afin de mieux faire face aux situations pandémiques à l'avenir et éviter la réorientation des fonds destinées aussi à la résolution d'importants problèmes sanitaires

Conclusion

De façon générale :

- le taux d'exécution du budget du Ministère de la Santé est de 115,56% ;
- le taux d'exécution du budget de fonctionnement hors salaires du MS est de 96,81% ;
- le taux d'exécution des dépenses sociales prioritaires est de 119,26% base engagement ;
- les ressources affectées au PIP sont passées de quinze milliards cent millions (15 100 000 000) à soixante milliards huit cent millions six cent quatre-vingt-dix mille (60.800.690.000) de francs CFA en 2020. Alors qu'en 2019 elles étaient de douze milliards quatre cent vingt-huit millions quatre cent quatre-vingt-six mille (12.428.486.000) francs CFA ;
- la mise en œuvre du budget 2020 a contribué à l'amélioration de la santé des populations en général.

Contrairement à l'année 2019 où le taux d'exécution du budget du MS était de 91,85% et malgré la pandémie du Coronavirus, le taux d'exécution du budget du Ministère de la Santé pour le compte de l'année 2020 est de 115,56%. Ceci est le résultat d'une soumission exceptionnelle qui a porté le budget du MS de de 70,319 milliards de francs CFA à 109,471 milliards de francs CFA. Toutefois, au cours de l'exécution du budget il y a eu des contraintes liées à l'appropriation de la nouvelle procédure de la double commande sur les deux applications (SIGFiP et SIGFP) instaurée par la réforme budgétaire et la régulation du SIGFiP sur la programmation de

l'exécution des activités. Aussi, nous notons le retard dans l'approbation du PTA 2020 par le BAI qui a été rendu disponible après le premier trimestre 2020.

Il urge que dans le cadre du partenariat Social Watch/UNICEF, des plaidoyers se fassent afin d'organiser des séances d'appropriation de la nouvelle procédure de la double commande sur les deux applications (SIGFiP et SIGFP). Il faut également faire un plaidoyer au niveau de la DGPSIP du Ministère du Plan et du BAI pour une validation dans le délai des PTA des Ministères ciblés.

Une ligne budgétaire des crises sanitaires d'urgences existe, mais très faible. Il est donc très important d'augmenter ce montant afin de faire face aux situations de crises sanitaires d'urgence afin d'éviter au maximum la modification du PTA ou de la réorientation des fonds préalablement prévues pour des actions. A cet effet, un plaidoyer sera fait pour l'augmentation considérable de cette ligne afin de mieux faire face aux situations pandémiques à l'avenir et éviter la réorientation des fonds destinées aussi à la résolution d'importants problèmes sanitaires.