

CYCLE DE SUIVI DE L'IHP+ 2016

FORMAT DE RAPPORT POUR LE PAYS

PAYS	BENIN
NOM DU CONSULTANT	Edgard-Marius D. OUENDO
DATE DE SOUMISSION	19/01/2017

1 Processus du cycle de suivi de l'IHP+ 2016

L'exercice de suivi IHP+ au Bénin s'est déroulé avec un succès relatif. Lors de la réunion de la Revue Annuelle Conjointe (RAC) les 28 et 29 avril 2016, dont l'expert national a profité pour faire le lancement, toute la démarche de l'exercice de suivi de IHP+ a été expliquée. Tous les partenaires au développement, le gouvernement, les OSC et les acteurs du secteur privé ont été invités à participer au processus. Tous ces acteurs invités ont effectivement participé mais à des degrés divers. En effet, malgré l'enthousiasme manifesté à la RAC, le processus a connu quelques difficultés.

La participation des PD a connu les écueils suivants : tergiversations dans la fixation de rendez-vous avec l'expert national, indisponibilité pour remplir les outils avec l'expert national, pas de réponse aux appels et relances du chef de file des partenaires et aussi de l'expert national, confusion entre ONG internationales et partenaires au développement qui a peut-être entraîné la frustration de certaines ONG internationales.

Il se pose, peut-être, le problème de l'intérêt réel et l'importance accordés au suivi. Aucune ONG internationales n'a participé au focus group des OSC. Dans tout ce processus, une mention spéciale au chef de file des PTF, l'UNICEF qui s'est réellement impliqué à fonds. Pour ce qui est des OSC, la participation à l'enquête en ligne a connu une faible participation (5 sur 20 sélectionnées) malgré les contacts avec les responsables des réseaux, les relances et les changements de dates butoirs.

Enfin, le focus group avec les OSC et celui du secteur privé n'ont principalement réuni que des OSC et des acteurs du secteur privé installés au sud du pays.

Le contexte politique, caractérisé par l'installation d'un nouveau gouvernement en avril 2016, d'un nouveau Ministre de la santé et par des remplacements et nominations en vogue n'ont pas favorisé les différents rendez-vous avec le représentant du gouvernement au niveau du MS. Cette instabilité au niveau de tous les ministères est certainement l'une des raisons qui ont empêché l'expert national de rentrer en contact avec le point focal chargé du Partenariat mondial sur l'efficacité de la coopération au développement (GPEDC).

2 Engagement à établir des stratégies solides pour le secteur de la santé qui sont évaluées conjointement et qui renforcent la responsabilité mutuelle

2.1 Pratique CDE 1. Les partenaires soutiennent une stratégie nationale de santé unique

La politique de santé au Bénin se base sur le Plan National de Développement Sanitaire PNDS 2009-2018 (document de programme stratégique). Selon le MS, ont participé à son élaboration plusieurs ministères, les DP, les OSC, le secteur privé de la santé et les acteurs de la médecine traditionnelle et la pharmacopée. L'évaluation du PNDS est conjointe. Cependant, certains DP estiment n'avoir pas participé à l'ensemble ou partie, ou soutenu ces évaluations. Aussi, des études sont commanditées sur des aspects particuliers. De même, des évaluations sous sectorielles ont été initiées par certains DP (vaccination, VIH-Sida, PCIME communautaire, tuberculose, paludisme). Ces évaluations généralement se font avec des indépendants du fait que les DP doutent de la qualité et de la capacité des acteurs nationaux identifiés par le gouvernement. Il est à noter que pour le MS, l'alignement des parties prenantes semble appréciable, mais à long terme il est à envisagé l'alignement des systèmes d'assistance technique. Des opportunités pour l'alignement des partenaires avec le PNDS ont été soulignées par le MS, à savoir à travers le Plan Triennal de Développement 2016-2018 issu de l'évaluation du PNDS et à travers la mise en œuvre des Objectifs de Développement Durable. Les DP estiment que la RAC est le cadre d'un dialogue franc et constructif entre les PTF et le MS et qui permet l'utilisation et l'harmonisation des recommandations pour l'atteinte des objectifs communs. Il s'en suit la mise en commun des actions des uns et des autres et l'engagement des PTF. Le soutien de la stratégie nationale de santé unique pourrait aussi se concrétiser à travers le cofinancement et l'expertise technique pour les partenaires et la mise en œuvre pour la partie nationale. Cependant, pour les DP, des contraintes existent à savoir, l'approche d'évaluation de la mise en œuvre de la politique de santé qui ne permet d'évaluer tous les volets de cette politique, la faible coordination entre le MS et certains sous-secteurs, la rareté de ressources humaines nationales compétentes, la non-utilisation des résultats pour la prise de décision et la planification opérationnelle, les difficultés d'harmonisation des Termes de référence et l'insuffisance dans le suivi de la mise en œuvre des recommandations des revues précédentes.

2.2 Pratique CDE 5. La redevabilité mutuelle est renforcée.

Le renforcement de la redevabilité repose sur le Plan de Suivi Évaluation et Revue (PSER) avec des objectifs mesurables pour le secteur de la santé, et le compact transitoire 2015 signé par 19 PTF et OSC du secteur de la santé et le gouvernement. Le plan S&E comporte des mécanismes de renforcement de la redevabilité mutuelle et est utilisé dès lors que le suivi est conjoint. La redevabilité mutuelle à laquelle participent presque tous les DP, prend corps à travers les comités de pilotage mixtes, les revues semestrielles et annuelles conjointes de performance, les revues sectorielles, les planifications conjointes, les accords-cadres et les accords de subvention, le compact pays, les enquêtes EDS et SARA (Measuring Service Availability and Readiness Assessment /Mesurer la Capacité Opérationnelle et la Disponibilité des Services). Quelques contradictions existent parfois dans les déclarations de certains DP par rapport au MS. Il n'existe pas d'autres mécanismes pour favoriser la Redevabilité Mutuelle en dehors du Comité de Direction Élargi et de la Réunion des PTF. Les DP non alignés avec le cadre national évoquent comme raisons, celles d'avoir parfois des indicateurs plus spécifiques que ceux nationaux et aussi un suivi fin de certaines subventions, le manque d'un plan national de suivi évaluation opérationnel et d'indicateurs nationaux pour la santé sexuelle des jeunes. La redevabilité mutuelle pourrait être améliorée par des mécanismes internationaux tels que IHP+. Son utilisation devrait être renforcée par l'opportunité que présente la revue à mi-parcours du PNDS qui envisage la revue du PSER. Les contraintes sont liées à la validité des indicateurs, la non-disponibilité de données fiables en temps réel, les annuaires statistiques validés avec retard et non utilisables pour la prise de décision ou la planification et enfin la non- utilisation du système national pour s'aligner sur des indicateurs internationaux et renforcer des systèmes de suivi et évaluation nationaux. La redevabilité mutuelle pourra être

renforcée par le partage de l'information sur les types de fonds reçus et leur ciblage par partenaire, l'amélioration de la coordination, les évaluations indépendantes, un monitoring correct. D'autres conditions sont le respect des engagements et la reddition des comptes, l'harmonisation des indicateurs de performance, le renforcement du leadership et une bonne gouvernance.

3 Engagement à améliorer le financement, la prévisibilité et la gestion financière du secteur de la santé

3.1 Pratique CDE 2a/b: La coopération au développement dans le secteur santé est plus prévisible

La coopération au développement dans le secteur santé est prévisible. En effet, la plupart des DP enquêtés (7/9) ont indiqué au MS les plans de dépenses futures sur une période allant deux à trois ans, à travers des documents ou des plans propres à leurs institutions. Certains DP n'ont pas indiqué leurs dépenses prévisionnelles. Un partenaire au développement évoque la suspension de sa collaboration avec le gouvernement pour mauvaise gestion et sa réflexion est en court pour voir comment reprendre la collaboration. Pour d'autres DP, ce manque de prévisibilité est lié à des incertitudes sur les fonds disponibles et aussi au manque d'intérêt du gouvernement ; pourtant, le pourcentage du budget santé dans le budget national total ne représente que 7,1 %. La valeur totale du budget annuel approuvé alloué au secteur de la santé (+ appui budgétaire) est de \$ 150 388 854, la valeur totale des subventions décaissées par rapport au budget annuel approuvé, allouée au secteur de la santé est de \$ 123 152 315. Pour le MS, les décaissements ne suivent pas toujours le budget annuel approuvé et l'une des raisons évoquées est que l'estimation des besoins n'est pas rigoureuse et ne tient pas compte des statistiques actualisées. La circulation de l'information peut être améliorée par une meilleure réactivité du MS, une gestion plus active du Cadre de Dépense à Moyen Terme avec des projections réalistes partagées avec les DP. Le gouvernement doit tenir compte des plans de dépenses sur plusieurs années des PD basés sur les priorités du pays, pour faire sa demande de financement et respecter les documents signés dans les programmes de coopération avec les PD. Enfin, les revues sectorielles et annuelles du ministère des Finances constituent une opportunité de parvenir à une meilleure adéquation entre les besoins et les financements mobilisés.

3.2 Pratique CDE 2c: L'Aide pour le secteur santé est inscrite dans le budget national.

Le budget du secteur de la santé, selon le MS, semble refléter les contributions individuelles des DP. Cependant les sous-secteurs comme l'hygiène et l'assainissement, la nutrition, les maladies tropicales négligées, les ressources humaines sont insuffisamment financés. Selon le MS, pour parvenir à mieux équilibrer le budget, il faudrait obtenir davantage de financement de la contrepartie accompagné de la réelle volonté à déboursier les fonds. Trois des neuf DP expliquent qu'ils ont leurs ressources incluses dans le budget national. Concernant les autres DP, la non-prise en compte de leurs ressources dans le budget s'explique essentiellement par le fait que ces DP ne s'inscrivent dans aucune des trois options permettant un appui budgétaire. Par ailleurs, le processus de budgétisation de l'Etat ne prend pas en compte systématiquement tous les fonds des partenaires. Selon les DP, il faut lever les contraintes relatives à la non- implication des partenaires dans le processus de préparation du budget national, au manque de budgétisation globale et intégrée, de transparence de la gestion du budget national, et à la faible capacité de la gestion de finances publiques. In fine, il faudrait profiter de l'opportunité que constituent l'approche sectorielle avec le CDMT et le compact

pays pour inclure les fonds des partenaires dans le budget national. Au total, le MS souhaite un engagement franc des partenaires, alors les DP souhaitent plus de transparence dans la gestion et leur meilleure implication dans le processus de budgétisation.

4 Engagement à établir, utiliser et renforcer les systèmes du pays

4.1 Pratique CDE 3: Les systèmes GFP (gestion de finances publiques) sont utilisés et renforcés.

Au Bénin, la réforme budgétaire a été mise en place en 1999, avec un renforcement de la loi organique des lois de finances. Le MS met en avant le fait que des efforts sont faits pour garantir son appropriation par les différents acteurs. Les mécanismes d'harmonisation entre les DP doivent se fonder sur le Compact. Mais les DP n'utilisent pas tous le système de gestion des finances publiques et pourraient choisir entre trois options : l'appui budgétaire global, l'appui budgétaire sectoriel ou le fonds commun. Seuls trois des neuf DP enquêtés utilisent le système national de Gestion des Finances Publiques (GFP). Parmi les autres, certains allèguent qu'ils possèdent des manuels de procédures propres, qu'ils procèdent à des financements directs pour pallier au retard dans la réception des requêtes, la lourdeur administrative et les risques de mauvaise gouvernance. Selon certains DP pour améliorer la GFP, le système doit être plus performant grâce au renforcement de la gestion de finances publiques, à une transparence accrue. Il faut aussi procéder à une décentralisation des budgets et à une mobilisation de ressources internes au pays. Ce sont autant de défis qui sont à relever. Au total, pour le MS, les possibilités qui peuvent pousser les DP à utiliser le système national de GFP, sont le cadre réglementaire qui existe déjà, le renforcement du processus d'alignement et d'harmonisation et surtout la fluidité des procédures nationales. Sur ce dernier point, certains DP estiment que le nouveau gouvernement a donné des signaux forts pour la transparence et la crédibilité dans la gestion des fonds. La plupart insistent sur des progrès engagés vers une meilleure gouvernance.

4.2 Pratique CDE 4 : Les systèmes d'approvisionnement sont utilisés et renforcés.

Le MS du Bénin a un plan de passation des marchés, intitulé "Base de passation de marché" pour la période 2012-2015. L'approvisionnement est orienté vers les niveaux national, régional ou international. Il est à remarquer que les DP n'utilisent pas tous les systèmes nationaux d'approvisionnement. Seulement le 1/3 des DP enquêtés l'utilisent et partiellement. Plusieurs types de systèmes sont utilisés par les DP. On peut noter le système mondial, la centrale d'achat de Copenhague pour les approvisionnements (UNICEF), les mécanismes régionaux d'achats groupés au niveau régional (OOAS). Cependant, pour le renforcement du système d'approvisionnement, les DP financent le renforcement des capacités des membres des structures de marchés publics et des ressources humaines qualifiées ; ce que confirme le MS. Les DP appuient également l'amélioration du système d'approvisionnement et celui d'information et de monitoring. Mais ils estiment que leur alignement se fera par un meilleur contrôle du système, des sanctions disciplinaires en cas de fraude, la mise en place d'un système d'assurance qualité des produits acquis, la gestion des vaccins par la centrale d'achat nationale, le renforcement de la CAME, la traçabilité des intrants et l'harmonisation des procédures par rapport aux standards nationaux. Ils reviennent sur la question de la gouvernance, de la transparence et de la crédibilité. Dans ce même ordre d'idées, pour le MS, des réformes seraient en cours ; des formations et recyclages en passation de marchés sont en cours.

4.3 Pratique CDE 6: L'assistance technique est coordonnée et l'apprentissage est soutenu par la coopération Sud-Sud et la coopération triangulaire.

Le MS déclare disposer d'un plan d'assistance technique pour la santé défini de commun accord avec les DP et que la plupart de ces derniers suivent. Le plan d'assistance technique couvre les enquêtes, études, missions et le renforcement de capacité pour les secteurs public et privé. Sur un plan pratique, la partie nationale décide de l'assistance technique, formule les requêtes et termes de référence, qui sont soumis à des amendements des partenaires. Mais aucun mécanisme de surveillance de la performance de l'assistance technique n'existe. La plupart des DP estiment qu'il n'existe pas de plan d'assistance technique national. Dans certains cas, un plan annuel d'AT est discuté entre DP, le gouvernement ou les structures non gouvernementales. Soit l'AT est fournie directement, soit un financement est octroyé pour le recrutement de l'AT. Les plans sont parfois des documents sous-sectoriels qui sont ensuite intégrés dans le PITA (Plan Intégré de Travail Annuel) du MS. Le processus de recrutement de l'AT ne suit pas une procédure harmonisée. Chaque recrutement dépend souvent des procédures propres à chaque DP mais s'opère de façon conjointe avec le MS qui donne son quitus et dans certains cas, le DP donne son avis de non-objection (appel d'offre public) sur la base de critères de qualité. L'alignement et la coordination de l'AT s'amélioreront grâce à l'élaboration du plan national appuyé par des plans sous-sectoriels, la constitution d'un pool d'AT ayant de l'expérience, l'engagement des pouvoirs publics et une meilleure coordination entre bailleurs. De même, l'organisation des revues et des évaluations permettent de renforcer l'alignement des DP et la coordination de l'AT. Le MS fait de la Coopération Sud-Sud et de la Coopération Triangulaire. Les DP soutiennent la CSS et la CT. Le soutien bénéficie à des organismes régionaux comme l'OOAS et l'UEMOA, la CoP QUAHOR, l'OCAL (Abidjan-Lagos) etc. Les opportunités pour une meilleure CSS et CT, résident dans l'Assistance Technique, seulement dans le cas où l'AT est plus avantageuse pour l'atteinte des objectifs fixés par le MS. Par contre, les DP pensent que la CSS ou la CT pourraient être mieux appuyées à travers le partenariat entre organisations régionales, l'identification des opportunités par les ambassades du 'sud' et les DP, l'établissement d'un répertoire des compétences sous-régionales, la conduite d'études multicentriques, la mutualisation des ressources et l'appui aux acteurs des GTT (Groupe Thématique de Travail) du MS.

5 Engagement à créer un environnement favorable pour les organisations de la société civile et le secteur privé à participer dans la coopération au développement pour le secteur de la santé.

5.1 Pratique 7: Engagement des organisations de la société civile

Les OSC sont consultées par le MS pour la conception, la mise en œuvre et le suivi des politiques du secteur de la santé nationale et les OSC reçoivent des soutiens en ressources financières, formations et AT. Il n'existe pas de mécanismes de rétroaction vers les OSC, mais le MS profite des consultations et des ateliers pour le faire. Plus de la moitié des DP ont des mécanismes pour impliquer les OSC dans l'élaboration et la surveillance de leurs programmes (organes de décision et ou d'évaluation de projets et programmes, développement de propositions de soumission, RAC, financement direct). Selon certains DP, les OSC ne reçoivent pas souvent un feedback, surtout en raison de leur manque d'organisation et du fait du manque de mécanisme mis en place par le MS pour faciliter la redevabilité. Mais pour les autres DP, le feedback se fait vers les OSC au cours des séances de débriefings, les revues trimestrielles et semestrielles et les correspondances sur les questions ayant fait objet des discussions. Le gouvernement est informé du soutien des DP aux OSC à travers différents mécanismes (rapportage, ateliers d'évaluation et d'élaboration des plans annuels, accords de

partenariat DP/OSC etc.) quand bien même le gouvernement ne semble pas intéressé par la question. Des opportunités s'offrent pour accroître la participation des OSC aux partenariats, à savoir la participation au système local de santé pour le volet "demande", la constitution et la coordination de réseaux d'OSC et leur capacité programmatique en matière d'offre de service. Les OSC doivent faire valoir leurs commentaires et recommandations lors des rencontres avec les DP et le MS. Mais pour les DP, des contraintes existent : les réticences des ONG à exprimer des critiques de peur d'être marginalisées par la suite ; la faible organisation des OSC en réseaux et leur faible représentativité ; les problèmes de leadership, de transparence dans la gestion et la gouvernance au sein des OSC.

5.2 Pratique 8: Engagement du secteur privé

D'après le MS, le secteur privé est impliqué dans le processus de politique de santé à travers l'instance de dialogue intersectoriel (syndicats) et les creusets d'échanges (associations professionnelles). Le MS estime partager l'information avec le secteur privé en temps utile lors des fora, ateliers et à travers les rapports produits et la plateforme. Toutefois, le MS estime que c'est le secteur privé qui ne partage pas suffisamment l'information alors que cela serait nécessaire. Pour ce qui est des DP, la plupart consultent les organisations du secteur privé, bien que parfois leur participation soit limitée. Certains plaident pour la participation du secteur privé à la JAR et dans le système local de santé, sa participation aux différentes réunions ou aux différentes phases des processus engagés ; enfin, des formations sont organisées par des structures universitaires et des OSC pour le renforcement des capacités des acteurs du secteur privé. D'autre part, les DP apportent un soutien financier ou technique au secteur privé (financements en prêts, soutien technique et financier aux associations professionnelles, renforcement de la qualité et de la capacité de gestion financière etc.) De cette implication, on peut tirer beaucoup de réalisations telles que, entre autres, la mise en place des plateformes des utilisateurs de santé, le renforcement du plateau technique des hôpitaux confessionnels, la mise en place de la plateforme nationale du secteur sanitaire privé, la cartographie du secteur sanitaire privé. Mais quelques contraintes sont évoquées par les DP, à savoir le manque de système fonctionnel d'accréditation des privés, la faible capacité d'inspection du MS et la faible capacité institutionnelle. Pour renforcer la participation et l'alignement du secteur privé, le MS doit intégrer de façon franche le secteur privé dans le système de santé, renforcer les capacités techniques et associatives, avoir une bonne réglementation du secteur privé et un budget substantiel pour le renforcement du partenariat public-privé. Enfin, il faut mettre à contribution le mécanisme du CCM/GFATM, la plateforme du secteur privé médical (PSSP) et le réseau des prestataires confessionnels. Pour le MS, il faut renforcer la plateforme du secteur privé existante et mettre en place le mécanisme pour capturer toutes les informations du secteur privé pour le SNIS et le cadre du Suivi et évaluation.

6 Autres observations

Il existe actuellement une volonté manifeste du nouveau gouvernement (installé en avril 2016) d'assainir la gestion des services publics et en particulier, pour ce qui nous concerne, les services de santé, en matière de leadership, de gouvernance et de transparence dans la gestion publique. Des sanctions viennent d'être prononcées contre certains agents indécidés du MS, ainsi que dans d'autres ministères. Cette nouvelle donne pourrait éventuellement redonner confiance aux partenaires qui pour la plupart hésitent à s'engager dans l'appui

budgétaire ou des fonds communs. Cette question sera certainement discutée lors des futures rencontres entre le gouvernement et le PTF, y compris lors de la discussion nationale qui viendra clore l'exercice de suivi de IHP+ 2016.

Par ailleurs, il importe de noter la déception et la frustration des OSC et du secteur privé, dues à ce qu'ils perçoivent comme une forme d'indifférence de la part du MS à leur endroit.

7 Discussion des résultats

Pour ce qui concerne la réunion les résultats pays, des 32 personnes conviées nous n'avons eu 10 qui se répartissent ainsi qu'il suit:

- Gouv: 2 (DPP et un assistant)
- DP: 4 (UNICEF, Belgique, Pays Bas)
- S. Privé: 2
- OSC: 3

L'expert national a présenté les résultats et les discussions ont été très intéressantes. Tous les participants ont apporté leurs contributions et tous ont reconnu la fiabilité des résultats par rapport à ce qu'ils ont dit dans les enquêtes et documents remplis.

Nous avons retenu pour la suite de mettre au propre les problèmes identifiés de les partager avec ceux qui étaient absents et de susciter leurs commentaires et ajouts, avant d'avoir le rapport final qui sera validé par le DPP.

8 Annexe 1: Liste des partenaires au développement qui étaient invités et ceux qui ont participé

Nr	Liste des partenaires au développement actifs dans le secteur santé	Partenaires au développement invités à participer au 5 ^{ème} cycle de suivi	Partenaires au développement qui ont participé (veuillez ajouter X si le partenaire a participé)
1	UNICEF	X	X
2	WHO	X	X
3	France AFD	X	X
4	Japan		
5	UNFPA	X	X
6	BIDC		
7	FONDS KOWETIEN		
8	BID		
9	PAYS BAS	X	X
10	Belgium	X	X
11	GFATM	X	X
12	FONDS SAOUDIEN		
13	World Bank	X	X
14	United States: USAID	X	X
15	GAVI	X	X
16	OCAL		
17	CRS	X	
18	CARE	X	X
19	MMS		
20	TDH	X	X
21	ABMS		
22	ONUSIDA	X	
23	Coopération canadienne	X	
24	Médecins du monde Suisse	X	

9 Annexe 2: Liste des organisations de la société civile

Nr	Liste des OSC actives dans le secteur santé	OSC qui ont participé au questionnaire online	OSC qui ont participé à la discussion de groupe
	RESEAUX		
1	ONG Béninoises de Santé (ROBS)		X
2	COS CUB		X
	DEPARTEMENT DU LITTORAL		
3	Joie Pour l'Enfance (JPE)		
4	Bon Espoir Femme (BEF)		
5	Imagination et Rêverie d'Enfant (IMAGIREVE)		
6	La Vie Nouvelle		

	DEPARTEMENT DE L'OUEME		
7	SINAI		
8	Espoir de la Famille		
9	Jeunesse Ambition (JA)		
10	Santé et Développement de la Famille (SEDF)		X
11	Association « Mieux Vivre et Vivre Bien » (AMVVB)		
12	Centre Communautaire Saint Augustin (CCSA)	X	X
13	Conseil Assistance en Santé et Education pour le Développement (CASED)		
14	Association Femme et Vie (AFV)		X
15	Croix Rouge Béninoise (CRB)		
16	Action pour l'Eradication de la Pauvreté (APEP)		
	DEPARTEMENT DU PLATEAU		
17	EMERGENCE ONG		
18	GADMIRE		
19	ASPAIF		
20	Association des Personnes Rénovatrices des Technologies Traditionnelles (APRETECTRA)		
21	Forces Nouvelles pour un Développement Humain (FNDH)		
22	OMEGA pour Femmes et Enfants		
23	Groupe d'Appui à l'Education et à la Santé de Base (GRAPESAB)		X
24	Centre d'Ecoute de conseil et de dépistage du VIH/SIDA et des Hépatites virales (VENUS)		
25	Association des Personnes Promotrices des Initiatives Paysannes (ASPPIP)		
	DEPARTEMENT DU COUFFO		
26	Réseau des Paysans Féminins pour le Développement (REPFED)		
27	Institut de Formation et d'Action pour le Développement des Initiatives Communautaires Durables (IFAD)		
28	Institut de Développement et d'Appui à la Recherche Traditionnelle pour la Santé (IDART)		
	DEPARTEMENT DU ZOU		
29	Groupe de Recherche, d'Action et de Formation en Epidémiologie et en Développement (GRAFED)		
30	Groupe Conseil et Santé (GCS)		
31	Handicap plus		
32	DAPI BENIN		
33	Association Bénin Terre d'Amitié (As BETA)		
	DEPARTEMENT DES COLLINES		
34	Organisation pour le Développement en Milieu Agricole (ODMA)		
35	Bien Etre et Développement (BED)		

36	Association des Volontaires pour le Secours et l'Assistance Humaine (AVOSAH)	X	X
37	Centre Intégré de Gestion de l'Environnement et de la Santé (CIGES)		
38	Association des Communautés Religieuses des Départements des Collines et du Bénin (ACREDEC)		
39	Survie de la Mère et de l'Enfant		
	DEPARTEMENT DU BORGOU		
40	Association pour la Santé et la Médecine Africaine (ASMA)		
41	Centre d'Action pour la Promotion des Initiatives de Développement (CAPID)		
42	Groupe de Recherche et d'Action pour le Développement (GRADE)		
43	Organisation pour la formation, l'Entraide, la Communication Sociale, Développement et l'Environnement (OFEDE)		
44	SIAN'SON		
45	Centre Béninoise pour le Bien être et la sauvegarde de l'Environnement (CBBE)		
46	Actions Communautaires pour le Développement Durable (ACDD)		
47	Vie et Environnement		
	DEPARTEMENT DE L'ALIBORI		
48	ALAFIA		
49	LAABARI		
	DEPARTEMENT DE L'ATACORA		
50	Groupe de Réflexion et d'Action pour le Mieux Etre des populations Défavorisées du Bénin (GRAMED)		
51	Groupe d'Echanges et de Recherche pour la promotion de la Mutualité et de la micro Entreprise (GERME-ONG)		
52	Association pour le Soutien de la Femme et de l'Adolescente au Bénin (ASFAB)		
53	Association pour l'Insertion Sociale des Enfants Démunis (AISED)		
	DEPARTEMENT DE LA DONGA		
54	Sud- Nord Action (SNA)		
55	Sigle		
	DEPARTEMENT DE L'ATLANTIQUE		
56	Association Béninoise pour le Développement (ABD)	X	X
57	Bien Etre Partage (ABEP)		
58	Femme Entraide et Développement (FEDe)		
59	Nouvelles Actions de Solidarité et de Développement (NASD)		
60	ONG VINAGBE		
61	Harmonie et Vie Benin (HVB)		
62	Management Stratégique pour la Promotion des Secteurs de l'Education et du Développement (MASPED)		

63	Association Aide aux enfants Villageois et Appui à l'Agriculture (AEVAA)		
64	ONG BACONNAIS BENIN		
65	Association des Jeunes Dynamiques du Bénin (AS-Jeunes)		
66	Organisation pour la Protection de l'Environnement et la Sauvegarde des Valeurs Traditionnelles (OPESVAT)		
67	L'espoir de Vivre		
68	Centre d'Etudes Régional pour la promotion de l'Agriculture Durable et du Développement communautaire (CERPADEC)	X	
69	Organisation pour la Paix et le Développement (OPD)		
70	GRAS ONG		X
71	Harmonie et Vie Benin (HVB)		
72	ONG BACONNAIS BENIN		
73	Organisation pour la Protection de l'Environnement et la Sauvegarde des Valeurs Traditionnelles (OPESVAT)		X

10 Annexe 3: Liste des structures du secteur privé

Nr	Liste des structures du secteur privé actifs dans le secteur de la santé INVITEES A LA DISCUSSION DE GROUPE	Structures du secteur privé qui ont participé à la discussion de groupe
1	Polyclinique Atinkanmey	
2	Clinique Pédiatrique d'Akpakpa	X
3	Clinique la Lumière	
4	Clinique Fandinan	X
5	Clinique les Grâces	X
6	Clinique Mahouna	
7	Clinique du Golfe	
8	Clinique Centrale	
9	Clinique Avicennes	X
10	POSAM	X
11	Clinique de l'Union	X
12	Clinique Mutualiste de Cotonou	
13	Clinique Ste Rita CASCIA	X
14	Clinique O'CLESS	X
15	Clinique de Pédiatrie de Néonatalogie	X
16	Clinique Louis Pasteur	X
17	Clinique les Oliviers	X
18	Clinique Bonne Espérance	X
19	Association des cliniques Privées du Bénin (ACPB)	X