



REPUBLIQUE DU BENIN

Fraternité-Justice-Travail
MINISTRE DE LA SANTE



PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2009-2018



AVANT-PROPOS

La nécessité de se donner une orientation pour mieux piloter le processus de développement constitue une préoccupation majeure aussi bien pour le gouvernement que pour les partenaires au développement. En raison de cette nécessité, le gouvernement a adopté les Orientations Stratégiques de Développement qui déterminent les grands repères de l'action publique. Il est attendu que chaque secteur de développement traduise ces orientations en stratégie sectorielle déclinée en terme opérationnel. L'ensemble de ces stratégies doivent constituer les fondements prioritaires des actions au niveau des secteurs. L'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire s'inscrit dans ce cadre.

Les travaux d'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire ont été impulsés par le Ministère de la Santé avec l'appui technique du Ministère Chargé de la Prospective, du Développement, de l'Évaluation des Politiques Publiques et de la Coordination de l'Action Gouvernementale.

Le Plan National de Développement Sanitaire constitue, par excellence pour le secteur de la santé, la base programmatique à moyen terme aussi bien pour l'allocation des ressources au niveau macro budgétaire qu'au niveau intra sectoriel.

En se référant à la Déclaration de Paris, les Partenaires Techniques et Financiers du Ministère de la Santé doivent s'accorder aux choix qui y sont opérés.

Je saisis cette opportunité pour présenter toutes mes félicitations à tous ceux qui se sont investis dans l'élaboration de ce document. J'exprime également ma sincère gratitude à tous les Partenaires Techniques et Financiers pour leurs appuis soutenus.

Enfin, j'exhorte tous les acteurs nationaux et internationaux à s'impliquer activement pour sa mise en œuvre.

Professeur Issifou TAKPARA
Ministre de la Santé

LISTE DES SIGLES

ACD	: Atteindre Chaque District
APE	: Agent Permanent de l'Etat
ARV	: Anti Rétroviraux
CAME	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels
CASES	: Centre d'Action de Solidarité pour l'Evolution de la Santé
CCC	: Communication pour un Changement de Comportement
CSA	: Centre de Santé d'Arrondissement
CDEEP	: Comité Départemental de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets/Programmes
CDMT	: Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CDT	: Centre de Dépistage et de Traitement
CHD	: Centre Hospitalier Départemental
CNEEP	: Comité National de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets/Programmes
CNHU	: Centre National Hospitalier et Universitaire
CHU	: Centre Hospitalier et Universitaire
CNS	: Comptes Nationaux de la Santé
CPN	: Consultation Prénatale
CS	: Centre de Santé
DDS	: Direction Départementale de la Santé
DDZS	: Direction de Développement des Zones Sanitaires
DHAB	: Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base
DIEM	: Direction des Infrastructures, de l'Equipeement et de la Maintenance
DH	: Direction des Hôpitaux
DNPEV-SSP	: Direction Nationale du Programme Elargi de Vaccination et des Soins de Santé Primaires
DNPS	: Direction Nationale de la Protection Sanitaire
DNS	: Dépenses Nationales de Santé
DPP	: Direction de la Programmation et de la Prospective
DRFM	: Direction des Ressources Financières et du Matériel
DRH	: Direction des Ressources Humaines
DRS	: Direction de la Recherche en Santé
DSF	: Direction de la Santé Familiale
DSIO	: Direction des Soins Infirmiers et Obstétricaux
DSRP	: Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EEZS	: Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire
FAP	: Femme en Age de Procréer
FSS	: Faculté des Sciences de la Santé
GE/Frottis	: Goutte Epaisse / Frottis
GARE	: Grossesse A Risque Elevé
GRH	: Gestion des Ressources Humaines
HAB	: Hygiène et Assainissement de Base
HTA	: Hypertension Artérielle
HZ	: Hôpital de Zone
IEC	: Information Education et Communication
IGM	: Inspection Générale du Ministère
INSAE	: Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
IRA	: Infection Respiratoire Aigüe
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
MTI	: Matériaux Traités aux Insecticides
MS	: Ministère de la Santé
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PIB	: Produit Intérieur Brut
PIP	: Programme d'Investissement Public
PMA/ nut	: Paquet Minimum d'Activités en Nutrition

PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNHAB	: Programme National d'Hygiène et d'Assainissement de Base
PSTE	: Pays Pauvre Très Endetté
PTD	: Plan Triennal de Développement
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PTME	: Prévention de la Transmission Mère Enfant
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RH	: Ressources Humaines
RHS	: Ressources Humaines en Santé
SAMU	: Service d'Aide Médical d'Urgence
SFE	: Sage Femme d'Etat
SCR	: Stratégie de Croissance de Réduction de la Pauvreté
SIDA	: Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
SIMR	: Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SNIGS	: Système National d'Information et de Gestion Sanitaires
SONU	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SSP	: Soins de Santé Primaires
SR	: Santé de la Reproduction
SRO	: Sel de Réhydratation Orale
TB	: Tuberculose
TPI	: Traitement Préventif Intermittent
UVS	: Unité Villageoise de Santé
VIH	: Virus d'Immuno Déficience Humaine
ZS	: Zone Sanitaire

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	II
LISTE DES SIGLES	III
TABLE DES MATIERES.....	V
LISTE DES TABLEAUX.....	VII
LISTE DES FIGURES.....	VII
RESUME	8
INTRODUCTION	12
I- CONTEXTE D'ELABORATION DU PNDS	13
ANALYSE DE LA SITUATION DEMOGRAPHIQUE.....	13
ANALYSE DE LA PAUVRETE AU BENIN.....	15
SITUATION ECONOMIQUE ET FINANCIERE DU BENIN	16
II- DEMARCHE D'ELABORATION DU PNDS	17
2.1. ANALYSE DE LA SITUATION	17
2.1.1- <i>Organes chargés de l'élaboration du PNDS</i>	17
2.1.2- <i>Collecte de l'information</i>	17
2.1.3- <i>Analyse et dissémination des données</i>	18
2.2- CONSTRUCTION DES SCENARII.....	18
2.2.1- <i>Analyse multicritère des problèmes et prise en compte des résultats des Etats Généraux de la Santé</i>	18
2.2.2- <i>Analyse de la performance du secteur</i>	18
2.2.3- <i>Choix du scénario</i>	19
2.3- ELABORATION DU DOCUMENT DE POLITIQUE	19
2.3.1- <i>Définition des grandes orientations</i>	19
2.3.2- <i>Validation</i>	19
2.4- ELABORATION DU PNDS.....	19
III- PROBLEMATIQUE D'ELABORATION DU PNDS	20
IV- DIAGNOSTIC	22
4.1. PROFIL SANITAIRE DU BENIN	22
4.1.1 <i>Evolution des principales affections</i>	22
4.1.2. <i>Santé de la reproduction</i>	29
4.1.3. <i>Hygiène et Assainissement de Base</i>	33
4.1.4 <i>Vaccination</i>	36
4.1.5 <i>Utilisation des services de santé</i>	37
4.2- RESSOURCES DU SECTEUR.....	38
4.2.1- <i>Ressources Financières</i>	38
4.2.2- <i>Ressources humaines</i>	40
4.2.3 <i>Ressources matérielles</i>	43
4.3 ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE	45
4.3.1 <i>Pyramide sanitaire</i>	45
4.3.2 <i>Secteur Public</i>	47
4.3.3 <i>Secteur Privé</i>	48
4.3.4 <i>Médecine traditionnelle</i>	51
4.3.5 <i>Transfusion Sanguine</i>	52

4.3.6 Explorations diagnostiques : Laboratoire d'analyse et imagerie médicale.....	52
4.3.7 Recherche en Santé.....	53
4.3.8 Information Sanitaire	53
4.3.9 Santé mentale.....	54
4.3.10 Genre et santé.....	54
V- LES STRATEGIES DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE.....	56
5.1- PROBLEMES DU SECTEUR	56
5.2- PREOCCUPATIONS DU SECTEUR.....	56
5.3- LES FONDEMENTS DU PLAN STRATEGIQUE	57
5.3.1 Les Fondements de la politique.....	57
5.3.2 Valeurs et principes du système de santé	58
5.3.3 Vision du secteur.....	58
5.3.4- Objectifs du PNDS.....	59
5.4- LES STRATEGIES	59
❖ Domaine stratégique 1 : Réduction de la mortalité maternelle et infantile, prévention, lutte contre la maladie et amélioration de la qualité des soins	61
☞ Programme n°1 : Promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base	61
☞ Programme n°2 : Amélioration de la santé de la reproduction	62
☞ Programme n°3 : La lutte contre la maladie.....	63
☞ Programme n°4 : le développement hospitalier.....	68
❖ Domaine stratégique 2 : Valorisation des Ressources Humaines	71
☞ Programme n°5 : Le renforcement de la planification des ressources humaines.....	71
☞ Programme n°6 : L'amélioration de la production et du développement des compétences	72
☞ Programme n°7 : L'amélioration du système de management des ressources humaines	72
❖ Domaine stratégique 3 : Renforcement du partenariat dans le secteur et promotion de l'éthique et de la déontologie médicale.....	75
☞ Programme n°8 : Le renforcement du partenariat entre les acteurs.....	75
☞ Programme n°9 : La promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale.....	76
❖ Domaine stratégique 4 : Amélioration du mécanisme de financement du secteur.....	78
☞ Programme n°10 : L'amélioration du financement du secteur.....	78
☞ Programme n°11 : le renforcement de l'assistance médicale aux pauvres, indigents et couches vulnérables	78
❖ Domaine stratégique 5 : Renforcement de la gestion du secteur.....	81
☞ Programme n°12 : Le renforcement institutionnel.....	81
☞ Programme n°13 : Le développement des zones sanitaires	82
VI- PLAN D'ACTION DU PNDS	83
VII - FINANCEMENT DU PNDS.....	83
7-1. INDICATION POTENTIELLE DE FINANCEMENT DU PNDS	83
7-2 . INDICATIONS DE FINANCEMENT PAR PROGRAMME ET SOUS PROGRAMME PAR AN.	84
7.3 AFFECTATIONS DES RESSOURCES PAR CATEGORIE DE DEPENSES.....	88
7.4 AFFECTATIONS DIRECTES DES RESSOURCES PAR NIVEAU DU SYSTEME DE SANTE.....	89
VIII - MISE EN ŒUVRE, SUIVI ET EVALUATION.....	89
8.1 MECANISMES DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI.....	89
8.1.1 <i>Pilotage du PNDS</i>	89
8.1.2 <i>Organisation du suivi de la mise en œuvre du PNDS</i>	91
8.2 MECANISME DU SUIVI ET DE L'EVALUATION	93
8.2.1 <i>Suivi du PNDS</i>	93
8.2.2 <i>Evaluations</i>	94

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PERSONNEL DE SANTÉ PAR CATÉGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES DE 2000 À 2008	21
TABLEAU 2 : LES PRINCIPAUX RATIOS DU PERSONNE SOIGNANT EN 2008	42
TABLEAU 3 : SITUATION DES INFRASTRUCTURES SANITAIRES	44
TABLEAU 4 : SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ AU BÉNIN EN 2009	47
TABLEAU 5 : RESSOURCES PRÉVISIONNELLES PAR SOURCE	84
TABLEAU 6 : BESOINS PRÉVISIONNELS PAR PROGRAMME ET SOUS-PROGRAMME.....	85
TABLEAU 7 : ESTIMATION DES COÛTS ADDITIONNELS QUINQUENNAUX DU PNDS.....	88
TABLEAU 8 : DÉPENSES RÉELLES DU PNDS PAR QUINQUENNAT ET PAR CATÉGORIE DE DÉPENSES	88
TABLEAU 9 : DÉPENSES RÉELLES DU PNDS PAR QUINQUENNAT ET PAR NIVEAU DE LA PYRAMIDE SANITAIRE	89

LISTE DES FIGURES

GRAPHIQUE 1 : EVOLUTION DE LA POPULATION BÉNINOISE DE 1961 À 2008	13
GRAPHIQUE 2 : PYRAMIDE DES ÂGES AU BÉNIN EN 2008	14
GRAPHIQUE 3 : RÉPARTITION DE LA DÉPENSE TOTALE EN SANTÉ PAR FONCTION AU BÉNIN, 2003.....	40
GRAPHIQUE 4 : SATISFACTION DES BESOINS EN PERSONNEL MÉDICAL SELON LES GRANDES CATÉGORIES EN 2008	41
GRAPHIQUE 5 : SATISFACTION DES BESOINS EN PERSONNEL PARA MÉDICAL ET ADMINISTRATIF EN 2008	41

RESUME

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) traduit la volonté des acteurs du Ministère de la Santé et des Partenaires Techniques et Financiers d'apporter des réponses urgentes et efficaces aux problèmes sanitaires des populations. Ce plan qui est la concrétisation d'un travail consensuel ciblant les problèmes majeurs de santé de la population béninoise, est le résultat de plusieurs ateliers sur les priorités du secteur de la santé pour les dix prochaines années (2009-2018).

Le Plan National de Développement Sanitaire est décliné en cinq (05) domaines prioritaires qui concourent à la réalisation de la vision suivante : « *Le Bénin dispose en 2025 d'un système de santé performant basé sur des Initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, pour l'Offre et la Disponibilité permanentes de Soins de Qualité, équitables et accessibles aux Populations de toutes catégories, fondées sur les Valeurs de Solidarité et de Partage de risques pour répondre à l'ensemble des besoins de santé du peuple béninois* ».

Domaines prioritaires

A la lumière des problèmes identifiés, cinq (05) domaines prioritaires ont été définis à savoir :

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

Les domaines prioritaires ont été déclinés en programmes et sous programmes dont la mise en œuvre efficiente permettrait au secteur santé de relever les défis.

Programmes et sous programmes du PNDS

Les programmes déclinés en sous programmes se présentent comme suit :

1. Promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base

- ☞ *Viabilisation et assainissement du milieu*
- ☞ *Communication pour un changement de comportement*

2. Amélioration de la santé de la reproduction

- ☞ *Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale*
- ☞ *Lutte contre la mortalité infantile et juvénile*

3. Lutte contre la maladie

- ☞ *Lutte contre les maladies prioritaires les IST/VIH/SIDA, le Paludisme et la Tuberculose*
- ☞ *Lutte contre les autres maladies transmissibles*

- ☞ *Lutte contre les maladies non transmissibles*
- ☞ *Amélioration de la disponibilité des médicaments de bonne qualité à coût réduit*
- ☞ *Promotion des explorations diagnostiques et de la sécurité transfusionnelle*
- ☞ *Promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles*
- ☞ *Promotion de la santé en milieu scolaire, universitaire et professionnel*
- ☞ *Promotion de la santé mentale*
- ☞ *Promotion de la recherche en santé*

4. Développement hospitalier

- ☞ *Développement d'un système de management de la qualité des soins en milieu hospitalier*
- ☞ *Renforcement des plateaux techniques*
- ☞ *Reforme hospitalière*
- ☞ *Organisation et renforcement de l'offre de soins*

5. Renforcement de la planification des ressources humaines

- ☞ *Renforcement des effectifs des ressources humaines en santé*
- ☞ *Renforcement du partenariat entre les acteurs internes et externes en matière de planification de ressources humaines en santé*
- ☞ *Développement de la recherche sur les ressources humaines*

6. Amélioration de la production et du développement des compétences

- ☞ *Développement d'un plan consensuel de formation initiale du personnel du secteur*
- ☞ *Développement des compétences du personnel du secteur*

7. Amélioration du système de management des ressources humaines

- ☞ *Amélioration de la gestion de la carrière du personnel*
- ☞ *Amélioration des mécanismes d'incitation au maintien au poste et à la performance du personnel*
- ☞ *Prévention et gestion des risques professionnels*
- ☞ *Déconcentration/décentralisation de la gestion des ressources humaines*

8. Renforcement du partenariat entre les acteurs

- ☞ *Partenariat entre le secteur public et le secteur privé*
- ☞ *Partenariat entre le Ministère de la Santé, les élus locaux et les collectivités locales*
- ☞ *Partenariat entre le Ministère de la Santé et les autres ministères*

9. Promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale

- ☞ *Renforcement de l'éthique et de la responsabilité médicale*
- ☞ *Développement et promotion de l'Assurance Qualité*

10. Amélioration du financement du secteur

- ☞ *Promotion de l'assurance maladie*
- ☞ *Promotion des mutuelles de santé*

11. Renforcement de l'assistance médicale aux pauvres, indigents et couches vulnérables

- ☞ *Renforcement de l'assistance médicale*
- ☞ *Mobilisation de l'épargne nationale et de l'épargne de la diaspora*

12. Renforcement institutionnel

- ☞ *Renforcement des capacités de coordination, de planification et d'évaluation*
- ☞ *Renforcement du mécanisme de maintenance des infrastructures sanitaires*

13. Développement des zones sanitaires

- ☞ *Renforcement de la base de la pyramide sanitaire*
- ☞ *Développement des services à base communautaire*

Les stratégies serviront de base à la détermination et à la mise en œuvre des lignes d'actions en vue d'atteindre les objectifs du PNDS. Ces objectifs visent essentiellement à réduire les maladies liées à la pauvreté, à améliorer véritablement la santé de la mère et de l'enfant, à freiner de manière significative les maladies prioritaires et à renforcer les capacités institutionnelles du secteur santé en vue de le rendre plus propice aux réformes et à la mise en place des stratégies nécessaires.

Opérationnalisation du PNDS

A la suite de ce plan décennal, des Plans Triennaux de Développement (PTD) seront élaborés et offriront le cadre précis et détaillé du suivi de l'exécution du PNDS. Ainsi, au niveau départemental, la coordination technique du PNDS passera par les mécanismes d'exécution des plans triennaux départementaux. Au niveau de la zone sanitaire qui est le niveau opérationnel d'exécution des programmes et activités de santé, la Direction Départementale de la Santé veillera à l'élaboration des plans triennaux par les zones sanitaires, plans qui prendront en charge la concrétisation des objectifs du PNDS.

Rôles des acteurs du secteur

Le niveau central composé du cabinet du Ministre de la Santé et des Directions Centrales et Techniques, est le premier responsable de la conception et de la mise en œuvre des actions découlant de la politique définie par le gouvernement en matière de santé. Ainsi, il joue un rôle normatif de conception, de coordination, de planification, de régulation et du suivi de la mise en œuvre des activités. Le niveau intermédiaire, regroupant les Directions Départementales de la Santé, est chargé de la mise en œuvre au niveau des départements, de la politique sanitaire définie par le gouvernement. Il assure également la surveillance épidémiologique dans les départements. Quant au niveau périphérique représenté par la zone sanitaire, il est l'entité la plus décentralisée du système de santé. La zone sanitaire est le niveau d'exécution opérationnelle des programmes et activités de santé en vue d'atteindre les résultats concluants. Dans ce cadre, elle planifie et assure la programmation et l'exécution de ces activités sur toute l'étendue de la zone sanitaire.

Financement du PNDS

Le budget global du PNDS s'élève à 2 850 889 millions de FCFA. Les différentes sources de financement sont l'Etat, les Collectivités Locales, les ménages, les Partenaires Techniques et Financiers, les sociétés d'assurance et les entreprises du secteur privé.

Mécanisme de suivi du PNDS

Le succès de la mise en œuvre de ce document, cadre de référence, dépendra essentiellement de l'appui des autorités politiques et de la restructuration de la Direction de la Programmation et de la Prospective qui en est l'organe de coordination et de suivi des programmes définis dans le plan. Dans ce cadre, la disponibilité et la volonté permanente des acteurs de la santé à s'adapter aux nouveaux principes basés sur la décentralisation effective des actions de santé devront être notées en vue d'atteindre les objectifs visés.

INTRODUCTION

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) traduit la volonté des acteurs de la Santé et des Partenaires Techniques et Financiers d'apporter des réponses urgentes et efficaces aux problèmes sanitaires des populations. Ce plan qui est la concrétisation d'un travail consensuel ciblant les problèmes majeurs de santé de la population béninoise, est le résultat de plusieurs ateliers sur les priorités du secteur de la santé pour la période 2009-2018.

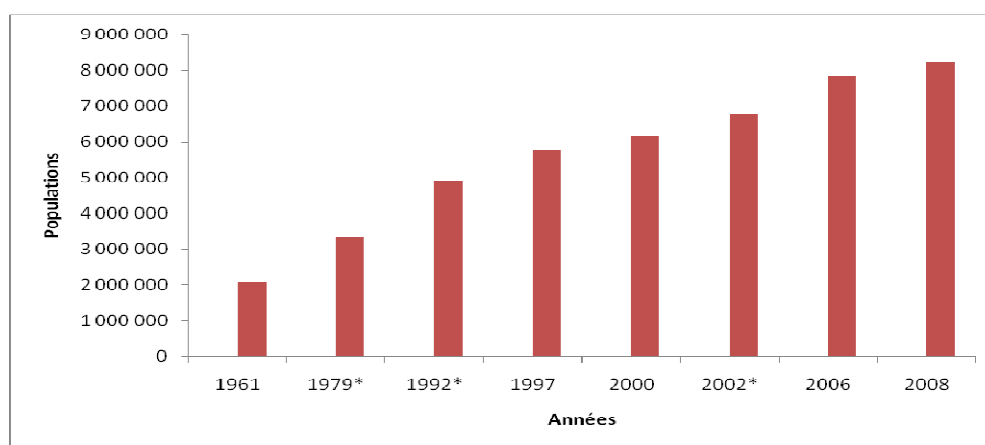
Le PNDS se fonde sur les Orientations Stratégiques de Développement, la Déclaration de politique du secteur de la Santé ainsi que les préoccupations majeures identifiées dans l'analyse diagnostique du moment. Par ailleurs, il intègre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dans la perspective de permettre au Bénin de répondre à l'engagement pris avec l'ensemble des pays du Système des Nations Unies pour l'horizon 2015.

Dans sa structuration à la lumière des problèmes identifiés, le Plan National de Développement Sanitaire est décliné en cinq (05) domaines qui concourent à la réalisation de la vision de développement retenu pour le secteur : (1) prévention et lutte contre les principales maladies et amélioration de la qualité des soins ; (2) valorisation des ressources humaines ; (3) renforcement du partenariat dans le secteur, promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale ; (4) mécanisme de financement du secteur et (5) renforcement de la gestion du secteur. Ces domaines ont été déclinés en programmes et sous programmes dont la mise en œuvre efficiente permettrait de relever les défis identifiés.

I- CONTEXTE D'ELABORATION DU PNDS

Analyse de la situation démographique

Selon diverses sources (enquêtes et recensements), l'effectif de la population béninoise a évolué de la façon suivante : en 1910, le Bénin comptait 878.000 habitants. Il est passé à 1.528.000 habitants en 1950 ; 2.082.511 habitants en 1961 ; 3.331.210 habitants en 1979 ; 4.915.555 habitants en 1992 et 6.769.914¹ en 2002. Les projections de l'INSAE donnent une population de 7 839 915 en 2006 et 8 224 644 en 2008. Sur la base de ces informations, on peut dire que le Bénin a connu une accélération du rythme d'accroissement de sa population: 1,8% entre 1910 et 1950, 2,8% entre 1979 et 1992 puis 3,2% entre 1992 et 2002. Le taux d'accroissement inter censitaire observé entre 1979 et 1992 correspond à un temps de doublement de l'ordre de 25 ans².



Graphique 1 : Evolution de la population béninoise de 1961 à 2008

Source : INSAE, Projections Démographiques

*Résultats des RGPH1, RGPH2, RGPH3,

D'une manière globale, le Bénin est caractérisé au plan démographique par :

- ☞ Une population essentiellement jeune et à dominance féminine. En effet, en 2008, la population béninoise est restée jeune avec un âge médian qui se situe dans un voisinage de 16 ans. Les moins de 15 ans représentent 47%. Les enfants de moins de cinq ans représentent 17% de la population totale. En 2008, elle compte 51% de femmes pour 49% d'hommes. Le rapport de masculinité donne au niveau national une proportion de 96 hommes pour 100 femmes. La pyramide des âges de la population présente une base large avec un rétrécissement rapide à partir de 10 ans. C'est le résultat d'une forte fécondité et d'une mortalité infanto-juvénile qui nonobstant la baisse reste encore élevée. Au-delà de 20 ans, on constate que le rétrécissement est régulier et plus accentué du côté masculin que du côté féminin. La migration pourrait être une explication plausible à ces genres d'observations. Le phénomène semble plus intense chez les hommes que chez les femmes. De même, la mortalité générale est encore élevée au Bénin dans un contexte de pauvreté car le rétrécissement de plus en plus grand observé selon que l'on avance vers les groupes d'âges avancés en est aussi une explication.

¹ RGPH 2002

² L'effectif de la population est estimé à environ 6,2 millions d'habitants en l'an 2000.

Cette dominance féminine de la population béninoise est plus marquée en milieu rural qu'en milieu urbain. En 2008, la proportion des femmes en âge de procréer est de 46% de la population féminine et de 23% de la population totale.

- ☞ Une population inégalement répartie sur le territoire national en 2002 : les huit départements du sud et du centre représentent 25% de la superficie et abritent 71% de la population alors que les quatre autres n'abritent que 29% de la population.
- ☞ Une population soumise à l'exode rural : au recensement de 1961, la population rurale représentait 90% de la population totale. Elle ne représente que 73% en 1979, 64% en 1992, 60% en 2002 et 57,4% en 2008.

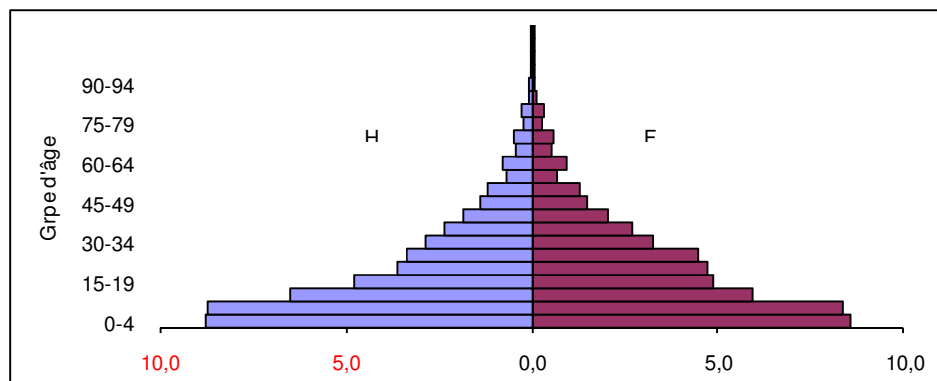
Au Bénin, les personnes du sexe masculin courent plus de risque de décéder que celles du sexe féminin. Par contre, un enfant de sexe masculin qui naît peut espérer vivre en moyenne 57,18 ans avant de mourir si les conditions sanitaires sont maintenues semblables à celles de l'année 2002, contre 61,25 ans pour un enfant de sexe féminin.

Cette croissance démographique exerce une très grande influence sur l'évolution de la demande sociale notamment en matière de services de santé.

Il s'en suit donc :

- Une forte urbanisation entraînant une augmentation de la demande des services sociaux de base (éducation, santé, logements, transports etc.)
- Un accroissement des naissances induisant une augmentation permanente des besoins de protection de la mère et de l'enfant ;
- Un accroissement des besoins de santé et de protection de la population se traduisant par une demande conséquente en personnel de santé, en infrastructures sanitaires, en matériels de soins et en médicaments appropriés.

Les tendances démographiques du Bénin, telles qu'elles se présentent, doivent, plus que par le passé, attirer l'attention des planificateurs et autres décideurs du développement économique et social. L'utilisation des variables démographiques dans les programmes du secteur de la santé doit être vivement recommandée pour une gestion plus efficace du système car l'accroissement régulier de toutes ces populations cibles implique nécessairement des actions, des ressources, des infrastructures de toutes sortes et des orientations politiques pour les années à venir.



Graphique 2 : Pyramide des âges au Bénin en 2008

Source : INSAE, RGPH3, 2002

Analyse de la pauvreté au Bénin

La pauvreté au Bénin est plus rurale et a des facettes multiples. En effet, selon l'enquête EMICoV et en prenant en compte les deux dimensions de la pauvreté étudiée (pauvreté monétaire et pauvreté non-monétaire éclatée en pauvreté d'existence et pauvreté selon le patrimoine), au moins 3 personnes sur 10 sont pauvres au Bénin. Selon l'approche monétaire, la proportion de la population pauvre en 2007 est estimée à 33% (contre 37% en 2006). Sur le plan non monétaire, la pauvreté touche 40% de la population. Lorsque la pauvreté non monétaire est décomposée selon les conditions de vie et de patrimoine, la proportion de la population pauvre par rapport aux conditions de vie est estimée à 37% (contre 40% en 2006). Par contre, en termes de patrimoine, cette proportion est estimée à 44% (contre 48% en 2006). Il en résulte donc qu'une frange importante de la population béninoise subit de nombreuses privations en termes de condition d'existence et du patrimoine.

L'analyse de ces différentes formes de pauvreté suivant le milieu de résidence confirme que la pauvreté est un phénomène qui sévit plus en milieu rural. Quelle que soit la forme de pauvreté considérée, plus de 36% des personnes vivant en milieu rural sont pauvres. Sous l'angle des conditions d'existence, elle touche plus de 37% (en 2007) de la population rurale et environ 41% en milieu urbain. L'écart relatif paraît plus accentué lorsqu'on considère la pauvreté en termes d'actifs : 54% en milieu rural contre 27% en milieu urbain.

Par ailleurs, plus d'une personne sur 10 cumulent simultanément les différentes formes de pauvreté. Pour apprécier l'ampleur de la pauvreté, on évalue la proportion de la population qui cumule la pauvreté monétaire, la pauvreté d'existence et la pauvreté sous l'aspect du patrimoine. Les ménages remplissant ce critère sont identifiés et qualifiés de « noyau dur ». Le cumul des trois formes de pauvreté permet d'isoler un noyau dur de la pauvreté qui est estimé à 7,8% en 2007. Ainsi, les ménages de cette classe représentent plus du dixième de la population des ménages pauvres en 2007. Il s'agit des ménages qui sont pauvres sans ambiguïté, puisqu'ils ont à la fois de faibles dépenses de consommation, des mauvaises conditions de vie et des privations en actifs.

Le niveau d'instruction, la taille du ménage et le secteur d'activité du chef de ménage influencent significativement l'état de bien être du ménage. Ce constat s'observe au niveau de toutes les formes de pauvreté.

Par rapport à la dynamique de la pauvreté et selon les résultats de l'enquête EMICoV, la pauvreté a reculé au Bénin sur la période 2006-2007, quel que soit l'indice considéré. L'incidence de pauvreté monétaire est passée de 37,2% en 2006 à 33,3% en 2007, soit une baisse de 3,9 points. L'écart de pauvreté qui représentait 30,9% du seuil de pauvreté en 2006 n'en représente que 28,5% en 2007 ; l'indice de sévérité mesurant l'inégalité parmi les pauvres est en baisse passant de 0,053 en 2006 à 0,040 en 2007. Les résultats par milieu de résidence indiquent que la pauvreté a baissé, et ce, quel que soit l'indice retenu et quel que soit le seuil de pauvreté. En milieu urbain, l'incidence de la pauvreté monétaire est passée de 34,79% en 2006 à 28,31% en 2007, soit une baisse de 6 points environ. En milieu rural, la baisse est d'environ 2 points (38,55 en 2007 contre 36,08 en 2006).

Aussi, la baisse de la pauvreté est-elle concomitante avec celle des inégalités. Sur la même période, l'indice d'inégalité de Gini a reculé en passant de 0,53 en 2006 à 0,47 en 2007. Ceci traduit la modification de la distribution des revenus et des dépenses de

consommation des ménages sur cette période. On observe tout de même une dynamique différenciée selon les communes. En effet, l'analyse comparative des indices de pauvreté des deux périodes au niveau des communes met en évidence des situations qui contrastent avec la réduction de la pauvreté observée au niveau national.

Cependant, l'analyse selon l'entrée et la sortie de pauvreté montre que les ménages urbains se tirent mieux d'affaires. Sur 100 ménages classés non pauvres en 2006, 15 sont devenus pauvres en 2007. En revanche, sur 100 ménages pauvres, 43 sont restés pauvres et 57 sont sortis de la pauvreté. Le taux de sortie de la pauvreté des ménages urbains évalué à 59,5% est supérieur à celui des ménages ruraux (55,1%). Par conséquent, le taux d'entrée dans la pauvreté des ménages non pauvres est supérieur en milieu rural qu'en milieu urbain : 16,3% contre 11,9%.

Situation économique et financière du Bénin

Depuis 2006, l'économie béninoise est entrée dans une nouvelle phase de croissance. En effet, de 3,8% en 2006, le taux de croissance est passé en 2008 à 5,0% en lien avec : (i) le rétablissement de la confiance au niveau des opérateurs économiques ; (ii) la dynamisation de la production agricole ; (iii) le renforcement des relations de coopération économique avec le Nigeria ; (iii) l'assainissement des finances publiques ; (vi) les grands chantiers ouverts par l'Etat sur l'ensemble du territoire national etc. Cette expansion de l'économie ne s'est pas poursuivie en 2009 du fait des effets de second tour de la crise financière internationale et des mesures prises par le Nigeria pour faire face à la crise alimentaire.

Une analyse des performances par secteur d'activité montre que le secteur primaire a enregistré sur la période 2007-2009 un taux de croissance moyen de 3,9% avec une contribution à la croissance estimée à 1,5%. Ces performances sont en relation avec les niveaux de croissance enregistrés dans les sous secteurs que sont l'agriculture (4,1%), l'élevage (3,5%), la pêche et la forêt (3,5%). Quant au secteur secondaire, le taux de croissance est passé en moyenne à 4,4% sur la période 2007-2009 avec une contribution à la croissance moyenne de 0,6% en rapport avec le regain d'activité qu'ont connu les industries extractives, manufacturières et les Bâtiments et Travaux Publics.

En ce qui concerne le secteur tertiaire, il a enregistré sur la période 2007-2009, une hausse de sa valeur ajoutée de 4,5% avec une contribution moyenne de 1,4%, imputable à l'amélioration de la compétitivité du Port de Cotonou grâce aux différentes réformes qui y sont engagées, l'arrivée de l'opérateur Global Com en 2008 et le renforcement des relations de coopération avec le Nigeria.

Depuis 2008, l'Indice Harmonisé des Prix à la Consommation (IHPC) s'est inscrit dans une tendance haussière en lien avec les tensions sur les denrées alimentaires. Cette hausse des prix a induit en 2008, un taux d'inflation de 7,9%, largement au-dessus de la norme communautaire de 3% contre 1,3% en 2007. Le taux d'inflation devrait se situer dans la norme communautaire en 2009.

II- DEMARCHE D'ELABORATION DU PNDS

Le Plan National de Développement Sanitaire du Bénin a été élaboré en quatre phases que sont :

- ☞ l'analyse de la situation ;
- ☞ l'identification des priorités et le choix de scénarii de développement ;
- ☞ l'élaboration de la Politique ;
- ☞ l'élaboration du Plan Stratégique.

2.1. Analyse de la situation

Elle a été marquée par les quatre étapes fondamentales suivantes : (i) la mise en place des organes d'élaboration, (ii) la collecte des informations, (iii) l'analyse des données, la dissémination et (iv) la rédaction du rapport.

2.1.1- Organes chargés de l'élaboration du PNDS

Par arrêté N° 2327/MSP/DC/SGM/DPP/SA du 17 Mars 2006, le Ministre de la Santé a mis en place **un Comité d'Orientation** et une **Equipe Technique** chargés de l'élaboration du PNDS.

Le Comité d'Orientation est composé des représentants des ministères sectoriels, des Partenaires Techniques et Financiers, de la société civile et des acteurs du secteur de la santé. Il assure la définition des grandes orientations et valide les travaux de l'Equipe Technique.

L'Equipe Technique, équipe multidisciplinaire est la cheville ouvrière du PNDS. Composée de dix (10) membres, elle est chargée du travail technique à savoir la collecte, l'analyse et la rédaction des différents rapports qui sont soumis au comité d'orientation pour validation.

En 2009, suite aux recommandations du Conseil des Ministres en sa séance du mercredi 22 avril 2009 et conformément au relevé des décisions administratives n°16/PR/SGG/REL du 23 avril 2009, le Conseil des Ministres a recommandé que le PNDS soit soumis au Ministre d'Etat, Chargé de la Prospective, du Développement et de l'Evaluation des Politiques Publique et de la Coordination de l'Action Gouvernementale pour un examen.

Ainsi, suite aux observations du Ministère Chargé de la Prospective, du Développement et de l'Evaluation des Politiques Publique et de la Coordination de l'Action Gouvernementale, une équipe restreinte de douze cadres du Ministère de la Santé, appuyée par un représentant du Ministère Chargé de la Prospective, du Développement et de l'Evaluation de l'Action Publique a procédé à la relecture du Plan National de Développement Sanitaire. Une présentation du PNDS a ensuite été faite aux différents acteurs du secteur de la santé pour l'appropriation du document et faciliter sa mise en œuvre.

2.1.2- Collecte de l'information

Les **techniques de collecte** utilisées sont la revue documentaire et les interviews.

Pour la revue documentaire, une série de documents a été consultée pour dégager la situation sanitaire réelle aux fins d'une analyse approfondie. Ainsi, les évaluations des projets et programmes, l'évaluation du document de politique et stratégie 1997-2001, la revue à mi-parcours du document de politique et stratégies 2002-2006, les études sur les scénarii possibles d'évolution du secteur santé, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), les annuaires des statistiques sanitaires et autres documents de planification ont été consultés et ont permis de retracer la situation sanitaire du Bénin et son évolution sur une longue période.

Les interviews des acteurs sur le terrain ont permis de compléter certaines informations tirées de la revue documentaire.

2.1.3- Analyse et dissémination des données

Elles ont été marquées par des ateliers de dissémination dans les zones sanitaires, les Directions Départementales de la Santé où les acteurs de santé, les populations et les partenaires à divers niveaux de la pyramide sanitaire ont apporté leurs amendements et observations pour enrichir les travaux de l'équipe.

2.2- Construction des scénarii

Elle a été caractérisée par une analyse multicritère des problèmes soulevés par l'analyse de la situation, une analyse de performance du secteur sur la base des forces, des faiblesses, des atouts et des menaces potentielles et le choix du scénario porteur.

2.2.1- Analyse multicritère des problèmes et prise en compte des résultats des Etats Généraux de la Santé

L'analyse de la situation a mis en exergue **vingt-six (26) problèmes majeurs**. Un ordre de priorités a été fait à chaque niveau de la pyramide sanitaire par les acteurs du secteur à partir de **quatre (4) critères d'appréciation** de l'importance de la perception de ces problèmes par les communautés. Ces critères sont :

- ☞ La pertinence du problème
- ☞ Le champ du problème
- ☞ L'acceptabilité du problème par les acteurs concernés
- ☞ La disponibilité pour la résolution du problème

Une synthèse a été faite pour dégager des problèmes prioritaires du secteur, transformés par la suite en domaines prioritaires d'intervention.

La prise en compte des conclusions et recommandations des Etats Généraux de la santé a conduit à retenir la faiblesse liée à la gestion des ressources humaines comme un problème prioritaire.

2.2.2- Analyse de la performance du secteur

Cette analyse a permis d'apprécier l'évolution possible du secteur santé à travers ses forces, ses faiblesses et surtout les menaces et les atouts. Des échelles de valeur telles que, le potentiel de croissance, la valeur ajoutée et l'intensité concurrentielle pour les contraintes

et les ressources de base, les infrastructures et le savoir faire pour les atouts ont permis de dégager les sous secteurs porteurs.

2.2.3- Choix du scénario

Sur la base des analyses multicritères des problèmes, de la performance du secteur et des priorités nationales, **un choix a été opéré entre les quatre scénarii de développement possibles du secteur de la santé.**

2.3- Elaboration du Document de Politique

L'élaboration du document de politique s'est faite en **deux phases** : la définition des grandes orientations et la validation.

2.3.1- Définition des grandes orientations

De l'analyse des problèmes et de la performance du secteur de la santé, des domaines prioritaires ont été dégagés et déclinés en **orientations stratégiques**.

Ces orientations tiennent compte des grands défis de la politique du gouvernement.

2.3.2- Validation

La validation a été faite en deux étapes :

- une étude technique des orientations par le comité de direction en vue de leur appropriation ;
- la validation en atelier desdites orientations par le comité d'orientation élargi à tous les partenaires techniques et financiers du secteur.

2.4- Elaboration du PNDS

Trois étapes ont marqué cette phase : (i) la déclinaison des orientations stratégiques en programmes et sous programmes, (ii) le cadrage économique et budgétaire, (iii) le mécanisme de suivi évaluation.

III- PROBLEMATIQUE D'ELABORATION DU PNDS

Le secteur de la santé mobilise de plus en plus une part importante de l'action publique et par là, il demeure un secteur de concentration des dépenses publiques. Bien que les investissements consentis dans le secteur soient en forte hausse, les questions à régler restent préoccupantes et nécessitent une prise en charge particulière.

En effet, le profil sanitaire du Bénin est caractérisé par un tableau de *morbidité* élevée malgré les programmes et les réformes mis en œuvre au cours des années passées pour assurer l'amélioration de l'état de santé des populations.

Trente huit (38) affections sont sous surveillance épidémiologique sur l'ensemble du pays. Les deux (02) premières affections ayant fréquemment fait l'objet de consultation représentent en 2008 plus de 50%³ des cas de consultations. Ces affections sont : (i) le Paludisme (39,6%) et (ii) les Infections Respiratoires Aiguës (15,9%).

L'accessibilité géographique aux soins et aux services de santé est définie par le pourcentage de la population qui vit à moins de 5 kilomètres d'un centre de santé. Dans l'ensemble, 66% des ménages ont accès à une formation sanitaire dans leur localité dans un rayon de 5 km.

En 2008, selon l'annuaire des statistiques sanitaires, le taux de fréquentation des centres de santé pour les soins curatifs (publics et parapublics) est de 44%. Cette situation qui contraste avec la couverture en infrastructures sanitaires qui avoisine les 86% pourrait s'expliquer par des contraintes financières, un accueil et une qualité des soins peu satisfaisants.

Le niveau de mortalité maternelle reste élevé. En effet, selon les données de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS III), le taux de mortalité maternelle est de 397 femmes pour 100.000 naissances vivantes en 2006. Dans l'ensemble, la mortalité infantile demeure élevée (67‰ en 2006). Elle est plus prononcée en zones rurales et dans les milieux les plus pauvres. Les enfants de moins de 1 an vivant en milieu rural (81‰) courent plus de risque de décéder que ceux vivant en milieu urbain (59‰).

Selon l'Enquête Démographique et de Santé réalisée en 2006 (EDS III), le taux de mortalité infanto-juvénile est de 125‰ et varie selon le niveau d'instruction des mères.

L'état nutritionnel des mères et des enfants s'améliore mais demeure préoccupant. Les enfants présentant le plus fréquemment un retard de croissance sont ceux de sexe masculin, du milieu rural et ceux dont les mères sont sans instruction.

Le niveau de fécondité est estimé à 5,7 enfants par femme. Les femmes du milieu rural (6,3) et celles sans instruction (6,4) ont une fécondité très élevée. Les adolescentes ont une fécondité élevée : à 19 ans, plus de 4 femmes sur 10 (44 %) ont déjà au moins un enfant ou sont enceintes.

Beaucoup d'efforts restent à faire pour atteindre les OMD relevant du secteur de la santé si les tendances actuelles se poursuivent. Cette situation sanitaire du pays s'explique globalement par :

³ Annuaire des Statistiques Sanitaires 2008

- ***une offre inadéquate de services sanitaires*** : bien que la proportion des arrondissements disposant en 2008 de Centres de Santé est de 89%, il est à noter que la plupart ne sont pas conformes aux normes. Ainsi, de nombreux Centres de Santé existants restent à réhabiliter, en plus des constructions à réaliser dans les arrondissements dépourvus d'infrastructures sanitaires. Par ailleurs, malgré les efforts fournis, plusieurs Zones Sanitaires sont sans hôpital de zone et l'effectif du personnel est insuffisant, surtout celui des médecins spécialistes appelés à servir dans les hôpitaux de zone. De plus, le système de communication demeure encore peu développé en 2008 dans la plupart des Zones Sanitaires qui ont de difficultés à mettre en place un système de référence et de contre référence adéquat.
- ***des capacités humaines limitées*** : Le personnel de santé demeure insuffisant en quantité et en qualité. Le secteur comprend beaucoup de personnel non qualifié tel que les commis et les filles de salle. La distribution du personnel est fortement déséquilibrée en défaveur des niveaux périphérique et rural. Enfin, l'insuffisance de formation continue, de supervision et de mesures incitatives de même que la faiblesse par endroits du plateau technique contribuent à la démotivation du personnel soignant au plan administratif et technique.

Tableau 1 : Evolution du nombre de personnel de santé par catégories socio-professionnelles de 2000 à 2008

Catégories socio professionnelles	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Médecins	909	923	939	975	1013	1025	1088	1087	1095
Infirmiers	2336	2570	2774	2140	2730	3091	3563	3971	3663
Sages-femmes	885	977	1029	1036	993	1230	999	1270	1392
Techniciens Laboratoire	336	345	387	421	451	435	317	473	528
Techniciens radiologie	ND	ND	ND	ND	71	63	87	77	76

Source : Annuaire de statistiques 2000-2008/SNIGS/DPP/MS

- ***une faible utilisation des services sanitaires offerts*** : En 2008, le taux de fréquentation des services de santé était encore faible (45,1%) contre 46% en 2007.

Du point de vue *gouvernance au niveau du système de santé*, il faut régler plusieurs problèmes, notamment le coût élevé et la gestion peu efficiente et insuffisamment transparente de la dépense publique, permettant de rétablir la confiance à l'égard de l'administration des services publics de santé des 35% de la population qui considèrent qu'elle ne fonctionne pas bien ou pas du tout (EMICoV 2006). La gouvernance du système de santé doit permettre d'améliorer la gestion de l'ensemble du système et instaurer la transparence dans la dépense publique.

Au regard des faibles capacités techniques et financières de l'Etat à faire face aux besoins exprimés en matière de santé, l'appui des autres partenaires non gouvernementaux (PTF, partenaires sociaux, secteurs privés, etc.) demeure insuffisant et constitue une des questions à régler dans le secteur.

IV- DIAGNOSTIC

4.1. Profil sanitaire du Bénin

Le profil sanitaire du Bénin est caractérisé par une prédominance des maladies transmissibles et l'émergence des maladies non transmissibles au cours de ces dernières années.

4.1.1 Evolution des principales affections

Au Bénin, les maladies transmissibles constituent encore les principales causes de morbidité et de mortalité. Trente six (36) affections sont sous surveillance épidémiologique sur l'ensemble du pays. Le paludisme et les infections respiratoires aiguës sont les deux (02) premières causes de consultation soit respectivement 39,6% et 14,9% des cas en 2008. Viennent ensuite les autres affections gastro-intestinales (6,8%), les traumatismes (5,8%) et les maladies diarrhéiques (3,5%).

En hospitalisation, le paludisme reste en tête (20,1%), suivi par les anémies (7,9%), les lésions traumatiques (5,0%), la diarrhée (4,0%) et les Infections Respiratoires Aigües (3,4%) en 2008.

La prédominance de ces maladies s'explique entre autres par : (i) les conditions de l'environnement, (ii) la consommation d'eau non potable et les pratiques d'hygiène à risque ; (iii) la faible connaissance des facteurs de risque et des modalités de prévention par la communauté, (iv) la faiblesse des actions d'amélioration de l'environnement(v) la faiblesse des activités de santé préventive et promotionnelle, (vi) le très faible niveau des interventions d'éducation communautaire.

4.1.1.1. Maladies transmissibles

4.1.1.1.1. *Maladies à Potentiel Epidémique (MPE)*

Le Bénin était sur la voie de la certification pour l'éradication de la poliomyélite entre 2006 et 2007 où aucun cas n'a été notifié lorsque le poliovirus sauvage a refait son apparition avec 6 cas en 2008 et 20 cas en 2009. La survenance de ces nouveaux cas est due à la proximité avec le Nigeria. En ce qui concerne les autres maladies cibles du PEV, 1185 cas suspects de rougeole dont 201 confirmés au laboratoire ont été enregistrés en 2008 avec 5 décès (taux de létalité 0,42%), 7 cas de Tétanos Néo-Natal avec 2 décès (Taux de Létalité - TL- : 28,57%), 106 cas suspects. Aucun cas de fièvre jaune n'a été confirmé par le laboratoire.

S'agissant des autres maladies à potentiel épidémique, le choléra continue d'évoluer sur un mode endémo-épidémique dans le pays. En 2008, 1009 cas ont été enregistrés avec 6 décès (TL : 0,6%).

Par ailleurs, le Bénin se trouve dans la ceinture méningitique. En 2008, 461 cas de méningite ont été enregistrés avec 63 décès (TL : 13,7%). Enfin, pour les diarrhées fébriles, 168 décès ont été notés sur 76 731 cas enregistrés (TL : 0,2%).

Ces données épidémiologiques montrent la nécessité du renforcement des interventions entrant dans le cadre de la lutte contre ces maladies pour accroître les performances de la Surveillance Epidémiologique Intégrée des maladies et la Riposte.

En dépit des interventions qui ont été mises en œuvre dans le cadre de l'éradication, du contrôle et de l'élimination de certaines maladies à fort taux de morbidité et de mortalité, force est de constater que ces maladies demeurent des problèmes de santé publique.

Des efforts soutenus doivent encore être déployés les années à venir pour que l'éradication et l'élimination des MPE soient une réalité.

4.1.1.1.2 Maladies prioritaires (Paludisme, Tuberculose et infections à VIH/SIDA)

Paludisme

Au Bénin, l'incidence cumulée du paludisme simple et grave est de 14,3% en 2008⁴. Le paludisme est la première cause d'hospitalisation (20,1%) et de décès (15,7) au cours de la même année. La létalité liée au paludisme en 2008 est en moyenne de 5,0%0 en légère baisse par rapport aux années précédentes. La prise en charge de la maladie continue d'engendrer pour les populations déjà vulnérables, d'importantes dépenses de santé les plongeant davantage dans l'extrême pauvreté. Selon le bulletin des Maladies Transmissibles pour la Région Africaine publié en 2004 par l'OMS Afro, le coût du paludisme a représenté un important poids sur les ménages les plus pauvres parce qu'ils dépensent une grande part de leur revenu pour la prévention et le traitement du paludisme. La situation s'aggrave lorsque le ménage connaît plusieurs accès et/ou des accès répétés au cours d'une période. Par exemple, le coût moyen de 15,79 \$EU par épisode de paludisme pour un ménage et le coût mensuel moyen de 1,26\$EU pour un ménage représente respectivement 13,7% et 1,1% des dépenses totales du ménage.

La persistance de cette situation est due surtout à l'existence de l'environnement favorable à la prolifération de l'agent vecteur de la maladie.

La lutte antipaludique figure au nombre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) comme l'une des cibles mondiales pour 2015 et la période 2001-2010 a été déclarée par les Nations Unies comme « Décennie pour faire reculer le paludisme dans les pays en développement, particulièrement en Afrique ».

Le paludisme au Bénin est endémique et stable avec des recrudescences saisonnières donc toute la population béninoise est considérée à risque. Le paludisme reste la maladie à transmission vectorielle la plus importante pour la santé publique du pays avec 1 147 006 cas et 918 décès enregistrés par le SNIGS en 2008. Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) dans son Plan Stratégique 2006-2010, a défini plusieurs stratégies par rapport à l'intensification de la lutte pour la réduction de la morbidité et la mortalité liées au paludisme suite à la réduction de sa transmission. Il s'agit de l'amélioration de l'accessibilité aux traitements et à la prévention, le renforcement de la capacité du diagnostic à tous les niveaux du système des soins, la surveillance épidémiologique du paludisme, la surveillance des sensibilités des vecteurs aux insecticides, le suivi de l'efficacité des antipaludiques, la lutte intégrée contre le vecteur, le plaidoyer et la mobilisation des ressources dans un partenariat élargi.

Les niveaux de l'utilisation des MILD sont passés de moins de 5 % en 2001 à 56% et 54% respectivement chez les enfants de 0 à 59 mois et les femmes enceintes et ceci témoigne une bonne progression vers les objectifs visés par le Bénin à l'horizon 2010. Concernant le Traitement Préventif Intermittent (TPI) chez les femmes enceintes, le pourcentage de

⁴ Annuaire des statistiques sanitaires 2008.

femmes enceintes qui ont reçu au moins deux doses de TPI pendant leur grossesse est passé de 3% à 35%. On note une amélioration de l'utilisation des MILD ainsi que l'observance du TPI, bien qu'un gap important en vue d'un accès universel demeure.

Cependant il existe de nombreux défis auxquels le PNLP fait face aujourd'hui et qui concernent l'inexistence de diagnostic parasitologique systématique de chaque cas du paludisme, la faiblesse du système d'information et de gestion logistique (SIGL) des CTA, MILDA, TDR. La résistance des moustiques aux insecticides représente une menace majeure pour la réussite de la lutte au Bénin qui exigera probablement le développement de manière systématique de la recherche opérationnelle.

Afin de parvenir à une couverture universelle, le Bénin doit organiser la campagne nationale de distribution des MILD par ménages (1 MILD par 2 personnes) d'ici fin 2010.

Tuberculose

Au cours de décennie passée, on note une variation des taux d'incidence pour les tuberculoses de toutes formes. Ces taux se situent entre 41 et 44 pour 100 000 habitants. En revanche l'incidence des nouveaux cas TPM+ sur la décennie écoulée varie entre 34 et 38 pour 100 000 habitants. En 2008, ce taux est de 35 cas pour 100 000 habitants pour l'ensemble du pays. Le nombre de cas de tuberculose toute forme confondue enregistrés et traités cette même année est égal à 3 977 dont 2966 nouveaux cas TPM+ contre 3 673 cas en 2007.

Le taux de succès thérapeutique obtenu en 2008 est de 89% et celui des perdus de vue est 3%. Ces chiffres comparés à ceux des années précédentes permettent de noter une amélioration qui a pu être obtenue grâce à l'engagement conjoint du gouvernement et des partenaires au développement. Les activités de surveillance de la co-infection TB-VIH se mènent dans tous les CDT du programme et 96% des patients tuberculeux toute forme confondue ont acceptés de faire le test de dépistage. La séroprévalence au sein des tuberculeux toute forme confondue est de 17% en 2008, 94% sont mis sous CTM et 44% sous ARV. Même si le bilan paraît satisfaisant, il existe des insuffisances. Au nombre de celles-ci, on peut citer :

- la faible opérationnalité du niveau intermédiaire dans la gestion du programme qui a néanmoins connu une amélioration substantielle grâce à l'appui du Fonds Mondial, notamment en ce qui concerne la supervision des CDT.
- l'insuffisance de la décentralisation et de l'intégration de la prise en charge de la tuberculose au niveau des centres de santé, notamment les formations sanitaires publiques non CDT, les structures sanitaires du secteur privé, des entreprises et des casernes militaires.
- l'insuffisance de la participation communautaire à la lutte antituberculeuse.

Ces faiblesses doivent être transcrites sous formes de stratégies et seront progressivement mises en œuvre.

Infections au VIH/SIDA

La prévalence en 2008 est 1,8% avec des disparités régionales.⁵ Le taux est presque le double chez les femmes (1,5%) que chez les hommes (0,8%)⁶. Les projections montrent que le

⁵ Rapport de séro-surveillance, 2008

nombre de personnes adultes vivant avec le VIH serait d'ici à 2015 de 58 657 en cas d'épidémie contrôlée avec 27 577 personnes ayant un besoin de traitement par les ARV. Le nombre de décès annuel dus au sida atteindrait 2 402 et le nombre d'orphelins des deux parents atteindrait 11 028. La couverture nationale en termes de personnes sous traitement ARV et de gestantes séropositives sous protocole PTME, représentent respectivement 67% et 38%⁷.

Les causes immédiates de la propagation de l'infection sont les relations sexuelles à risque et le multi partenariat. Les causes sous-jacentes sont (i) le niveau de connaissance et de prise de conscience insuffisante des populations, (ii) la perception erronée du risque (iii) le pourcentage important de séropositifs qui ignorent leur statut, (iv) les migrations et la prostitution très mobiles, (v) le faible niveau d'instruction, la faible autonomie économique et la subordination de la femme, réduisant sa capacité de négociation du port de préservatif lors des rapports sexuels, (vi) la vulnérabilité financière et psychologique des adolescent(e)s et jeunes travailleurs(e)s, (vii) la faible accessibilité et la couverture insuffisante de la prise en charge, notamment aux ARV.

Les principales difficultés dans le cadre de la lutte contre les IST/VIH/SIDA sont :

- la faiblesse dans la chaîne d'approvisionnement des médicaments, réactifs et consommables. Elle est due à la multiplicité des sources de financement et à la lourdeur des procédures, entraînant des situations de rupture de stocks,
- le dysfonctionnement du plan de maintenance des équipements médico-techniques lié à leur grande variété selon les sources de financement,
- l'instabilité du personnel qualifié sur les sites de prise en charge et de PTME,
- l'insuffisance de la décentralisation et de l'intégration de la prise en charge des patients VIH au niveau opérationnel ;
- l'insuffisance dans la coordination des différentes structures nationales chargées de la lutte contre le VIH/SIDA.

D'une façon générale, la lutte contre les maladies prioritaires pourra atteindre l'objectif six (6) des OMD en : (i) renforçant la participation communautaire ; (ii) améliorant la décentralisation des services ; (iii) s'assurant de la mise en œuvre effective des plans de communication ; (iv) réorganisant le système d'approvisionnement en médicament, réactifs et consommables.

En somme l'objectif 6 des OMD pourra être atteint si les différents programmes de lutte contre les trois maladies prioritaires sont mis en œuvre.

4.1.1.1.3. Autres maladies transmissibles (UB, lèpre, etc.)

Parmi les autres maladies transmissibles, on peut distinguer le lot des maladies tropicales négligées au nombre desquelles figurent l'onchocercose, la filariose lymphatique, la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA), la dracunculose et les schistosomoses pour ne citer que celles là.

Si la dracunculose et THA sont en voie d'éradication avec cependant la nécessité d'une surveillance épidémiologique plus accrue, l'onchocercose peut aujourd'hui être considérée

⁶ EDS, 2006

⁷ Rapport de séro-surveillance, 2008

comme contrôlée avec néanmoins des zones d'insatisfaction et surtout une menace réelle de réinfection à partir du Nigéria.

Quant à la filariose lymphatique qui sévit dans 50 communes sur les 77 que compte le pays, ainsi que les shistosomoses dont la prévalence tourne autour de 26% au niveau national, ces maladies constituent encore de véritables problèmes de santé publique au Bénin.

Ulcère de Buruli

De 1995 à 2007, le nombre de nouveaux cas détectés est passé de 199 à 1203. Cependant on enregistre une légère baisse en 2008 où le nombre de nouveaux cas a atteint 892 dans les centres de traitement (CDTUB). Au cours de cette année, il a été enregistré 31 cas (3,5%) de rechute et 861 (96,5%) nouveaux cas. Les enfants de moins de 15 ans continuent d'être des cibles importantes de la maladie. Ils représentent 40% des patients. Un peu plus d'un malade sur quatre (27,13%) présente déjà des séquelles invalidantes au dépistage. La moitié des malades enregistrés présentent des lésions de catégorie 2. Sur les 892 malades en 2008, on note 446 (53%) cas de forme ulcéreuse, 92 (11%) de plaque et 153 (18%) de forme mixte. L'UB reste un problème de santé publique. Le Bénin fait partie des pays les plus endémiques dans la sous – région Ouest Africaine⁸. Les causes immédiates de la propagation de l'infection sont les suivantes :

- La mauvaise perception de la maladie par les populations qui la considèrent comme non curable ;
- Le faible taux de fréquentation des malades dans les CDTUB malgré la sensibilisation ;
- Le dépistage et le recours tardif aux CDTUB ;
- L'insuffisance dans l'alimentation des patients hospitalisés.

Ces causes immédiates trouvent leur fondement dans les déterminants tels que le contexte de pauvreté générale; l'absence de mobilisation de la communauté internationale autour des "Maladies Tropicales Négligées"; et l'accessibilité insuffisante des populations aux structures socio- sanitaires de base.

Sur le plan de la mise en œuvre des interventions de lutte contre l'UB, les principaux problèmes notés sont :

- la faiblesse du dispositif institutionnel de la prise en charge de l'UB au Bénin au regard du système de santé ;
- l'insuffisance de la qualité du diagnostic de l'UB malgré les progrès accomplis ;
- la faible accessibilité aux soins au triple plan géographique, économique et culturel ;
- l'insuffisance dans la qualité de l'offre de soins qui est non homogène en fonction des CDTUB ;
- la décentralisation insuffisante de la prise en charge ;
- l'insuffisance de la formation initiale du personnel socio sanitaire ;
- la quasi inexistence de la prévention primaire.

⁸ PNLLUB, 2008

Lèpre

Le taux de détection de la lèpre pour 10 000 habitants au Bénin est passé de 0,52 à 0,36 de 2005 à 2008. Le nombre total de cas enregistrés en 2008 est de 598 dont 417 cas de lèpre multibacillaire et 181 cas de lèpre paucibacillaire. Le pays dispose en 2008 de 8 CDT antilèpre. Les départements de l'Alibori, l'Ouémé, du Mono et du Littoral n'en disposent pas.

En matière de lutte contre la lèpre au Bénin, on note la persistance d'une prévalence à plus d'un cas pour 10 000 habitants dans certaines communes notamment celles qui abritent les CTAL.

Les principales causes immédiates se résument à :

- L'insuffisance de personnel qualifié et motivé ;
- Le retard dans le dépistage des nouveaux cas ;
- La méconnaissance des signes précoces de la lèpre ;
- La crainte de la stigmatisation ;
- L'influence des guérisseurs traditionnels ;
- L'intégration non effective des activités de lutte anti lépreuse dans toutes les formations sanitaires ;
- La faiblesse dans la mise en œuvre du plan de communication.

Les causes lointaines de la situation actuelle de la lèpre sont surtout liées à :

- Un contexte de pauvreté générale ;
- Une accessibilité insuffisante des populations aux structures socio- sanitaires de base ;
- Une absence de bonnes pratiques d'hygiène corporelle et vestimentaire ;
- Un cadre de vie dans un environnement malpropre et malsain.

Parmi les autres maladies transmissibles, on peut distinguer le lot des Maladies Tropicales Négligées au nombre desquelles figurent l'onchocercose, la filariose lymphatique, la trypanosomiose humaine africaine, la dracunculose, les shistosomiasés pour ne citer que ceux là.

Si la dracunculose et la trypanosomiose humaine africaine (THA) sont en voie d'éradication, avec une vigilance plus accrue de surveillance épidémiologique, l'onchocercose peut au stade actuel être considérée comme contrôlée avec par endroit des résultats non satisfaisants, mais surtout avec la présence d'une menace de réinfestation à partir du Nigéria.

Quant à la filariose lymphatique sévissant dans cinquante (50) communes sur les soixante dix sept (77) que compte le pays, ainsi que les shistosomiasés dont la prévalence tourne autour de 26%, ces deux affections constituent encore de véritables problèmes de santé publique.

4.1.1.2. Maladies non transmissibles

Le Bénin paie un lourd tribut en termes de mortalité et de morbidité dues aux Maladies Non Transmissibles (MNT). Les MNT ont les mêmes facteurs de risques, la prise en charge d'un seul FDR permet de réduire l'incidence de plusieurs MNT. Une évaluation de ces FDR

(enquête STEPS) réalisée en 2008 dans les 12 départements du Bénin a montré des résultats très alarmants: 27,5 % de la population de 25 à 64 ans du Bénin souffrent d'Hypertension artérielle (HTA) soit environ 1 500 000 béninois exposés. La situation est aussi alarmante pour les 7 autres FDR à savoir : le diabète, l'hypercholestérolémie, l'obésité, l'alimentation déséquilibrée, l'inactivité physique, le tabagisme et la consommation nocive d'alcool. La moitié de la population est porteuse d'au moins deux FDR des MNT. Pour remédier à une telle situation, il importe de mettre en place des approches intégrées et des interventions simultanées. Dans cette optique, le PNLMT a élaboré en décembre 2008 un document de Politique Nationale de Lutte contre les MNT dont les fondements reposent sur des dispositions nationales et internationales à savoir, les politiques et plans sectoriels du Ministère de la Santé, les Etats généraux de la santé au Bénin, les résolutions de l'OMS sur les stratégies de lutte contre les maladies non transmissibles et les déclarations de Libreville, d'Alger et de Ouagadougou sur l'amélioration de la santé en Afrique. La lutte contre les MNT se fonde sur les principes directeurs ci-après : une action de santé publique globale et intégrée, une action intersectorielle, une approche prenant en compte toute la durée de la vie, une mise en œuvre progressive en fonction des paramètres et des besoins locaux. Les déterminants des MNT sont de plusieurs ordres. Les causes immédiates sont la mauvaise habitude alimentaire et l'inactivité physique.

La mise en œuvre des interventions se heurte à l'insuffisance de personnel formé à la prise en charge des MNT, la faible allocation des ressources financières, l'inadéquation des structures de soins à la prise en charge des MNT et la faible implication des OSC dans la lutte contre les MNT.

Au total, les facteurs de risque des maladies non transmissibles restent dans une large mesure inconnus des populations. De même, le niveau de connaissance par les agents de santé reste insuffisant, ce qui ne leur permet pas d'assurer une bonne sensibilisation en direction des populations. Pour promouvoir les meilleures pratiques de prévention des maladies non transmissibles, un accent doit être mis sur la capacité du système à prendre en charge ces maladies. Cela montre l'importance des études pour déterminer la morbidité liée aux facteurs de risque et les mesures visant à promouvoir le dépistage précoce et l'amélioration de l'hygiène de travail et de vie.

En dehors des maladies non transmissibles classiques, soulignons le cas particulier de la drépanocytose qui n'est pas une maladie infectieuse mais transmissible génétiquement.

Drépanocytose

La drépanocytose anémie falciforme ou hémoglobinopathie S, est une anomalie héréditaire de l'hémoglobine touchant environ 5% de la population mondiale et plus de 300 000 nouveau-nés chaque année. Le Bénin est situé à l'épicentre de la zone de fréquence maximale de la drépanocytose qui pose un problème de santé publique préoccupant : près de 1 béninois sur 3 peut transmettre la maladie à sa descendance.

Les graves conséquences de cette affection sur la santé constituent un fardeau économique et social pour les familles touchées, la société et le pays tout entier.

Le Bénin à travers son programme Drépanocytose, a beaucoup œuvré pour l'adoption des résolutions WHA59.20 et EB 118 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en mai

2006 et de la résolution A/63/237 par l'Assemblée Générale des Nations Unies en décembre 2008, reconnaissant la Drépanocytose comme un problème de Santé Publique en Afrique. Le problème majeur actuel du programme est l'insuffisance des ressources financières et humaines face à l'importance des défis auxquels il est confronté.

En tant que maladie génétique, la drépanocytose ne peut être reconnue et prise en charge que lorsque les populations se font dépister, surtout lors des examens prénuptiaux nécessaires pour éviter la transmission aux descendants. La maladie se propage à cause de :

- la méconnaissance par les populations du mode de transmission de la maladie ;
- l'insuffisance du plan de communication sur cette maladie ;
- la négligence des examens prénuptiaux par la majorité de la population ;
- l'absence de décentralisation des interventions du programme.

En résumé, le cadre institutionnel de la lutte contre ces maladies reste encore à améliorer. Il se dégage également la nécessité de la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique intégrée performant, capable de générer des informations pertinentes. Enfin, l'amélioration de la participation communautaire et le renforcement des capacités des agents de santé permettront d'améliorer la prise en charge correcte, prompte et efficace des cas afin d'éviter les séquelles.

4.1.2. Santé de la reproduction

L'étude de la santé de la reproduction permet d'approfondir les préoccupations liées à la forte poussée démographique et leur impact sur les performances du secteur. Par santé de la reproduction, on entend le bien-être physique, mental et social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non une absence de maladie ou d'infirmité.

Déterminants de la fécondité

Les femmes béninoises ont un des niveaux de fécondité (mesuré par l'indice synthétique de fécondité) relativement élevé (5,6 enfants/femme). Les facteurs socioculturels expliquent cette situation. Les enfants bénéficient de la solidarité de la grande famille, ce qui en réduit le coût d'éducation et d'entretien pour les parents géniteurs. L'enfant appartient ainsi plus à la société qu'aux parents géniteurs. L'enfant joue en général un rôle de sécurité sociale et d'assurance vieillesse. En outre, compte tenu de l'espérance de vie limitée la croyance est forte qu'un nombre élevé d'enfants permet de parer à cette contrainte. En dehors du contexte culturel, le comportement nataliste des femmes est déterminé par l'existence d'une relation entre le niveau d'instruction, le lieu de résidence et l'ethnie⁹. Ces facteurs sont des variables intermédiaires qui agissent sur le niveau de la fécondité. On observe par ailleurs une précocité de l'âge du mariage et de l'âge de procréation : l'âge moyen du premier mariage est 19 ans; 50% des femmes ont eu des enfants avant l'âge de 20 ans.

Santé de la mère

Selon les données de l'EDS III, le taux de mortalité maternelle est de 397 femmes pour 100.000 naissances vivantes en 2006. Selon le RGPH 2002, le ratio de mortalité maternelle est de 474,4 pour 100.000 naissances vivantes en 2002 ; il s'établit à 397,7 pour 100.000 naissances en milieu urbain et 505,4 pour le milieu rural ; les risques sont donc plus

⁹ EDS III, 2006

considérables en milieu rural qu'en milieu urbain. Les facteurs qui favorisent cette situation et les causes de décès sont :

- ✓ **Facteurs favorisants :** L'environnement social ou culturel actuel, les accouchements à domicile, la faible accessibilité des services de maternité, le dépistage insuffisant des grossesses à risque, le suivi insuffisant du travail d'accouchement à travers la non maîtrise des trois retards (prise de décision, évacuation et prise en charge) et l'insuffisance des ressources financières.
- ✓ **Causes médicales directes :** Hémorragie 25%, dystocies 10%, Complication HTA sur grossesse 13%, complication d'avortement 13%, anémies et les infections sévères 14%.
- ✓ **Causes médicales indirectes : 25%** (Diabète, Drépanocytose et Cardiopathie...)

Pour atteindre l'objectif 5 des OMD, le Bénin devra renforcer la surveillance de l'état nutritionnel des mères, le développement des Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence (SONU) et des Soins Obstétricaux Néonataux Essentiels (SONE), les séances d'IEC en matière de santé de la reproduction. Ces interventions ciblées doivent être soutenues par une amélioration du taux de couverture en CPN recentrée et la mise en place d'un continuum des soins maternels et néonataux à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. De même, des mesures doivent être prises pour réduire sensiblement le pourcentage des femmes enceintes anémiées du fait de la carence en fer et augmenter le taux de couverture en césariennes pour passer à la norme à court terme.

Santé de l'enfant

Selon l'annuaire des Statistiques Sanitaires 2008, sur l'ensemble des consultants enregistrés dans les formations sanitaires, les enfants de moins de 5 ans représentent 37,9% des consultants; 97% de ces cas ont été traités en ambulatoire et 3% en hospitalisation. Dans cette tranche d'âge, le paludisme représente 43,5% des cas suivi des infections respiratoires aiguës hautes et basses (21,1%). Il demeure la principale cause de morbidité et de mortalité. Chez les enfants, le paludisme et l'anémie représentent à eux seuls plus de la moitié (50,3%) des cas hospitalisés.

4.1.2.3.1 Mortinatalité

On estime à 2,5% par rapport aux naissances vivantes en 2008, la proportion de grossesses qui aboutissent à un mort-né. Ce taux peut s'expliquer par le non respect par les femmes du nombre de visites prénatales recommandées par l'OMS.

4.1.2.3.2 Mortalité infantile

Dans l'ensemble, la mortalité infantile demeure élevée 67‰ en 2006 (EDS III), et est plus prononcée en zones rurales et dans les milieux les plus pauvres. Les enfants de moins de 1 an vivant en milieu rural (81‰) courent plus de risque de décéder que ceux vivant en milieu urbain (59‰) à Cotonou (67‰). On remarque que le **taux de mortalité infantile dans le quintile des familles les plus riches est de moitié inférieur à celui des autres familles.**

Toutes choses étant égales par ailleurs, les familles les plus riches présentent une meilleure accessibilité financière (achat des soins et des médicaments) et peuvent plus facilement que les autres avoir de l'eau potable, une alimentation plus équilibrée et un cadre de vie plus sain.

4.1.2.3.3 Mortalité infanto juvénile

Le quotient de mortalité Infanto juvénile au niveau national est de 146,4‰ selon le RGPH de 2002. L'évolution de cet indicateur est également à la baisse depuis 1982 (l'Enquête de Fécondité au Bénin) où il était à 243‰ pour passer à 167‰ en 1992. Selon l'Enquête Démographique et de Santé réalisée en 2006 (EDS III), le taux de mortalité infanto-juvénile est de 125‰. On remarque que de façon générale, le niveau d'éducation de la mère affecte la santé et l'éducation des enfants. Il est le reflet du niveau d'hygiène et de connaissances des causes des maladies. Il influe sur la fréquentation des services de santé, la fréquence du suivi des grossesses, l'autonomie et le pouvoir de décision de la femme dans le ménage. En effet, selon l'EDS 2006, le taux de mortalité infanto-juvénile est de 143‰ pour les femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction contre 61‰ pour les femmes ayant au moins le niveau secondaire (2nd cycle). L'intervalle inter gésique est une autre variable pouvant agir sur le niveau de mortalité des enfants. En effet, plus l'intervalle inter gésique est court, plus le risque de décès des enfants est grand. On note en 2006 que le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est de 121‰ pour les naissances rapprochées (moins de 2 ans) contre 51‰ pour les naissances dont l'intervalle est de 3 ans et de 52‰ pour celles de 4 ans. Les accouchements trop rapprochés constituent par ailleurs une cause de malnutrition qui touche près du tiers des enfants de moins de 3 ans. La mauvaise qualité de l'eau est également une cause de nombreuses maladies chez les enfants. Ce problème se pose avec acuité en zone rurale.

Le Bénin est sur une bonne voie pour atteindre l'OMD 4 si les efforts se poursuivent dans le sens de l'amélioration des interventions visant à réduire la mortalité chez les enfants.

Pour ce faire, il faudra maintenir la disponibilité des activités vaccinales à un niveau maximal afin d'atteindre une couverture vaccinale supérieure ou égale à 80% pour tous les antigènes. Par ailleurs, il importe d'étendre la PCIME à toutes les zones sanitaires, surtout la PCIME communautaire et maintenir une bonne diffusion du Paquet Minimum d'Activités de nutrition prenant en compte l'allaitement et la supplémentation en micronutriments.

Santé du jeune et de l'adolescent

Le niveau de fécondité est estimé à 5,6 enfants par femme. Les femmes du milieu rural (6,3) et celles sans instruction (6,4) ont une fécondité très élevée. Les adolescentes ont une fécondité élevée : à 19 ans, plus de 4 femmes sur 10 (44%) ont déjà au moins un enfant ou sont enceintes. La moitié des femmes donne naissance à leur premier enfant avant l'âge de 19,9 ans. Parmi les femmes, la moitié a déjà contracté une union avant 18,6 ans. Parmi les hommes, la moitié est en union à l'âge de 24,7 ans. En atteignant 17,8 ans la moitié des femmes a déjà eu des rapports sexuels. Par ailleurs, on observe une vulnérabilité aux IST/VIH/SIDA du fait des comportements sexuels à risques fréquente dans cette tranche d'âge

Planification familiale

Les résultats de l'EDS 2006 révèlent que 17% des femmes en union utilisent actuellement une méthode quelconque de contraception. Seulement 6% des femmes en union utilisent une méthode moderne. Presque la moitié (46%) des femmes en union qui n'utilise pas actuellement une méthode de contraception ont l'intention d'en utiliser une

dans le futur. La moitié d'entre elles (49%) veut utiliser les injections. La moitié des femmes (48%) n'a ni entendu ni vu récemment de message sur la planification familiale dans les média.

On remarque que plus le niveau d'instruction augmente, plus le niveau de connaissance augmente, les proportions passant de 89% pour les femmes sans instruction à 97% pour les femmes de niveau d'instruction primaire ; la connaissance est presque universelle pour celles ayant le niveau secondaire ou plus. Le niveau d'instruction joue donc un rôle important sur le niveau de connaissance et d'utilisation des méthodes contraceptives : plus le niveau d'instruction est élevé, plus le niveau de connaissance et d'utilisation des méthodes contraceptives est élevé. De façon générale, la connaissance de la contraception a une incidence limitée sur son utilisation effective ; le niveau d'instruction et l'attitude vis-à-vis de la fécondité sont des aspects décisifs à intégrer dans les stratégies visant l'amélioration de l'efficacité de la planification familiale.

Etat nutritionnel de la mère et de l'enfant

Au Bénin, la situation nutritionnelle demeure préoccupante et les progrès sont lents. Prés de 4 enfants béninois sur 10 souffrent de retard de croissance (38% en 2006, contre 31% en 2001, NCHS/WHO). De plus, 7% souffrent de malnutrition aigue. Une enquête nationale de sécurité alimentaire et nutritionnelle réalisée fin 2008 confirme que la situation nutritionnelle est grave selon les seuils établis par l'OMS. La prévalence de l'insuffisance pondérale, indicateur de l'OMD 1, est restée stationnaire de 2001 à 2006 (23%). Comme pour le retard de croissance, l'insuffisance pondérale s'installe dès le plus jeune âge et sa prévalence est plus élevée chez les populations rurales. La situation nutritionnelle des femmes en âge de procréer est également préoccupante puisque 9% d'entre elles souffrent de maigreur et 61 % sont anémiées.

Le Bénin est un des 13 pays au monde qui a réussi à augmenter le taux de l'allaitement maternel exclusif chez les enfants de moins de 6 mois par plus de 20 points de pourcentage en 10 ans. En effet, le pourcentage de femmes allaitant exclusivement leurs enfants est passé de 10% en 1996 à 43% en 2006. Ce qui reste encore insuffisant par rapport aux normes de couverture (80%). L'expérience du Benin montre donc que des progrès importants dans le domaine de l'allaitement maternel et plus largement de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant peuvent être réalisés. Cependant, les progrès ont tendance à ralentir et les efforts sont donc à maintenir car l'allaitement maternel exclusif ainsi qu'une alimentation de complément adéquate sont des interventions capitales pour la survie et le développement du jeune enfant (The Lancet, 2003 et 2008).

Par ailleurs la malnutrition par carence en micronutriments est également répandue et dévastatrice. Au Bénin, près de huit enfants de 6 à 59 mois sur dix (78%) sont atteints d'anémie : 25% sous une forme légère, 46% sous une forme modérée et 8% sont atteints d'anémie sévère. La consommation de sel iodé a diminué ces dernières années au point que près de la moitié des ménages béninois n'utilisaient pas de sel adéquatement iodé en 2006.

La malnutrition a un impact négatif sur la survie mais pas uniquement. Elle entraîne également une diminution des capacités du système immunitaire, un développement physique et cognitif sub-optimaux et une diminution des performances à l'âge adulte.

Selon les résultats de l'EDS III en 2006, la malnutrition occasionnerait d'énormes pertes économiques (913 milliards de francs CFA de pertes économiques lui sont attribuables à

l'échéance de 2013 selon les résultats de l'Analyse Profiles) si rien n'est fondamentalement fait pour inverser la tendance. L'intégration de la nutrition dans le paquet d'interventions essentielles pour la survie et le développement de l'enfant est donc une priorité pour des interventions qui ciblent la « fenêtre d'opportunité » de la grossesse à l'âge de 24 mois¹⁰.

Les causes de la malnutrition sont multisectorielles (alimentation, santé, pratiques). D'autres causes sous-jacentes ayant trait à la non couverture des besoins sont, entre autres, (i) la faible productivité céréalière, (ii) la vente de vivres aux pays voisins et aux exportations non contrôlées (ONASA, 2004-2006), (iii) l'insuffisance des surfaces emblavées, (iv) les pertes post-récoltes importantes (systèmes de stockage/conservation domestiques et collectifs peu performants) et la faiblesse de la transformation, (v) la modification des habitudes de consommation favorisant le maïs et le manioc qui ont une faible valeur nutritive. Cependant, bien que la sécurité alimentaire des ménages soit essentielle pour la sécurité nutritionnelle, celle-ci est loin d'être suffisante. En effet, la sécurité nutritionnelle implique bien plus que l'accès à une quantité adéquate d'aliments variés en quantité et en qualité (y inclus les micronutriments). La sécurité nutritionnelle requiert : a) un accès à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement ; b) un accès à des services de soins de santé de qualité ; c) des pratiques adéquates au sein des ménages dans les domaines des soins pour les enfants, de l'hygiène alimentaire et de la préparation des aliments ; d) un environnement sain. La sécurité nutritionnelle est encore plus importante pour les groupes les plus vulnérables de la société qui sont les nourrissons et les jeunes enfants de moins de deux ans, les femmes enceintes et allaitantes, les enfants de moins de cinq ans qui souffrent de malnutrition aiguë ou de maladies dont le VIH/SIDA.

4.1.3. Hygiène et Assainissement de Base

Accès à l'eau potable

Malgré les efforts déployés, la situation dans le sous secteur de l'eau potable n'est guère reluisante. Elle est caractérisée par une insuffisance de l'accès à l'eau potable. L'utilisation d'eau provenant de puits non protégés est encore répandue. Des ménages continuent de s'approvisionner en eau de boisson à la rivière, dans les mares et/ou marigots. La contamination intervient souvent lors de la collecte, du transport, du stockage et de la consommation. Cette contamination est également liée à la malfaçon des ouvrages, à la mauvaise disposition des moyens d'exhaure, au péril fécal et à la mauvaise manipulation de l'eau. Au-delà des problèmes techniques, il se pose un problème comportemental que des actions multisectorielles dynamiques de sensibilisation permettront de minimiser à long terme.

Les causes principales immédiates de l'accès difficile à l'eau potable pour les populations pauvres sont : (i) le nombre insuffisant de points d'eau disponibles, (ii) les difficultés de mobiliser des ressources en eau dans certaines zones, (iii) le faible nombre de branchements sur les réseaux en milieu urbain, (iv) le manque d'hygiène de l'eau, (v) le coût relativement élevé de l'eau.

Les causes sous-jacentes sont : (i) le faible suivi de la qualité de l'eau en milieu rural, (ii) la faible capacité en gestion, notamment pour la maintenance des puits, des points d'eau et des mini réseaux, (iii) les difficultés de mobilisation de la contribution communautaire dans

¹⁰ The Lancet series on maternal and child malnutrition, January 2008.

certaines zones, (iv) le coût de branchement en milieu urbain, (v) le faible niveau d'éducation pour la santé et l'hygiène de l'eau.

Les causes structurelles sont : (i) la pauvreté des ménages, (ii) la faiblesse des programmes d'éducation sur l'eau potable et l'hygiène, (iii) la faible capacité d'absorption de fonds par les services compétents, (iv) les longs délais de mise en place des points d'eau (lourdeurs des procédures administratives et financières).

Gestion des déchets solides domestiques et industriels

Les déchets solides sont générés en grande quantité dans les centres urbains du fait de l'accroissement de la population et du développement économique. Selon une étude réalisée en 1997 par DESSAU Soprin et par le PGDSM en 2002, chaque citoyen de Cotonou génère environ 210 kg de déchets solides ménagers par an soit (0,58 kg/habitant/jour). En 2001, la quantité de déchets solides ménagers produits à Cotonou est en moyenne de 400 tonnes par jour tandis que le taux de couverture de la pré-collecte est évalué à 70% et celui de la collecte à 55%. La part non évacuée se retrouve dans la rue, dans les décharges sauvages, dans les parcelles vides, enfouie ou incinérée à domicile. Plus d'une centaine d'organisations ou d'associations communautaires et parfois des micro-entreprises à Cotonou assurent la pré-collecte, la collecte et le traitement des déchets solides. Ces organisations sont regroupées au sein de la Coordination des Organisations Non Gouvernementales de Gestion des Déchets solides ménagers et de l'Assainissement (COGEDA). Les problèmes environnementaux que posent le recyclage et l'élimination des déchets sont en train d'être résorbé par la mise en place progressive des décharges finales surtout à Cotonou.

Gestion des excréta, des eaux usées domestiques et industrielles

Les ouvrages d'assainissement individuel utilisés sont des latrines traditionnelles, des latrines traditionnelles améliorées, des latrines à dalles San Plat, des latrines de type mozambique, des latrines à fosses ventilées, des latrines à chasse manuelle et même des latrines chasse à eau. Ce sont des ouvrages hygiéniques excepté les latrines traditionnelles. Très peu de ménages utilisent des fosses septiques, des latrines à chasses manuelles et des latrines à fosses ventilées. Près de 8% de ménages en milieu urbain ne disposent pas d'installations sanitaires. En zone rurale, dans certains départements des villages entiers rejettent les ouvrages d'assainissement pour des raisons culturelles. Les pesticides utilisés dans l'agriculture, les eaux usées domestiques et industrielles déversées dans la nature sont les principales sources de pollution du sol, des cours et plans d'eau et de la nappe phréatique.

Salubrité des aliments

Les établissements d'alimentation notamment les marchés des grandes villes du pays sont dans l'ensemble, dans une situation d'insalubrité liée aux mesures insuffisantes d'assainissement et d'approvisionnement en eau potable, ainsi qu'aux comportements des usagers dont les pratiques ne garantissent pas l'innocuité des aliments. Les vendeurs des aliments de rue n'observent pas les pratiques élémentaires d'hygiène alimentaire. Ces aliments sont vendus sur les grandes artères, aux abords des marchés, des écoles, à proximité des immondices, des grands collecteurs et dans d'autres lieux publics sans les mesures d'hygiène élémentaires.

Vecteurs des maladies

L'insalubrité qui prédomine dans les villes et campagnes constitue un facteur favorisant de la multiplication des insectes et des rongeurs, vecteurs des maladies et sources de nuisances notamment les moustiques (anophèles et culex), les mouches, les rats et les souris. La lutte contre les vecteurs est menée au coup par coup.

L'hygiène alimentaire est caractérisée, entre autres, par les mauvaises conditions de stockage et de conservation des aliments, l'exposition des denrées à la poussière, aux gaz d'échappement des véhicules et aux mouches, la manipulation non hygiénique des aliments et l'utilisation d'ustensiles ou de récipients malpropres.

De plus, à peine 4% des ménages se lavent les mains à l'eau et au savon aux moments critiques.

La situation de l'hygiène hospitalière n'est pas reluisante et la gestion des déchets des formations sanitaires n'est pas encore maîtrisée par le personnel des formations sanitaires aussi bien publiques que privées.

Le taux d'évacuation des ordures est de 17% pour tout le Bénin avec 39% en milieu urbain et 3% en milieu rural.

La gestion des eaux usées domestiques se pose en zone urbaine et particulièrement dans les grandes agglomérations ; seulement 2 ménages sur 1000 évacuent correctement leurs eaux usées.

Cette situation contribue à l'émergence et à la réémergence de certaines maladies malgré l'existence d'un arsenal institutionnel et réglementaire.

C'est dans ce contexte que le Ministère de la Santé en partenariat avec les PTF a initié deux projets/programmes : le Programme Pluriannuel Eau et Assainissement (PPEA) sur financement des Pays-Bas et du Royaume de Danemark et le Programme National de l'Hygiène et de l'Assainissement (PHA) financé par le Budget National.

L'absence de l'assainissement de base et des comportements d'hygiène à risques se trouve à la base des causes favorables à l'éclosion des maladies diarrhéiques et des vers intestinaux. En 2001, 7 ménages sur 10 ne disposaient pas de toilettes (9 sur 10 en milieu rural) et tandis que 8 ménages sur 10 jetaient les ordures ménagères dans la nature.

Les causes immédiates de l'assainissement inadéquat et nuisible pour la santé, surtout en milieu rural, sont : (i) la mauvaise gestion familiale et communautaire des ordures et des eaux usées, (ii) la défécation dans la nature, (iii) le contrôle insuffisant de la pollution atmosphérique et sonore, (iv) le faible niveau de connaissance des méfaits des comportements à risques. Quant aux causes sous-jacentes, il s'agit surtout de : (i) la faiblesse des revenus des ménages, (ii) la faiblesse des actions d'éducation, d'information et de conscientisation sur les comportements à risque, (iii) la faiblesse des initiatives communautaires. Les causes structurelles sont : (i) la faiblesse des ressources disponibles pour le Programme National d'Hygiène et d'Assainissement de Base (PNHAB), (ii) le faible engagement des responsables de la santé et des leaders d'opinion, (iii) l'absence de prévision des nuisances induites par l'expansion des villes, (iv) l'incapacité de l'administration (centrale ou communale) à faire respecter le code d'hygiène publique et la réglementation

sur la pollution atmosphérique et sonore. Le manque d'accès à l'assainissement est étroitement lié au degré de pauvreté des ménages.

Gestion des déchets des formations sanitaires et hygiène hospitalière

Ces dernières années, les établissements sanitaires se sont multipliés rapidement, rendant préoccupante la situation de la gestion des déchets des formations sanitaires au Bénin. Par manque d'organisation de la filière, ces établissements générateurs des différents déchets trouvent des moyens de fortune pour s'en débarrasser qui souvent, sont mélangés aux ordures ménagères pour se retrouver dans les dépôts sauvages à l'intérieur des grandes villes. Les risques liés au contact avec du matériel souillé et autres objets tranchants et piquants et matières toxiques issus de soins médicaux sont énormes, étant donné la transmission par ces objets des maladies au sein de la population, particulièrement au sein du personnel de santé. Les responsables des établissements générateurs des différents déchets accordent peu d'importance à l'élimination sécuritaire de ces déchets et ont une faible propension à payer pour les services d'élimination.

Les principales causes de cette situation sont :

- l'absence de plan de gestion des différents déchets dans les différentes formations sanitaires ;
- l'insuffisance d'incinérateurs dans les formations sanitaires ;
- le caractère défectueux des incinérateurs existants ;
- l'insuffisance dans la maintenance des équipements de gestion des déchets biomédicaux ;
- le manque de formation des agents de santé sur la gestion des déchets biomédicaux ;
- l'insuffisance en agents d'hygiène pour la gestion de l'hygiène et de l'assainissement au sein des formations sanitaires

La mise en œuvre d'une bonne politique en matière d'hygiène et d'assainissement de base se heurte au problème d'intégration opérationnelle des activités de gestion des déchets.

Par ailleurs, les capacités d'intervention des structures déconcentrées devront être renforcées avec une implication des communes dans les activités d'hygiène et d'assainissement. Enfin, la mise en œuvre effective des mesures coercitives prévues dans les textes législatifs et réglementaires existants doublée d'une bonne politique de Communication pour un changement de comportement demeurent les meilleurs gages des interventions de ce volet.

4.1.4 Vaccination

La revue du PEV en 2008 a permis d'apprécier le niveau réel du taux de couverture vaccinal pour les différents antigènes. Selon le rapport d'auto-évaluation 2009 de la DNPEV, les taux de couverture obtenus pour certains antigènes sont : 114% pour le BCG, 98% pour la troisième dose de pentavalent, 95% pour le VAR1 et 68% pour le VAT2+. Ce niveau de performance, même s'il paraît globalement satisfaisant, cache des disparités. Les principaux problèmes qui se posent sont relatifs à :

- une insuffisance de communication en direction des communautés ;
- une insuffisance en équipement de chaîne de froid au niveau opérationnel et intermédiaire malgré l'effort de renouvellement en cours ;

- la non maîtrise au niveau opérationnel de l'estimation des besoins en vaccins et en matériel d'injection ;
- la non disponibilité à 100% en vaccins et intrants dans tous les Centres de Santé.
- l'absence d'un plan de maintenance des équipements de chaîne de froid et de transport au niveau opérationnel qui fait que 24% des équipements de chaîne de froid utilisés en périphérie sont en panne ou hors d'usage ce qui réduit la capacité de stockage aux niveaux intermédiaire et périphérique dans la perspective de l'introduction des nouveaux vaccins ;
- 56% des communes ne disposent pas d'un véhicule de supervision en bon état et 48% des motos utilisées en stratégie avancée sont hors d'usage ;
- 61% des formations sanitaires ne disposent pas d'un incinérateur de type Monfort fonctionnel.

4.1.5 Utilisation des services de santé

L'accès de la population aux soins de santé est l'une des priorités des autorités sanitaires. Dans l'ensemble, 66% des ménages ont accès à une formation sanitaire dans leur localité dans un rayon de 5 km. S'agissant de l'accessibilité aux formations sanitaires de première référence, plus de 50% de la population a accès à un hôpital de référence en cas de nécessité ; 13% vivent encore à plus de 30 km d'un hôpital de référence. La majorité des communautés rurales ne disposent pas d'un hôpital à moins de 5 km (34% contre 77% pour le milieu urbain). En moyenne, le ratio de l'offre des soins obstétricaux néonataux d'urgence de base (SONUB) est de 1,4 pour 500 000 habitants contre l'objectif de 4 pour 500 000. (Données de 2003).

Selon l'annuaire des statistiques sanitaires 2008, le taux de fréquentation des centres de santé pour les soins curatifs (publics et parapublics) est de 45,1% pour l'ensemble de la population et de 73,1% pour les enfants de moins de 5 ans. Cette situation contraste avec la couverture sanitaire qui est de 89%. Elle pourrait s'expliquer par des contraintes financières, la qualité de l'accueil et des soins.

Les raisons économiques constituent l'un des principaux problèmes d'accessibilité aux soins. Selon l'EDS III, « obtenir l'argent pour y aller » et le « coût trop élevé » ont été cités par, respectivement, 74% et 57% des femmes. Le manque d'argent affecte davantage les femmes du milieu rural (83%) que celles du milieu urbain (62%). De même, les femmes des départements de l'Alibori (90%), de l'Atacora (88%), des Collines (89%), du Couffo (85%) et du Zou (86%) ont été plus fréquemment confrontées à ce problème que celles du Littoral (40%). En outre, ce problème a plus souvent concerné les femmes sans instruction (82%) et les femmes des ménages les plus pauvres (89%). Le « coût élevé des soins » a aussi été mentionné fréquemment par toutes les catégories de femmes, en particulier celles de l'Atacora (89%) et des Collines (84%).

D'autre part, la distance entre le domicile et le centre de santé constitue un problème pour près de deux femmes sur cinq (38%). Cette proportion est plus élevée dans l'Atacora (66%), suivi du Borgou (51%) et des Collines (50%). Par ailleurs, pour 37 % des femmes, prendre un moyen de transport est un obstacle qui limite leur accès aux soins de santé. Il faut également noter les proportions importantes de femmes ayant cité des problèmes en relation avec le fonctionnement des services de santé, à savoir : « l'attente trop longue » (30%), « le personnel absent ou en retard » (29%), « les soins non efficaces » (24%), « le mauvais accueil » (24%) et « le manque de personnel féminin » (16%).

D'une façon générale, pour améliorer le taux d'utilisation des services, il faudra se baser sur un diagnostic communautaire plus précis et procéder à une amélioration de la qualité des soins. Ceci passera par une gestion concertée du système par le maintien et le renforcement des acquis. Par ailleurs, il ressort l'importance d'assurer l'accès aux soins essentiels, intégrés et de qualité particulièrement aux populations les plus démunies et en particulier les femmes et les enfants de 0 à 5 ans. De façon plus explicite, il s'agit de tenir compte du niveau de la pauvreté et d'assurer l'accès aux soins à ces cibles avec l'appui des autres secteurs connexes et des partenaires techniques et financiers du secteur santé, en ayant comme point de mire les objectifs du Millénaire pour le développement.

4.2- Ressources du secteur

Le secteur de la santé est confronté à une insuffisance de ressources et à des difficultés de gestion et d'utilisation de celles existantes. On distingue trois catégories de ressources notamment les ressources humaines, financières, et matérielles.

4.2.1- Ressources Financières

Le financement des services de santé couvre la stratégie de mobilisation des ressources et d'exécution des dépenses en vue d'atteindre les objectifs de santé. Au Bénin, ce financement est peu favorable à la demande des soins, car le niveau de revenu des populations est faible et la main-d'œuvre travaille principalement dans le secteur informel. Le taux d'analphabétisme chez les adultes est élevé et environ 20 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. Pour remédier à cette situation, le Bénin consacre 4,6% de son PIB à la santé et environ 8,34% des dépenses publiques à la santé contre 9,24% en moyenne pour les pays d'Afrique Subsaharienne. Or, l'engagement pris par les Chefs d'Etat à travers la Déclaration d'Abuja en 2001, est de consacrer 15% des dépenses publiques à la santé pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Cependant, les ressources actuellement disponibles ne sont pas prioritairement affectées aux interventions à haut impact (prioritaires et efficaces) et la capacité organisationnelle et institutionnelle des secteurs de la santé et des finances ne favorise pas la consommation de ces ressources disponibles. Cela se traduit le plus souvent par le retard dans le démarrage des activités, la lenteur dans le processus de passation des marchés publics. Cette situation est accentuée par des mécanismes de financement de la demande des services et de soins peu adéquats.

Quatre principales sources contribuent au financement de la santé au Bénin :

- le financement par les ménages : selon les comptes nationaux de la santé réalisés en 2006, les ménages assurent 52 % des dépenses de santé ;
- le financement par l'Etat : l'Etat finance près de 31% des dépenses ;
- le financement par les collectivités locales est moins de 1% ;
- le financement par les Partenaires Techniques et Financiers est de 16%.

4.2.1.1 Financement des dépenses par le Ministère de la Santé

Les résultats des comptes nationaux de la santé montrent une évolution des indices du budget de l'Etat et de la santé. L'indice budget Etat connaît une croissance plus rapide.

Ceci souligne que le secteur de la santé ne bénéficie pas encore de toute l'attention requise de l'Etat.

Globalement, le budget alloué au secteur de la santé sur la période 2003-2008 est exécuté à hauteur de 76,33% (base engagement) soit un montant de 251 699 214 063 F CFA sur 329 751 724 000 F CFA.

Ce niveau d'exécution du budget est relativement faible. Ceci est dû à des facteurs tels que la contingence économique qui perturbe le cadrage budgétaire, la nature hypothétique des projections de dépenses sur le financement extérieur, le retard dans la mise à disposition des crédits, qui occasionne des démarrages tardifs des activités à tous les échelons de la pyramide sanitaire, et d'autres dysfonctionnements liés à la gouvernance, qui compromettent le renforcement du système de santé.

De l'analyse des résultats des Comptes nationaux de la santé, il ressort que :

- les crédits délégués assurent les achats de biens et de services pour 43,7% ;
- le personnel pour 30,2% et les investissements pour 26,1% ;
- le financement communautaire est un des volets importants du financement du Ministère de la Santé ;
- l'ensemble des hôpitaux consomme 29,5% des ressources du secteur alors que les centres de santé consomment 54,5% et l'administration générale 13,8%.

4.2.1.2 Financement des dépenses par la communauté internationale

Le montant global du financement de la santé par la coopération internationale a atteint près de 23 256 572 000 F CFA en 2008 soit 46 513 144 \$US ou encore 5,655 \$US per capita en 2008.

Hormis l'appui budgétaire, la part du financement extérieur consacrée à la santé a fluctué entre 18,84% et 24,99% de 2003 à 2008 avec une moyenne de 20,86%. Les autres acteurs se répartissent environ les 80% restant de ce financement.

L'analyse fonctionnelle des crédits alloués par la communauté internationale révèle la primauté des soins ambulatoires (68% du financement), suivi de la prévention (17%), de l'administration (11%) et des soins hospitaliers (4%).

Les ressources extérieures sont orientées prioritairement vers la lutte contre la maladie, le renforcement institutionnel, la promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base, le développement hospitalier et la santé de la reproduction.

4.2.1.3 Financement de la santé par les collectivités locales au Bénin.

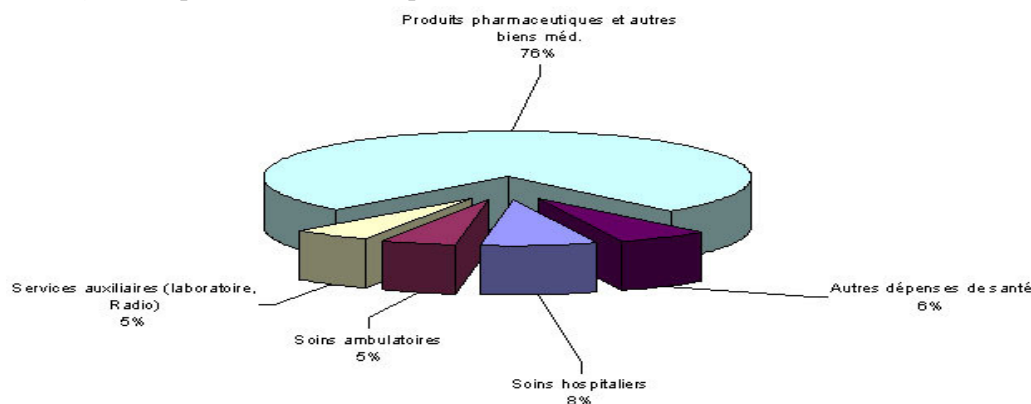
Historiquement, les missions sanitaires des collectivités locales (CL) ont trait essentiellement à la prévention sanitaire collective en termes d'hygiène et de salubrité publique. Aujourd'hui avec la décentralisation et l'autonomie donnée aux communes, elles interviennent tout comme le MS au niveau de toutes les fonctions, même si cette intervention demeure encore très marginale (0,1% de la dépense totale de santé au Bénin) en raison du faible niveau de transfert de compétences et des ressources.

Avec l'instauration du Fonds d'Appui au Développement des Communes (FADEC) et son extension au Programme d'Investissements Publics, la part de la dépense des collectivités va s'améliorer.

4.2.1.4 Financement de la santé par les ménages

Les ménages effectuent des paiements directs auprès des établissements de soins aussi bien publics que privés à hauteur de 52,1% de la dépense totale de santé au Bénin en 2003.

De la répartition des versements directs des ménages par fonction, il ressort que 76% de ces dépenses sont consacrées aux produits pharmaceutiques, 8% pour les soins hospitaliers, 5% pour les soins ambulatoires, 5% pour les services auxiliaires (laboratoires, imagerie médicale) et 6% pour les autres dépenses de santé.



Graphique 3 : Répartition de la dépense totale en santé par fonction au Bénin, 2003

Les ménages constituent ainsi la principale source de financement de la santé malgré leur faible niveau de revenu. Cet état de choses limite l'accessibilité des ménages aux services et soins de santé. L'absence d'un mécanisme de gestion de tiers payant alourdit et complique la situation. Le manque de cadre juridique institutionnel, la non existence d'un système viable de l'assurance maladie sont les facteurs favorisant de la faible accessibilité financière des ménages aux services et soins.

Au regard de la contribution de chaque acteur de financement, la politique nationale de financement de la santé prévoit l'allègement des charges des ménages par le processus de mise en place du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) qui va prendre en compte les différentes stratégies de prise en charge des populations vulnérables ou démunies.

La résolution de ces problèmes passe par la promotion de l'assurance maladie, la promotion des mutuelles de santé, le renforcement de l'assistance médicale aux pauvres, aux indigents et aux groupes vulnérables.

4.2.2- Ressources humaines

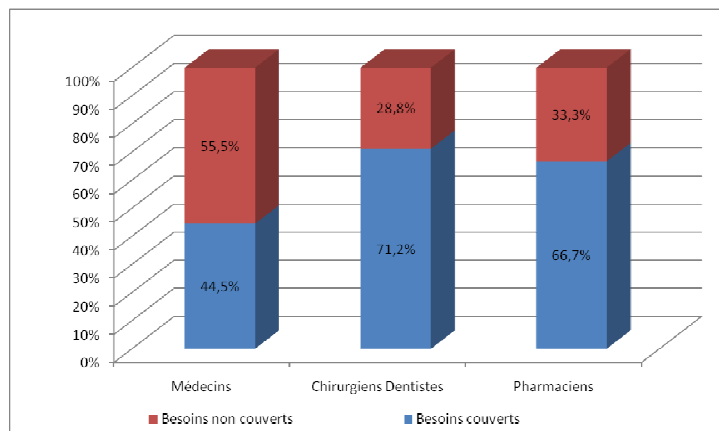
Les problèmes qui caractérisent la situation des ressources humaines dans le secteur de la santé sont :

- l'insuffisance de planification et de recrutement du personnel médical et paramédical ;

- l'insuffisance de personnel spécialisé ;
- la répartition inéquitable du personnel qui se traduit par la concentration des effectifs dans les centres urbains au détriment des centres ruraux ;
- la faible motivation des agents ;
- l'inadéquation de la production des professionnels de santé avec les besoins en compétence du secteur.

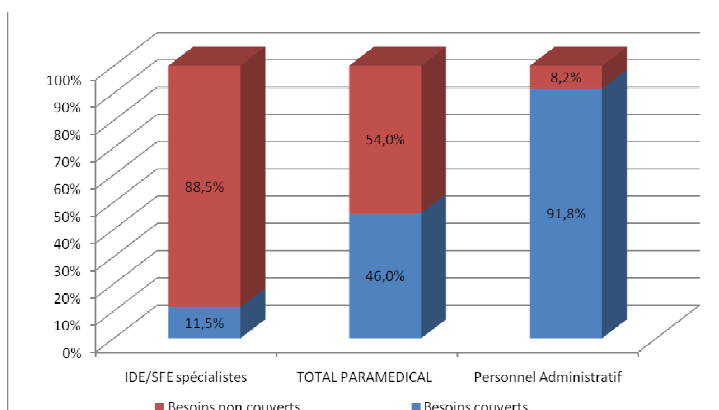
4.2.2.1 Disponibilité du personnel

En 2009, on dénombre 13 982 agents dans le secteur de la santé. Mais on note un déficit du personnel estimé à 7 334 agents soit 53,2% des effectifs actuellement disponibles.



Source : DPP/MS

Graphique 4 : Satisfaction des besoins en personnel médical selon les grandes catégories en 2008



Source : DPP/MS

Graphique 5 : Satisfaction des besoins en personnel para médical et administratif en 2008

Néanmoins, le nombre d'habitants par médecin est de 7 511 pour l'ensemble du pays, donc un ratio relativement satisfaisant au regard des normes de l'OMS.

En dépit de cette situation reluisante, de grandes disparités existent au niveau des départements (1 médecin pour 35 170 habitants dans l'Alibori contre 1 médecin pour 1 456 habitants dans le Littoral). Seuls les départements du Littoral, de l'Ouémé et de

l'Atlantique sont dans les normes préconisées par l'OMS¹¹. La distribution du personnel médical n'est donc pas équitable ; cette inégale répartition est encore plus accentuée d'une commune à une autre.

Le ratio nombre de Femmes en Age de Procréer (FAP) par sage-femme dans le Littoral a un niveau plus de deux fois meilleur à celui du niveau national, alors que le département de l'Alibori a un niveau 3 fois inférieur à celui du niveau national.

On constate une nette amélioration de la disponibilité du personnel notamment à partir de 1999 où les ratios relatifs à toutes les catégories de personnel ont connu une évolution favorable, même en comparaison avec les normes de l'OMS. Il existe cependant des disparités entre le secteur privé et le secteur public et entre les milieux urbain et rural. Ces disparités sont d'ailleurs d'autant plus fortes que le niveau de formation de l'agent de santé est élevé.

La forte concentration du personnel dans les centres urbains au sud du pays est le fait de l'absence de mécanismes de maintien des agents au poste dans les zones défavorisées. A cela s'ajoute l'inexistence d'une politique de recrutement du personnel qui explique l'insuffisance de l'effectif du secteur de la santé. Les statistiques ci-dessous tiennent compte de l'ensemble du personnel du secteur y compris les contractuels de toute catégorie.

Tableau 2 : Les principaux ratios du personnel soignant en 2008

Départements	Population	FAP	Médecins			Infirmiers			Sage-femmes			Techniciens de Laboratoire	
			Nb	Nb d'hab/Méd	Méd pour 10000 Hab	Nb	Nb d'hab/Inf	Inf pour 5000 Hab	Nb	Nb FAP/SF	SF/10000 Habts	Nb	Hab/TL
Alibori	633 067	132 786	18	35 170	0,28	179	3 537	1,41	30	4 426	0,47	15	42 204
Atacora	667 475	145 577	36	18 541	0,54	192	3 476	1,44	64	2 275	0,96	25	26 699
Atlantique	973 950	233 261	109	8 935	1,12	415	2 347	2,13	209	1 116	2,15	35	27 827
Borgou	879 782	188 713	69	12 750	0,78	499	1 763	2,84	87	2 169	0,99	74	11 889
Collines	651 085	146 038	20	32 554	0,31	244	2 668	1,87	52	2 808	0,8	20	32 554
Couffo	637 309	148 812	29	21 976	0,46	172	3 705	1,35	38	3 916	0,6	14	45 522
Donga	425 284	92 293	21	20 252	0,49	112	3 797	1,32	24	3 846	0,56	14	30 377
Littoral	808 018	232 305	555	1 456	6,87	803	1 006	4,97	390	596	4,83	179	4 514
Mono	437 403	99 509	35	12 497	0,8	193	2 266	2,21	62	1 605	1,42	24	18 225
Ouémé	887 800	224 525	119	7 461	1,34	383	2 318	2,16	209	1 074	2,35	73	12 162
Plateau	494 598	120 014	31	15 955	0,63	126	3 925	1,27	116	1 035	2,35	10	49 460
Zou	728 873	108 881	53	13 752	0,73	345	2 113	2,37	111	981	1,52	45	16 197
Bénin	8 224 644	1 872 713	1095	7 511	1,33	3663	2 245	2,23	1392	1 345	1,69	528	15 577

Source : SNIGS/ DPP/MS, DRH/MS, 2008

4.2.2.2 Gestion du Personnel

La gestion du personnel dans le secteur public rencontre des obstacles du fait de l'appartenance des agents de santé à différents types de statuts à savoir :

- les Agents Permanents de l'Etat ;
- les Agents Contractuels de l'Etat ;
- les Agents Contractuels recrutés sur financement communautaire ;
- les Agents Contractuels recrutés grâce aux mesures sociales.

¹¹ 1 médecin pour 10.000 habitants ; 1 infirmier pour 5.000 habitants ; 1 sage-femme pour 5.000 habitants

La coexistence de plusieurs statuts dans le cadre du fonctionnement d'une même formation sanitaire peut rendre complexe la gestion du personnel et affecter la cohésion de l'équipe ainsi que le climat social du centre de santé. Parmi les APE, il y a les enseignants de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou et de l'Ecole de Médecine de Parakou qui ont une double activité d'enseignement et de soins mais qui relèvent uniquement du Ministère chargé de l'Enseignement Supérieur.

Le Ministère de la Santé devra contribuer à leur formation pour développer une certaine expertise des différentes spécialités de manière à réduire sensiblement les besoins d'évacuation sanitaire à l'extérieur du pays.

Quant aux agents recrutés sur fonds mesures sociales, leur situation administrative est précaire, parce que le renouvellement de leurs contrats, dépend de la disponibilité de crédits affectés à cette fin.

Dans le cadre de la gestion des carrières, il est souvent déploré la pratique d'affectations ou de promotions jugées aberrantes lorsque l'on considère l'évolution de la carrière des agents victimes de ces défaillances. Les mouvements de personnel ne tiennent pas toujours compte des prévisions ou des besoins établis au niveau de la périphérie, ce qui en ajoute à la démotivation des agents. Bien entendu, une faible maîtrise de la cohérence des affectations rend aussi difficile un futur contrôle du développement du système sanitaire.

D'une manière générale, les défis à relever dans le domaine des Ressources Humaines pour la santé sont nombreux. L'inadéquation de la production des professionnels de santé avec les besoins en compétence du secteur, surtout au niveau du personnel paramédical affecte la qualité des soins offerts dans le secteur.

Ces différents problèmes sont la conséquence d'une insuffisance dans la gestion stratégique et opérationnelle des Ressources Humaines, notamment en ce qui concerne la planification du développement des Ressources Humaines, la gestion et le suivi de la carrière des agents.

Somme toute, on note une mauvaise gestion des ressources humaines due à une faiblesse dans la politique de développement des ressources humaines du secteur.

4.2.3 Ressources matérielles

4.2.3.1 Situation des infrastructures sanitaires

En 2008, la situation des infrastructures à chacun des niveaux de la pyramide sanitaire se présente comme suit :

Tableau 3 : Situation des infrastructures sanitaires

Département	Atacora/ Donga	Atlantique/ Littoral	Borgou/ Alibori	Mono/ Couffo	Ouémé/ Plateau	Zou/ Collines	Bénin
Nombre d'Arrondissement	73	87	84	86	81	136	547
Nombre d'Arrondissements couverts en CS	69	78	81	78	78	103	487
Taux de couverture sanitaire en %	95	90	96	91	96	76	89,03
Nombre de commune	13	9	14	12	14	15	77
Nombre de communes couvertes en CS	13	9	14	12	14	15	77
Taux de couverture sanitaire en %	100	100	100	100	100	100	100
Nombre de Zone Sanitaire	5	7	7	4	5	6	34
Nombre de ZS couvertes en HZ	4	5	7	4	3	4	27
Taux de couverture sanitaire en %	80	71	100	100	60	67	79
CHD	1	0	1	1	1	1	5
Nombre de département	1	1	1	1	1	1	6
Taux de couverture en %	100	0	100	100	100	100	83

Source : SNIGS/ DPP/MS, 2008

La couverture en infrastructures sanitaires a connu une amélioration ces dernières années. Mais des disparités existent notamment dans les départements du Zou /Collines où le taux de couverture en CS (76%) est en deçà de la moyenne nationale (89,03%). Si le taux de couverture en CHD est globalement satisfaisant, celui en hôpital de zone n'est pas reluisant. En effet il est de 60% dans l'Ouémé-Plateau, 67% au niveau du Zou-Collines et de 71% dans l'Atlantique-Littoral qui sont tous en deçà de la moyenne nationale (79%). Seuls les départements du Borgou Alibori et Mono Couffo sont totalement couverts en Hôpital de zone.

En dehors de ces disparités, il y a également l'état de délabrement dans lequel se trouvent 40% de ces infrastructures qui pour la plupart ne sont pas conformes aux normes. En effet, l'insuffisance de suivi dans l'exécution des travaux est l'une des raisons qui explique cet état de choses. L'absence d'une politique adéquate de répartition des infrastructures est la principale cause de l'inégale répartition observée.

4.2.3.2 Situation des équipements

Les problèmes de sous-équipement constituent un frein à la qualité du diagnostic et du traitement, voire un danger pour les patients, par exemple lors des interventions chirurgicales dans un environnement sous-équipé (respirateur non fonctionnel, absence de stérilisateur, etc.). L'irrégularité des inventaires du parc d'équipements, la lenteur dans la procédure d'achat des pièces détachées, figurent parmi les principales faiblesses du secteur. Il en résulte une dégradation précoce des équipements.

Le même problème se pose aussi en ce qui concerne les moyens de transport qui sont utiles pour le transfert des malades, les supervisions, les vaccinations. Les moyens de communication sont insuffisants pour établir des liaisons régulières entre les différents centres de santé. Cette situation est favorisée par l'absence de politique appropriée pour l'acquisition et la gestion des équipements médico-techniques et l'inexistence d'un plan national de développement des infrastructures

4.2.3.3 La maintenance

La pérennisation des infrastructures et des équipements souvent acquis à des coûts très onéreux n'est pas assurée, puisqu'ils se retrouvent très vite hors d'usage alors que les moyens manquent pour les renouveler. L'acuité des problèmes d'entretien et de maintenance (préventive et curative) dans les formations sanitaires laisse supposer la capacité de maintenance très limitée du secteur

Ces différents problèmes sont dus principalement à :

- La multiplicité des marques des équipements sans aucune formation, ou recyclage des maintenanciers ;
- L'insuffisance de spécialistes qui assure la maintenance ;
- L'absence d'un mécanisme de maintenance et de suivi des équipements ;
- L'inexistence d'un manuel de procédures pour la maintenance des dispositifs médicaux.

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

4.3 Organisation du système de santé

4.3.1 Pyramide sanitaire

Le système de santé du Bénin a une structure pyramidale inspirée du découpage territorial. Il comporte trois différents niveaux :

- le niveau central ou national est administré par le Ministre de la Santé qui assure la mise en œuvre de la Politique Sanitaire définie par le gouvernement. Dans cette optique, il initie l'action sanitaire, en planifie l'organisation, coordonne et contrôle sa mise en œuvre.. A ce niveau, on retrouve comme structures de soins le Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) Hubert Koutoukou MAGA, le Centre National de Pneumo-phtisiologie (CNPP), le Centre National de Psychiatrie (CNP), le Centre National de Gériatrie (CNG), peu fonctionnel et l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL).
- le niveau intermédiaire ou départemental est administré par les Directeurs Départementaux de Santé. Les activités sanitaires se font à ce niveau dans les hôpitaux départementaux. Les directions départementales sont chargées de la mise en œuvre de la politique sanitaire définie par le ministère de la planification et de la coordination de toutes les activités des services de santé en périphérie. Elles sont aussi chargées d'assurer la surveillance épidémiologique dans les départements. Le CHD constitue le centre de référence pour les cas référés par les hôpitaux de zone ou par les centres de santé.
- le niveau périphérique ou opérationnel : est constitué des zones sanitaires qui sont au nombre de 34 et réparties sur toute l'étendue du territoire national. La zone sanitaire représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. Elle est constituée d'un réseau de services publics de premier contact (UVS, maternités et dispensaires seuls, Centres de Santé) et des formations sanitaires privées, le tout appuyé par un hôpital de première référence public ou privé dénommé hôpital de zone, et destiné à desservir une aire qui abrite entre 100.000 et 200.000 habitants. Une zone sanitaire couvre une à 4 communes.

La réorganisation en zones sanitaires a pour finalité l'amélioration des conditions socio-sanitaires de la population habitant des espaces géographiques bien définis. Elle vise les objectifs suivants :

- améliorer la qualité des services de santé de base et de première référence ;
- améliorer la viabilité des services socio- sanitaires ;
- favoriser la décentralisation et la participation communautaire ;
- développer le partenariat avec le secteur privé, les ONG, les collectivités locales, les autres ministères, les PTF etc.....

La zone sanitaire est placée sous la tutelle du Ministère de la Santé. Ses organes de gestion sont constitués par : le Comité de Santé de la Zone Sanitaire (CS/ZS) et l'Équipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire (EEZS).

Aujourd'hui 26 Zones Sanitaires fonctionnent sur les 34 prévues soit un taux de 76%. Mais il n'existe pas encore un cadre juridique de gestion et de développement des actions de santé entre les zones sanitaires et les collectivités locales à la base. Il paraît donc nécessaire et primordial de renforcer les capacités des structures de gestion à planifier, à coordonner et à évaluer afin d'assurer à tous les niveaux de la pyramide sanitaire les conditions optimales d'exécution du plan de développement du secteur.

Il est à noter aussi que depuis plusieurs années, les prestations de l'hôpital sont souvent décriées par tous, et les malades ne se hasardent à s'y rendre que dans l'extrême nécessité, c'est-à-dire, quand la maladie est dans une phase avancée, voire incurable. Cette situation est due entre autres, au fait que :

- la démarche d'assurance qualité des soins et services hospitaliers est peu satisfaisante ;
- les urgences hospitalières en vue d'une prise en charge immédiate et de bonne qualité ne s'organisent pas de façon systématique ;
- le mécanisme de surveillance de la continuité, de l'innocuité et de l'efficacité des soins hospitaliers est inexistant.

De ce qui précède, le développement d'un système de management de la qualité des soins en milieu hospitalier se révèle comme une nécessité. Cela implique une réforme hospitalière qui appelle entre autres à l'amélioration de la bonne gouvernance en milieu hospitalier.

Tableau 4 : Système national de santé au Bénin en 2009

Niveaux	Structures	Institutions hospitalières et socio-sanitaires	Spécialités
CENTRAL ou NATIONAL	Ministère de la Santé	- Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU-HKM) - Centre National de Pneumo-Phtisiologie - Centre National de Psychiatrie - Centre National de Gériatrie - l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL)	-Médecine -Pédiatrie -Chirurgie -Gynéco-obstétrique -Radiologie -Laboratoire -O.R.L -Ophtalmologie -Autres spécialités
INTERMEDIAIRE ou DEPARTEMENTAL	Direction Départementale de la Santé (DDS)	- Centre Hospitalier Départemental (CHD) - Centre d'Information, de Prospective, d'Ecoute et de Conseil (CIPEC) - Centre de Traitement Anti Lépreux (CTAL) -Centres de Dépistage et de Traitement de l'Ulcère de Buruli d'Allada et de Pobè -Centre de Pneumo-Phtisiologie d'Akron	-Médecine -Pédiatrie -Chirurgie - Gynéco-obstétrique - ORL -Ophtalmologie -Radiologie -Laboratoire - Autres spécialités
PERIPHERIQUE	Zone Sanitaire (Bureau de Zone)	- Hôpital de Zone (HZ) - Centre de Santé (CS) - Centre d'Action de la Solidarité et d'Evolution de la Santé (CASES) -Formations sanitaires privées -Centre de Détection de la Tuberculose (CDT) - dispensaire ou maternité seuls -Unité Villageoise de Santé (U.V.S.)	-Médecine générale - Chirurgie d'urgence -Gynéco-obstétrique - Dispensaire - Maternité - Alphabétisation - Loisirs -Radiologie -Laboratoire -Pharmacie ou dépôt pharmaceutique -Soins -Accouchements -Caisse de pharmacie

Source : DPP/MS

4.3.2 Secteur Public

En dehors du Ministère de la Santé, il existe d'autres structures étatiques impliquées dans la fourniture de soins. Parmi celles-ci le Ministère de la Défense est l'une des plus importantes ; il gère l'Hôpital d'Instruction des Armées, dix centres médico-sociaux et cinq postes médicaux à l'intérieur du pays.

Le Service de Santé des Armées (SSA) offre des soins au personnel des Forces Armées Béninoises, aux services de police et leurs familles, ce qui représente un effectif de plusieurs dizaines de milliers de patients. Il dispose de services incluant des spécialités comme la cardiologie, la radiologie, la gynécologie, la stomatologie etc.

Il reçoit aussi des patients privés autres que ceux cités plus haut, mais qui doivent payer les soins qui leur sont accordés.

Il est à noter cependant que le partenariat entre le ministère de la santé et les autres ministères connaît encore quelques insuffisances. Aujourd'hui, il n'existe pas encore de convention de collaboration entre le Ministère de la santé et l'armée afin de déterminer clairement les mécanismes de partenariat de l'armée à l'atteinte des objectifs nationaux de santé. De même, entre le MS et les Ministères en charge de l'éducation, cette convention est inexistante, ce qui fait qu'aucun mécanisme de développement de la santé scolaire et universitaire n'est défini dans ce cadre pour l'atteinte des objectifs nationaux de santé qui exigent entre autres, la promotion de la sécurité et la santé des écoliers, élèves, étudiants et travailleurs béninois en vue de l'amélioration du rendement. Le même problème s'observe

au niveau des autres ministères notamment les ministères en charge du travail, de l'intérieur, de l'environnement, de la justice, des travaux publics, des affaires étrangères etc.

Il se dégage donc la nécessité de renforcer le dialogue et la collaboration entre le MS et les autres ministères en vue d'assurer un niveau satisfaisant de la qualité des soins. De même, le partenariat entre les Elus locaux et les communautés bénéficiaires dans le consensus de prise de décision en matière d'organisation et de gestion des soins et services de santé.

4.3.3 Secteur Privé

Au début des années 90 marquées par le gel du recrutement du personnel soignant, et la conjoncture internationale, on assiste à une floraison anormale d'unités médicales privées. A titre indicatif, en 1997, on a dénombré 580 formations sanitaires privées toutes catégories confondues, pour tout le pays¹². Ce nombre est passé à 660 en 1998. Les statistiques ont montré que près de 60% de ces formations sanitaires privées se concentrent dans la ville de Cotonou qui ne compte que 9,75% de la population béninoise.¹³

On distingue :

- **Le secteur privé libéral** : il se compose de deux catégories de formations sanitaires : les structures médico-techniques (clinique, polyclinique, cabinet médical généraliste ou spécialisé, cabinet dentaire, centre de diagnostic / laboratoire et radiologie) et les formations sanitaires tenues par des paramédicaux : infirmiers et sages-femmes (cabinet de soins infirmiers, cliniques d'accouchement eutocique). La présence du secteur privé libéral se signale surtout dans le Sud du pays et notamment en milieu urbain.

Notons que l'intégration opérationnelle des activités du secteur privé aux stratégies nationales de développement du secteur santé n'est pas encore chose effective et la loi règlementant l'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales semble peu adaptée.

Le partenariat entre le secteur public et le secteur privé mérite d'être renforcé afin d'assainir le cadre d'exercice des professions médicales et paramédicales pour un développement et une promotion de l'Assurance Qualité.

- **Le secteur privé confessionnel et associatif** : il existe depuis près d'une trentaine d'années. Il permet de combler le déficit observé en matière de couverture sanitaire du pays. On remarque qu'en dehors de quelques petits dispensaires tenus depuis toujours par les religieuses, les structures confessionnelles du pays sont essentiellement hospitalières. Avec environ 800 lits (soit 19% du parc national), elles réalisent une moyenne de 35% des journées d'hospitalisation produites par le système de santé béninois¹⁴.

Il existe quelques expériences de prise en charge des besoins de la population sur une base associative résultant de l'initiative des associations de développement ou des cadres des localités concernées et l'administration sanitaire décentralisée avec le soutien des ONG internationales (ou de bailleurs de fonds).

¹² Statistiques sanitaires annuelles, MSP 1997

¹³ INSAE, RGPH 3

¹⁴ Moyenne calculée à partir des données de l'Annuaire des statistiques Sanitaires de 2007 et 2008.

C'est dans le même contexte qu'il faut signaler l'émergence des centres de santé communautaires dans plusieurs villages qui contribuent aussi à l'amélioration de la couverture sanitaire des populations rurales.

- **Secteur privé coopératif** : Les centres coopératifs de santé, lancés dans le cadre d'une action conjointe MS / Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), n'ont pas eu l'impact attendu. Dix centres coopératifs ont été ouverts sur les 15 initialement prévus. Parmi ces centres coopératifs, seulement deux(2) dont l'un à Cotonou et l'autre à Porto Novo, fonctionnent aujourd'hui de façon satisfaisante sur le plan financier. Les autres centres connaissent des difficultés plus ou moins importantes, surtout lorsqu'ils sont localisés en milieu rural (par exemple Kissamey).
- **Secteur privé d'entreprises** : Certaines entreprises disposent de leurs propres unités de prestations de soins. Tel est le cas du Port Autonome de Cotonou et de la SOBEMAP. L'infirmierie de la SOBEMAP couvre plus de 4000 employées et leurs familles, soit environ 25 000 personnes. Elle emploie des médecins et des infirmiers et fournit des soins à 60 clients environ par jour.
- **Organisations non gouvernementales** : Depuis le début des années 90, de nombreuses ONGs se sont constituées au Bénin dans le domaine de la santé. Il s'agit essentiellement de structures fonctionnant sur un mode associatif sur la base de l'article 23 de la constitution du Bénin de 1991. Il existe déjà en 2000 dans le domaine de la santé 65 ONGs officiellement reconnues. Ce nombre augmente d'année en année. La plupart de ces ONGs interviennent dans des domaines assez diversifiés tels que la santé, l'hygiène, la nutrition et la mutuelle. Cette forte dispersion de leurs efforts ne facilite pas l'évaluation de leur rôle et de leur apport réel dans le domaine de la santé.
- **Secteur informel** : Les dispositions de la loi 97-020 du 17 juin 1997 fixant les conditions de l'exercice en clientèle privée qui constitue le cadre légal des professions médicales et paramédicales ne sont pas respectées. La plupart des formations sanitaires du secteur privé s'installent anarchiquement et ne respectent pas les normes en vigueur. Ce phénomène se développe surtout dans les grandes villes et pose le problème de qualité de soins offerts à la population.
- **Secteur pharmaceutique privé** : il comprend une petite industrie pharmaceutique qui conditionne des médicaments, quatre grossistes répartiteurs seuls habilités à importer les médicaments pour les privés lucratifs. De nos jours, le sous secteur pharmaceutique fait face à une diversité de problèmes liés aux diverses fonctions du médicament notamment la disponibilité géographique, l'accessibilité financière des produits pharmaceutiques, leur qualité et leur usage rationnel. Au Bénin, on dénombre 185 officines de pharmacies inégalement réparties sur le territoire national et près de la moitié de ces officines se retrouve dans le Département du Littoral.
- **Secteur pharmaceutique public** : la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (CAME), structure d'approvisionnement des médicaments, semble assurer de façon efficace le stockage et la distribution des médicaments sur toute l'étendue du territoire national. Elle tient compte des besoins des formations sanitaires publiques ainsi que ceux des grossistes répartiteurs privés pour passer les commandes. Environ 279 dépôts pharmaceutiques privés autorisés ou non participent à l'extension de la couverture pharmaceutique en plus des deux dépôts

régionaux de la CAME installés à Parakou et à Natitingou. **Force est de constater que le** secteur pharmaceutique privé traite 40% des volumes de médicaments, pour un chiffre d'affaires annuel estimé à environ 24 milliards de FCFA¹⁵ en prix public. A titre de comparaison, la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (CAME) gère 60% des volumes pour un chiffre d'affaires qui se limite à 2,5 milliards de FCFA.

Il existe cependant un réseau informel de vente illicite de médicaments et une propension à l'automédication. En effet au Bénin, la vente illicite de médicaments connaît une ampleur de plus en plus inquiétante. C'est une activité qui se déroule au grand jour, puisqu'elle emprunte les canaux informels de distribution que sont les marchés, les boutiques, les abords des rues, le porte à porte. D'ailleurs, sur les marchés, les vendeurs de médicaments ne se distinguent point des autres commerçants et paient comme eux les taxes réclamées par les institutions officielles. On note également dans nos formations sanitaires le phénomène de la vente illicite des médicaments qui engendre le problème de leur usage rationnel ainsi que la qualité de ces produits.

Le développement du marché parallèle pose un véritable problème de santé publique en raison des risques qui ne cessent d'augmenter.

Eu égard à ce qui précède, l'Etat a le devoir d'assurer la disponibilité des médicaments en qualité et en quantité à moindre coût. Il doit également veiller à leur usage rationnel.

- **Sous-secteur des vaccins** : le Ministère dispose d'une ligne budgétaire sécurisée pour l'achat des vaccins avec l'appui de différents partenaires. **Les vaccins sont pris** en compte sur la liste nationale des médicaments essentiels conformément au profil épidémiologique observé au Bénin et leur approvisionnement est assuré par les structures agréées que sont la DNPEV/SSP, la DNPS, la CAME, les Grossistes répartiteurs privés.

Au niveau des formations sanitaires, la chaîne de froid est disponible par niveau de soins (central, intermédiaire, périphérique), avec une distribution régulière des vaccins du niveau central vers le niveau intermédiaire où viennent s'approvisionner les communes. Il existe également un plan de renouvellement de la chaîne de froid et des matériels roulants.

Les activités de vaccination sont effectuées dans toutes les formations sanitaires publiques et quelques formations sanitaires du privé grâce à la disponibilité permanente des vaccins et des consommables. Cette couverture vaccinale de la population est assurée en poste fixe dans les centres de santé, par les séances de rattrapage, les stratégies avancées et par les campagnes de vaccination. On note toutefois un relâchement dans la mise en œuvre de ces stratégies.

De plus, il existe des opportunités de formation des gestionnaires du PEV au Bénin comme le cours EPIVAC de l'AMP à l'IRSP, le cours MLM Régional de l'OMS. Il existe aussi un système de surveillance intégrée de maladies et ripostes avec la création des centres de surveillance épidémiologique au niveau de toutes les zones sanitaires.

En ce qui concerne la chaîne de froid il existe une capacité limitée de stockage de vaccins pour les grosses campagnes de vaccination et on observe un vieillissement des équipements

¹⁵ Chiffre d'affaires réalisé par les grossistes-répartiteurs : 12 milliards FCFA dont 5% d'affaires avec des pays de la sous-région. Part Bénin : 95% soit 11,4 milliards FCFA. Valeur prix public : x 1,27 soit 14,5 milliards FCFA.

et du matériel roulant à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, avec pour exemple un nombre élevé de motos amorties (63%) et de véhicules amortis (48,5%)¹⁶.

Les contrats de maintenance au niveau périphérique ne sont pas encore signés et on assiste au non renouvellement des pièces de rechange de la chaîne de froid au niveau de certaines structures, ce qui entraîne des perturbations au niveau des activités vaccinales.

4.3.4 Médecine traditionnelle

En dépit de sa forte fréquentation, les ressources et les activités de la médecine traditionnelle sont très mal connues. Il est difficile de faire le point sur l'état de la médecine traditionnelle au Bénin, car il n'y a pas eu de données statistiques précises. Les données existantes sont parcellaires et reposent sur un projet de valorisation des substances naturelles initié en 1970.

De même, elle n'est pas véritablement intégrée aux préoccupations du secteur de la santé. Il n'existe pas de rapports de confiance entre les agents de santé et guérisseurs traditionnels. En 1995, le gouvernement a suscité la collaboration avec la médecine traditionnelle et l'intégration des principaux acteurs dans les soins de santé primaires. Les premières tentatives de collaboration ont débuté en 1999 avec le recensement des Praticiens de la médecine traditionnelle, des pratiques thérapeutiques, des pathologies et des plantes médicinales au Bénin.

Les tradipraticiens ont été encouragés par les pouvoirs publics à se regrouper en une association nationale. Celle-ci connaît des difficultés de coordination interne ; ce qui réduit les efforts de concertation entrepris par les autorités avec la corporation. En milieu urbain, on assiste à une anarchie totale dans la pratique de cette médecine. Pour pallier cette situation, plusieurs associations ont été créées.

En milieu rural, le coût des prestations des praticiens de la médecine traditionnelle est symbolique. La souplesse des modalités de paiement est appréciée de tous. C'est l'une des principales raisons du recours de la population à la médecine traditionnelle. La rémunération du praticien de la médecine traditionnelle est réalisée parfois en nature, après guérison. Au sein de la communauté, le praticien de la médecine traditionnelle demeure un citoyen modeste. Par contre, en milieu urbain, la course à l'enrichissement entraîne le surenchérissement des prestations et l'anarchie dans la profession.

De façon générale, l'appui du praticien de la médecine traditionnelle à la prise en charge de la population en matière de santé contribue au développement économique du pays par l'amélioration de la santé de cette population.

Cependant, la piraterie scientifique dans le domaine constitue un frein à la valorisation de la médecine traditionnelle. Hormis le référentiel d'harmonisation des médicaments à base de plante de l'OAPI, aucun texte réglementaire ne fait mention de la protection des propriétés intellectuelles et des recettes traditionnelles.

Par ailleurs, au niveau des médicaments, la préparation, le conditionnement et la conservation des produits médicamenteux se font très souvent dans des conditions malsaines (organes et matériels non stérilisés, macérés et décoctés sans date de péremption

¹⁶ Source : DNPEV-SSP

sont conservés trop longtemps, aucun contrôle de l'existence des micro-organismes dans les préparations, etc.).

De même, la forte demande en plantes médicinales et le nombre croissant des praticiens de la médecine traditionnelle qui prélèvent les espèces végétales en forêt, pourraient entraîner l'extinction des espèces si aucune disposition de protection de la forêt n'est mise en place.

Il s'impose donc, au vue de ces constats, la valorisation des ressources thérapeutiques locales.

4.3.5 Transfusion Sanguine

Le réseau national de la transfusion sanguine est composé du Service National de Transfusion Sanguine, des Services Départementaux de Transfusion Sanguine, des banques de sang et des Postes de Transfusion Sanguine au niveau des formations sanitaires.

Les activités de promotion du don de sang ne sont pas réellement effectives dans les départements faute de moyens matériels, financiers et logistiques.

Le sous-secteur est toujours loin de satisfaire la demande. Le taux de satisfaction en produits sanguins demandés est de 86,5% mais ce chiffre ne prend pas en compte les demandes pour lesquelles aucun produit sanguin n'a été disponible.

Le coût de production d'une poche de sang validée a été calculé et estimé en 2002 à 20.000 FCFA. Ce coût ne fait qu'augmenter en fonction des évolutions technologiques et des nouveaux tests qui sont pratiqués depuis sur les dons de sang. Or, l'unité de sang validée est officiellement cédée actuellement à 1.500 FCFA, ce qui met en évidence une marge importante à subventionner. Toutefois, le prix de cession des unités de sang n'est pas respecté partout. Actuellement le système transfusionnel est en pleine réforme avec la création du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) qui est un établissement public à caractère scientifique, technique et social doté de l'autonomie financière.

4.3.6 Explorations diagnostiques : Laboratoire d'analyse et imagerie médicale

Les activités du sous-secteur des explorations diagnostiques sont incontournables dans tout processus de prise en charge qu'il s'agisse des maladies individuelles ou communautaires. Il se retrouve aussi bien en amont lors du diagnostic, pendant le suivi et en aval pour affirmer la guérison ou la fin d'une épidémie. Aux plans institutionnel et organisationnel, ce sous secteur ne bénéficie pas de l'appui nécessaire à son bon fonctionnement. En effet, on observe essentiellement au niveau des explorations diagnostiques, la non maîtrise de l'approvisionnement et de la gestion des réactifs et consommables et l'absence d'un encadrement réglementaire et législatif. Notons enfin que le système qualité au niveau des analyses biomédicales et de l'imagerie médicale est peu satisfaisant.

Il urge donc que l'Etat contribue de façon continue à l'amélioration de la qualité des prestations de soins par la promotion des explorations diagnostiques et de la sécurité transfusionnelle.

4.3.7 Recherche en Santé

Au Bénin, le pilier majeur de développement du secteur santé que constitue la recherche ne joue pas encore pleinement sa partition. En 1991, la République du Bénin a identifié avec l'aide de la Commission Spéciale des Nations Unies sur la Recherche en Santé pour le Développement, les problèmes prioritaires en santé et développement et pouvant être l'objet d'une activité de recherche utile à la prise de décisions efficaces par les dirigeants du pays. Cependant, la recherche n'arrive pas encore à contribuer efficacement à l'amélioration de l'état de santé des populations béninoises du fait de l'insuffisance des travaux de recherche, de la faible utilisation des résultats pour la prise de décision et de la faible coordination des activités de recherche. La faible utilisation des résultats de recherche pourrait s'expliquer par la non perception de l'utilisation des résultats de recherche par les acteurs et décideurs, corollaire de la méconnaissance des travaux de recherche effectués dans le pays et de la faible vulgarisation des résultats de ces travaux.

Par ailleurs, beaucoup de pistes de recherche pour la santé demeurent non explorées du fait d'un faible engagement budgétaire des politiques en faveur de la recherche et des mauvaises conditions de vie et de travail des chercheurs.

L'Etat a donc le devoir de soutenir par la recherche, le processus de prise de décisions à tous les niveaux du système de santé.

4.3.8 Information Sanitaire

L'importance de l'information sanitaire dans la planification et la prise de décision pour l'amélioration des conditions de vie des populations n'est plus à démontrer.

Le secteur de la santé dispose d'un Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS). Ce système a été mis en place depuis 1990 sur la base d'un consensus de tous les acteurs du secteur (producteurs, utilisateurs). Il a, depuis lors, tenu compte des objectifs fixés par la politique sanitaire et subi plusieurs évaluations dont la quatrième s'est déroulée en 2006.

Le SNIGS est composé de plusieurs sous systèmes. Le principal sous système est le sous système d'information pour la surveillance continue des tendances. Il produit les données de routine sur les activités des formations sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, lesquelles sont complétées par les autres sous-systèmes du secteur de la santé à savoir :

- le Sous-système de surveillance épidémiologique et de détection des épidémies ;
- le Sous-système d'informations pour la gestion des programmes ;
- le Sous-système d'informations pour la gestion administratives et financières ;
- le sous-système d'enquêtes périodiques ; et
- le Sous-système d'informations à assise communautaire.

Les données produites sont destinées au calcul des principaux indicateurs nécessaires à la planification, au suivi et à l'évaluation des actions mises en œuvre dans le secteur.

La plupart des informations produites sont consignées dans l'annuaire des statistiques sanitaires qui paraît chaque année depuis 1984. Actuellement le système bénéficie de deux atouts majeurs notamment, la standardisation des supports de collecte de données sur tout le territoire et l'informatisation du système d'information.

Aujourd'hui, le SNIGS dispose sur au moins dix (10) ans, des bases de données des différents niveaux de la pyramide sanitaire déclinées par formation sanitaire et par mois. Les informations contenues dans la base couvrent toutes les activités du secteur : données épidémiologiques et données non épidémiologiques (ressources humaines, financières, infrastructures, équipements et le matériel).

Malgré les acquis du système supra énumérés, on note des insuffisances qui freinent son bon fonctionnement. Au nombre de ces insuffisances, on note :

- la non disponibilité des données à temps réel ;
- la faible coordination dans la collecte la production et des données ;
- l'insuffisance de la qualité des données produites ; et
- l'insuffisance des ressources.

L'une des causes de l'insuffisance de la qualité des données produites est la non intégration des données du secteur privé. Les données des formations sanitaires du secteur privé libéral sont encore peu intégrées dans la base du SNIGS. En effet, moins de 10% de leurs statistiques sont intégrées dans la base du SNIGS alors qu'elles totalisent à elles seules environ 40% des activités de soins surtout dans les grandes villes. A cela s'ajoute une insuffisance aussi bien dans la coordination des sous-systèmes d'information sanitaire et dans l'harmonisation des données du système d'alerte précoce avec celles des maladies à déclaration mensuelle ou retardée. On observe enfin une insuffisance dans la décentralisation de la saisie informatique des données collectées qui ne l'est qu'au niveau des zones sanitaires. La synthèse au niveau des communes qui constituent le premier niveau de synthèse, se fait encore manuellement. Toutes choses qui ne sont pas sans conséquence sur la qualité et la fiabilité des données.

4.3.9 Santé mentale

La santé mentale est de plus en plus perçue comme un facteur de bien être tant au niveau des foyers qu'au niveau de la communauté. Au Bénin l'analyse de la situation de la santé mentale fait observer une insuffisance des spécialistes dans le domaine, la concentration des spécialistes à Cotonou, la prise en charge des pathologies mentales par les tradipraticiens et les responsables religieux, l'inexistence des activités de recherche en santé mentale et la non prise en compte des activités de santé mentale dans les approches existantes de soins de santé primaire. A tout cela s'ajoute la démission des autorités et des acteurs de la médecine moderne, la flambée épidémique des affections mentales, le manque de politique de prévention en matière de santé mentale, la caducité de la législation existante en matière de santé mentale, la quasi inexistence des centres de prise en charge des malades (malades mentaux, toxicomanes, déficients mentaux et déments séniles) et l'inexistence de la formation des paramédicaux.

En conséquence, L'Etat doit accorder plus d'attention à ce sous secteur.

4.3.10 Genre et santé

Au Bénin, les principes socioculturels concentrent tout le pouvoir de décision dans les mains de l'homme. Ce statut de domination¹⁷ de l'homme sur la femme couvre la quasi-totalité des dimensions de la vie sociale, principalement la santé et la planification familiale.

¹⁷ Tant dans la famille ou le ménage que dans la communauté.

En effet, si la santé des membres de la famille relève de la co-responsabilité du père et de la mère, la décision quant au type de recours revient généralement au père. Notamment, en dehors des soins infantiles qui relèvent de la responsabilité de la femme, le recours à une forme quelconque de thérapie nécessite l'accord ou le soutien de l'homme à qui revient la décision finale. Ainsi, même si la femme dispose de ressources financières susceptibles de couvrir les dépenses médicales, elle ne peut parfois pas prendre la responsabilité de faire traiter l'enfant sans le consentement de son mari. Toutefois, ces pratiques sont, de plus en plus, moins contraignantes, notamment dans les foyers urbains ou polygames où les femmes ont tendance à prendre leurs propres décisions en matière de recours thérapeutique pour leur santé ou celle de leurs enfants.

La planification familiale et la pratique contraceptive sont deux dimensions de domination masculine. Dans plusieurs contextes culturels traditionnels, les femmes ne sont pas autorisées à discuter avec leur conjoint, de leur sexualité et de leur vie reproductive, en particulier de la planification des naissances (la contraception). Beaucoup de femmes qui la pratiquent, le font à l'insu du mari qui reste encore réticent en milieu rural. Cette difficulté des femmes à faire usage de la contraception pour planifier les naissances justifie la fréquence des grossesses non désirées, des familles nombreuses et de la pauvreté des ménages.

Ces inégalités ont des conséquences néfastes tant sur les femmes que sur leur entourage (enfants et foyer). Elles conduisent entre autres à la progression des IST/VIH/SIDA et à des taux élevés de mortalité maternelle et infantile.

Des pratiques culturelles conduisent également des femmes à des comportements tels que la discrétion absolue au premier trimestre de la grossesse, empêchant de recourir plus tôt aux Consultations Prénatales (CPN). En milieu rural, près de 30% de femmes qui se présentent à la consultation prénatale n'en font qu'une et moins de 10% respectent les 4 CPN avant l'accouchement. Ces différentes situations conduisent souvent à de graves problèmes de santé, en particulier à des complications obstétricales et compromettent l'atteinte des objectifs de développement en matière de santé de la reproduction.

Malgré les inégalités de genre ci-dessus évoquées et les problèmes de santé qu'elles engendrent, on note une insuffisance des ressources financières allouées par le budget national à la promotion du genre. De même les ressources humaines qualifiées en matière de genre sont insuffisantes et entravent la promotion du genre.

Enfin, en dépit de l'adoption des conventions et des textes de lois, il n'existe pas pour la plupart, des décrets d'application, ce qui justifie leur faible prise en compte dans les juridictions.

5.1- Problèmes du secteur

Il ressort du diagnostic de développement sanitaire qu'une frange importante de la population du Bénin est confrontée au manque des services de santé et à un milieu de vie non viabilisé, qui se traduit par l'absence d'eau potable, d'électricité et des ouvrages d'assainissement de base. Par ailleurs, cette situation est aggravée par une méconnaissance des questions de santé liées à la gestion des déchets et de l'environnement en général dont l'une des conséquences est l'éclosion des maladies infectieuses et parasitaires. Ces problèmes de santé connaissent un accroissement considérable avec la pression démographique.

Face à cette situation, les capacités de prise en charge ou de couverture des besoins en matière de santé ne sont pas à la hauteur des exigences du contexte actuel de développement sanitaire. Le niveau actuel du taux de mortalité est une illustration de cette situation.

Au niveau institutionnel, les analyses ont révélé une faiblesse dans l'organisation des acteurs du secteur, traduisant le faible degré d'efficacité dans la prise en charge et d'adaptation aux changements. La vulnérabilité des acteurs du secteur de la santé s'est également justifiée par les besoins en capacités techniques, matérielles et financières limitées.

Le regroupement opéré à partir des priorités établies par les acteurs à différents niveaux de la pyramide sanitaire et la prise en compte des recommandations des Etats Généraux de la santé de novembre 2007 fait ressortir les **sept problèmes prioritaires** suivants :

- 1- Faible accessibilité des populations aux services sociaux de base dont la santé ;
- 2- Mauvaise planification d'acquisition, de construction et de maintenance des infrastructures et des équipements ;
- 3- Précarité du mécanisme de financement des dépenses de santé ;
- 4- Morbidité et Mortalité élevées ;
- 5- Insuffisance de la collaboration inter et intra sectorielle ;
- 6- Non respect des pratiques de bonne gouvernance ;
- 7- Mauvaise gestion des ressources humaines.

Ces sept problèmes prioritaires mettent en exergue les préoccupations du secteur.

5.2- Préoccupations du secteur

Elles sont au nombre de cinq (05) :

- a) la mortalité maternelle et infantile, la prévention, la lutte contre les maladies, et la qualité des soins ;
- b) Les ressources humaines du secteur ;
- c) Le partenariat et la déontologie médicale ;

- d) Le financement du secteur ;
- e) La gestion du secteur.

Ces cinq préoccupations du secteur ont permis de définir les domaines stratégiques, déclinés en programmes et sous programmes sur la base des orientations définies dans la politique.

5.3- Les fondements du plan stratégique

5.3.1 Les Fondements de la politique

✓ Les Orientations Stratégiques de Développement (OSD)

En adoptant les orientations stratégiques de développement, le Gouvernement s'est doté d'un document d'orientation pour ses actions. Les OSD constituent un repère pour impulser et conduire efficacement le processus de développement du pays. Il s'agit en réalité des choix fondamentaux structurants, inscrits dans des perspectives de moyen terme. L'objectif est d'offrir à tous les secteurs de développement, les repères nécessaires pour l'action.

Il est attendu que les OSD soient traduites au premier plan en stratégies sectorielles puis opérationnalisées à travers la Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté qui reste la plate forme programmatique de mise en œuvre des politiques nationales, conformément au processus de gestion du développement du pays. A cet égard, en fondant le PNDS sur les OSD, le secteur de la Santé vise à traduire la politique nationale de développement dans ce secteur.

L'éradication de la pauvreté et l'amélioration de la qualité de vie des populations est un des défis des ODS pris en charge par le PNDS. Ainsi, les stratégies de développement du secteur de la santé contribueront à relever ce défi national.

En terme d'engagement pour le secteur de la santé dans les OSD, il est retenu de **développer une offre sanitaire de référence à travers** l'élaboration et la mise en application d'un cadre législatif et réglementaire adéquat, le renforcement des capacités et compétences des acteurs du secteur et la mise en place de dotations budgétaires spéciales.

✓ Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)

Partie prenante de la Déclaration du Millénaire, le Gouvernement du Bénin s'est engagé à élaborer et à mettre en œuvre des politiques publiques nécessaires pour améliorer les conditions de vie des populations d'ici à 2015. A cet égard et depuis le début des années 2000, les OMD ont constitué un fondement majeur des politiques nationales et stratégies sectorielles qui constituent les repères de l'action publique pour le développement économique et social du pays. Le secteur de la santé a en charge trois des huit objectifs retenus au niveau mondial à savoir :

-  Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans (OMD 4) ;
-  Améliorer la santé maternelle (OMD 5) ;
-  Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies (OMD 6).

Ceci traduit l'importance à accorder au secteur de la santé parmi les secteurs de développement

Le Bénin a toujours été depuis son indépendance un terrain privilégié d'expériences de développement à la base. Avec l'adoption des Soins de Santé Primaires en 1978, ces expériences ont été approfondies et étendues, faisant du pays, sur bien des plans, un exemple pour les efforts de développement sanitaire à la base. Les mutations intervenues au plan politique à partir de la crise économique mondiale de 1989 n'ont pas annihilé la promotion de la santé des plus défavorisés, notamment les populations des zones rurales et péri-urbaines.

5.3.2 Valeurs et principes du système de santé

Depuis plusieurs décennies, les Gouvernements béninois successifs ont toujours fait leurs, les valeurs et principes véhiculés par les Soins de Santé Primaires. L'approche des autorités sanitaires à travers les institutions et les divers programmes de santé, met l'accent sur l'accessibilité et la qualité des soins, l'intégration des interventions, l'applicabilité et l'efficacité, la décentralisation, la coordination intersectorielle et la durabilité.

De même, pour matérialiser sa vision, le secteur de la santé met l'accent sur :

- la dispensation aux populations des soins appropriés ;
- la promotion de la bonne gouvernance ;
- le financement équitable et la bonne gestion des dépenses de santé ;
- la solidarité et le partage de risque ;
- la décentralisation, le partenariat et la gestion axée sur les résultats ;

5.3.3 Vision du secteur

La vision globale du Bénin contenue dans les Etudes Nationales de Perspectives à Long Terme : Bénin Alafia 2025 met l'accent sur le bien-être social qui repose entre autres sur les éléments suivants :

- un système éducatif efficace et performant ;
- des soins de santé de qualité ;
- de l'eau potable, de l'électricité et un habitat sain pour tous ;
- un cadre de vie sain.

Cette vision sera progressivement concrétisée grâce à la mise en œuvre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), des perspectives décennales, de la Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCR), des Orientations Stratégiques du Gouvernement (OSD) et des différents Programmes d'Action du Gouvernement. Les actions visant l'amélioration des conditions socio- sanitaires des populations y occupent une place de choix. Le Ministère de la Santé (MS) est chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre du volet santé.

Suite aux travaux des Etats Généraux de la Santé de Novembre 2007, une vision capable de contribuer au renforcement de la performance du système national de santé béninois a été définie et est la suivante :

« Le Bénin dispose en 2025 d'un système de santé performant basé sur des Initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, pour l'Offre et la Disponibilité permanentes de Soins de Qualité, équitables et accessibles aux »

Populations de toutes catégories, fondées sur les Valeurs de Solidarité et de Partage de risques pour répondre à l'ensemble des besoins de santé du peuple béninois».

5.3.4- Objectifs du PNDS

De façon générale l'objectif du PNDS est d' « *améliorer l'état de santé de la population béninoise sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes* »

Il s'agit de façon spécifique :

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

5.4- Les stratégies

Les objectifs de développement retenus pour le secteur de la santé ont été déclinés et seront opérationnalisés dans les cinq (05) principaux domaines stratégiques ci-après :

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

Ces domaines stratégiques ont été déclinés en programmes et sous programmes dont la mise en œuvre efficiente permettra au secteur santé de relever les multiples défis.

L'Etat sera désormais le régulateur du système, le responsable de la conception de la politique et des normes, de leur suivi et évaluation.

Cette ambition requiert du secteur une optimisation des ressources et des potentialités disponibles. Aussi apparaît-il impérieux de rendre prioritaires les domaines ci-après

DOMAINE STRATEGIQUE 1

*REDUCTION DE LA MORTALITE MATERNELLE ET
INFANTILE, PREVENTION, LUTTE CONTRE LA MALADIE
ET AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS*

❖ *Domaine stratégique 1 : Réduction de la mortalité maternelle et infantile, prévention, lutte contre la maladie et amélioration de la qualité des soins*

Le diagnostic stratégique sur lequel se fonde le PNDS, notamment en matière des principales affections fait état de ce que la prédominance des maladies se justifie principalement par les conditions de l'environnement non réglementaire, les conditions et la qualité non appropriées de la consommation. Ces facteurs de vulnérabilité ont été favorisés par l'ignorance des facteurs de risque et des modalités de prévention.

En réponse à cette situation, il a été retenu d'anticiper et de maîtriser les facteurs de risque pour la santé à partir des interventions qui assurent une amélioration du cadre et des conditions de vie des populations ainsi que la promotion des comportements individuels et collectifs qui garantissent une bonne santé. Par ailleurs, l'amélioration de l'environnement de santé des populations sera accompagnée d'une veille permanente sur les **maladies prioritaires à savoir le VIH/SIDA, le Paludisme et la Tuberculose** suivie d'une prise en charge efficace basée sur la disponibilité des médicaments en quantité et en qualité à moindre coût et leur usage rationnel de même que le renforcement des infrastructures et équipements hospitaliers. Les axes d'intervention retenus à cet effet sont :

☞ *Programme n°1 : Promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base.*

Ce programme sera mis en œuvre à travers *la viabilisation et assainissement du milieu et la communication pour un changement de comportement*. Il s'agit de contribuer à l'amélioration du comportement individuel et collectif en matière de santé et d'assainir le cadre et des conditions de vie des populations. Ces axes d'interventions seront opérationnalisés à travers :

- l'intégration opérationnelle des activités de gestion des déchets ;
- le renforcement des capacités d'intervention des structures déconcentrées ;
- l'implication des collectivités locales et ONGs dans les activités d'hygiène et d'assainissement ;
- la mise en œuvre effective des mesures coercitives prévues dans les textes législatifs et réglementaires existants ;
- l'amélioration de la communication pour le changement de comportement ;
- le renforcement de la collaboration intra et inter sectorielle ;
- le renforcement des partenariats /Alliances/Réseaux ;
- le renforcement des capacités et compétences des prestataires ;
- la promotion de la recherche/action ;
- la promotion de la production audiovisuelle en direction des couches vulnérables
- la promotion de l'hygiène autour des points d'eau ;
- la promotion de la collecte, du transport, du stockage et de l'utilisation hygiénique de l'eau de boisson au sein des ménages ;

- le renforcement des capacités des communes dans la gestion participative et partagée des déchets solides et ménagers ;
- la vulgarisation du guide d'élaboration du plan d'hygiène et d'assainissement communal ;
- l'accélération du transfert des activités d'hygiène et d'assainissement aux communes ;
- la vulgarisation de l'approche Promotion de l'Hygiène et de l'Assainissement (PHA).

☞ **Programme n°2 : Amélioration de la santé de la reproduction**

Ce programme sera mis en œuvre à travers *la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale et la lutte contre la mortalité infantile et juvénile*. Il s'agit de réduire le ratio de mortalité maternelle, le taux de mortalité néo-natale, la mortalité et la morbidité infanto juvénile.

En vue de répondre aux questions liées à la santé maternelle, il est retenu d'assurer :

- la disponibilité du paquet optimal d'interventions obstétricales et néonatales à haut impact 24h sur 24 dans tous les hôpitaux nationaux et départementaux, ainsi que dans toutes les formations sanitaires des Zones sanitaires ;
- l'accessibilité géographique et financière du paquet optimal d'interventions obstétricales et néonatales à haut impact dans tous les hôpitaux nationaux et départementaux, ainsi que dans toutes les formations sanitaires des Zones sanitaires ;
- l'amélioration de la qualité des services obstétricaux et néonataux dans tous les hôpitaux nationaux et départementaux, ainsi que dans toutes les formations sanitaires des Zones sanitaires ;
- l'amélioration du taux d'utilisation des services obstétricaux et néonataux dans tous les hôpitaux nationaux et départementaux, ainsi que dans toutes les formations sanitaires des Zones sanitaires ;
- l'amélioration du taux des accouchements assistés par du personnel de santé qualifié dans tous les hôpitaux nationaux et départementaux, ainsi que dans toutes les formations sanitaires des Zones sanitaires ;
- le renforcement de l'éducation de la famille et des femmes enceintes pour améliorer la pratique alimentaire chez la femme enceinte ;
- le renforcement des capacités des individus, des familles et de la communauté pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né ;
- l'amélioration de la réorganisation des services de prestation de soins maternels et néonataux ;
- l'amélioration des services de planification familiale ;
- le renforcement du partenariat avec le secteur privé pour assurer la disponibilité, l'accessibilité et la qualité du paquet optimal d'interventions obstétricales et néonatales à haut impact.
- Le renforcement du PEV par :

- la mise en œuvre de l'approche **ACD** avec un accent particulier sur le renforcement des stratégies avancées et la recherche active des perdus de vue ;
 - la mobilisation des ressources additionnelles dans le cadre de l'indépendance vaccinale ;
 - le renforcement de la collaboration intra et intersectorielle et la collaboration avec la coopération internationale ;
 - la réhabilitation et renouvellement des équipements de la chaîne de froid ;
 - le renforcement des capacités du personnel à tous les niveaux et intégration de la gestion PEV et la PCIME dans les curricula des écoles et établissements de formation en santé ;
 - le développement de la communication en direction des populations pour le changement de comportement ;
 - la mise en place du SIMR à tous les niveaux de l'exécution du programme.
- La prévention et la prise en charge de la malnutrition maternelle et infantile par :
- le passage à l'échelle du paquet d'interventions nutritionnelles à haut-impact pour les femmes en âge de procréer ;
 - la promotion des bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant au niveau des formations sanitaires et de la communauté (IEC) ;
 - la lutte contre les carences en micronutriments (supplémentation, fortification, conseils nutritionnels) ;
 - la prise en charge intégrée de la malnutrition aigue ;
 - le renforcement du système d'information nutritionnel ;
 - l'amélioration de la gestion des intrants pour la prise en charge de la malnutrition aigue (aliments thérapeutiques) ;
 - l'intégration de la nutrition dans les curricula de formation.

Programme n°3 : La lutte contre la maladie.

Ce programme sera mis en œuvre à travers *la lutte contre les maladies prioritaires, les autres maladies transmissibles et les maladies non transmissibles, l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des médicaments génériques à coût réduit, la promotion des explorations diagnostiques et de la sécurité transfusionnelle et des examens diagnostics, de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles, de la santé en milieu scolaire, universitaire et professionnel, de la santé mentale et de la recherche en santé.* Il s'agit de :

- réduire la prévalence du VIH/SIDA, du Paludisme et de la Tuberculose, la morbidité et la mortalité imputables aux maladies transmissibles et renforcer la lutte contre les maladies non transmissibles ;
- assurer la disponibilité des médicaments en quantité et en qualité à moindre coût et leur usage rationnel et valoriser les ressources thérapeutiques locales ;
- contribuer de façon continue à l'amélioration de la qualité des prestations de soins ;

- promouvoir la sécurité et la santé des écoliers, élèves, étudiants et travailleurs béninois en vue de l'amélioration du rendement ;
- assurer aux individus et aux communautés le meilleur état possible de santé mentale ;
- soutenir par la recherche, les processus de prise de décisions à tous les niveaux du système de santé.

Dans le cadre de la lutte contre les maladies prioritaires, les axes d'intervention seront opérationnalisés à travers :

- la réduction de l'incidence des IST par l'extension des interventions de prise en charge de qualité des groupes vulnérables à toutes les zones sanitaires ;
- la réduction du risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant par l'extension des services de la PTME ;
- l'accroissement du nombre de personnes dépistées volontairement et ayant reçu le résultat du test ;
- l'intensification de la prévention envers les groupes vulnérables et les groupes à haut risque tels que les jeunes, les TS et clients et les populations mobiles ;
- le renforcement de la sécurité transfusionnelle et des précautions universelles pour la prévention de la transmission sanguine du VIH ;
- l'extension de la prise en charge médicale des PVVIH, y compris les enfants, notamment l'accès aux antirétroviraux ;
- la prise en charge correcte de tous les patients pour les infections opportunistes y compris les co-infectés TB/VIH diagnostiqués ;
- le renforcement du diagnostic du suivi biologique du VIH par la Formation/Recyclage du personnel de laboratoire et par le renforcement du plateau technique des laboratoires ;
- l'accroissement de la couverture de la prise en charge globale des Orphelins et Enfants Vulnérables ;
- le renforcement de la mise en œuvre de la démarche qualité dans les laboratoires ;
- l'amélioration de l'information stratégique, notamment la surveillance épidémiologique du VIH et des IST ;
- le renforcement des capacités du secrétariat permanent, des secrétariats départementaux et des 77 comités communaux pour une amélioration de la coordination de la réponse nationale ;
- le développement de la recherche opérationnelle sur les IST/VIH/SIDA ;
- la prise en charge correcte des enfants de moins de 05 ans souffrant du paludisme ;
- l'Augmentation de la proportion des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans utilisant la moustiquaire imprégnée et d'autres MTI ;
- le renforcement de la prévention du paludisme à travers la lutte anti vectorielle intégrée et l'assainissement du milieu ;
- le renforcement de la qualité de prise en charge des cas au niveau des formations sanitaires et dans la communauté ;

- le développement des initiatives à base communautaire de lutte contre le paludisme ;
- le renforcement de la surveillance épidémiologique, entomologique et de l'efficacité des antipaludiques ;
- le Suivi/évaluation de la lutte contre le paludisme ;
- le développement de réseaux de services de diagnostic parasitologique de la maladie ;
- la décentralisation et l'intégration des activités aux soins de santé primaires ;
- la promotion de la recherche par l'augmentation des crédits alloués ;
- le renforcement des sous systèmes de suivi-évaluation ;
- la promotion de la TPI chez les femmes enceintes ;
- la participation communautaire à la lutte antituberculeuse ;
- l'introduction des nouvelles stratégies de prise en charge des maladies prioritaires dans les curricula de formation des écoles des professionnels de la santé ;
- l'extension de l'intégration et de la décentralisation du PNT dans les centres non CDT ;
- la prise en charge des malades tuberculeux ;
- le renforcement du LRM et du réseau de microscopie.

Pour une lutte efficace contre les autres maladies transmissibles, il s'agira de s'appuyer sur :

- la Surveillance active et passive ;
- le traitement de masse intégré par l'ivermectine, l'albendazole et le praziquantel ;
- la prise en charge des cas ;
- le renforcement institutionnel ;
- la formation ;
- le traitement larvicide au sol ;
- l'IEC/CCC ;
- le Suivi/Evaluation ;
- l'achèvement des travaux d'extension du Centre National de Référence ;
- la promotion de la recherche ;
- le renforcement des capacités techniques du Centre National de Référence ;
- le renforcement du cadre institutionnel et déconcentration des activités ;
- le renforcement des capacités de recherche ;
- l'accueil des doctorants.

Afin de lutter efficacement contre les maladies non transmissibles, les axes d'intervention seront opérationnalisés à travers :

- la réduction de la morbidité due aux Maladies Non Transmissibles (MNT) ;
- la réalisation d'au moins deux études pour déterminer la morbidité liée aux facteurs de risque des maladies non transmissibles ;
- le renforcement des activités de nutrition, d'hygiène de travail et de vie ;

- la réduction de la mortalité due aux accidents de circulation ;
- le renforcement de la capacité des établissements de soins à prendre en charge les maladies non transmissibles ;
- le renforcement des programmes de dépistage et de lutte contre les maladies non transmissibles ;
- la documentation de la prévalence des hémoglobines anormales au Bénin ;
- l'amélioration de la connaissance des communautés sur la drépanocytose ;
- l'amélioration de la connaissance des personnels de santé sur la drépanocytose.

L'opérationnalisation des axes d'intervention pour l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des médicaments génériques à coût réduit sera faite à travers :

- le renforcement de l'accessibilité et de la disponibilité des médicaments ;
- la promotion des activités en faveur d'un usage rationnel des médicaments ;
- le renforcement de la gestion des médicaments et du contrôle du sous-secteur pharmaceutique ;
- le renforcement de l'assurance qualité ;
- le renforcement du cadre légal et réglementaire.

En matière de promotion des explorations diagnostiques, de la sécurité transfusionnelle et des examens diagnostics, les axes d'intervention s'appuieront sur :

- le renforcement des capacités du laboratoire central de santé publique ;
- l'amélioration du système d'importation des réactifs et consommables utilisés dans le sous-secteur des laboratoires d'analyses biomédicales ;
- le renforcement de l'organisation du sous-secteur ;
- l'encadrement réglementaire et législatif des activités de laboratoire d'analyses biomédicales ;
- le renforcement des capacités techniques des structures des laboratoires d'analyses biomédicales ;
- l'amélioration du système de maintenance des équipements ;
- l'amélioration de la qualité des prestations ;
- le développement des capacités de financement des activités des laboratoires d'analyses biomédicales ;
- le renforcement des capacités des ressources humaines ;
- la systématisation de la démarche qualité ;
- la maîtrise de l'approvisionnement en réactifs et consommables ;
- la gestion des données des laboratoires ;
- l'analyse des données des laboratoires d'analyses biomédicales ;
- le renforcement de la section hygiène des eaux et aliments du laboratoire central ;
- l'extension de la couverture du réseau transfusionnel à tout le territoire national ;
- l'élaboration d'une tarification des produits sanguins labiles et des autres prestations et d'un plan de financement ;

- la création de nouveaux sites de structures transfusionnelles ;
- l'amélioration du fonctionnement du réseau transfusionnel ;
- le renforcement des capacités du sous-secteur ;
- le renforcement du système documentaire ;
- le renforcer les capacités de planification et de coordination des activités ;
- le renforcement de la gestion des ressources matérielles et humaines ;
- l'accroissement du nombre d'unités de sang collectées ;
- le renforcement de l'utilisation rationnelle des produits sanguins labiles ;
- le renforcement de l'hémovigilance ;
- la disponibilité des données statistiques de la Transfusion Sanguine ;
- l'Organisation de la Recherche ;
- le renforcement de l'organisation du sous-secteur ;
- l'instauration de l'encadrement réglementaire et législatif des activités d'IM ;
- le renforcement des capacités techniques des structures d'Imagerie Médicale ;
- le développement des capacités de financement du sous secteur de l'IM ;
- le développement des capacités de gestion administratives et des ressources ;
- le renforcement du financement des explorations diagnostiques ;
- l'organisation de la collecte active des données statistiques générées par les services d'imagerie médicale ;
- le renforcement des capacités du personnel de l'Imagerie Médicale en matière de radioprotection.

Dans le cadre de la promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles, les interventions seront basées sur :

- l'inventaire des recettes traditionnelles existantes ;
- la réorganisation des praticiens de la médecine traditionnelle ;
- la sauvegarde et la promotion des plantes médicinales les plus utilisées ;
- le développement des plantes médicinales sur la base de recherches avérées.

Pour promouvoir la santé en milieu scolaire, universitaire et professionnel, il faudra s'appuyer sur :

- le renforcement de la promotion de la santé scolaire universitaire et professionnelle ;
- le développement de l'offre des services de santé scolaire universitaire et professionnel ;
- le renforcement de l'éducation pour la santé scolaire universitaire et professionnelle ;
- le développement d'un environnement scolaire universitaire et professionnelle sécurisé et sain ;
- l'amélioration de la participation communautaire et la solidarité.

Les stratégies d'intervention en matière de la promotion de la santé mentale seront opérationnalisées à travers :

- la création d'un cadre institutionnel adéquat ;
- l'intégration des activités de santé mentale dans les approches existantes des soins de santé primaires notamment assurer les soins à la base à l'ensemble de la population ;
- la création et/ou opérationnalisation d'au moins trois centres publics et/ou privés de prise en charge des malades mentaux, des toxicomanes, des déficients mentaux, des déments séniles (dont 1 au centre du pays et 1 au nord) ;
- le renforcement des programmes de dépistage et de lutte contre les maladies mentales ;
- la promotion des activités de formation et de recherche en santé mentale ;
- le développement des compétences au niveau des personnels ;
- le renforcement de la Surveillance épidémiologique.

Dans le cadre de la promotion de la recherche en santé, les stratégies d'intervention s'appuieront sur :

- la création d'environnement favorable à la RS ;
- le renforcement de l'implication des décideurs, partenaires, diaspora et communautés dans la RS ;
- l'amélioration de la coordination des activités de recherche ;
- le renforcement des compétences des acteurs de la recherche en santé ;
- l'amélioration due partage d'expériences entre les chercheurs ;
- l'instauration d'un mécanisme de motivation des chercheurs ;
- la valorisation des résultats des travaux de recherche ;
- le développement, l'animation et la dynamisation du partenariat.

☞ **Programme n°4 : le développement hospitalier.**

Ce programme sera mis en œuvre à travers *le management de la qualité en milieu hospitalier, le renforcement des plateaux techniques, la réforme hospitalière, l'organisation et le renforcement de l'offre de soins*. Il s'agit d'améliorer la qualité des soins en milieu hospitalier, de renforcer le sous secteur hospitalier en infrastructures et équipements de qualité, de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge des malades par la bonne gouvernance du sous secteur hospitalier et d'organiser le système hospitalier de façon que l'hôpital joue efficacement ses principaux rôles.

Pour le management de la qualité en milieu hospitalier, les axes d'intervention seront opérationnalisés à travers :

- le développement au niveau de tous les acteurs hospitaliers, de la culture à œuvrer pour la qualité des prestations fournies aux usagers ;
- le renforcement des compétences des personnels ;
- la création des centres spécialisés nécessaires à la performance du système ;
- le développement de la communication hospitalière ;
- le développement d'un partenariat entre l'hôpital et les collaborateurs externes ;
- la mise en place d'un système efficace de gestion des informations hospitalières et de suivi - évaluation de la satisfaction de la clientèle ;
- la gestion efficiente des ressources ;

- la gestion efficiente des urgences obstétricales.

Pour ce qui est du renforcement des plateaux techniques, les axes d'intervention s'appuieront sur :

- l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan national de développement des plateaux techniques hospitaliers ;
- la révision et le complément des outils de gestion des équipements y compris les outils d'inventaire ;
- la mise en place d'un système de redéploiement du matériel dans les hôpitaux ;
- l'élaboration, l'application et l'évaluation des nouvelles normes et standards pour les infrastructures et équipements des hôpitaux publics et privés ;
- le développement des stratégies de maintenance adaptées pour chaque catégorie de formation sanitaire en particulier pour les hôpitaux ;
- la mise en place d'un programme de maintenance préventive dans les hôpitaux.

En ce qui concerne la réforme hospitalière, les axes d'interventions se baseront sur :

- l'élaboration /Actualisation des textes nécessaires à la réforme hospitalière ;
- la mise en place d'un système de complémentarité verticale et horizontale entre les formations sanitaires publiques et privées à tous les niveaux ;
- la construction de pôles d'excellence dans le sous secteur hospitalier.

En matière d'organisation et de renforcement de l'offre de soins les interventions s'appuieront sur :

- l'élaboration/actualisation des guides de prise en charge des malades ;
- la création et extension des hôpitaux, en particulier l'ouverture de nouveaux services ;
- l'élaboration de projet d'établissement adopté par le Conseil d'administration au niveau de chaque hôpital sous un régime d'autonomie de gestion avant approbation du MS ;
- le renforcement des lois régissant la qualité des soins dans les formations sanitaires.

DOMAINE STRATEGIQUE 2

VALORISATION DES RESSOURCES HUMAINES

❖ *Domaine stratégique 2 : Valorisation des Ressources Humaines*

Il ressort de l'analyse de la situation, l'inadéquation de la production des Ressources Humaines en Santé avec les besoins qualitatifs et quantitatifs du secteur, ce qui affecte la qualité des soins et services. Cette situation découle d'une insuffisance dans la gestion stratégique et opérationnelle du personnel de santé, notamment en ce qui concerne la planification du développement des Ressources Humaines, la gestion et le suivi de la carrière du personnel.

Elle appelle la mise en place d'un plan consensuel de formation initiale visant à doter les structures du système de santé de personnel qualifié et en nombre suffisant, tout en développant des mécanismes efficaces d'incitation à la performance. Par ailleurs, il est prévu d'améliorer le partenariat entre les acteurs internes et externes du secteur dans le cadre de la promotion d'une gestion de proximité des RHS. Enfin, la promotion de la recherche sur les RHS et la prise en charge de la santé et la sécurité au travail dans le secteur constituent également des priorités pour le secteur.

Les interventions entrant dans le cadre de ces priorités sont déclinées à travers :

☞ *Programme n°5 : Le renforcement de la planification des ressources humaines.*

Ce programme sera mis en œuvre à travers *le renforcement des effectifs des ressources humaines en santé, le renforcement du partenariat entre les acteurs internes et externes en matière de planification de ressources humaines en santé et le développement de la recherche sur les ressources humaines*. Il s'agit de mettre à la disposition des structures du secteur santé le personnel qualifié en nombre suffisant, d'améliorer le partenariat entre les acteurs internes et externes du secteur et le secteur s'engage à promouvoir la recherche sur les RHS.

Pour le renforcement des effectifs des ressources humaines en santé, les axes d'interventions seront opérationnalisés à travers :

- le renforcement du système de collecte et de traitement des données sur les RHS ;
- la description des postes et profils ;
- le recrutement de nouveaux agents en fonction des besoins ;
- le développement de missions médicales étrangères et nationales (avec les médecins spécialistes nationaux et de la diaspora) ;

Les axes d'intervention en matière du partenariat entre les acteurs internes et externes en matière de planification de ressources humaines en santé s'appuieront sur :

- le renforcement de la collaboration entre acteurs internes et externes ;
- le développement d'un cadre de concertation entre secteur public et secteur privé ;
- la valorisation du dialogue social.

Les axes d'intervention concernant le développement de la recherche sur les ressources humaines se baseront sur :

- la constitution d'une banque de données sur les sujets prioritaires par domaine de la Gestion des RHS ;
- la création d'un cadre d'échange pour la promotion de la recherche sur les ressources humaines en santé ;
- la création d'un environnement incitatif pour le développement de la recherche.

☞ **Programme n°6 : L'amélioration de la production et du développement des compétences.**

Ce programme sera mis en œuvre à travers *le développement d'un plan consensuel de formation initiale du personnel du secteur et le développement des compétences du personnel du secteur*. Il s'agit de doter le secteur de la santé d'un plan consensuel de formation initiale du personnel de santé, d'assurer la spécialisation et le perfectionnement des agents et de développer un réseau de formateurs dans les domaines stratégiques du secteur.

En ce qui concerne le développement d'un plan consensuel de formation initiale du personnel du secteur, les axes d'intervention seront opérationnalisés à travers :

- la constitution d'une banque de données sur les besoins et les coûts de formation ;
- le renforcement des relations avec les institutions de formation et les autres structures impliquées dans la formation ;
- le renforcement des capacités de production des institutions de formation ;
- l'appui à l'amélioration de l'encadrement des élèves et étudiants sur les lieux de stage ;
- le suivi et l'évaluation du plan de formation.

Pour le développement des compétences du personnel du secteur, les axes d'intervention seront opérationnalisés à travers :

- la promotion de la spécialisation et du perfectionnement des agents ;
- le développement de l'apprentissage en situation professionnelle ;
- la promotion de nouvelles filières de formation ;
- la mise en place d'un réseau de formateurs dans les domaines stratégiques du secteur.

☞ **Programme n°7 : L'amélioration du système de management des ressources humaines.**

Ce programme sera mis en œuvre à travers *l'amélioration de la gestion de la carrière du personnel, des mécanismes d'incitation au maintien au poste et à la performance du personnel, la prévention et gestion des risques professionnels et la déconcentration/décentralisation de la gestion des ressources humaines*. Il s'agit d'améliorer les pratiques en matière de gestion de la carrière des agents, de mettre en place un système adéquat de motivation à la performance des agents et des mesures incitatives de maintien des agents au poste, promouvoir la santé et la sécurité au travail dans le secteur santé et une gestion de proximité des RHS.

Les axes d'intervention d'amélioration de la gestion de la carrière du personnel seront opérationnalisés à travers :

- l'amélioration de la gouvernance dans le domaine des RHS ;

- le renforcement des mécanismes d'évolution dans les corps de la santé ;
- le renforcement des mécanismes de production et de suivi des actes de carrière ;
- l'amélioration des mécanismes de répartition du personnel.

En matière d'amélioration des mécanismes d'incitation au maintien au poste et à la performance du personnel, les axes d'interventions s'appuieront sur

- l'amélioration des conditions de travail ;
- la valorisation de la performance ;
- l'adoption des mesures visant le maintien des agents au poste.

Pour la prévention et la gestion des risques professionnels, les axes d'intervention se baseront sur :

- la création/dynamisation des structures de prévention et de gestion des risques professionnels ;
- le développement des mécanismes d'évaluation, de suivi des états de santé et de prise en charge des travailleurs dans le secteur ;
- le renforcement des compétences des professionnels de la santé en ergonomie et en prévention des risques professionnels ;
- le développement de mécanismes de réduction du stress et des surcharges du travail.

S'agissant de la déconcentration/décentralisation de la gestion des ressources humaines, les axes d'intervention seront opérationnalisés à travers :

- la consolidation du cadre institutionnel de GRH ;
- le renforcement de la délégation des pouvoirs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- l'appui au fonctionnement des structures de gestion aux niveaux intermédiaire et périphérique.

DOMAINE STRATEGIQUE 3

*RENFORCEMENT DU PARTENARIAT DANS
LE SECTEUR ET PROMOTION DE L'ETHIQUE
ET DE LA DEONTOLOGIE MEDICALE*

❖ *Domaine stratégique 3 : Renforcement du partenariat dans le secteur et promotion de l'éthique et de la déontologie médicale.*

Le niveau non satisfaisant de la qualité des soins est dû au faible niveau de dialogue et de collaboration entre le MS et les autres ministères qui interviennent directement dans la santé en termes de services de santé des armées, de santé scolaire et universitaire, de santé au travail et indirectement en termes de l'environnement, des travaux Publics, énergie et eau, Communication etc.. Ce contexte est aussi favorisé par le faible niveau d'organisation et de gestion des soins et services de santé qui relève de la compétence des élus locaux et des communautés bénéficiaires, le partenariat entre le secteur public et le secteur privé.

Pour remédier à cette situation, il est envisagé, de mettre en place des conventions formelles de collaboration, d'assainir, de renforcer les cadres réglementaires d'exercice et de renforcer les partenariats. Ces choix stratégiques seront opérationnalisés à travers :

☞ *Programme n°8 : Le renforcement du partenariat entre les acteurs*

Le partenariat entre les acteurs sera renforcé à travers le partenariat entre le Ministère de la Santé et les autres ministères, le Ministère de la Santé et les collectivités locales et entre le secteur public et le secteur privé. Il s'agit de renforcer le dialogue et la collaboration entre le MS et les autres Ministères en vue d'assurer un niveau satisfaisant de la qualité des soins et de mettre en place des conventions de collaboration, de renforcer le partenariat avec les Elus locaux et les communautés bénéficiaires dans le processus de prise de décision en matière d'organisation et de gestion des soins et services de santé, de rendre cohérent le cadre juridique de gestion et de développement des actions de santé entre les zones sanitaires et les collectivités locales à la base et de renforcer le partenariat entre le secteur public et le secteur privé.

Les axes d'intervention en matière de partenariat entre le Ministère de la Santé et les autres ministères s'appuieront sur :

- La mise en place d'un mécanisme de plaidoyer pour une collaboration intersectorielle plus poussée ;
- L'élaboration d'une convention-type de partenariat ;
- L'amélioration des textes nationaux ;
- L'adaptation des textes internationaux aux réalités nationales pour une couverture optimale des besoins en soins de santé des employés ;

Pour le partenariat entre le Ministère de la Santé et les collectivités locales, les axes d'intervention seront opérationnalisés à travers :

- La création d'un cadre de concertation entre le Ministère de la santé et les collectivités locales ;
- Le Plaidoyer en direction des élus locaux pour l'appui à accorder aux formations sanitaires ;
- La mise en œuvre des lois de la décentralisation en matière de transfert des compétences ;

- L'appui des communes dans le cadre de la réalisation des objectifs nationaux de santé à elle confiés.

Quant au partenariat entre le secteur public et le secteur privé, il sera renforcé en s'appuyant sur :

- la mise en œuvre d'un plan d'action pour améliorer la qualité des services fournis par les formations sanitaires privées ;
- le développement de l'inspection médicale, paramédicale et pharmaceutique ;
- l'intégration des activités du secteur privé aux stratégies nationales de développement du secteur ;
- le renforcement des capacités d'intervention du secteur privé ;
- le renforcement de l'application du cadre légal et réglementaire en vigueur au Bénin ;
- le renforcement des capacités institutionnelles des structures représentatives du secteur privé ;
- le renforcement de la capacité des organes de réglementation et des structures représentatives du secteur (ordres, syndicats, associations).

☞ *Programme n°9 : La promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale*

Elle sera réalisée à travers le développement et la promotion de l'Assurance Qualité. Il s'agit d'assainir le cadre d'exercice des professions médicales et paramédicales et de garantir la qualité et la sécurité des prestations des services et des soins pour la satisfaction des patients dans toutes les structures à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Les axes d'intervention pour le renforcement de l'éthique et de la déontologie médicale s'appuieront sur :

- l'élaboration / actualisation des textes sur l'exercice des professions médicales et paramédicales ;
- la définition des textes, des droits et devoirs des prestataires et des clients ;
- la formation des associations des clients des structures sanitaires aux dispositions des nouveaux textes.

S'agissant du développement et de la promotion de l'Assurance Qualité, les axes d'intervention seront opérationnalisés à travers :

- la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre de la démarche qualité dans toutes les structures du système ;
- l'élaboration d'un programme de mise en œuvre de la démarche qualité ;
- le développement et promotion des réseaux d'amélioration de la qualité ;
- la mise en place d'un programme d'évaluation de la qualité ;
- la motivation des structures hospitalières impliquées dans la démarche qualité ;
- le renforcement des capacités d'intervention dans le domaine de la qualité des acteurs de la santé.

DOMAINE STRATEGIQUE 4

AMELIORATION DU MECANISME DE FINANCEMENT DU SECTEUR

❖ *Domaine stratégique 4 : Amélioration du mécanisme de financement du secteur*

Les barrières financières sont encore élevées pour la plupart des populations, ce qui ne favorise pas un accès équitable aux services de santé. Il urge donc d'agir afin de réserver aux populations une meilleure santé. Pour y parvenir, il faudra améliorer le mécanisme de financement qui devra se fonder sur une diminution de la contribution directe des ménages aux dépenses de santé tout en accordant une attention particulière aux pauvres, indigents, et couches vulnérables. Ceci permettra d'améliorer l'accessibilité financière des ménages aux services de santé. Par ailleurs, dans un contexte de contrainte budgétaire il est nécessaire de renforcer les stratégies de mobilisation de ressources additionnelles. Les interventions retenues à cet effet sont:

☞ *Programme n°10 : L'amélioration du financement du secteur.*

Ce programme sera mis en œuvre à travers la promotion de l'assurance maladie et la promotion des mutuelles de santé. Il s'agit d'améliorer l'accessibilité financière des ménages aux services de santé.

Les interventions dans le cadre de la promotion de l'assurance maladie seront opérationnalisées à travers :

- la mise en place d'un mécanisme de généralisation de l'assurance maladie ;
- l'institution de l'assurance maladie obligatoire au niveau des entreprises publiques et privées ;
- la sensibilisation et l'incitation des ménages à souscrire à l'assurance maladie.

La promotion des mutuelles de santé s'appuiera sur :

- la création d'un environnement favorable au développement accéléré des mutuelles de santé ;
- le développement des stratégies d'acceptation des mutuelles, par le personnel de santé ;
- le renforcement des capacités des acteurs du développement des mutuelles de santé (formation, recherche et système d'information et de gestion) ;
- le renforcement des capacités techniques et institutionnelles des mutuelles de santé ;
- la promotion de nouvelles initiatives mutualistes ;
- le renforcement de la communication dans le cadre de la promotion des mutuelles de santé.

☞ *Programme n°11 : le renforcement de l'assistance médicale aux pauvres, indigents et couches vulnérables.*

Cette intervention sera mise en œuvre à travers *le renforcement de l'assistance médicale et la mobilisation de l'épargne nationale et celle de la diaspora (dons et legs)*. Il s'agit de faciliter l'accès des pauvres, indigents et couches vulnérables aux services de santé.

Les interventions entrant dans le cadre du renforcement de l'assistance médicale se baseront sur :

- le renforcement des capacités institutionnelles des acteurs du système dans la prise en compte des plus démunis et indigents ;
- le renforcement de l'assistance médicale aux couches vulnérables (0 à 5 ans) ;
- le renforcement du dialogue entre autorités communales et autorités socio-sanitaires ;
- l'information plus large des populations sur lesdits fonds ;
- la décentralisation des fonds sanitaires des indigents à toutes les communes à l'instar des fonds mesures sociales ;
- la généralisation des fonds sanitaires des indigents à toutes les zones sanitaires ;

Les interventions dans le cadre de la mobilisation de l'épargne nationale et celle de la diaspora (dons et legs) seront opérationnalisées à travers :

- le renforcement des capacités de collecte de fonds auprès des bonnes volontés ;
- la mobilisation sociale en faveur de la solidarité sanitaire.

DOMAINE STRATEGIQUE 5

RENFORCEMENT DE LA GESTION DU SECTEUR

❖ *Domaine stratégique 5 : Renforcement de la gestion du secteur*

L'analyse diagnostique du mécanisme de gestion du secteur a révélé que l'insuffisance dans la gestion du secteur est favorisée par une absence de cadre juridique adéquat de gestion et de développement des actions de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, en particulier entre les zones sanitaires et les collectivités locales à la base. Cette situation est surtout favorisée d'une part, par une faiblesse dans les capacités des structures de gestion à planifier, à coordonner et à évaluer afin d'assurer à tous les niveaux de la pyramide sanitaire les conditions optimales d'exécution du plan de développement du secteur et d'autre part, par une mauvaise planification en matière d'infrastructures et équipements.

Pour trouver solution à ces insuffisances, il est envisagé d'assurer à tous les niveaux de la pyramide sanitaire les conditions optimales d'exécution du plan national de développement sanitaire d'une part, et une longue durée de vie aux équipements, infrastructures et matériels roulants d'autre part. Les interventions retenues dans ce cadre sont :

☞ *Programme n°12 : Le renforcement institutionnel.*

Cet axe sera mis en œuvre à travers le *renforcement des capacités de planification, de coordination et d'évaluation et le renforcement du mécanisme de maintenance des infrastructures sanitaires*. Il s'agit d'assurer à tous les niveaux de la pyramide sanitaire les conditions optimales d'exécution du PNDS et d'assurer une longue durée de vie aux équipements, infrastructures et matériels roulants à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Les interventions en matière de renforcement des capacités de planification, de coordination et d'évaluation seront opérationnalisées à travers :

- la mise en cohérence des normes, standards et textes juridiques à la nouvelle politique ;
- le renforcement de la démarche qualité, de la communication pour la santé et de la recherche en santé ;
- l'élaboration périodique et l'actualisation des outils de gestion et d'aide à la décision ;
- l'élaboration des plans triennaux de développement et des plans de travail annuel en tenant compte de la vision du secteur ;
- l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de formation des agents chargés de la coordination de la planification et de la gestion des activités à chaque niveau de la pyramide sanitaire ;
- l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi à chaque niveau de la pyramide sanitaire du plan de travail annuel ;
- le renforcement et/ou la mise en place à chaque niveau de la pyramide sanitaire de moyens logistiques adéquats ;

- le renforcement des capacités de planification, de programmation, de supervision et de coordination du secteur ;
- la création et l'animation du cadre institutionnel du système d'information sanitaire;
- la production à temps d'informations exhaustives et de qualité ;
- le renforcement de l'exploitation et de l'utilisation des données ;
- le renforcement des ressources du système d'information sanitaire ;
- la promotion de l'approche genre, et autres mesures transversales telles que l'environnement dans la mise en œuvre du PNDS ;
- la désagrégation des statistiques selon le sexe à tous les niveaux de production des données au niveau du secteur ;
- le développement d'un dispositif de suivi évaluation de la mise en œuvre des mesures transversales (genre, environnement...).

Le renforcement du mécanisme de maintenance des infrastructures sanitaires s'appuieront sur :

- la réorganisation effective des services de la maintenance ;
- le renforcement à chaque niveau de la pyramide sanitaire, des capacités d'intervention ;
- l'équipement adéquat des services de la maintenance ;
- la mise en œuvre d'un mécanisme d'incitation du personnel de maintenance ;
- la mise en place d'un mécanisme d'amortissement effectif des équipements médico-techniques, des infrastructures et du matériel roulant ;
- la définition d'une politique de maintenance.

☞ **Programme n°13 : Le développement des zones sanitaires.**

Ce programme sera mis en œuvre par *le renforcement de la base de la pyramide sanitaire et le développement des services à base communautaire*. Il s'agit de renforcer les capacités de mise en œuvre du PNDS au niveau périphérique et les services communautaires en mettant l'accent sur la promotion de leurs activités.

Les interventions entrant dans le cadre du renforcement de la base de la pyramide sanitaire seront opérationnalisées à travers :

- le renforcement des services de santé suivant l'approche zone sanitaire ;
- l'appui à la réforme sectorielle et à la décentralisation de tout le système de santé ;
- le renforcement des capacités de gestion à tous les niveaux (planification, organisation, mise en œuvre, évaluation).

Le développement des services à base communautaire se basera sur

- le renforcement de la mobilisation sociale ;
- l'appui technique et financier aux initiatives communautaires ;
- le renforcement des capacités des acteurs communautaires ;
- la promotion de la santé communautaire dans toutes les zones sanitaires.

VI- PLAN D'ACTION DU PNDS

Le plan d'action du PNDS est la déclinaison budgétisée des domaines stratégiques en treize (13) programmes, eux-mêmes déclinés en sous programmes, objectifs et mesures nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés dans le plan.

Ce plan d'action fait l'objet d'un document annexé au PNDS.

VII - FINANCEMENT DU PNDS

La prévision du financement souhaité pour le PNDS, a été fondée d'une part, sur les projections de ressources et d'autre part sur les besoins en ressources. Les ressources potentielles sont déterminées à partir (i) des projections de la population, (ii) des dépenses de santé des ménages, (iii) de l'effort national pour affecter une part croissante du PIB aux dépenses de santé, (iv) de la volonté du Gouvernement à capter plus de ressources dans le secteur public de la santé par une meilleure qualité des prestations des services publics de santé et (v) de l'engagement des Partenaires Techniques et Financiers à s'aligner sur les priorités du secteur.

Les besoins en ressources quant à eux, sont déterminés suivant les réalités du moment et les défis qu'exigent les Objectifs du Millénaire pour le Développement, la Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté et les orientations stratégiques contenues dans la déclaration de politique du secteur santé.

7.1 Indication Potentielle de financement du PNDS

Les Dépenses Nationales de Santé (DNS) par habitant selon les données des Comptes Nationaux de la Santé (CNS) de 2003, ont été estimées à 13.742 FCFA par an. Ces dépenses connaîtront un léger accroissement qui pourrait être de l'ordre de 5% à partir de 2008 pour tenir compte du renchérissement des coûts des équipements médico-techniques, de la complexité du tableau de morbidité (émergence des maladies négligées, apparition de nouvelles maladies, transition épidémiologique etc.) et des besoins en ressources humaines qualifiées du secteur pour les dix prochaines années.

Les ressources mobilisables ont été estimées à partir des dépenses de santé par tête et de la population pour chaque année. En considérant la part des dépenses de santé par source par rapport à l'ensemble des dépenses de santé de la nation, on détermine le montant des ressources potentielles par les différentes sources.

Le programme de financement du secteur ambitionne la promotion d'autres sources privées notamment les assurances obligatoires de santé, les mutuelles et les fonds d'assistance aux pauvres, aux couches vulnérables et aux indigents. La prise en compte de ce mécanisme de financement devra au bout des dix ans réduire la part des ménages dans le financement des dépenses de santé au profit d'une augmentation de celles de l'Etat, des PTF, des Collectivités Locales, des assurances et des entreprises privées.

La volonté de l'Etat de consacrer effectivement 15% des ressources budgétaires à la santé, le renforcement de l'initiative PPTE et le financement communautaire permettront au secteur de disposer de ressources indispensables à la mise en œuvre des programmes et sous programmes du secteur.

Ainsi, les ressources prévisionnelles se présentent comme suit :

Tableau 5 : Ressources prévisionnelles par source

Sources	Montant en Millions de FCFA			TOTAL
	2008 (Année de base)	2009-2013	2014 -2018	
Etat	44 454	281 171	447 068	728 239
%	30,8%	31%	34%	
Ménages		414 435	356 393	770 828
%	52,1%	47%	28%	
PTF		162 714	308 460	471 175
%	16,5%	18%	23%	
Collectivités Locales		11 467	56 068	67 535
%	0,1%	1%	4%	
Secteur privé (Entreprises) via les assurances		19 088	107 482	126 570
%	0,3%	2%	8%	
Autres (ONG)		6 137	35 915	42 052
%	0,1%	1%	3%	
Total ressources disponibles		895 012	1 311 386	2 206 398

7-2 . Indications de financement par programme et sous programme par an.

L'estimation des ressources nécessaires à chaque programme est fondée sur l'analyse des informations mentionnées dans les rapports de performance, les besoins exprimés dans les politiques sous sectorielles et les estimations des coûts pour l'atteinte des OMD.

Le tableau ci après présente les besoins nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés dans le PNDS.

Tableau 6 : Besoins prévisionnels par programme et sous-programme

DOMAINES STRATEGIQUES-PROGRAMMES-SOUS PROGRAMMES	COÛTS (EN MILLIONS DE FCFA)										
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL
DOMAINE STRATEGIQUE 1: REDUCTION DE LA MORTALITE MATERNELLE ET INFANTILE, PREVENTION, LUTTE CONTRE LA MALADIE ET AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS	137 254	148 207	160 005	172 724	186 444	201 247	217 218	234 445	253 013	273 039	1 983 595
PROGRAMME 1: Promotion de L'Hygiène et de l'Assainissement de Base	258	278	300	324	350	378	408	440	475	512	3 723
Viabilisation et assainissement du milieu	236	246	268	294	312	345	375	320	321	354	3 071
Communication pour un changement de comportement	21	32	32	31	38	33	33	120	154	158	652
PROGRAMME 2: Amélioration de la santé de la reproduction	36 362	39 264	42 389	45 759	49 394	53 315	57 546	62 110	67 029	72 335	525 503
Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale	4 948	3 534	3 604	4 782	3 436	3 495	4 659	3 316	3 367	4 511	39 651
Lutte contre la mortalité infantile et juvénile	31 414	35 730	38 785	40 977	45 957	49 820	52 888	58 794	63 662	67 824	485 852
PROGRAMME 3: Lutte contre la maladie	54 285	58 617	63 284	68 314	73 740	79 595	85 912	92 725	100 069	107 990	784 532
Lutte contre les maladies prioritaires	52 942	30 728	25 780	37 459	46 539	54 469	67 659	75 255	83 113	92 796	566 740
Lutte contre les autres maladies transmissibles	929	754	2 362	3 398	3 420	3 448	3 301	2 660	3 526	2 881	26 679
Lutte contre les maladies non transmissibles	373	591	613	676	746	718	751	578	659	637	6 342
Amélioration de la disponibilité des médicaments de bonne qualité à coût réduit.	0	6 098	4 403	3 521	4 219	4 136	5 084	5 091	3 406	3 610	39 567
Promotion des explorations diagnostiques et de la sécurité transfusionnelle	42	15 897	28 241	20 797	15 872	14 433	6 068	6 256	6 293	6 637	120 535
Promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles	0	13	190	151	399	306	474	363	487	420	2 805
Promotion de la sante en milieu scolaire, universitaire et professionnel	0	187	185	256	307	300	365	370	390	408	2 768
Promotion de la santé mentale	0	3 661	748	1 038	1 243	1 216	1 477	1 500	1 578	0	12 462
Promotion de la recherche en sante	0	687	761	1 017	995	569	731	652	618	602	6 632
PROGRAMME 4: Développement hospitalier	46 349	50 048	54 032	58 327	62 960	67 959	73 352	79 169	85 440	92 202	669 837
Développement d'un système de management de la qualité des soins en milieu hospitalier	0	0	14 572	6 133	6 412	36 515	19 404	20 867	3 763	583	108 250

Renforcement des plateaux techniques	46 349	46 137	35 526	50 473	54 891	25 718	34 717	37 603	78 206	87 864	497 483
Reforme hospitalière	0	361	396	156	91	5 113	17 263	18 698	0	0	42 079
Organisation et renforcement de l'offre de soins	0	3 549	3 538	1 565	1 566	613	1 968	2 001	3 471	3 755	22 025
DOMAINE STRATEGIQUE 2: VALORISATION DES RESSOURCES HUMAINES	49 639	53 600	57 866	62 466	67 428	72 782	78 558	84 788	91 503	98 746	717 376
PROGRAMME 5 : Renforcement de la planification des ressources humaines.	39 929	43 115	46 547	50 247	54 239	58 545	63 191	68 203	73 605	79 430	577 051
Renforcement de la planification des effectifs des ressources humaines en santé	37 812	42 582	45 892	49 632	53 475	57 782	62 303	67 368	72 568	78 458	567 872
Renforcement du partenariat entre les acteurs internes et externes en matière de planification de ressources humaines en santé	1 997	512	546	590	636	687	740	802	864	933	8 308
Développement de la recherche sur les ressources humaines	121	21	109	24	127	76	148	33	173	39	871
PROGRAMME 6: Amélioration de la production et du développement des compétences	6 143	6 633	7 161	7 730	8 344	9 007	9 722	10 493	11 324	12 220	88 777
Développement d'un cadre consensuel de formation initial du personnel du secteur	3 214	2 505	1 570	1 821	3 204	3 579	3 700	4 164	4 210	5 087	33 052
Développement des compétences du personnel du secteur	2 929	4 129	5 591	5 910	5 140	5 428	6 022	6 329	7 114	7 133	55 725
PROGRAMME 7: Management des ressources humaines	3 567	3 851	4 158	4 489	4 845	5 230	5 645	6 093	6 575	7 096	51 548
Amélioration de la gestion des carrières	343	315	365	401	419	469	425	453	466	476	4 131
Amélioration des mécanismes d'incitation à la performance et de maintien au poste	2 902	3 219	3 436	3 783	4 043	4 275	4 792	5 275	5 638	6 223	43 587
Prévention et gestion des risques professionnels	272	237	289	292	331	459	371	365	407	396	3 421
Déconcentration/Décentralisation de la GRH	49	80	68	12	52	27	58	0	64	0	410
DOMAINE STRATEGIQUE 3: RENFORCEMENT DU PARTENARIAT DANS LE SECTEUR ET PROMOTION DE L'ETHIQUE ET DE LA DEONTOLOGIE MEDICALE	594	642	693	748	808	872	941	1 015	1 096	1 183	8 591
PROGRAMME 8: Renforcement du partenariat entre les acteurs	495	535	578	623	673	726	784	846	913	985	7 159
Partenariat entre le Ministère de la Santé et les autres ministères	66	73	77	85	78	86	85	95	105	117	866
Partenariat entre le Ministère de la Santé et les collectivités locales	88	83	103	97	91	80	143	135	124	108	1 052
Partenariat entre le secteur public et le secteur privé	342	379	398	442	504	560	555	616	684	760	5 241

PROGRAMME 9 : Promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale	99	107	116	125	135	145	157	169	183	197	1 432
Renforcement de l'éthique et de la responsabilité médicale	45	37	47	56	49	56	61	66	72	92	580
Développement et promotion de l'Assurance Qualité	54	70	69	69	86	89	96	103	111	105	852
DOMAINE STRATEGIQUE 4: AMELIORATION DU MECANISME DE FINANCEMENT DU SECTEUR	6 192	6 687	7 219	7 793	8 412	9 080	9 800	10 577	11 415	12 319	89 493
PROGRAMME 10: Amélioration du financement du secteur	149	160	173	187	202	218	235	254	274	296	2 148
Promotion de l'assurance maladie	149	1	1	1	1	1	1	1	2	2	159
Promotion des mutuelles de santé	0	160	173	186	201	217	234	252	272	294	1 989
PROGRAMME 11 : Renforcement de l'assistance médicale aux pauvres, indigents et couches vulnérables	6 044	6 526	7 046	7 606	8 210	8 862	9 565	10 323	11 141	12 023	87 345
Renforcement de l'assistance médicale	5 797	6 257	6 753	7 286	7 862	8 483	9 152	9 874	10 652	11 490	83 605
Mobilisation de l'épargne nationale et celle de la diaspora (dons et legs)	247	269	293	319	348	379	413	450	490	533	3 740
DOMAINE STRATEGIQUE 5 : RENFORCEMENT DE LA GESTION DU SECTEUR	3 597	3 884	4 193	4 526	4 886	5 273	5 692	6 143	6 630	7 155	51 978
PROGRAMME 12: Renforcement institutionnel	129	139	150	162	175	189	204	220	237	256	1 861
Renforcement des capacités de planification, de coordination et d'évaluation	90	104	68	120	129	90	150	152	125	178	1 206
Renforcement du mécanisme de maintenance des équipements médico-techniques des infrastructures sanitaires et du matériel roulant.	39	35	82	43	46	98	54	68	112	79	655
PROGRAMME 13 : Développement des zones sanitaires	3 468	3 744	4 043	4 364	4 711	5 085	5 488	5 923	6 392	6 898	50 116
Renforcement de la base de la pyramide sanitaire	2 183	3 343	3 866	2 747	1 981	3 222	3 501	2 438	4 078	4 401	31 759
Développement des services à base communautaire	1 285	401	177	1 617	2 730	1 862	1 987	3 486	2 315	2 498	18 358
TOTAL ANNUEL	197 276	213 018	229 976	248 257	267 977	289 253	312 209	336 969	363 658	392 440	2 850 889

Il ressort des besoins en financement et du financement potentiel du secteur un gap de 644 milliards de francs CFA réparti comme l'indique le tableau suivant:

Tableau 7 : Estimation des coûts additionnels quinquennaux du PNDS

Sources	Montant en Millions de FCFA			TOTAL
	2008 (Année de base)	2009-2013	2014 -2018	
Total ressources disponibles		895 012	1 311 386	2 206 398
Total dépenses effectives	186 385	1 156 446	1 694 444	2 850 889
Gap à mobiliser (Coûts additionnels)		261 434	383 057	644 491

Source : DPP/MS

7.3 Affectations des ressources par catégorie de dépenses

La structure du budget telle qu'elle apparaît en 2008 a été considérée. Toutefois, une modification progressive de cette structure est retenue pour tenir compte des importants efforts déjà faits en matière d'investissement. La construction de l'hôpital de référence à vocation sous régional n'est pas prise en compte dans cette prévision financière, son financement étant exceptionnel. Nonobstant quelques investissements lourds envisagés comme le CHU de Parakou, les nouvelles priorités du secteur concernent l'opérationnalisation des services de santé et le bon fonctionnement de l'ensemble du système de santé, notamment la mise en place de ressources humaines qualifiées et compétentes. En termes de structure annuelle de l'affectation des ressources, la rubrique «personnel» passera de 12,6% en moyenne entre 2007 et 2008 à 28% en 2013 (recrutement et amélioration des conditions de travail, paiement des primes et motivations) avant d'atteindre 35% au terme du plan. En moyenne, cette part sera de 23% pour le premier quinquennat et de 35% pour le second. Par contre, les ressources d'investissement seront ramenées à 40% en 2013 au lieu de 51,6% en moyenne entre 2007 et 2008. Les ressources du fonctionnement prendront progressivement une part relativement importante des dotations annuelles, passant de 35,7% en moyenne entre 2007 et 2008 à 40% au terme du plan.

Le tableau suivant montre les affectations des ressources par catégories.

Tableau 8 : Dépenses réelles du PNDS par quinquennat et par catégorie de dépenses

Dépenses réelles	Montant en Millions de FCFA			TOTAL 2009 2018
	moyenne (2007- 2008)	2009-2013	2014-2018	
Personnel		275 331	549 468	824 799
%	12,6%	23%	32%	29%
Fonctionnement		456 503	677 777	1 134 280
%	35,7%	39%	40%	40%
Investissement		424 612	467 198	891 810
%	51,6%	37%	28%	31%
Total		1 156 446	1 694 444	2 850 889

7.4 Affectations directes des ressources par niveau du système de santé

Le PNDS prévoit l'appui à des réformes institutionnelles dont celles concernant la décentralisation de la gestion des ressources et c'est sous ce rapport que l'évolution des différentes rubriques a été indiquée.

Le poids actuel du niveau central en matière de fonctionnement est de 42% hors dépenses de personnel. Les niveaux intermédiaire et périphérique quant à eux gèrent respectivement 32% et 26% du fonctionnement hors dépenses du personnel. Cette tendance sera progressivement améliorée pour ramener la part des dépenses liées au fonctionnement hors personnel allouées aux niveaux central, intermédiaire et périphérique respectivement à 30% ; 30% et 40% en moyenne au terme du 1^{er} quinquennat puis à 15%, 25% et 60% en moyenne au terme du plan.

Le choix stratégique de faire évoluer les affectations de ressources comme indiqué plus haut répond aux orientations du Gouvernement et des autorités sanitaires de renforcer la décentralisation et la prise en charge croissante par les communautés et les collectivités des problèmes de développement économique et de bien-être des populations.

Tableau 9 : Dépenses de fonctionnement hors personnel du PNDS par quinquennat et par niveau de la pyramide sanitaire

Niveau	Montant en Millions de FCFA		
	2008	2009-2013	2014-2018
Central		136 951	101 667
%	42%	30%	15%
Intermédiaire		136 951	169 444
%	32%	30%	25%
Périphérique		182 601	406 666
%	26%	40%	60%
Total		456 503	677 777

VIII - MISE EN ŒUVRE, SUIVI ET EVALUATION

8.1 Mécanismes de mise en œuvre et de suivi

8.1.1 Pilotage du PNDS

La gestion du PNDS relève des trois niveaux de la Pyramide sanitaire à savoir les niveaux périphérique, intermédiaire et central et repose sur un choix de faire construire une collaboration entre directions ou services pour l'atteinte des objectifs des programmes de développement.

Le rôle de suivi évaluation est dévolu à la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP) qui doit être renforcée pour répondre efficacement aux exigences du PNDS. La coordination de l'ensemble des programmes et sous programmes relève de l'autorité du Ministre de la Santé qui délègue cette responsabilité de la manière suivante :

- la coordination des programmes relevant d'une seule direction est assurée par le responsable de cette dernière ;
- la coordination des programmes impliquant plusieurs directeurs centraux et/ou techniques est assurée par le directeur identifié parmi ceux concernés ;
- la coordination des programmes relevant d'un même domaine stratégique est assurée par un chef de file identifié à cet effet ;
- la coordination, le suivi et l'évaluation de tous les domaines stratégiques relèvent du Comité National de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets/Programmes du secteur santé (CNEEP) dont la DPP assure le secrétariat.

En tenant compte des responsabilités institutionnelles, la liste des chefs de file des domaines stratégiques est retenue comme suit :

Tableau 10 : Définition des chefs de file des domaines stratégiques, programmes et sous-programme du PNDS

<i>Domaines</i>	<i>Chef de file</i>	<i>Programme et structure responsable</i>	<i>Sous programme</i>	<i>Autres acteurs du MS impliqués</i>
1. Réduction de la mortalité maternelle et infantile, prévention, lutte contre la maladie et amélioration de la qualité des soins	DNPS	11. Promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base (DHAB)	111. Viabilisation et assainissement du milieu	DRS, DRH, DRFM, DPP, IGM
			112. Communication pour un changement de comportement	TOUTES DIRECTIONS
		12. Amélioration de la santé de la reproduction (DSF)	121. Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale	DH, DNPEV, SSP, DEDTS, DIEM, DRS, DRH, DRFM, DPP, IGM
			122. Lutte contre la mortalité infantile et juvénile	DH, DSF, DEDTS, DIEM, DRS, DRH, DRFM, DPP, IGM, DNPEV, SSP
		13. Lutte contre la maladie (DNPS)	131. Lutte contre les maladies prioritaires les IST/VIH/SIDA, le Paludisme et la Tuberculose	DHAB, DSIO, DH, DEDTS, DNPEV, DRS, DRH, DRFM, DPP, IGM
			132. Lutte contre les autres maladies transmissibles	DHAB, DISO, DH, DEDTS, DNPEV, DRS, DRH, DRFM, DPP, IGM
			133. Lutte contre les maladies non transmissibles	DHAB, DISO, DH, DEDTS, DNPEV, DRS, DRH, DRFM, DPP, IGM
			134. Amélioration de la disponibilité des médicaments de bonne qualité à coût réduit	DRS, DRH, DRFM, DPP, IGM
			135. Promotion des explorations diagnostiques et de la sécurité transfusionnelle	DRS, DRH, DRFM, DPP, IGM
			136. Promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles	DNPS, DRS, DRH, DRFM, DPP, IGM
			137. Promotion de la santé en milieu scolaire et universitaire et professionnel	DSF, DRS, DRH, DRFM, DPP, IGM
			138. Promotion de la santé mentale	DPM, DRS, DPP, IGM, DRH, DRFM
			139. Promotion de la recherche en santé	TOUTES DIRECTIONS
		14. Développement hospitalier (DH)	141. Développement d'un système de management de la qualité des soins en milieu hospitalier	DNPS, DSIO, DPP, IGM, DRS, DRH, DRFM
			142. Renforcement des plateaux techniques	DPP, IGM, DRS, DRH, DRFM
			143. Reforme hospitalière	DNPS, DSIO, DSF, DIEM, DPP, IGM, DRS, DRH, DRFM
			144. Organisation et renforcement de l'offre de soins	DNPS, DSIO, DPP, DRS, IGM, DRH, DRFM

Domaines	Chef de file	Programme et structure responsable	Sous programme	Autres acteurs du MS impliqués
2. Valorisation des ressources humaines	DRH	21. Renforcement de la planification des ressources humaines (DRH)	211. Renforcement des effectifs des ressources humaines en santé	IGM, DPP, DRS, DRFM
			212. Renforcement du partenariat entre les acteurs internes et externes en matière de planification de ressources humaines en santé	IGM, DPP, DRS, DRFM
			213. Développement de la recherche sur les ressources humaines	IGM, DPP, DRS, DRFM
		22. Amélioration de la production et du développement des compétences (DRH)	221. Développement d'un plan consensuel de formation initiale du personnel du secteur	IGM, DPP, DRS, DRFM
			222. Développement des compétences du personnel du secteur	IGM, DPP, DRS, DRFM
		23. Amélioration du système de management des ressources humaines (DRH)	231. Amélioration de la gestion de la carrière du personnel	IGM, DPP, DRS, DRFM
			232. Amélioration des mécanismes d'incitation au maintien au poste et à la performance du personnel	IGM, DPP, DRS, DRFM
			233. Prévention et gestion des risques professionnels	IGM, DPP, DRS, DRFM
			234. Déconcentration/décentralisation de la gestion des ressources humaines	IGM, DPP, DRS, DRFM
3. Renforcement du partenariat dans le secteur, promotion de l'éthique et de la déontologie médicale	DRS	31. Renforcement du partenariat entre les acteurs (DNPS)	311. Partenariat entre le secteur public et le secteur privé	Toutes directions
			312. Partenariat entre le Ministère de la Santé les élus locaux et les collectivités locales	Toutes directions
			313. Partenariat entre le Ministère de la Santé et les autres ministères	Toutes directions
		2. Promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale (DRS)		
			2. Promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale	Toutes directions
4. Amélioration du mécanisme de financement du secteur	DRFM	41. Amélioration du financement du secteur (DRFM)	411. Promotion de l'assurance maladie	IGM, DPP, DRS, DRFM, DRH
			412. Promotion des mutuelles de santé	IGM, DPP, DRS, DRFM, DRH
		42. Renforcement de l'assistance médicale aux pauvres, indigents et couches vulnérables (DRFM)		
			421. Renforcement de l'assistance médicale	DNPS, IGM, DPP, DRS, DRH
			422. Mobilisation de l'épargne nationale et de l'épargne de la diaspora	DNPS, IGM, DPP, DRS, DRH
5. Renforcement de la gestion du secteur	DDZS	51. Renforcement institutionnel (DPP)	511. Renforcement des capacités de coordination de planification et d'évaluation	Toutes directions
			512. Renforcement du mécanisme de maintenance des infrastructures sanitaires	Toutes directions
		52. Développement des zones sanitaires (DDZS)		
			521. Renforcement de la base de la pyramide sanitaire	DNPS, DSIO, DNPEV, DSF, DIEM
			522. Développement des services à base communautaire	DNPS, DSIO, DNPEV, DSF, DRH

8.1.2 Organisation du suivi de la mise en œuvre du PNDS

LePNDS fera l'objet du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre des différents plans triennaux qui en découleront d'une part et d'autre part à travers les cadres de concertation que sont :

a) Au niveau central

Le niveau central composé du cabinet du ministère de la santé et des Directions centrales et techniques, est le premier responsable de la conception et du suivi de la mise en œuvre des actions découlant de la politique définie par le Gouvernement en matière de

santé. Ainsi, il joue un rôle normatif, de conception, de coordination, de planification et de régulation de la mise en œuvre des activités. Semestriellement, le CNEEP qui regroupe outre les Directeurs Techniques et Centraux, les Directeurs Départementaux, les partenaires sociaux du Ministère de la Santé et les représentants des ministères ayant des rapports avec la santé se réunit, pour apprécier les progrès et les difficultés dans l'exécution du PNDS. Par ailleurs, la revue semestrielle des Partenaires Techniques et Financiers présidée par le Ministre de la Santé entouré de ses Directeurs Techniques et Centraux et le cadre de partenariat Secteur Public / Secteur Privé constituent également des creusets de suivi du PNDS.

A cela s'ajoutent les corps de contrôle tels que : la Délégation du Contrôle Financier, l'Inspection Générale de l'Etat qui a pouvoir, tout comme l'Inspection Générale du Ministère, d'intervenir à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, les organes de lutte contre la corruption.

b) Au niveau intermédiaire

Le niveau intermédiaire, regroupant les DDS, est chargé de la mise en œuvre de la politique sanitaire définie par le gouvernement, de la programmation et de la coordination de toutes les activités des services de santé au niveau des départements. A ce niveau, le Comité Départemental de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes (CDEEP), antenne départementale du CNEEP est l'instance déconcentrée du suivi. Il regroupe, les Chefs de Service de la DDS et les représentants des ministères membres du CNEEP. Les sessions du CDEEP sont trimestrielles.

c) Au niveau périphérique

Le niveau périphérique constitué des zones sanitaires, représente l'entité la plus décentralisée du système de santé. Il est le niveau opérationnel d'exécution des programmes et activités de santé en vue d'atteindre les résultats concluants. Dans ce cadre, il planifie et assure la programmation et l'exécution de ces programmes sur toute l'étendue de la Zone Sanitaire. Le plan triennal prendra en charge la concrétisation des objectifs du PNDS au niveau de la zone sanitaire. Les EEZS doivent travailler de façon intégrée pour l'atteinte des objectifs du plan de développement de la Zone Sanitaire et donc du PNDS.

Le Médecin coordonnateur de zone organise une réunion mensuelle de coordination avec les responsables des formations sanitaires de sa zone pour faire le bilan de l'exécution du plan de travail annuel. Il élabore un rapport trimestriel qu'il envoie au DDS.

Par ailleurs, un monitoring est organisé une fois par semestre au niveau périphérique.

A l'instar des niveaux central et intermédiaire, le niveau périphérique dispose des organes de suivi et évaluation que sont le Comité de Santé, les Comités de Gestion, l'Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire (EEZS) et le cadre de partenariat Secteur Public / Secteur Privé.

De plus, le Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS), les études et les enquêtes, constituent les autres maillons du mécanisme de suivi évaluation.

8.2.1 Suivi du PNDS

Les outils ou supports à concevoir pour le suivi sont au nombre de trois :

- Fiche de suivi des réalisations physiques,
- Rapport comptable semestriel,
- Tableau de bord des sous-programmes.

Fiche de suivi des réalisations physiques

Elle est destinée aux directions centrales, techniques et départementales ainsi qu'aux zones sanitaires. Dès le démarrage des opérations, la fiche est remplie périodiquement (trimestriellement, semestriellement, annuellement selon le cas) par le responsable de la structure concernée à divers niveaux de la pyramide sanitaire. La fiche renseigne sur la nature de l'opération, rappelle le coût et les délais de réalisation prévus, indique l'état d'avancement, précise les problèmes éventuels et fait des recommandations. La fiche dûment remplie est envoyée à la DPP pour saisie et traitement informatique.

Rapport comptable semestriel

Il s'agit d'une fiche qui, en une page, fait la situation financière selon les normes et procédures retenues. La fiche est remplie semestriellement avec en annexe la copie des différentes pièces justificatives des dépenses effectuées y compris les derniers relevés de compte. Le rapport comptable semestriel est également envoyé à l'Inspection Générale du Ministère avec copie à la DPP pour saisie et traitement informatique.

La fiche de suivi des réalisations physiques et le rapport comptable semestriel permettent le calcul des indicateurs de résultats : taux de réalisation des intrants et des extrants.

Tableau de bord des sous-programmes

Les progrès vers l'atteinte des trois objectifs des OMD concernant la santé seront les éléments essentiels d'une évaluation à mi-parcours du PNDS : il s'agit des deux sous-programmes de la santé de la reproduction, les maladies prioritaires qui sont notamment le paludisme, le VIH/Sida et la tuberculose. Toutefois, les indicateurs retenus pour cette évaluation à mi-parcours sont des indicateurs de couverture. Le tableau de bord des sous-programmes prioritaires est rempli chaque semestre et est envoyé à la DPP pour saisie et analyse des indicateurs retenus.

L'évaluation à mi-parcours sera faite sur la base de l'exploitation des rapports périodiques et de l'analyse des supports que sont la fiche de suivi des réalisations physiques, le rapport comptable semestriel et le tableau de bord des sous-programmes.

8.2.2 Evaluations

Le PNDS fera l'objet de deux évaluations : une à mi-parcours qui sera menée à la fin du deuxième plan triennal et l'autre au terme du plan. Ces deux évaluations porteront sur les indicateurs d'impact retenus. Il s'agit entre autres de :

Pour la mortalité:

- * le taux de mortalité infantile
- * le taux de mortalité infanto-juvénile
- * le taux de mortalité maternelle
- * le taux de létalité due au paludisme

Pour la morbidité

- * le taux de prévalence du sida
- * le taux d'incidence du paludisme
- * le taux d'incidence de la tuberculose.

ANNEXES

DOCUMENTS ET TEXTES DE BASE

Textes juridiques

- Lois N°2003-03 et 2003-04 de Mars 2003 relatives respectivement à la répression des mutilations génitales féminines et la santé sexuelle et à la reproduction,
- Loi N° 98-030 du 12 février 1999 portant loi cadre sur l'environnement en République du Bénin,
- Loi N°97-020 du 17 Juin 1997 fixant les conditions de l'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales
- Loi n°90-032 du 11 décembre 1990 portant Constitution de la République du Bénin.
- Loi N° 87-015 du 21 septembre 1987 relative au code d'hygiène publique,
- Ordonnance N°73-38 du 21 Avril 1973 portant création et organisation des Ordres Nationaux des Médecins, des Pharmaciens, des Chirurgiens Dentistes et des Sages Femmes,
- Ordonnance N°73-30 du 31 Mars 1973 instituant le code de déontologie des Pharmaciens du Dahomey,
- Ordonnance N°73-14 du 08 Février 1973 instituant le Code de déontologie médicale,
- Code des personnes et de la famille du Bénin Décret N° 2009-245 du 9 juin 2009 portant création, attribution, organisation et fonctionnement du Conseil de l'Alimentation et de la Nutrition (CAN) abrogeant le Décret N° 94-103 du 12 avril 1994 portant création et fonctionnement du Comité National pour l'Alimentation et la Nutrition (CNAN) ;
- Décret n° 2006-396 du 31 juillet 2006 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé.
- Décret n°2006-386 du 31 juillet 2006 portant attribution, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé ;
- Décret n° 2006-087 du 08-03-2006 portant modes de détermination des prix publics des médicaments et spécialités pharmaceutiques en République du Bénin.
- Décret N° 2006-087 du 08-03-2006 portant approbation du document de politique nationale d'hygiène hospitalière en République du Bénin.
- Décret n°2005-611 du septembre 2005 portant réorganisation de la base de la pyramide sanitaire de la République du Bénin en zones sanitaires ;
- Décret N° 2002-484 du 15-11-2002 portant gestion rationnelle des déchets biomédicaux en République du Bénin.
- Décret n°2002-0113 du 21 mars 2002 portant approbation des statuts des hôpitaux de zone ;
- Décret N°2000-451 du 11 Septembre 2000 portant application de la Loi N°97-020 du 17 Juin 1997 portant fixation des conditions d'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales et relatif à l'ouverture des centres de santé à vocation humanitaire en République du Bénin,
- Décret N°2000-450 du 11 Septembre 2000 portant application de la Loi N°97-020 du 17 Juin 1997 portant fixation des conditions d'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales et relatif à l'ouverture des sociétés de grossistes répartiteurs en République du Bénin,
- Décret N°2000-449 du 11 Septembre 2000 portant application de la Loi N°97-020 du 17 Juin 1997 portant fixation des conditions d'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales et relatif aux modalités d'exercice en clientèle privée et d'ouverture des établissements sanitaires privés,
- Décret N°2000-411 du 17 Août 2000 portant application de la Loi N°97-020 du 17 Juin 1997 portant fixation des conditions d'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales et à l'exploitation d'une usine pharmaceutique en République du Bénin,
- Décret N°2000-410 du 17 Août 2000 portant application de la Loi N°97-020 du 17 Juin 1997 portant fixation des conditions d'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales et relatif à l'ouverture des dépôts pharmaceutiques en République du Bénin,
- Décret N°2000-409 du 17 Août 2000 portant application de la Loi N°97-020 du 17 Juin 1997 portant fixation des conditions d'exercice en clientèle privée des soins infirmiers,
- Décret n°98-77 du 6 mars 1998 portant statuts particuliers des Corps des Personnels de la Santé Publique ;
- Décret N° 97-643 du 31 décembre 1997 portant Réglementation de la Commercialisation des Substituts du Lait Maternel et Aliments pour Nourrissons ;
- Décret n°91-77 du 13 mai 1991 portant approbation des statuts du CNHU de Cotonou ;
- Décret n°98-330 du 3 août 1988 portant création et organisation de l'espace CHU du Bénin ;
- Décret n°85-112 du 5 avril 1985 portant création du Comité National pour la Protection Civile.

- Arrêté portant création, attribution, composition et fonctionnement du cadre de concertation pour le partenariat entre les secteurs public et privé.
- Arrêté n°3898/MSP/DC/SA du 31 juillet 2006 portant attributions, organisation et fonctionnement de la Direction Nationale de la Protection Sanitaire.
- Arrêté interministériel N° 2000/MSP/DC/SGM/DSF/SA du 07 avril 1999 portant création et nomination des membres du Comité National de Coordination des Activités pour l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB) ;
- Arrêté N°3667/MSP/DC/SGM/DNPS/SSHCC fixant les conditions et normes des établissements sanitaires objet de la Loi N°97-020 du 17 Juin 1997 ;
- Arrêté N° 2723/MSP/DC/SGM/DNPS portant création et nomination des membres de la commission technique chargée de l'étude des demandes d'autorisation d'exercice en clientèle privée et d'ouverture d'établissements sanitaires pour les professions médicales et paramédicales.

Documents cadres

- Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA/IST 2006-2010.
- Déclaration de politique nationale pour la protection, l'encouragement et la promotion de l'allaitement maternel adoptée le 21 décembre 1992 et révisée le 28 décembre 2009 ;
- Document de politique et de stratégies de développement du sous secteur soins infirmiers et obstétricaux 2009-2013 ;
- Document de politique et stratégies de développement du secteur santé 2002-2006,
- Document de politique et stratégies de développement du partenariat entre les secteurs public et privé dans le domaine de la santé (2002-2006).
- Document de politique et stratégies de développement du sous secteur de la transfusion sanguine 2007-2011.
- Document de politique et stratégies nationales de développement du sous secteur des laboratoires d'analyses biomédicales 2003-2007.
- Document de politique pharmaceutiques nationales 2008-2012 ;
- Document de politique nationale de lutte contre le paludisme et cadre stratégique de mise en œuvre, 2005 ;
- Document de politique, normes et standards de santé familiale en 1998,
- Document Politique Nationale de santé scolaire et universitaire élaborée en 2006.
- Guide de formation en soins obstétricaux et néonataux d'urgence mai 2007,
- Manuel du formateur sur le paquet minimum d'activités de nutrition 2000,
- Plan d'urgence de revitalisation du secteur de la santé et d'amélioration de la gestion des hôpitaux 2006 ;
- Plan pluriannuel complet du PEV Bénin, 2007-2011,
- Plan pluriannuel complet du PEV Bénin, 2009-2013,
- Plan stratégique de lutte contre le Paludisme 2006-2010
- Plan stratégique national de Surveillance épidémiologique Intégrée des Maladies transmissibles, de préparation et Réponse aux épidémies au Bénin (SIMR) 2003-2007.
- Programme national d'hygiène et d'assainissement de base (PNHAB) Oct 2003,
- Programme national de santé de la reproduction 2003
- Protocole national de prise en charge de la malnutrition aigüe de 2010.
- Protocoles des services de santé familiale révisé en février 2006,
- Stratégie nationale de lutte contre les fistules 2007-2015
- Stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle et néonatale (Feuille de route de l'Union Africaine et de l'Initiative Vision 2010) mars 2006,
- Plan quinquennal d'opérationnalisation de la stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2006 – 2010,
- Stratégie nationale de sécurisation des produits de Santé de la reproduction Août 2006,