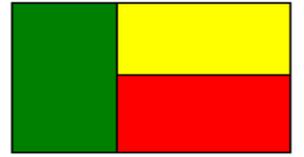




REPUBLIQUE DU BENIN
Fraternité-Justice-Travail
MINISTRE DE LA SANTE



POLITIQUE NATIONALE DE SANTE



TABLE DES MATIERES

DECLARATION DE POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ	4
I. CONTEXTE D'ELABORATION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ.....	9
1.1. CONTEXTE INTERNATIONAL	9
1.2. CONTEXTE NATIONAL	10
1.2.1. Fondements nationaux de la politique sanitaire.....	10
1.2.2. Situation géographique.....	11
1.2.3. Contexte démographique.....	11
1.2.4. Organisation de l'administration territoriale	12
1.2.5. Contexte sanitaire.....	12
1.2.5.1. Organisation du système de santé.....	12
1.2.5.2. <i>Profil sanitaire</i>	13
1.2.5.3. Santé de la mère et de l'enfant	14
1.2.5.4. Hygiène et Assainissement de Base.....	15
1.2.5.5. Vaccination	15
1.2.5.6. <i>Sous secteur pharmaceutique</i>	15
1.2.5.7. <i>Médecine traditionnelle</i>	16
1.2.5.8. <i>Transfusion Sanguine</i>	16
1.2.5.9. <i>Explorations diagnostiques : laboratoires d'analyses biomédicales et imagerie médicale</i>	16
1.2.5.10. <i>Recherche en Santé</i>	16
1.2.5.11. <i>Information Sanitaire</i>	17
1.2.6. Ressources du secteur.....	17
1.2.6.1. Ressources Financières.....	17
1.2.6.2. <i>Ressources humaines</i>	17
1.2.6.3. <i>Ressources matérielles</i>	18
1.2.7. Secteur privé.....	18
1.2.8. Utilisation des services de santé.....	18

1.2.9. Gouvernance au niveau du secteur	18
II. PROBLEMES PRIORITAIRES	19
Préoccupations du secteur.....	19
III. ORIENTATIONS STRATEGIQUES EN MATIERE DE SANTE	19
3.1. Valeurs et principes du système de santé	19
3.2. Vision du secteur.....	20
3.3. But de la Politique Nationale de Santé	20
3.4. Objectifs de la Politique Nationale de Santé	20
3.4.1. Objectif général.....	20
3.4.2. Objectifs spécifiques.....	20
3.5. Stratégies par objectif spécifique.....	21
3.6. Domaines stratégiques par objectif de la Politique Nationale de Santé	25
IV. MISE EN ŒUVRE ET SUIVI EVALUATION DE LA POLITIQUE	25
4.1. Mécanisme de mise en œuvre.....	25
4.2. Mécanisme de suivi et d'évaluation	25
V. CONDITIONS DE REUSSITE	26
5.1. Analyse des contraintes	26
5.2. Conditions de succès.....	26

DECLARATION DE POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ

Le droit à la santé, clairement stipulé par la Constitution du 11 décembre 1990 en ses articles 8 et 26, est un enjeu majeur pour le développement de notre société. Les Etudes Nationales de Perspectives à Long Terme Bénin ALAFIA 2025 en ont fait une priorité de même que les Orientations Stratégiques de Développement du Bénin 2006-2011. Aussi, le Bénin a-t-il souscrit à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement en matière de santé. Les préoccupations exprimées lors des Etats Généraux de la Santé ont réaffirmé la nécessité d'un renforcement du système de santé pour une meilleure prise en charge de la santé des populations.

En s'appuyant sur ces différents instruments, le pays a défini une politique de santé basée sur une analyse objective de la situation sanitaire actuelle et l'identification claire de ses problèmes. Cette Politique Nationale de Santé est le résultat de larges concertations entre les principaux acteurs du développement sanitaire et constitue le cadre de référence pour les actions et les décisions dans le secteur pour la période 2009-2018.

Ainsi, un effort particulier sera fait pour l'amélioration des prestations des soins et services de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en assurant des soins essentiels de qualité aux populations surtout les plus vulnérables et les démunis. Il s'agira : (i) de mettre en place des stratégies pouvant favoriser le renforcement du plateau technique et le recrutement en nombre suffisants, de para-médicaux, de médecins et de spécialistes, (ii) d'élaborer la carte sanitaire en tenant compte de la situation actuelle, des besoins et la projection sur le futur, (iii) de mettre en place une tarification qui facilite l'accès financier des plus pauvres aux soins et services de santé, (iv) de mettre en place des stratégies en vue d'assurer la continuité des soins de qualité aux populations.

Le développement du système de santé doit mettre un accent sur *le développement des ressources humaines pour la santé*. Une attention particulière doit être accordée au renforcement de la formation initiale du personnel de santé, l'amélioration du nombre de recrutement sur poste et l'élaboration de description des postes et profils, la mise en place d'un programme efficace de gestion de proximité du personnel, le renforcement de l'équité dans la répartition du personnel, la mise en place de mécanisme de motivation du personnel qui constitue une priorité pour le Ministère de la Santé. Il s'agira de trouver des voies et moyens pour disposer au niveau du secteur, des ressources humaines motivées, en qualité et en effectif suffisant dans toutes les formations sanitaires du pays.

Le secteur de la santé est leader pour l'atteinte de trois des huit objectifs retenus au niveau mondial à savoir : (OMD4) Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans ; (OMD5) Améliorer la santé maternelle; (OMD6) Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies. L'atteinte de ces OMD demeure l'une des préoccupations majeures de notre secteur. La situation actuelle montre que l'impact des maladies prioritaires va au-delà de la santé et influence négativement le développement du pays. Nous devons donc mettre tout en œuvre pour atteindre les différentes cibles définies pour l'horizon 2015 à travers une bonne politique de réduction de la mortalité maternelle et infantile et de lutte contre les trois maladies prioritaires.

La situation nutritionnelle des femmes en âge de procréer et de leurs enfants est également préoccupante puisque 9% d'entre elles souffrent de maigreur et 61 % sont anémiées. Il urge donc d'agir afin de renverser la tendance.

Les principales insuffisances relevées dans le cadre de la gestion financière sont dans une certaine mesure liée à la planification, aux procédures de mise en œuvre (passation des marchés, décentralisation, déconcentration et délégation) et au suivi - évaluation. Pour la période de mise en œuvre de la présente politique, nous travaillerons de manière à assurer le renforcement des capacités de planification, de coordination, de suivi et d'évaluation dans un processus participatif, déconcentré et décentralisé, impliquant les acteurs nationaux et internationaux.

La réforme budgétaire à laquelle le secteur de la santé est l'un des premiers adhérents nous amène à œuvrer d'une part, à une meilleure allocation des ressources sur des critères d'équité et d'objectivité et d'autre part, à leur utilisation rationnelle. Pour ce faire, nous nous engageons à œuvrer de manière à assurer une évaluation permanente et un suivi physique et financier de la mise en œuvre de la politique sanitaire du pays.

La précarité du mécanisme de financement et le non respect des pratiques de bonne gouvernance ont entraîné le *sous financement et le gaspillage des ressources du secteur*. La réforme du financement de la santé doit donc se faire à travers le renforcement du plaidoyer et le leadership dans le secteur pour la mobilisation des ressources, l'augmentation du budget de l'Etat consacré à la santé, la définition claire des critères d'allocation des ressources et les résultats attendus sur la population.

Un accent particulier sera également mis sur le rapprochement des services de santé des utilisateurs et l'augmentation de la demande des soins et services de santé. A cet égard, pour permettre à une frange plus importante de la population d'accéder aisément aux soins et services de santé, le processus de mise en place du Régime d'Assurance Maladies Universel (RAMU) prenant en compte les différentes stratégies de prise en charge des populations vulnérables ou démunies sera accéléré et les mutuelles de santé seront davantage développées.

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.

Le renforcement du système de santé et l'amélioration de son utilisation seront basés sur l'approche des Soins de Santé Primaires. Nous travaillerons de manière à améliorer la performance du système de santé, à augmenter son utilisation par les groupes les plus vulnérables, et à assurer une participation effective des communautés dans la gestion du système de santé avec le maintien et le renforcement des acquis.

Quant aux activités vaccinales, de nouveaux vaccins sont progressivement introduits dans le PEV. Le défi est désormais de maintenir voire de dépasser les acquis notables obtenus en terme de couverture vaccinale.

La disponibilité des médicaments et consommables y compris les produits sanguins est un déterminant important dans la réalisation des objectifs du millénaire pour le

développement. A cet égard, le secteur doit mettre en place une politique en faveur de la disponibilité permanente de produits pharmaceutiques et sanguins de qualité.

La mise en œuvre de la politique en matière d'hygiène et d'assainissement de base se heurte aujourd'hui au problème d'intégration opérationnelle des actions en matière d'hygiène et d'assainissement. Nous devons donc œuvrer pour 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 qui demeurent de nos jours, les meilleurs gages des interventions de ce domaine. Ce choix permettra d'en découdre avec l'éternel problème de gestion des différentes sortes de déchets, d'améliorer le cadre de vie des populations et de promouvoir l'hygiène alimentaire. Par ailleurs, les capacités d'intervention des structures déconcentrées devront être renforcées avec une implication des collectivités locales et des ONG dans les activités d'hygiène et d'assainissement.

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. Il urge donc de développer des actions qui visent l'amélioration de l'information sanitaire à travers le renforcement des capacités institutionnelles, humaines et de la coordination du processus de collecte des données.

En reconnaissant le rôle prépondérant que joue la recherche en santé dans la prise de décision, nous nous engageons à soutenir le développement des ressources humaines pour la recherche par la formation initiale, la formation continue et la promotion de l'accès aux informations scientifiques. Nous mettrons en place des dispositifs et des mécanismes appropriés pour la supervision scientifique et éthique de la recherche pour la santé, y compris la réglementation sur les essais cliniques et la sensibilisation des populations sur leur rôle, leurs droits et devoirs en matière de recherche pour la santé ; des mesures adéquates seront prises pour assurer le suivi, l'évaluation et une revue systématique des systèmes de recherche pour la santé par la mise en place d'outils et d'indicateurs appropriés.

Devant les difficultés que rencontrent les structures en charge du contrôle et de la supervision des activités, il convient de leur apporter un appui institutionnel et logistique conséquent pour améliorer et veiller à la qualité des soins, au renforcement du système de référence et de contre référence de même qu'au renforcement des supervisions formatives.

L'évolution des infrastructures et des équipements nécessite l'actualisation des normes et standard en matière de construction et d'équipement des infrastructures sanitaires de tous les niveaux de la pyramide sanitaire et la définition d'un cadre réglementaire régissant l'achat, les dons, la gestion et l'utilisation des équipements et des dispositifs médicaux. Des mesures doivent être prise pour le développement d'une nouvelle approche basée sur la maintenance préventive afin d'accroître la durée de vie des infrastructures et des équipements mis en place.

Le secteur de la médecine traditionnelle souffre encore de beaucoup de maux pour son intégration effective dans le système national de soins. A cet égard, le Ministère de la Santé doit œuvrer pour le renforcement des actions de promotion de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle qui se révèle aujourd'hui une nécessité pour la prise en

compte de son apport dans l'amélioration de l'état de santé de nos populations et le renforcement de la collaboration entre les praticiens de la médecine traditionnelle et les professionnels de la médecine moderne pour la valorisation des ressources thérapeutiques locales. Par ailleurs, le sous secteur mérite d'être réorganisé pour un meilleur suivi des actions dans le domaine.

Le développement effréné du secteur privé (cabinets privés à but lucratif ou non, ONG) impose une amélioration de la collaboration pour une meilleure mise en œuvre de la politique sanitaire. Dans cette optique, des réflexions seront poursuivies pour définir le meilleur rôle à jouer par chaque partie. Le Ministère de la Santé doit renforcer la collaboration intra et inter sectorielle pour mieux capitaliser les apports du secteur privé et ceux des autres secteurs qui ont un impact sur l'état de santé des populations. La régulation et la contractualisation avec le secteur privé permettront également d'améliorer la couverture des prestations des services de qualité à la population.

Quant aux personnes âgées de 60 ans et plus, il importe de prendre des dispositions pour leur meilleure prise en charge. Des stratégies appropriées seront donc développées pour leur offrir des soins adéquats.

Elaborer un document de politique est une condition nécessaire pour mieux orienter les actions susceptibles de satisfaire les besoins de nos populations. Pour qu'elle soit authentique, il faut que nous tous, acteurs nationaux et internationaux du secteur santé, y adhërions. C'est pourquoi nous lançons un appel pour la mobilisation indispensable de tous afin de faire de la mise en œuvre de cette politique une réussite à la mesure des attentes des populations et des différents acteurs.

Je saisis cette occasion pour féliciter 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.

J'exhorte tous les acteurs nationaux et internationaux à s'impliquer activement dans sa mise en œuvre.



Professeur Issifou TAKPARA
Ministre de la Santé

INTRODUCTION

La vision du Bénin exprimée dans le document des études nationales de perspectives à long terme Alafia 2025 met un accent particulier sur le bien être social. Dans cette logique, le Ministère de la Santé s'est donné pour mission d'œuvrer à « *l'amélioration des conditions socio sanitaires des familles sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes* ». C'est dans ce cadre que s'inscrit l'élaboration des différents documents de politique du secteur dont la mise en œuvre a permis d'initier des réformes importantes qui se poursuivent jusqu'à ce jour.

L'évaluation de la mise en œuvre du dernier document de politique a cependant mis en exergue la persistance de certains problèmes, notamment la mortalité maternelle et infantile inquiétante, la marginalisation d'une couche non négligeable de la population du système de soins et l'insuffisance de ressources humaines, matérielles et financières adéquates. La question de la gouvernance reste par ailleurs un sujet de grande préoccupation. Il s'avère donc urgent de corriger de façon durable ces insuffisances en redéfinissant les priorités du secteur sur la base des défis et enjeux majeurs auxquels il est aujourd'hui confronté.

La situation sanitaire met également en exergue la qualité peu satisfaisante des soins de santé, le faible développement des ressources humaines et de la mauvaise planification d'acquisition, de construction et de maintenance des infrastructures et des équipements. La conséquence de tout ceci est le fort taux de morbidité et de mortalité au niveau du pays. Aussi, note-t-on une précarité du mécanisme de financement du secteur, toutes choses qui ne sont pas de nature à améliorer la performance du système de santé.

A la lumière de ces problèmes, différents domaines d'intervention stratégiques ont été retenus et seront déclinés en plans opérationnels. Dans ce cadre, une attention particulière sera accordée au secteur privé pour lui permettre de jouer pleinement son rôle dans l'offre de soins tout en respectant les normes définies. Un accent sera également mis sur l'amélioration de la gestion des ressources, l'accessibilité, l'amélioration de la qualité des soins, le renforcement de la solidarité nationale, la création de pôle d'excellence et le développement de la communication interne et externe. Cette ambition requiert du secteur une optimisation de la gestion de ses ressources.

La rédaction du présent document de politique qui couvre la période 2009-2018, définit les principaux domaines stratégiques à prendre en compte pour le renforcement du système de santé à court, moyen et long termes.

L'ensemble des orientations stratégiques contenues dans ce document de politique, recherchera davantage à créer et à renforcer les conditions qui assurent une bonne santé sur une base d'égalité pour l'ensemble de la population et veillera surtout à favoriser l'accès des populations aux soins et services de santé de qualité.

L'élaboration du document de politique du secteur santé pour la période 2009-2018 a impliqué les principaux acteurs du système et a connu essentiellement trois phases :

- le cadrage et l'identification des domaines d'intervention prioritaires pour la période 2009-2018 ;
- l'élaboration et l'amendement du document ;
- la validation et l'adoption.

Le document s'articule autour des points suivants : la déclaration de la Politique Nationale de Santé, le contexte d'élaboration de la Politique Nationale de Santé, les problèmes prioritaires du secteur, les orientations stratégiques, le mécanisme de mise en œuvre et les conditions de réussite.

I. CONTEXTE D'ELABORATION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ

1.1. CONTEXTE INTERNATIONAL

La République du Bénin a adopté la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP) contenue dans la déclaration d'Alma Ata (1978) dont les grands principes portent sur l'équité, la participation communautaire et la collaboration intersectorielle. Cette option a été réaffirmée à la conférence de Ouagadougou d'avril 2008 en particulier pour ce qui est de la santé en tant que droit humain fondamental et de la responsabilité incombant aux gouvernements de veiller à la santé de leurs populations.

Notre pays a également souscrit à l'Initiative de Bamako (IB) en 1987, mettant l'accent sur la participation communautaire et le recouvrement des coûts des soins de santé, soutenant ainsi la mise en œuvre du Programme Elargi de Vaccination intégré aux Soins de Santé Primaires (PEV/SSP).

Mieux, notre pays a adhéré à plusieurs décisions et recommandations africaines régissant la santé dont notamment :

- la déclaration de Dakar relative à l'épidémie du SIDA en Afrique (1992) ;
- la déclaration de Tunis relative au "SIDA et l'enfant africain"(1994) ;
- l'appel d'Alger pour l'intensification de la lutte contre le SIDA en Afrique adopté par la 2ème session de la Commission du Travail et des Affaires Sociales de l'OUA (Avril 2000) ;
- la déclaration d'Abuja sur l'initiative « Faire reculer le paludisme » en Afrique (Avril 2000) ;
- l'engagement d'actions de Ouagadougou pour la mise en œuvre des décisions et recommandations des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA) en vue du renforcement de la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique (9 mai 2000) ;
- le Nouveau Partenariat pour le développement de l'Afrique : NEPAD (mai 2002)
- la déclaration d'Alger sur la recherche pour la Santé dans la Région Africaine de juin 2008
- la Déclaration de Stockholm sur l'Environnement humain (1972) ;
- la Convention de Bamako sur les Déchets dangereux (1991) ;
- la Déclaration du Millénaire et les Objectifs subséquents du Millénaire pour le Développement (2000) ; Le secteur de la santé est leader pour l'atteinte de trois des huit objectifs retenus au niveau mondial à savoir : i) Réduire la mortalité des

enfants de moins de 5 ans (OMD 4) ; ii) Améliorer la santé maternelle (OMD 5) ; iii) Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies (OMD 6)

- le Plan d'action de Johannesburg (2002), adopté par le Sommet mondial sur le Développement durable ;
- la Stratégie pour la Santé en Afrique de l'Union africaine (2007) ;
- la Déclaration d'Alger sur la Recherche pour la Santé en Afrique (2008) ;
- la Déclaration d'Ethekwini sur l'Hygiène et l'Assainissement (2008) ;
- la Déclaration de Bali sur la Gestion des Déchets au service de la Santé et des Moyens de Subsistance ;
- la déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique d'août 2008
- la Déclaration d'Abuja en 2001, l'objectif fixé par les Chefs d'Etat est de consacrer 15% des dépenses publiques à la santé pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Aussi, le Bénin a-t-il ratifié plusieurs instruments juridiques internationaux notamment :

- la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (1948) ;
- la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples (20 janvier 1986) ;
- la Convention relative aux Droits de l'Enfant (CDE, 3 août 1990) ;
- la Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à l'égard des Femmes (12 mars 1992) ;
- la Charte Africaine des Droits et du bien-être de l'Enfant (2 juin 1996).

1.2. CONTEXTE NATIONAL

1.2.1. Fondements nationaux de la politique sanitaire

Dans leur politique de développement, les différents gouvernements de la République du Bénin, ont toujours accordé une place privilégiée à la santé de la population. Cet effort est visible à travers :

- **la Constitution du 11 décembre 1990** : le droit à la santé, clairement stipulé par la Constitution du 11 décembre 1990 en ses articles 8 et 26, est un enjeu majeur pour le développement de notre société.
- **les Etudes Nationales de Perspectives à Long Terme Bénin Alafia 2025** est l'un des fondements de la Politique Nationale de Santé et met l'accent sur le bien-être social qui repose entre autres sur : (i) un système éducatif efficace et performant ; (ii) des soins de santé de qualité ; (iii) de l'eau potable, de l'électricité et un habitat sain pour tous et; (iv) un cadre de vie sain.
- **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 politique sectorielle puis opérationnalisées à travers la Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté.

En terme d'engagement pour le secteur de la santé dans les OSD, il est retenu de développer d'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 différentes générations de la **Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRP)** 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 la Politique Nationale de Santé (PSN) sur la SCRП, le secteur de la Santé vise à traduire la stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté dans ce secteur en assurant l'amélioration de la santé de la population dans un contexte de pauvreté ; l'éradication de la pauvreté et l'amélioration de la qualité de vie des populations étant un des défis de la SCRП. Ainsi, la Politique Nationale de Santé contribuera à relever ce défi national.

1.2.2. Situation géographique

Située sur le golfe de Guinée, la République du Bénin, est un pays de l'Afrique de l'Ouest, limité au Nord par le Niger, au Nord-Ouest par le Burkina Faso, à l'Ouest par le Togo, à l'Est par le Nigéria et au Sud par l'Océan Atlantique. Il couvre une superficie de 114.763 km² et s'étend sur une longueur de 700 km. Sa largeur varie de 125 km (le long de la côte) à 325 km (latitude de Tanguéta) et présente de vastes étendues sous peuplées au nord (Alibori 20 hbts/km², Atacora 27 hbts/km²) et des zones méridionales surpeuplées (Ouémé 570 hbts/km², Littoral 8419 hbts/km²).

1.2.3. Contexte 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.

La croissance démographique exerce une très grande influence sur l'évolution de la demande sociale d'une part et une forte pression sur les ressources disponibles d'autre part.

Il s'en suit donc :

- Une forte urbanisation entraînant une augmentation de la demande des services sociaux de base (éducation, santé, logements, transports etc.)

Mettre INSAE¹ RGPH 2002

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

- 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, interpellier les décideurs, du développement économique et social et les planificateurs. Ainsi les acteurs de la santé doivent tenir compte de l'évolution des variables démographiques dans le cadre de la prise de décision, de la planification, de la gestion des ressources et des orientations politiques ultérieures.

1.2.4. Organisation de l'administration territoriale

Le territoire national est découpé en 12 départements subdivisés en 77 communes regroupant 546 arrondissements. Ces derniers sont constitués de 3557 villages et quartiers de villes. A chacune de ces entités administratives correspond un niveau de décision.

1.2.5. Contexte sanitaire

1.2.5.1. Organisation du système de santé

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 la mise en œuvre des projets et programmes de santé. A ce niveau, correspondent des structures de soins de références que sont : le Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) Hubert Koutoukou MAGA, le Centre National Hospitalier de Pneumo-phtisiologie (CNHPP), le Centre National Hospitalier de Psychiatrie (CNHP), le Centre National de Gérontologie (CNG) et l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL), le Laboratoire Central du Service National des laboratoires de santé publique.
- **le niveau intermédiaire ou départemental** est administré par le Directeur Départemental de la Santé. La direction départementale est chargée de la mise en œuvre de la politique sanitaire définie par le gouvernement, de la planification et de la coordination de toutes les activités des services de santé en périphérie. Elle organise aussi la surveillance épidémiologique dans le département. Le CHD constitue le centre de référence pour les cas provenant des hôpitaux de zone.
- **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 (hôpital de zone), et destiné à desservir une aire qui abrite entre 100.000 et 200.000 habitants.

1.2.5.2. Profil sanitaire

Le profil sanitaire du Bénin est caractérisé en 2008 par une morbidité élevée surtout en ce qui concerne les maladies transmissibles à potentiels épidémiques telles que la **poliomyélite** (88 cas), la **rougeole** (1952 cas avec 15 décès pour un taux de létalité de 0,76%), le **tétanos néo-natal** (24 cas avec 6 décès pour un taux de létalité de 25%), la **fièvre jaune** (106 cas avec 1 décès pour un taux de létalité de 0,9%), le **choléra** continue d'évoluer sur un mode endémo-épidémique dans le pays. En 2008, 1316 cas ont été enregistrés avec 3 décès (TL : 0,2%). De plus, le Bénin se trouvant dans la ceinture méningitique, 817 cas de **méningite** ont été enregistrés avec 124 décès pour un taux de létalité de 15%. Enfin, pour les **diarrhées fébriles**, 168 décès ont été notés sur 76 731 cas enregistrés pour un taux de létalité de 0,2%.

Par ailleurs, l'incidence des trois maladies prioritaires: le paludisme, les IST/VIH/Sida et la tuberculose demeure inquiétante.

Malgré les progrès accomplis dans le domaine de la prévention et du traitement, les statistiques sanitaires nationales de 2008 révèlent que le paludisme se situe toujours au 1er rang des affections et représente 39,6% des motifs de recours aux soins dans les formations sanitaires ; ce chiffre est de 43,5 % chez les enfants de moins de 5 ans. Le paludisme constitue également la première cause d'hospitalisation tant pour la population générale que pour les enfants de moins de 5 ans, avec respectivement 20,1 % et 34,6 % des causes d'hospitalisation en 2008. Il constitue donc un problème majeur de santé publique au Bénin à cause des pertes en vies humaines, du coût élevé pour la prise en charge des cas et sa part dans la mortalité maternelle et infantile.

Par rapport au VIH/SIDA, sa prévalence est restée stable à 1,2% chez les 15-49ans³, avec une prédominance chez les femmes (1,5% contre 0,8%) ; ce ratio est assez similaire avec ceux des pays de la sous-région. Cette prévalence paraît plus importante (i) en milieu urbain (1,7% contre 0,9% en milieu rural) et (ii) dans la tranche d'âge de 30-34 ans pour les femmes et de 35-39 ans pour les hommes. En particulier, c'est à Cotonou que la prévalence du VIH est la plus élevée (2,8 % contre 2,0 % dans les Autres Villes). Dans les départements, le niveau de séroprévalence varie d'un maximum de 3,5 % dans la Donga et de 2,8 % dans le Littoral à moins d'1% dans les départements de l'Alibori, des Collines, de l'Ouémé et du Zou⁴.

Quant à la tuberculose, son taux d'incidence est passé de 4,6% en 2004 à 4,4% en 2008. Elle fait partie des maladies opportunistes du VIH/SIDA. En 2008, 53 Centres de Dépistage et de Traitement (CDT) répartis dans le pays ont participé au dépistage et à la prise en charge des malades. Cette décentralisation a permis d'enregistrer un taux de succès thérapeutique de 85%.

³ EDS III 2006

⁴ EDS III 2006

La situation actuelle de ces trois maladies prioritaires fait apparaître que leur impact va au-delà de la santé et influence négativement le développement du pays.

De plus, les autres maladies transmissibles comme l'ulcère de Buruli, la lèpre et la drépanocytose présentent également un tableau de morbidité non reluisant.

Par ailleurs, le Bénin paie un lourd tribut en termes de mortalité et de morbidité dues aux **Maladies Non Transmissibles (MNT)**.

1.2.5.3. Santé de la mère et de l'enfant

Bien que la couverture en infrastructures sanitaires soit améliorée, beaucoup de femmes meurent en voulant donner la vie. Selon les données de l'Enquête Démographique et de Santé III, le taux de mortalité maternelle (TMM) est estimé à 397 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes pour la période 1999-2006. Il faut noter que la mortalité maternelle n'a diminué que de 20 % sur les 10 dernières années et reste donc très élevée. Ceci risque de ne pas permettre au Bénin d'atteindre l'OMD n° 5 en 2015 à savoir « *Réduire le taux de mortalité maternelle de 397 pour cent mille en 1996 à 125 pour 100 000 naissances vivantes*⁵ ».

Selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS III), entre 2001 et 2006, sur 1000 enfants qui naissent, 67 décèdent avant d'atteindre leur premier anniversaire : 32‰ entre 0 et 1 mois et 35 ‰ entre 1 et 12 mois. Par ailleurs, on note que pour 1000 enfants ayant atteint leur premier anniversaire, 62 décèdent avant d'atteindre leur cinquième anniversaire et, globalement sur 1000 naissances, 125 décèdent avant d'atteindre leur cinquième anniversaire.

Les causes immédiates des décès sont connues: il s'agit principalement des affections néonatales, du paludisme, des diarrhées, des pneumonies. La malnutrition contribue à plus de 35% de ces décès d'enfants de moins de cinq ans. Bien que ces maladies soient évitables et curables, la tendance actuelle de réduction de la mortalité infanto-juvénile est en deçà des attentes et compromet l'atteinte de l'OMD n° 4 « *Réduire le taux de mortalité infanto-juvénile de 166,5 pour mille en 1996 à 62 pour mille en 2015* ».

Par ailleurs la malnutrition par carence en micronutriments est également répandue et dévastatrice. Au Bénin, près de huit enfants de 6-59 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.

⁵ Chiffre révisé PNDS

1.2.5.4. Hygiène et Assainissement de Base

La situation du sous secteur hygiène et assainissement n'est pas reluisante, malgré les efforts déployés par le Gouvernement et les Partenaires Techniques et Financiers. Elle est caractérisée par :

- une insuffisance dans l'accès à l'eau potable, une gestion non acceptable des déchets et une pénurie d'ouvrages d'assainissement. 31,7% de la population béninoise n'a pas accès à une eau potable et 68,8% ne dispose pas d'ouvrages d'assainissement adéquats⁶ ;
- une très faible utilisation des latrines, des fosses septiques, des latrines à chasses manuelles et des latrines à fosses ventilées par les ménages. Moins de 8% des ménages en milieu urbain ne disposent pas d'installations sanitaires ;
- une mauvaise condition de stockage et de conservation des aliments, l'exposition des denrées aux mouches, à la poussière et aux gaz d'échappement des véhicules ; la manipulation non hygiénique des aliments et l'utilisation d'ustensiles ou de récipients malpropres. A peine 4% des ménages se lavent les mains à l'eau et au savon aux moments critiques ;
- une mauvaise gestion des déchets biomédicaux qui sont le plus souvent mélangés aux ordures ménagères pour se retrouver dans les dépôts sauvages à l'intérieur des grandes villes. Cette mauvaise gestion s'explique par l'insuffisance d'incinérateur dans les formations sanitaires et le déficit de formation des agents de santé dans le domaine ;

1.2.5.5. Vaccination

Les activités de vaccination sont effectuées dans toutes les formations sanitaires publiques ou privées du Bénin avec une couverture sanitaire de plus de 80%, 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 stratégies avancées, les campagnes de vaccination. On note cependant des dysfonctionnements à tous les niveaux de ce sous-secteur liés à :

- une capacité limitée de stockage de vaccins due à l'insuffisance de la chaîne de froid dans les formations sanitaires, au non renouvellement des pièces de rechange de la chaîne de froid existante, à l'absence de contrats de maintenance ;
- un vieillissement des équipements et du matériel roulant à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, avec pour exemple un nombre élevé de motos amortis (63%) et de véhicules amortis (48,5%)⁷.

1.2.5.6. Sous secteur pharmaceutique

De nos jours, ce sous secteur 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.

⁶ EDS III

⁷ Source : DNPEV-SSP

1.2.5.7. Médecine traditionnelle

La pharmacopée et la médecine traditionnelle occupent une grande place dans l'offre de soins aux populations. Dans le cadre de la collaboration et de la promotion de la médecine traditionnelle, le Ministère de la Santé œuvre à la valorisation des ressources thérapeutiques locales.

1.2.5.8. 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 sont irrégulières 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.

1.2.5.9. Explorations diagnostiques : laboratoires d'analyses biomédicales et imagerie médicale

Les activités du sous-secteur des explorations diagnostiques sont incontournables dans tout processus de prise en charge individuelle ou collective. 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 est balbutiant et inexistant dans l'imagerie médicale.

1.2.5.10. Recherche en Santé

Au Bénin, le pilier majeur de développement du secteur santé que constitue la recherche ne joue pas encore pleinement sa partition. 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. Cette situation pourrait s'expliquer par une méconnaissance des travaux de recherche effectués dans le pays, corollaire de la faible vulgarisation des résultats de ces travaux et la non perception de l'utilité des résultats de recherche par les acteurs et décideurs.

Par ailleurs, beaucoup de pistes de recherche pour la santé demeurent non explorées faute de ligne budgétaire des politiques en faveur de la recherche et des mauvaises conditions de vie et de travail des chercheurs. Or, conformément à la déclaration d'Alger l'Etat doit affecter à la recherche et au renforcement des capacités dans ce domaine au moins 2 % des dépenses nationales de santé et au moins 5 % de l'aide

extérieure destinée aux projets et programmes de santé, et investir davantage dans la recherche pour améliorer les systèmes de santé.

1.2.5.11. 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 principal système qui génère l'information sanitaire est le Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS). Ce système produit les données de routine sur les activités des formations sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, lesquelles sont complétées par celles des sous-systèmes du secteur de la santé. Néanmoins quelques insuffisances freinent son bon fonctionnement. Au nombre de celles-ci, on note entre autres, l'insuffisance de coordination dans le processus de collecte des données, la faible intégration des données du secteur privé (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).

1.2.6. Ressources du secteur

Le secteur de la santé est confronté à une insuffisance de ressources et à une mauvaise gestion de celles existantes. On distingue trois catégories de ressources : les ressources financières, humaines et matérielles.

1.2.6.1. 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. 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 selon la Déclaration d'Abuja en 2001, l'objectif fixé par les Chefs d'Etat est de consacrer 15% des dépenses publiques à la santé pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

1.2.6.2. Ressources humaines

Quatre problèmes caractérisent la situation des ressources humaines dans le secteur de la santé :

- l'insuffisance de personnel médical et paramédical, notamment le 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 baisse de motivation chez les agents ;
- l'inadéquation de la production des professionnels de santé avec les besoins en compétence du secteur.

1.2.6.3. Ressources matérielles

La situation des ressources matérielles du secteur est caractérisée par :

- une disparité dans la répartition des infrastructures sanitaires, malgré l'amélioration du taux de couverture ces dernières années ;
- l'état de délabrement d'environ 40% de ces infrastructures qui ne sont pas pour la plupart conformes aux normes ;
- l'irrégularité des inventaires du parc d'équipements et la lenteur dans la procédure d'achat des pièces détachées ;
- la non durabilité des infrastructures et des équipements souvent acquis à des coûts très onéreux, puisqu'ils se retrouvent très vite hors d'usage faute de maintenance (préventive et curative).

1.2.7. Secteur privé

Avec l'avènement du libéralisme économique, on assiste à une floraison d'unités médicales privées. A titre indicatif, en 1997, on a dénombré 580 formations sanitaires privées toutes catégories confondues, pour tout le pays. 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 abrite seulement 9,75% de la population.

L'intégration opérationnelle des activités du secteur privé dans la Politique Nationale de Santé du secteur santé n'est pas encore chose effective.

1.2.8. 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). Selon les statistiques de 2008, le taux de fréquentation des soins de santé est de 45,1%.

1.2.9. Gouvernance au niveau du secteur

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).

II. PROBLEMES PRIORITAIRES

Suite à l'analyse de la situation sanitaire du pays, et tenant compte du 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 les sept problèmes prioritaires suivants ont été retenus pour le secteur :

- 1- faible accessibilité des populations aux services sociaux de base (éducation, santé, eau, hygiène et assainissement etc.) ;
- 2- mauvaise planification d'acquisitions adaptées aux besoins, 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 cinq (5) préoccupations majeures du secteur à savoir :

- 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.

III. ORIENTATIONS STRATEGIQUES EN MATIERE DE SANTE

3.1. 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 préconisée par les 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.

3.2. Vision du secteur

La vision du secteur est fondée sur la vision globale du Bénin contenue dans les Etudes Nationales de Perspectives à Long Terme Bénin 2025. Cette vision sera progressivement concrétisée grâce à la mise en exécution des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), des perspectives décennales, de la Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRP), des Orientations Stratégiques du Gouvernement (OSD) et des différents Programmes d'Actions du Gouvernement. Les actions visant l'amélioration des conditions socio- sanitaires des populations y occupent une place de choix.

De plus, 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 ».

3.3. But de la Politique Nationale de Santé

Le but de la Politique Nationale de Santé est de contribuer au bien-être des populations. Ce but est défini à partir de notre vision d'un système national de santé qui doit être un système intégré, garantissant la santé pour tous avec solidarité, équité, éthique et offrant des soins et services de santé de qualité, accessibles géographiquement et financièrement, avec la participation effective et de tous les acteurs.

La mission du Ministère de la Santé étant d'«améliorer les conditions socio-sanitaires des familles sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes», le but de la Politique Nationale de Santé ne pourra être atteint qu'avec un ferme engagement politique, un leadership fort, un travail d'équipe et l'enthousiasme à servir et à assister les autres surtout la frange des pauvres et démunies, les femmes et les enfants de moins de cinq ans.

Pour atteindre ce but, la Politique Nationale de Santé se fixe les objectifs ci-après:

3.4. Objectifs de la Politique Nationale de Santé

3.4.1. Objectif général

L'objectif général de la Politique Nationale de Santé est d'«*améliorer l'état de santé de la population béninoise sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes* »

3.4.2. Objectifs spécifiques

Il s'agit de façon spécifique de :

- 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) ;

- renforcer le partenariat pour la santé ;
- améliorer la gouvernance et la gestion des ressources dans le secteur santé.

Pour atteindre les objectifs spécifiques, un certain nombre de stratégies ont été identifiées.

3.5. Stratégies par objectif spécifique

Objectif n° 1 : 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)

➤ **Promotion des soins préventifs**

Les principales actions du Gouvernement doivent contribuer à l'amélioration du cadre de vie des populations. Le Ministère de la Santé s'emploiera donc à renforcer le partenariat intersectoriel pour la viabilisation et l'assainissement des zones d'endémies, les capacités et les compétences des acteurs impliqués dans la prévention (Police sanitaire, agents de santé, relais communautaire etc.) devront être renforcées ; la communication sociale en santé pour un changement de comportement des populations sera intensifiée. Il accent particulier doit être mis sur le renforcement de la lutte contre les maladies par le développement des capacités de lutte du Ministère de la santé contre : (i) le paludisme, (ii) le Sida, (iii) la tuberculose et (iv) autres maladies d'importance

➤ **Amélioration de la qualité des soins curatifs**

Dans la perspective de l'atteinte des OMD, les actions visant la réduction de la mortalité maternelle et infantile doivent être renforcées à travers la disponibilité et l'accessibilité du paquet optimal d'interventions obstétricales et néonatales à haut impact 24 h sur 24 h dans tous les hôpitaux nationaux et départementaux, ainsi que dans toutes les formations sanitaires (centres de santé et hôpitaux de zones) y compris les services de prise en charge des maladies associées à la grossesse (paludisme, VIH, autres maladies transmissibles, malnutrition, ...) ; le ministère de la santé doit également rendre disponible les services obstétricaux et néonataux de qualité dans toutes les formations sanitaires et mettre en place des mesures visant à favoriser la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des services de planification familiale et de la prise en charge de la santé des adolescents et jeunes. Les actions de l'Agence Nationale de Gratuité de la Césarienne, devront être renforcées et la création d'une agence de prise en charge médicale des enfants de moins de 5 ans est devenue aujourd'hui une nécessité pour le secteur.

➤ **Renforcement de la surveillance épidémiologique**

Les données épidémiologiques actuelles ne permettent pas de se faire une idée exacte de l'ampleur de certaines maladies à potentiel épidémiques et des maladies tropicales négligées en raison de la sous notification des cas. Il sera nécessaire de renforcer le suivi des activités des sites sentinelles et d'améliorer la performance du système national d'information sanitaire.

➤ **Renforcement des activités de soutien et de promotion de la santé**

A côté des prestations techniques de santé, certaines activités de soutien interviennent d'une manière très significative dans l'amélioration de l'offre de soins. Le renforcement de ces activités consistera à améliorer la conception et la gestion des programmes de santé, à développer une stratégie nationale de la documentation sanitaire et des archives, à renforcer le SNIGS, à utiliser de façon optimale les nouvelles technologies de l'information au sein des services de santé, à développer une politique nationale d'IEC/Santé et la recherche en santé.

➤ **Développement des services à base communautaire**

Il s'agira de renforcer la participation communautaire à l'offre de soins de base de qualité contribuant ainsi à l'accroissement de la couverture sanitaire nationale. Pour ce faire, un effort particulier sera fait pour assurer une mobilisation sociale conséquente, former et encadrer les agents des services à base communautaire et renforcer leurs capacités d'action.

Objectif n° 2 : renforcer le partenariat pour la santé

➤ **Promotion de modes de financement de la santé**

La question de la prise en charge des coûts de la santé constitue un obstacle majeur à l'accessibilité financière des populations aux soins dont une grande partie vit en dessous du seuil absolu de pauvreté. Il apparaît nécessaire de promouvoir les mécanismes de tiers payants, d'encadrer et de suivre les expériences de mutuelles de santé en cours dans le pays et adopter un dispositif crédible et efficace de prise en charge des indigents et des pauvres.

➤ **Renforcement de la participation de l'Etat et des collectivités locales au financement de la santé**

Le financement de la santé sur ressources extérieures ne doit être que complémentaire de celui sur les ressources propres de l'Etat. Aussi, des actions de plaidoyer seront-elles développées auprès de l'Etat et des collectivités locales pour une participation plus importante au financement de la santé.

➤ **Renforcement de la collaboration avec les secteurs sanitaires privé et traditionnel dans l'offre de soins**

L'important développement du secteur sanitaire privé et de la médecine et pharmacopée traditionnelles devraient permettre d'augmenter l'offre de soins. Par conséquent, la participation de ces secteurs sera renforcée par des actions visant à valoriser la médecine et pharmacopée traditionnelles, à mettre en place des cadres adaptés de collaboration, à promouvoir l'approche contractuelle, à développer des mécanismes de suivi et d'évaluation de leurs activités ainsi qu'à renforcer les capacités des structures d'appui et de contrôle.

➤ **Régulation des pratiques professionnelles**

La qualité des soins est en partie tributaire du respect de l'éthique et pour chaque profession, des droits et des devoirs doivent être définis au travers d'un code d'éthique. Ainsi, il s'agira de renforcer les ordres professionnels et de leur donner les moyens d'assurer effectivement leur rôle de garants des bonnes pratiques et de défenseurs des droits et devoirs des professionnels.

➤ **Renforcement de la collaboration intersectorielle**

Les problèmes de santé sont essentiellement de nature multisectorielle, ce qui nécessite l'intervention d'autres secteurs de développement pour leur résolution alors que la coordination des actions ayant un impact sur la santé est faible. Le Ministère de la Santé devra associer davantage les secteurs connexes et notamment les services de santé des forces armées, aux actions de développement sanitaire par la mise en place de cadres appropriés de concertation, de planification, de mise en œuvre et d'évaluation des actions intersectorielles à tous les niveaux du système de santé.

➤ **Amélioration de la coordination des interventions des partenaires dans le secteur de la santé**

Les faiblesses constatées dans la coordination des interventions des partenaires diminuent l'impact de leurs apports dans le développement sanitaire. Aussi, la mise en œuvre de cette politique intégrera-t-elle les actions de promotion l'approche sectorielle du financement de la santé, d'implication des partenaires dans la planification, de renforcement des cadres de concertation et les mécanismes de suivi et d'évaluation des interventions des partenaires aux différents niveaux du système de santé.

Objectif n° 3 : améliorer la gouvernance et la gestion des ressources dans le secteur santé

➤ **Renforcement du cadre juridique et réglementaire**

Pour corriger les insuffisances des textes législatifs et réglementaires qui régissent l'organisation et le fonctionnement du secteur de la santé, il sera nécessaire de procéder à une relecture des textes existants, de combler les vides juridiques et de veiller au respect et à l'application des textes.

➤ **Mise en œuvre du plan stratégique de développement des ressources humaines en santé**

Le développement des ressources humaines est essentiel compte tenu du processus de décentralisation du système de santé et de l'autonomie de gestion accordée aux structures décentralisées. Par conséquent, les actions à entreprendre seront de renforcer la direction des ressources humaines, de mettre en œuvre le plan de développement des ressources humaines en santé pour répondre aux besoins du système de santé. En outre, il faudra mettre en place un mécanisme permettant de motiver le personnel. Afin de faciliter la mise en œuvre du plan de développement des ressources humaines, des procédures et outils de gestion doivent être élaborés et mis à la disposition des responsables qui seront formés pour leur application.

➤ **Mise en place d'un mécanisme de suivi des formations en cours d'emploi**

Un des problèmes importants du secteur de la santé est l'absence de supervision et de suivi des agents ayant bénéficié de formation en cours d'emploi, ce qui ne permet pas d'évaluer l'impact des formations ou d'utiliser judicieusement les agents formés. Pour remédier à cette situation, le Ministère doit mettre en place un mécanisme performant de suivi des formations continues.

➤ **Développement des infrastructures sanitaires et des équipements**

Il s'agira en particulier d'actualiser les normes, de normaliser les infrastructures incomplètes, de construire de nouvelles infrastructures selon la planification nationale, de renforcer les hôpitaux de référence, d'équiper les infrastructures selon les normes, d'assurer la maintenance préventive des infrastructures et des équipements, de suivre la planification et l'application des normes.

➤ **Amélioration de la gestion de l'information sanitaire**

L'information est une dimension importante dans la prise de décision et plus encore dans le contexte d'une gestion axée sur les résultats. C'est la raison pour laquelle, les questions liées à l'exhaustivité de l'information, aux acteurs chargés de la collecte et de l'utilisation des données, aux supports de données, à leur archivage, à leur qualité, à leur transmission, au mécanisme de retro information, sont essentielles. Il s'agira d'intégrer la gestion du SNIGS dans la formation de base et dans les recyclages des personnels de santé des différentes catégories (médecins, sages femmes, infirmiers, statisticiens, informaticiens, démographes, etc....), de mettre en œuvre un programme de renforcement du SNIGS. De même, des mécanismes garantissant la prise en compte de l'ensemble des données sanitaires publiques et privées doivent être pensés et la concertation avec les structures privées de santé devra permettre l'intégration des données des cliniques, cabinets et pharmacies privées garantissant ainsi l'exhaustivité des résultats produits.

Les différentes orientations et les objectifs de santé retenus pour le secteur sont 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 ;
- ☞ le renforcement de la gestion du secteur.

3.6. Domaines stratégiques par objectif de la Politique Nationale de Santé

Tableau : Domaines par objectif spécifique de la Politique Nationale de Santé

VISION	OBJECTIF GENERAL	OBJECTIFS SPECIFIQUES	DOMAINES STRATEGIQUES
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».	Améliorer l'état de santé de la population béninoise sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes	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)	Réduction de la mortalité maternelle et infantile, la prévention, la lutte contre les maladies et l'amélioration de la qualité des soins
		Renforcer le partenariat pour la santé	Renforcement du partenariat dans le secteur, la promotion de l'éthique et de la déontologie médicale
		Améliorer la gouvernance et la gestion des ressources dans le secteur santé	Valorisation des ressources humaines
			Amélioration du mécanisme de financement du secteur
			Renforcement de la gestion du secteur

Les domaines stratégiques seront déclinés en programmes et sous programmes dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS).

IV. MISE EN ŒUVRE ET SUIVI EVALUATION DE LA POLITIQUE

4.1. Mécanisme de mise en œuvre

La mise en œuvre de la politique doit se faire par l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) décliné à son tour en Plans Triennaux de Développement (PTD) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ces PTD doivent être traduits en Plans de Travail Annuel (PTA).

4.2. Mécanisme de suivi et d'évaluation

Le suivi et l'évaluation de la politique du secteur, se fait d'une part, à travers le suivi et l'évaluation des différents plans qui en découlent et d'autre part à travers les cadres de concertation que sont :

- **Au niveau national**, le Comité National du suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets/Programmes, la Réunion des Partenaires Techniques et financiers intervenant dans le secteur, la Délégation du Contrôle Financier, l'Inspection Générale de l'Etat, les organes de lutte contre la corruption et le cadre de partenariat Secteur Public / Secteur Privé
- **Au niveau intermédiaire**, le Comité Départemental du suivi de l'Evaluation et de l'Exécution des Projets/Programmes (CDEEP), la Délégation du Contrôle Financier,

l'Inspection Générale de l'Etat, les organes de lutte contre la corruption et le cadre de partenariat Secteur Public / Secteur Privé

- **Au niveau périphérique**, le Comité de Santé, les Comités de Gestion, l'Inspection Générale de l'Etat, les organes de lutte contre la corruption et le cadre de partenariat Secteur Public / Secteur Privé.

V. CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE

5.1. *Analyse des contraintes*

Les contraintes de mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé sont essentiellement d'ordre politique, économique et socio-culturel liées à la pauvreté, au bas niveau d'éducation des populations et à la persistance de pratiques néfastes à la santé. Par ailleurs la résolution des problèmes de santé est complexe du fait de leur caractère multisectoriel.

5.2. *Conditions de succès*

Le succès de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé nécessitera une coordination intrasectorielle et une gouvernance et un leadership affichés des décideurs du secteur de la santé en vue de pouvoir assurer la coordination des différentes interventions dans le secteur de la santé. Elle nécessitera également une collaboration multisectorielle, notamment avec les autres départements ministériels, les ONG /Associations et la société civile.

Un changement des comportements et une adhésion de tous les acteurs seront indispensables. En outre, il faudra un engagement national au plus haut niveau et la dynamisation des corps de contrôle à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.