



Organisation
mondiale de la Santé

Région africaine

Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Bénin

2023 - 2027





Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Bénin 2023 - 2027

ISBN : 978-929031404-2

© Région africaine, 2024

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué cidessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Bénin 2023 - 2027. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé, Région africaine, 2024. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Toutes les photos : © OMS

Conception et mise en page : Cotonou, Bénin



Organisation
mondiale de la Santé

Région africaine

Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Bénin

2023 - 2027



Table des matières

MESSAGE DU MINISTRE DE LA SANTÉ	VI
MESSAGE DE LA DIRECTRICE RÉGIONALE DE L'OMS POUR L'AFRIQUE	VII
AVANT-PROPOS DU REPRÉSENTANT DE L'OMS AU BÉNIN	VIII
RÉSUMÉ D'ORIENTATION	X
1. INTRODUCTION	1
2. CONTEXTE NATIONAL	3
2.1 Contexte socio-économique et politique	3
2.2 Genre, équité et droits humains	4
2.3 Profil sanitaire et santé de la population	5
2.4 Performances du système de santé et couverture sanitaire universelle	8
2.4.1 Infrastructures sanitaires et offre de soins	9
2.4.2 Ressources humaines pour la santé	10
2.4.3 Produits et technologies de santé	10
2.4.4 Financement de la santé	11
2.4.5 Information sanitaire et recherche	12
2.4.6 Leadership et gouvernance	13
2.5 Sécurité sanitaire et gestion des urgences de santé publique	14
2.6 Promotion d'une population en meilleure santé	15
2.6.1 Santé et environnement, impact du changement climatique sur la santé	16
2.6.1 Insécurité alimentaire et nutrition dans le contexte humanitaire actuel	16
2.6.3 Santé dans toutes les politiques	16
3. PARTENARIAT POUR LA SANTÉ	17
3.1 Principaux partenaires au développement sanitaire	18
3.2 Rôle de l'OMS dans le dialogue politique et la coordination des partenaires	19
3.3 Collaboration avec le système des Nations Unies	19
4. COLLABORATION ENTRE L'OMS ET LE BÉNIN	21
4.1 Principales réalisations de l'OMS au cours du cycle de la SCP3	22
4.2 Enseignements tirés de la mise en œuvre de la SCP 2017-2021	24
5. PRIORITÉS STRATÉGIQUES	27
6. MISE EN ŒUVRE	35
6.1 Principes de coopération	36
6.2 Ressources nécessaires.	36
7. SUIVI ET ÉVALUATION	38
7.1 Suivi et évaluation	39
7.2 Cadre des Résultats	41

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : La carte administrative du Bénin	3
Figure 2 : Les tendances relative aux taux de mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans au Bénin entre 1990 et 2021	6
Figure 3 : L'indice de couverture sanitaire universelle	8
Figure 4 : La pyramide sanitaire du Bénin	9
Figure 5 : Les dépenses de santé recensées au Bénin	12
Figure 6 : L'organigramme du bureau de l'OMS au Bénin	36
Figure 7 : Les principaux jalons, approches et activités de suivi-évaluation de la SCP	39

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les principaux indicateurs de l'état de santé	5
Tableau 2 : Les 10 causes principales de décès au Bénin	7
Tableau 3 : La prévalence des facteurs de risques	7
Tableau 4 : L'évolution des principaux risques contribuant aux années de vie ajustées sur l'incapacité pour 100000 habitants entre 2009 et 2019	8
Tableau 5 : Les principaux indicateurs liés à la couverture sanitaire	10
Tableau 6 : La répartition des crédits attribués au niveau infranational	11
Tableau 7 : Le portrait synoptique des aléas à risque modéré et à risque élevé	14
Tableau 8 : La situation des évaluations des indicateurs du RSI en juillet 2023	15
Tableau 9 : Les principaux domaines d'intervention selon les partenaires du secteur de la santé	18
Tableau 10 : Les principales réalisations de l'OMS au cours du cycle de la SCP3	22
Tableau 11 : La situation des ressources financières en dollars des États-Unis pour la période de la SCP 3	24
Tableau 12 : Les principaux défis et analyse FFOM de la présence et de l'action de l'OMS	25
Tableau 13 : Les domaines et approches d'interventions de la période stratégique 1	28
Tableau 14 : Les domaines et approches d'interventions de la période stratégique 2	30
Tableau 15 : Les domaines et approches d'interventions de la période stratégique 3	31
Tableau 16 : Les domaines et approches d'interventions de la période stratégique 4	32
Tableau 17 : La SCP 2023-2027 - Priorités stratégiques recensées et alignement sur l'UNSDCF et le PNDS	33
Tableau 18 : Le nombre et les profils des membres du personnel recrutés sur le plan national et ceux du personnel supplémentaire recruté sur le plan international	37
Tableau 19 : Le budget de la SCP4 par priorité stratégique	37
Tableau 20 : Le cadre des résultats de la SCP4	41

Message du Ministre de la Santé



Les différents efforts du gouvernement béninois dans divers domaines et notamment dans le secteur de la santé en vue de « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge » (ODD3), ont permis de classer le Bénin à la première place parmi les pays de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) en 2018.

Le Bénin se félicite de la présence depuis 1971 de l'organisation mondiale de la santé (OMS) dans le pays et c'est naturellement avec un réel motif de satisfaction pour moi, que de disposer d'un document d'importance comme la quatrième génération de Stratégie de Coopération Pays (SCP4) de l'OMS avec le Bénin. Cette SCP4 qui couvre la période 2023-2027, est le fruit d'un processus participatif, inclusif et consensuel et est un cadre stratégique institutionnel à moyen terme définissant les principales priorités de la coopération technique de l'OMS avec l'État

Bénois.

Tout au long de ce processus, l'Etat béninois a affirmé son leadership et conséquemment, cette SCP4 est bien arrimé non seulement aux principaux référentiels nationaux (notamment le Plan national de Développement – PND – Programme de croissance et de développement durable-PC2D et le Programme d'Action du gouvernement – PAG) mais également à ceux régionaux et internationaux (agenda 2030 du développement durable, agenda 2063 de l'Union Africaine, le 13ième Programme Général de Travail - PGT13 de l'OMS...)

En vue de permettre à tous les béninois de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge », le gouvernement béninois à travers le ministère de la santé et les autres ministères connexes, l'OMS, le système des Nations unies conjugueront sans nul doute, leurs efforts dans la mise en œuvre de la présente stratégie de coopération.

C'est à ce prix que le défi majeur qu'est la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) en ne laissant personne de côté sera relevé.

Prof. Benjamin HOUNKPATIN
Ministre de la Santé



Message de la Directrice Régionale de l'OMS pour l'Afrique



La quatrième génération de la Stratégie de coopération avec les pays, déployée par l'Organisation mondiale de la Santé, cristallise le

programme de réforme majeur adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé pour renforcer les capacités de l'OMS à répondre aux besoins des pays.

La Stratégie de coopération avec les pays (SCP) définit la vision à moyen terme, de même qu'un cadre de coopération spécifique de l'OMS avec les États Membres. Elle reflète les initiatives en cours du programme de transformation de l'OMS dans la Région africaine, ainsi que les principes clés du treizième programme général de travail. Elle vise à accroître la pertinence de la coopération technique de l'OMS avec les États Membres et se concentre sur l'identification des priorités et des interventions efficaces dans la mise en œuvre du budget-programme de l'OMS. L'objectif visé par la Stratégie de coopération avec les pays est de rendre l'OMS plus efficace et plus efficiente dans l'appui qu'elle fournit aux pays, notamment à travers des interventions adaptées aux besoins et aux priorités de chaque pays.

En effet, la quatrième génération de la Stratégie de coopération avec les pays s'appuie sur les enseignements tirés de la mise en œuvre de la troisième génération de la même stratégie, principalement en ce qui concerne le programme stratégique du pays, tel que défini dans les documents de politiques, les stratégies, les plans sanitaires et dans le cadre du partenariat pour le développement durable des Nations Unies. Ces Stratégies de coopération se doivent également d'être en harmonie avec les contextes mondial, continental et régional de la santé et ainsi, permettre d'accélérer les investissements en faveur de la couverture sanitaire universelle.

La progression vers la couverture sanitaire universelle requiert la prestation de services de santé de qualité, intégrés, centrés sur la personne, accessibles à tous et abordables. Pour y arriver, j'exhorte les bureaux de pays de l'OMS à utiliser efficacement la stratégie de planification opérationnelle pour un plaidoyer robuste en faveur de la mobilisation des ressources, et pour

le renforcement des partenariats, ainsi que de la présence de l'OMS dans le pays.

Ces dernières années, le Bénin et l'OMS ont mis en œuvre trois stratégies de coopération ayant contribué de manière substantielle aux progrès enregistrés dans le domaine de la santé. Je voudrais féliciter le Gouvernement du Bénin pour son leadership et pour les avancées significatives accomplies en faveur du bien-être et de la santé des populations, notamment en ce qui concerne des aspects tels que : la mise en place de l'Autorité de réglementation du secteur de la santé ; l'expansion de l'offre du paquet d'interventions à fort impact dans les formations sanitaires pour la réduction de la mortalité maternelle néonatale et infanto juvénile ; les initiatives en faveur du développement de la santé communautaire ; et le renforcement de la capacité de riposte et de réponse aux menaces et situations d'urgence sanitaire.

Je tiens à remercier le Ministère de la Santé et l'équipe du bureau de pays de l'OMS au Bénin pour avoir conduit un exercice rigoureux, en consultation avec les partenaires afin de déterminer comment l'OMS peut contribuer au mieux au développement sanitaire. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique s'engage pleinement à fournir les soutiens stratégique et technique nécessaires pour l'atteinte des objectifs stratégiques énoncés dans la présente stratégie de coopération.

J'invite tout le personnel de l'OMS dans les pays, sous la supervision des Représentants de l'OMS, à redoubler d'efforts pour garantir une mise en œuvre efficace des priorités déclinées dans ce document, de manière à améliorer la santé et le bien-être des populations ; autant d'éléments qui constituent des facteurs clés du développement économique et social de l'Afrique.

Il convient de préciser que des efforts accrus seront nécessaires dans les années à venir, mais je reste convaincue qu'avec un leadership fort des gouvernements engagés et une collaboration renforcée, transparente et plus résolue entre les partenaires techniques et financiers, nous pourrons travailler ensemble à la réalisation des objectifs nationaux, régionaux, et mondiaux en matière de santé, dans la perspective du développement durable.

D^{re} Matshidiso MOETI

Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique



Avant-propos du Représentant de l'OMS au Bénin

Le treizième Programme Général de Travail (13^{ème} PGT/GPW13) place les pays au centre de l'action de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). C'est pourquoi, la Stratégie de Coopération Pays (SCP) entre l'OMS et le Bénin, se veut être le cadre de référence institutionnel à moyen terme qui guide l'action des trois niveaux de l'Organisation (Siège, régional et pays) et sa coopération technique avec le Bénin.

Elle est le fil conducteur du dialogue, de la prise de décisions politiques et de la mise en œuvre de l'action de l'OMS au niveau du Bénin pour atteindre les cibles du « Triple Milliard » du 13^{ème} PGT en général et les objectifs du Programme de Transformation de l'OMS dans la Région africaine en particulier.

Dans un cadre de gestion axée sur les résultats, la quatrième génération de Stratégie de Coopération avec le Pays (SCP4), s'articule autour des principales priorités de l'État Béninois en vue d'en faciliter la coordination. La SCP4 s'inscrit donc parfaitement dans la vision nationale déclinée dans les référentiels programmatiques du Gouvernement que sont le Plan National de Développement (PND 2018-2025) et le Programme d'Actions du Gouvernement (PAG 2021-2026).

La SCP4 (2023-2027) a pour ambition de contribuer à la réalisation de plusieurs cibles les Objectifs de Développement Durable à l'horizon 2030 priorisées par le Bénin ainsi que les aspirations de l'Agenda 2063 de l'Union Africaine pour une transformation structurelle du continent. La SCP4 s'aligne également sur le Plan Cadre de Coopération des Nations Unies pour le Développement Durable (UNSDCF) 2023-2026 au Bénin. La SCP4 (2023-2027) est conçue pour soutenir le renforcement des systèmes et services de santé en vue d'atteindre la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) et s'articule autour de cinq priorités stratégiques

qui sont issues d'une analyse critique du système de santé du Bénin afin de répondre efficacement aux défis de l'heure en matière d'urgences sanitaires, de réduction de la charge de morbidité des maladies, de l'accès des soins de santé aux plus vulnérables, de capacités des ressources humaines en santé et de promotion de la santé.

La Stratégie de Coopération Pays avec le Bénin est le fruit d'un processus participatif, inclusif et consensuel avec la participation d'une douzaine de ministères sectoriels et partenaires engagés à collaborer avec l'OMS autour des priorités suivantes :

- Renforcement des piliers du système de santé dans la perspective de la CSU ;
- Amélioration de la qualité des services et soins de santé pour tous ;
- Renforcement de la préparation, de la réponse et de la résilience aux urgences sanitaires ;
- Renforcement de l'éducation à la santé et de la promotion d'un environnement sain.

Qu'il me soit donc permis de remercier le gouvernement Béninois ainsi que les partenaires du système des Nations Unies, les partenaires techniques et financiers du secteur de la santé, la société civile, le secteur privé et autres acteurs non étatiques pour leur participation active.

L'OMS réaffirme son engagement pour la mise en œuvre de la quatrième SCP (2023-2027) grâce à un effort de collaboration axée sur la multisectorialité avec toutes les parties prenantes. La SCP4 (2023-2027) sera suivi conjointement par le Ministère de la Santé et l'OMS tout au long de sa mise en œuvre, et tout ajustement sera apporté pour répondre aux besoins émergents qui concourent à l'amélioration de la santé de la population béninoise.

Nous nous donnons rendez-vous sur le terrain pour la mise en œuvre réussie de notre SCP4 (2023-2027).

Dr KONAN, Kouamé Jean
Représentant de l'OMS au Bénin





Résumé d'orientation

Dans le but d'atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD) et particulièrement l'ODD3 « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge », l'OMS, les Etats membres et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) s'attellent ces dernières années, à relever le défi majeur qu'est la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) en ne laissant personne de côté. Dans cette dynamique, le Bénin a opté pour une politique visant la couverture sanitaire universelle de ses populations, à travers le renforcement de son système de santé et la promotion des soins de santé primaires.

Le pays a élaboré un Plan National de Développement (PND) 2018-2025 dont l'objectif est d'atteindre une croissance soutenue, durable et inclusive d'au moins 10% en 2025. Il est exposé depuis plusieurs années aux épidémies, pandémies et à différentes

situations d'urgence de santé publique dont les fièvres hémorragiques virales.

En 2020, le pays fait face à la pandémie de la COVID-19. La coordination opérationnelle et fonctionnelle, ainsi que l'approche multisectorielle « One Health » sont une réalité en cours dans le pays.

S'agissant de la situation sanitaire, les dépenses totales de santé représentaient environ 3,85% du PIB annuel. Les dépenses de santé du secteur public représentent 46,03 % du total des dépenses de santé. Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2018-2022 se veut être la traduction de la politique nationale en matière de santé (PNS) 2018-2030.

En matière de couverture sanitaire universelle, le pays a mis en place un mécanisme permettant d'étendre la couverture des services de santé et de protection

financière à sa population, avec un focus sur les pauvres extrêmes par l'adoption d'approches novatrices visant à s'attaquer aux principaux problèmes liés aux soins de santé, notamment l'équité et la participation citoyenne.

Au Bénin, les taux de mortalité maternelle, infantile, néonatale demeurent élevés. Le ratio de mortalité maternelle est de 391 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2018 (EDSB). La mortalité néonatale est de 30% naissances vivantes. Le paludisme est l'affection la plus fréquemment notifiée en consultation et en hospitalisation aussi bien pour la population générale (42,5%) que pour les enfants de moins de 5 ans (48,6%). Le paludisme grave est la principale cause de décès des enfants de moins de 5 ans (21,4%).

Présente sur le territoire national depuis 1971, l'OMS est à sa quatrième génération de la Stratégie de Coopération Pays (SCP4). Cette SCP qui couvre la période 2023-2026, est le fruit d'un processus participatif, inclusif et consensuel respectant le guide et le canevas prescrits par l'OMS (HQ/ AFRO). Elle se veut être un cadre stratégique institutionnel à moyen terme définissant les principales priorités de la coopération technique de l'OMS avec l'État Béninois. Les principaux défis auxquels le système de santé du pays est confronté sont :

- Le renforcement des capacités de leadership et de gouvernance à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- L'accroissement du financement du système de santé ;
- L'amélioration de la disponibilité et la qualité des services de santé à tous les niveaux ;
- L'accélération de la couverture sanitaire universelle (y compris la résilience du système de santé) ;
- Le renforcement de la gestion des ressources humaines ;
- Le renforcement des capacités essentielles du Règlement Sanitaire International ;
- La promotion de la santé tout au long du cycle de vie ;
- Le développement de la recherche en santé.

Divers partenaires interviennent dans le pays dans des domaines variés ; En matière de collaboration, la SCP constitue le principal instrument d'harmonisation des activités de l'OMS en synergie avec les autres organismes des Nations Unies et des partenaires au

développement en général dans le cadre de la réalisation des ODD.

La présente SCP 2023-2027 a identifié quatre (04) priorités stratégiques qui sont :

- Priorité Stratégique 1 : Renforcement du système de santé, dans la perspective de la CSU ;
- Priorité Stratégique 2 : Amélioration de la qualité des services et soins de santé pour tous ;
- Priorité Stratégique 3 : Renforcement de la préparation, de la réponse et de la résilience aux urgences sanitaires ;
- Priorité Stratégique 4 : Renforcement de l'éducation à la santé et de la promotion d'un environnement sain.

La Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Bénin, précise et renforce la dimension sanitaire du Cadre de Coopération des Nations Unies pour le Développement Durable (UNSDCF) surtout l'effet 2. Elle constitue le principal instrument d'harmonisation des activités de l'OMS au Bénin en synergie avec les autres agences des Nations Unies et des partenaires au développement en général dans le cadre de la réalisation des ODD.

Aussi, cette stratégie sera mise en œuvre à travers les actions synergiques des 3 niveaux de l'OMS durant les bienniums 2024-2025 et 2026-2027. Elle fera l'objet d'une évaluation à mi-parcours en 2025 et d'une évaluation finale en 2027.

Le budget estimatif de cette SCP s'élève à 41 627 657\$US dont 34 954 875 \$US à mobiliser. A ce titre, des activités de plaidoyer pour la mobilisation de ressources, la soumission de projets à des bailleurs potentiels et les interventions visant à combler les lacunes de financement prévues suivantes seront réalisées :

Un cadre de résultats de ladite SCP, fournit une matrice permettant de valider les liens entre ses priorités stratégiques et ses domaines d'intervention d'une part, et les politiques et cibles nationales retenues, le treizième PGT et les cibles des ODD, d'autre part.

La présentation de résultats quantitatifs parallèlement à des renseignements qualitatifs sur la mise en œuvre de la SCP permettra au représentant de l'OMS de rendre compte des résultats obtenus au titre du treizième PGT et des ODD, et de présenter une vision globale de l'impact de l'OMS au niveau du Bénin.





Introduction

La stratégie de coopération de l'OMS avec la République du Bénin pour la période 2023-2027 élaborée conjointement par l'OMS et le ministère de la Santé, en collaboration avec les principales parties prenantes du développement sanitaire national vise à accompagner la mise en œuvre du plan national de développement sanitaire et à contribuer ainsi à l'amélioration de la santé des populations béninoises.

Initié dans les années 2000, l'élaboration de Stratégies de Coopération avec les pays vise à articuler le programme de coopération de l'OMS dans chaque pays à l'agenda sanitaire national, à favoriser la réflexion stratégique et la cohérence interne au sein de l'Organisation, et à utiliser le processus de la SCP pour amorcer un dialogue politique et construire des partenariats dans la perspective d'un plus grand impact de l'OMS au niveau des pays.

Cette quatrième stratégie de coopération avec le Bénin (2023-2027), se veut être un cadre stratégique à moyen terme pour accélérer la mise en œuvre des objectifs du « triple milliard »¹ du 13^{ème} Programme General de Travail de l'OMS, des objectifs du Développement Durable horizon 2030 (ODD), des objectifs de la politique nationale de santé. Elle définit les principales priorités de la coopération technique avec

l'État Béninois dans le domaine de la santé en cohérence avec tout en tenant compte du contexte national pour faciliter la coordination avec le plan cadre de coopération des Nations unies pour le développement durable du Bénin (2023 -2026).

Le processus d'élaboration a été participatif et inclusif impliquant les structures gouvernementales, les partenaires techniques et financiers, les Organisations de la Société Civile, ainsi que les ONG et associations.

Dans le cadre de l'harmonisation avec les partenaires de santé en vue d'une coopération au développement efficace, la SCP 2023-2027 est également destinée à favoriser la contribution du Bénin aux programmes régional et mondial de santé et orienter l'appui vers les domaines dans lesquels l'OMS dispose d'un avantage comparatif.

La Stratégie de coopération avec le pays analyse le contexte national et le profil sanitaire, présente un aperçu du rôle de l'OMS dans l'appui aux efforts du pays en matière de développement sanitaire, les financements nécessaires pour la mise en œuvre des différentes priorités stratégiques retenues ainsi qu'un cadre des résultats pour le suivi et l'évaluation des progrès.

¹ Objectif du triple milliard avec i) 1 milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle ; ii) 1 milliard de personnes supplémentaires mieux protégées dans les situations d'urgence sanitaire ; iii) 1 milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et de plus de bien-être



Contexte national

2.1 Contexte socio-économique et politique

Pays de l'Afrique de l'Ouest couvrant une superficie de 114 763 km², la population totale est estimée à 12 220 528 habitants en 2020 avec un accroissement intercensitaire annuel de 3,5%. Les femmes représentent 51% de la population, les enfants de moins de cinq ans 17% et les femmes en âge de procréer 23,9%.

Le taux de croissance de l'économie béninoise est passé de 4,0% en 2016 à 6,7% en 2018. Après un fort rebond à 7,2 % en 2021, ce taux est redescendu à 6,3% 2022. Le secteur tertiaire, les impôts et taxes restent les principaux contributeurs à la croissance. Selon les données de la banque mondiale, le PIB par habitant est de 1303,22 \$ US courants.

La dynamique démographique exerce une pression sur les efforts du développement dans un contexte de pauvreté persistante (40,1% de la population vit en deçà du seuil de pauvreté). Le taux d'activité de la tranche âgée de 15 ans et plus était de 67,9% en 2015. Selon le Rapport sur le développement humain 2021/2022 du PNUD, le Bénin est classé 166e sur 191 pays avec un IDH de 0,525 dans le groupe de "développement humain faible".

Sur le plan administratif, le Bénin est une république multipartite à régime présidentiel. Le pouvoir exécutif est aux mains du gouvernement tandis que le pouvoir législatif est partagé entre le gouvernement et le parlement. Le pouvoir judiciaire est indépendant des deux premiers.

Dans le but de permettre un développement intégré et durable de toutes les communautés et rendre effective la décentralisation, le pays s'est doté d'un corpus législatif permettant l'organisation de l'administration territoriale. Selon la loi n° 2013-05 du 15/02/2013 portant création, organisation, attributions et fonctionnement des unités administratives locales en République du Bénin, le pays compte 5292 villages et quartiers de ville, 546 arrondissements, 77 communes et 12 départements que sont : Alibori, Atacora, Atlantique, Borgou, Collines, Couffo, Donga, Littoral, Mono, Ouémé, Plateau et Zou. La Préfecture assure dans le département la représentation de l'État et du Gouvernement et est dirigé par un préfet. Le pays compte ainsi 12 préfectures.

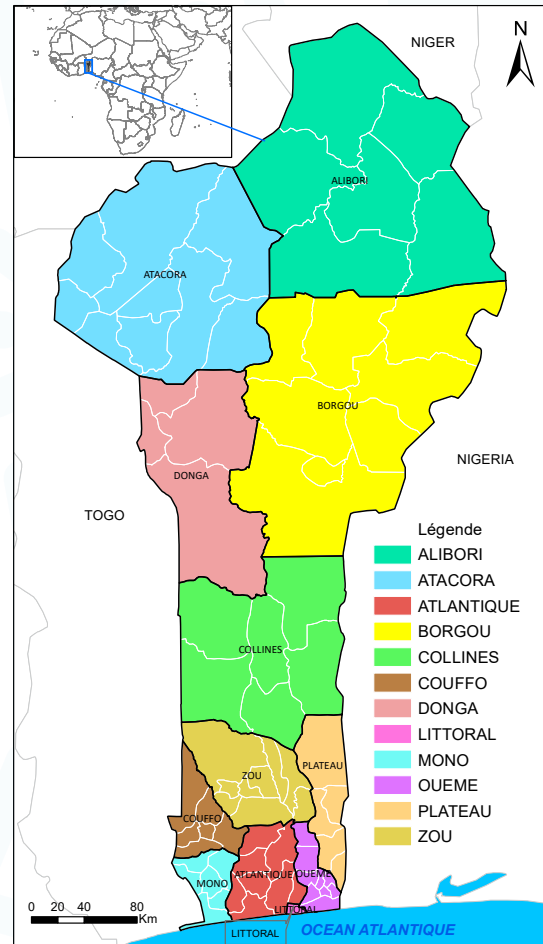


Figure 1 : Carte administrative du Bénin

Le système de santé du Bénin repose sur ce découpage administratif et comporte 3 niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique représenté par les zones sanitaires qui sont au nombre de 34. La zone sanitaire qui regroupe une ou plusieurs communes, est l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. Une zone sanitaire est constituée d'un réseau de services publics de premier contact (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

² Institut National de la Statistique et de la Démographie (INStaD-Bénin), COMPTES NATIONAUX 2022, Mars 2023

³ Données sur les comptes nationaux de la Banque mondiale et fichiers de données sur les comptes nationaux de l'OCDE

2.2 Genre, équité et droits humains

Plusieurs études et analyses confirment la persistance de défis et enjeux majeurs sur les questions liées au genre, à l'équité et aux droits humains.

Au Bénin, la problématique de l'approvisionnement en eau potable, de l'hygiène et de l'assainissement (WASH) est plus que jamais d'actualité, tant en milieu rural qu'en milieu urbain. Si des progrès remarquables ont été enregistrés en matière d'accès à l'eau potable, dont la couverture atteint désormais 77 pour cent en milieu urbain et 66 pour cent en milieu rural, des améliorations marginales ont été réalisées en matière d'assainissement. Les disparités d'une localité à une autre persistent et plus de la moitié de la population n'a pas accès aux services d'assainissement améliorés.

Selon les données de l'Unicef 2020, les sources d'approvisionnement en eau de boisson varient selon les milieux de résidence mais se fait majoritairement à un puits à pompe ou forage. Pour deux ménages sur dix, le temps de trajet pour s'approvisionner en eau de boisson excède 30 minutes (13 pour cent en milieu urbain et 26 pour cent en milieu rural) ; La quasi-totalité des ménages (92 pour cent) n'utilise aucun moyen pour traiter l'eau ;

Au niveau national, plus d'un ménage sur deux (54 pour cent) n'utilisent pas de toilettes et défèquent encore à l'air libre (brousse/ champs) : 77 pour cent en milieu rural contre 36 pour cent en milieu urbain. Sept enfants sur dix ont leurs matières fécales qui ne sont pas évacuées de façon hygiénique ;

Seuls 13 pour cent des ménages utilisent des toilettes améliorées (22 pour cent en milieu urbain contre 6 pour cent en milieu rural). Dans plus de la moitié des cas, il n'y a pas d'endroit particulier pour les toilettes et seuls 9 pour cent des ménages disposent de toilettes dans le logement (16 % en milieu urbain contre 3 pour cent en milieu rural).

Dans plus de la moitié des cas (55 pour cent), l'endroit utilisé par les ménages pour se laver les mains est mobile et dans seulement 18 pour cent des cas, l'endroit est doté de savon

Selon l'Enquête Démographique et de Santé 2017-2018, (EDS) 4, plus de la moitié (55 %) des femmes et plus d'un tiers (36 %) des hommes de 15-49 ans n'ont aucun niveau d'instruction. Environ 20 % des femmes et des hommes ont un niveau d'instruction primaire. À peu près les mêmes proportions ont un niveau d'instruction secondaire 1er cycle. Seulement 7 % des femmes et 18 % des hommes ont un niveau d'instruction secondaire 2d cycle ou plus. Dans l'ensemble, 34 % des femmes et 54 % des hommes de 15-49 ans sont alphabétisés.

Les statistiques de 2018-2019 provenant de l'Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages permettent de retenir qu'en milieu rural, 13,3% des femmes sont instruites du niveau primaire contre 18,4% en milieu urbain.

Le système patriarcal, renforçant les attitudes discriminatoires envers les femmes, continue de creuser les écarts de genre dans la population. Les inégalités persistent ainsi en matière d'accès aux services sociaux de base, à la justice, aux ressources (emploi, finance, foncier, renforcement de capacités) et aux instances de prise de décision. L'Indice de la Condition de la Femme (ICF) n'a connu qu'une légère évolution, passant de 0,596 en 2011 à 0,607 en 2015. Il est noté une dégradation du pouvoir économique de 9,6 %, passant de 0,732 à 0,662. En 2018, 20% des femmes âgées de 15-19 ans ont déjà commencé leur vie procréative ; 15% sont déjà mères et 5% sont enceintes de leur premier enfant. La prévalence du VIH/SIDA est estimée en 2018 à 1% avec une féminisation persistante (1,3% chez les femmes contre 0,8% chez les hommes ;

Par ailleurs, la persistance des violences faites aux femmes et aux filles est toujours notée, en dépit de l'existence de l'arsenal juridique réprimant les auteurs de ces violences : 4 femmes sur 10 en union ou en rupture d'union au Bénin ont subi des violences conjugales (émotionnelles, physiques ou sexuelles) de la part de leur partenaire à n'importe quel moment et 32,0% ont subi des violences conjugales récentes .

Dans les instances de prise de décisions, on note globalement une faible représentativité des femmes.

Les personnes âgées sont victimes des maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, les accidents de décubitus, les maladies neurodégénératives, les maladies mentales, les affections buccodentaires, les maladies de violence, de la maltraitance, de négligence et de marginalisation, les traumatismes (chutes). De plus, il existe une inadéquation entre les services, les besoins spécifiques des personnes âgées et les infrastructures socio-sanitaires.

⁴ https://instad.bj/images/docs/insae-publications/annuelles/AS-INSAE/4.%20Annee_2018/INSAE_01_AMINISTRATION_2018.xls

⁵ Lien site web MDGLAT

Dans le monde, le nombre de personnes avec un handicap significatif¹ s'élève à environ 1,3 milliard, soit 16 % de la population mondiale. Cependant dans le cadre d'un recensement national mené en 2013 par l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE) - RGPH-4, le nombre et le pourcentage des personnes handicapées ont été pris en compte par zones urbaine et rurale, par département et selon les formes de handicap. Mais ces chiffres ne peuvent pas servir de référence car ils sont vieux et non exhaustifs (prévalence du handicap est des 0,9%). Les besoins non satisfaits en services de réadaptation et de technologies d'assistance sont substantiels et ne cessent de s'accroître au Bénin du fait de la prévalence sans cesse croissante des maladies non transmissibles et des accidents de la voie publique. Pour faire face à cette situation un plan national quinquennal de la réadaptation 2023-2027 a été élaboré et sa mise en œuvre est confrontée à une insuffisance de ressources financières.

2.3 Profil sanitaire et santé de la population

L'espérance de vie est passée de 59,2 ans en 2002 à 63,4 ans en 2018. L'évolution des principaux indicateurs de l'état de santé est reprise dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1: Principaux indicateurs de l'état de santé⁶

Indicateurs	Année 2016	Année 2022
Espérance de vie à la naissance (en années) ⁹	59.2	63.8
Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances)	397	391
Taux de Mortalité néonatale : moins de 1 mois (pour 1 000 naissances vivantes)	33	30
Taux de Mortalité infantile : moins de 1 an (pour 1 000 naissances)	42	55
Taux de mortalité infanto-juvénile : moins de 5 ans (pour 1 000 naissances)	70	96
Prévalence de la malnutrition chronique chez les moins de 5 ans (%)	45	32
Prévalence de la malnutrition aigüe chez les moins de 5 ans (%)	8	5

Selon le rapport de la SDMR 2021, Les principales causes de décès maternels sont les hémorragies (35,5%), l'infection (35%) les hypertensions artérielles (14,6%), l'anémie (11,6%) suivies d'autres causes directes (12,5%), les causes indirectes (11,6%) et causes non documentées (6,2%).

Les revues des cas de ces décès ont identifié dans 61,8% des cas un dysfonctionnement lié aux prestataires de soins, dans 23,8% des cas, lié à la patiente, la famille et la communauté et dans 9,1% des cas, lié à la gestion administrative au niveau des formations sanitaires.

Au nombre des principaux dysfonctionnements identifiés lors des revues des décès maternels et néonataux, on distingue entre autres :

- l'insuffisance des consultations prénatales ;
- les traitements inappropriés ;
- le défaut de surveillance ;
- l'évaluation initiale incomplète ou l'examen clinique non adéquat ;
- le retard dans la décision d'aller au centre de santé et de référence des cas.

⁶ Enquête Démographique et de Santé 2017-2018, (EDS) 4

⁷ Rapport mondial sur l'équité en santé pour les personnes handicapées : résumé d'orientation [Global report on health equity for persons with disabilities: executive summary]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Entre 1996 et 2018 et le taux de mortalité néonatal de 38 à 30 décès néonataux pour 1000 NV selon les Enquêtes Démographiques et de Santé correspondantes du Bénin. Les trois quarts des décès de nouveau-nés surviennent au cours de la première semaine de vie et les principales causes de décès néonatales sont l'asphyxie (43,87%), les infections (20,25%), la prématurité (17,79%).

La tendance vers la réduction de la mortalité infanto-juvénile est maintenue même si cet indicateur d'impact reste encore élevé. Il a évolué de 115 décès pour mille naissances vivantes en 2014 (MICS) à 96 décès pour mille naissances vivantes en 2018 (EDS).

La figure ci-dessous compare les résultats de cette enquête sur les quotients de mortalité des moins de 5 ans avec ceux d'autres sources de données. Une qualification et une analyse plus poussées de la cohérence et des divergences entre les résultats de MICS et d'autres sources de données doivent être prises en compte dans une analyse plus détaillée et séparée.

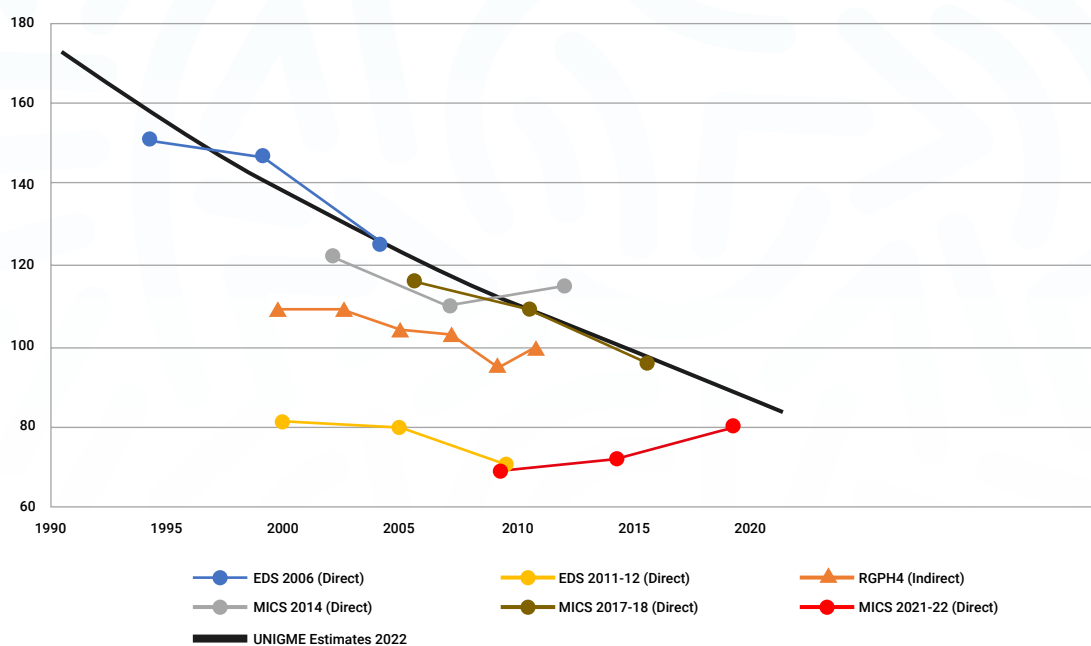


Figure 2: Tendances des quotients de mortalité des moins de 5 ans au Bénin, entre 1990 et 2021

La Mortalité infanto-juvénile selon l'EDS V est de 96 pour 1 000 naissances vivantes, Ce taux est passé de 166,4 en 1996 selon la même source à 96 pour 100 NV en 2018

Dans les structures de santé, les motifs de recours aux soins et causes de décès des enfants de moins de cinq (5) sont depuis quinze ans les mêmes ; Il s'agit du paludisme, des IRA, de la diarrhée et de la malnutrition y compris l'anémie. Ces causes de décès sont évitables et accessibles aux moyens préventifs et curatifs disponibles et efficaces.

Les principaux facteurs qui contribuent à ces indicateurs de mortalité élevés sont entre autres l'insuffisance dans la qualité des soins, le retard dans la demande des soins, et l'insuffisance de gouvernance et de redevabilité dans la gestion des soins.

Les dix principales causes de décès pour 100 000 habitants en 2022 et l'évolution des taux de mortalité entre 2016 et 2022, tous âges confondus sont repris dans la figure ci-dessous¹⁰ :

⁸ EDS III, IV, V

⁹ RGPH 3 & 4

¹⁰ Annuaire des statistiques sanitaires/DPAF/MS

Tableau 2 : Les 10 causes principales de décès au Bénin

Causes	2016	2022	% de changement entre 2016 et 2022
1 Paludisme grave	14.9	16.2	1.30
2 Anémie	9.4	8.9	-0.50
3 Malnutrition	3.1	7.2	4.10
4 Infections respiratoires aiguës	2.5	5.0	2.50
5 Traumatismes	6.1	3.0	-3.10
6 Affections cardio-vasculaires	2.4	2.5	2.50
7 Diarrhées	2.3	2.2	-0.10
8 Hypertension artérielle	2.4	1.0	-1.40
9 Méningite	1.0	1.0	1.00
10 Autres affections dermatologiques	0.6	0.6	0.60

Le profil épidémiologique du pays est marqué par un double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles avec une part importante de la mortalité générale imputable au paludisme, aux anémies et à la malnutrition. La prévalence de la malnutrition chronique des enfants de moins de cinq ans est restée au-dessus du seuil d'alerte de 30% fixé par l'OMS.

La prévalence de l'infection à VIH tend à se stabiliser au Bénin à 1,2% dans la population générale. Le taux de notification de la tuberculose est de 32 cas pour 100 000 habitants en 2020. Bien que la prévalence des hépatites virales en population générale ne soit pas connue, les données de l'Agence Nationale de la Transfusion Sanguine (ANTS) révèlent que 5,98% de poches de sang étaient positives au Virus de l'Hépatite B en 2019.

Le Bénin suit 8 maladies tropicales négligées réparties en 2 catégories : i) les maladies tropicales négligées évitables par la chimiothérapie préventive au nombre desquelles la filariose lymphatique, l'onchocercose, les

schistosomias, les géo helminthiases et le trachome ; ii) Les maladies tropicales négligées à prise en charge des cas au nombre desquels l'Ulçère de Buruli, la lèpre, et le pian.

Les résultats de la surveillance des Maladies Évitable par la Vaccination (MEV) montrent que, grâce aux efforts fournis par le Programme Élargi de Vaccination (PEV) du Bénin, une réduction sensible des MEV a été notée. En effet le Bénin a été déclaré pays libre de poliovirus sauvage en juin 2015 et aucun cas de méningite à méningocoque de type A n'a plus été notifié depuis la campagne de vaccination de masse avec le vaccin MenAfrivac en 2012. Toutefois, les résultats de la surveillance épidémiologique de ces maladies montrent une réémergence des cas de rougeole, de rubéole, de méningite et de poliomyélite de type vaccinal ces dernières années.

Selon l'OMS, au Bénin, la probabilité pour la population âgée de 30 à 70 ans de mourir des 4 principales MNT (mortalité évitable) est de l'ordre de 22,6 %¹².

Tableau 3: La prévalence des facteurs de risques

25,90%
STEPS 2015 Prévalence de l'HTA chez les personnes âgées de plus de 18 ans

12,40%
STEPS 2015 Prévalence de l'hyperglycémie

23,20%
STEPS 2015 Prévalence de la surcharge pondérale

7,40%
STEPS 2015 Prévalence de l'obésité

5%
STEPS 2015 Prévalence du tabagisme chez les personnes âgées de plus de 15 ans

ND Consommation totale d'alcool par habitant (litres d'alcool pur)

15,90%
STEPS 2015 Prévalence de l'inactivité physique chez les adultes

55% * Pourcentage de décès dus aux MNT par rapport au nombre total de décès

28 * Décès dus aux accidents de la route pour 100 000 populations

* (<https://doi.org/10.1016/j.respe.2023.102041>)

* (Résumé analytique Rapport iAHO, Juin 2023)

Les facteurs de risque du diabète et des maladies cardiovasculaires (taux de glycémie, tabagisme, hypertension artérielle, obésité etc...) sont en constante hausse et participent de plus en plus aux pertes en années de vie.

Comme d'autres pays de la sous-région, le Bénin est affecté par le trafic de stupéfiants et d'autres substances psychotropes.

Les 10 principaux facteurs de risque qui causent le plus de décès et d'incapacité combinés (AVCI) sont illustrés dans la figure ci-dessous ¹³:

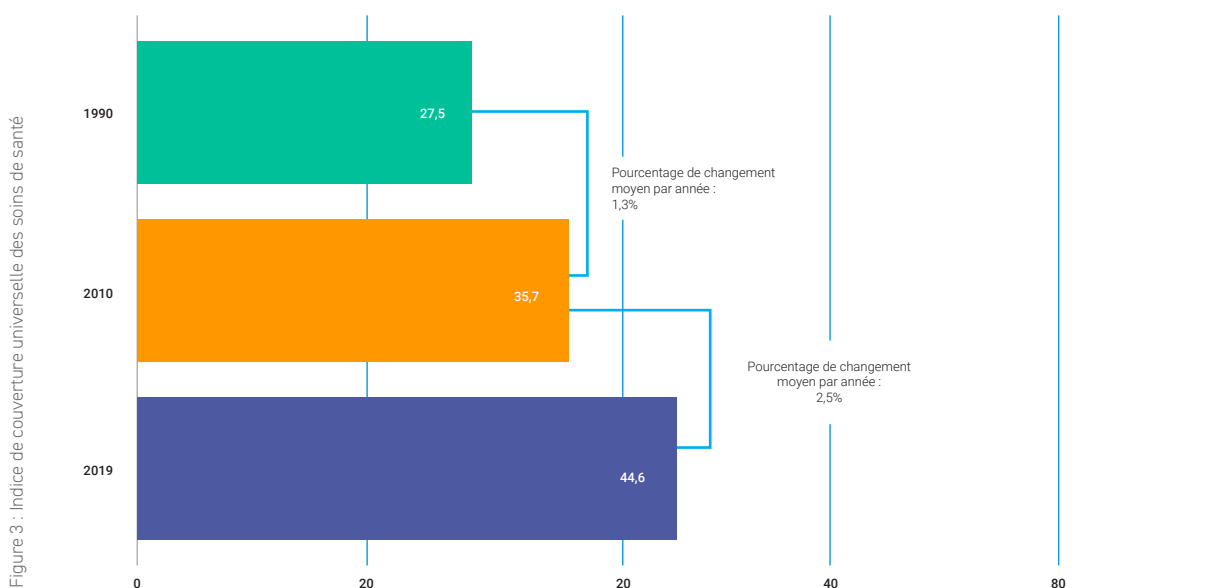
Tableau 4 : Evolution des principaux risques contribuant aux Années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) pour 100 000 habitants entre 2009 et 2019

Risque	2009 rank	2019 rank	Évolution du nombre des AVCI pour 100 000 habitants , entre 2009 et 2019
Malnutrition	1	1	↑ -6,235.5
Pollution de l'air	2	2	↑ -2,055.5
Eau, hygiène et assainissement	3	3	↑ -2,097.4
Haute tension artérielle systolique	4	4	↑ +44.9
Indice de masse corporelle élevé	6	5	↑ +84.4
Glycémie à jeun élevé	7	6	↑ +60.3
Rapports sexuels non protégés	5	7	↑ -317.8
Risques alimentaires	9	8	↑ -13.9
Tabac	8	9	↑ -188.7
Consommation d'alcool	11	10	↑ +22.9

● Risques métaboliques
 ● Risques environnementaux/professionnels
 ● Risques comportementaux

La malnutrition, la pollution de l'air, l'accès à l'eau, les conditions d'hygiène et d'assainissement sont les 3 principaux facteurs de perte de vie et d'incapacités tous âges confondus au cours des 10 dernières années. Quatre facteurs de risque en lien avec les MNT (Hypertension artérielle, surpoids, hyperglycémie et consommation d'alcool) jouent un rôle préjudiciable en nette augmentation au cours des 10 dernières années pour les années de vie perdues et les incapacités.

2.4 Performances du système de santé et couverture sanitaire universelle



¹¹ EDS 2011-2012

¹² World Health Statistics 2023

¹³ source Bénin | The Institute for Health Metrics and Evaluation (healthdata.org)

L'indice de couverture des services de la CSU pour les services de santé essentiels est basé sur 14 indicateurs traceurs des interventions incluant la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses, les MNT et la capacité et l'accès aux services. Il est présenté sur une échelle de 0 à 100.

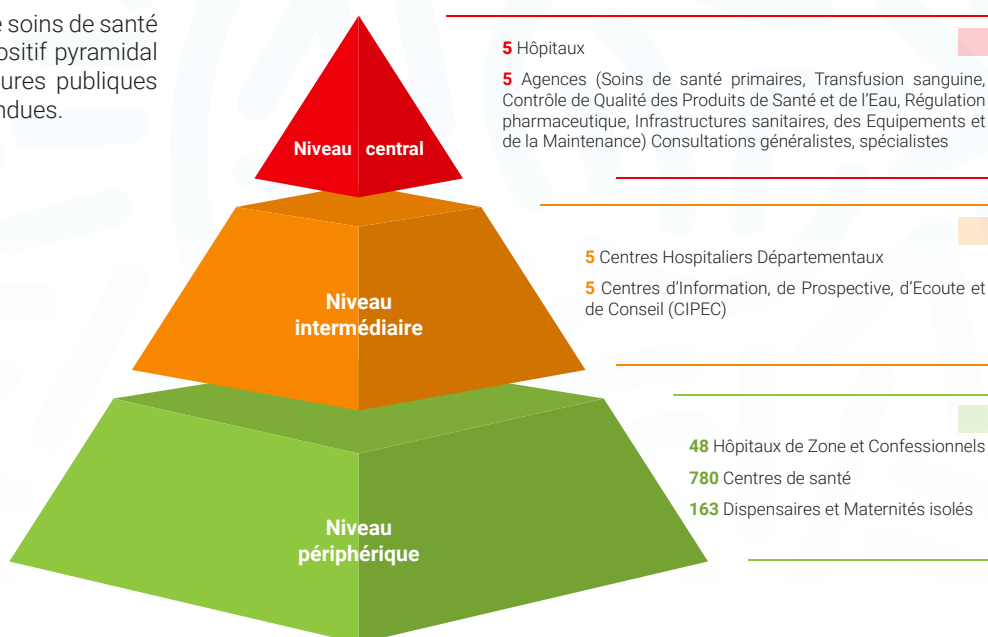
L'indice de couverture efficace de couverture universelle des soins de santé a évolué de manière statistiquement significative de 27,5 en 1990 à 44,6 en 2019.

Selon l'analyse de la protection contre le risque financier 2011-2015¹² réalisée en 2020 par le ministère de la Santé, la population affectée par les dépenses catastrophiques au seuil de 10% est en moyenne de 5,7% en 2015 contre 6,7% en 2011. Au seuil de 25%, 1,1% de la population avait impacté par les dépenses catastrophiques de santé contre 1,0% en 2011. La moyenne nationale de la part des dépenses de santé dans les dépenses totales des ménages en 2015 est estimée à 24 581 FCFA soit environ 3,4% des dépenses totales des ménages. Les frais de médicaments et d'hospitalisation prennent une part importante dans les dépenses catastrophiques de santé. Toutefois, ces analyses méritent d'être actualisées pour une meilleure lecture de la situation actuelle.

2.4.1 Infrastructures sanitaires et offre de soins

L'offre des services et de soins de santé se fait à travers un dispositif pyramidal qui compte 1011 structures publiques toutes catégories confondues.

Figure 4: Pyramide sanitaire du Bénin



La couverture nationale des infrastructures sanitaires a connu un accroissement considérable de 2003 à 2020. En effet, elle est passée de 74,40% à 96% pour les Centres de Santé des arrondissements, soit un taux d'accroissement de 21,60%. Au niveau national, la densité de formations sanitaires est de 1,36 pour 10 000 habitants (inférieure à la norme de l'OMS de 2 établissements de santé pour 10 000 habitants). Par ailleurs, la densité des hôpitaux est très faible, soit 0,05 pour 10 000 habitants.

En 2022, avec l'appui technique de l'OMS, le Bénin a mené sa première enquête d'Évaluation Harmonisée des Établissements de Santé (HHFA ou Ex. SARA). Selon les données de cette enquête, Le score de disponibilité de l'infrastructure est de 68% et on note une absence de barre d'appui sur mur et de toilette fonctionnelles pour les patients handicapés dans plus de 75%

des établissements. Le score moyen de la capacité opérationnelle générale des services de santé est de 68% contre 64% en 2018. Les équipements de base sont disponibles en moyenne à 65,6% contre 89% en 2018. Les éléments de précaution standard pour la prévention des infections présentent un score moyen de 52,3% contre 85% en 2018. La capacité de diagnostic et la disponibilité en médicaments essentiels ont les scores moyens les plus bas avec respectivement de 36,6% et 36,5% contre 46% et 35% en 2018 respectivement. Ces deux derniers indicateurs restent à améliorer au niveau des structures. En outre, 89,21% des établissements de santé rapportent des données à un système d'information du Ministère de la santé. L'analyse et l'utilisation des données sanitaires est de 58% dans le secteur public contre 17% dans le secteur privé.

¹⁴ Rapport d'analyse de la protection contre le risque financier 2011-2015, Ministère de la santé, 2020

¹⁵ SES/DPAF/MS,2022

¹⁶ Ministère du Plan et du Développement (MPD) (2020, novembre). Cadre décennal d'action pour l'accélération de la mise en œuvre des ODD au Bénin : 2021-2030. Ministère du Plan et du Développement (MPD) de la République du Bénin et PNUD / SNU

Tableau 5 : Principaux indicateurs de couverture de soins ¹⁵

Indicateurs	2018*	2022**	Cible 2022 ¹⁶
% Enfants complètement vaccinés	57%	ND	59%
Taux de couverture en CPN4	52%	47,2%	62%
% d'accouchements assistés par un personnel qualifié	78%	96,2%	86%
Pourcentage de femmes en âge de reproduction (15-49 ans) qui ont leurs besoins satisfaits en planification familiale avec des méthodes modernes ****	17,9%	23,1%	ND
% de personnes vivant avec le VIH sous ARV	62,6%	96,16%	78%
Taux de dépistage de la tuberculose (\$)	35%	33%	36%
Taux de césariennes	5%	10%	5% - 10%

Source: (*) EDS 2017-2018; (**) SES/DPAF/MS, 2022 (***) MICS 2021-2022, (\$) rapport annuel PNT

On note une bonne progression des indicateurs de couverture liée à l'accouchement assisté par un personnel qualifié, les PPVIH sous ARV et la césarienne. Cependant, on note une faible évolution de la couverture de la CPN4 et le taux de dépistage de la tuberculose qui reste encore en deçà de l'objectif visé.

Le Bénin a souscrit à l'approche d'amélioration de la qualité des soins à travers une politique nationale d'assurance qualité élaborée en 2013. Cependant, quelques insuffisances liées à la qualité des soins persistent avec notamment des insuffisances dans la fonctionnalité des organes de décisions et de mise en œuvre, la coordination des interventions existantes, la mise en œuvre des stratégies de préventions et de lutte contre l'infection associée aux soins et de promotion de l'hygiène en milieu de soins, le respect des normes et standards de soins au niveau des formations sanitaires ; et dans la faible mise en œuvre des recommandations issues des évaluations de la qualité des soins et services.

2.4.2 Ressources humaines pour la santé

Les données d'enquête ont révélé que la densité de personnel de santé du secteur public est de 5,4 pour 10 000 habitants plus spécifiquement, on compte 41,78 sage-femmes pour 10 000 habitants au plan national, et 0,72 médecin pour 10 000 habitants¹⁷.

L'état des ressources humaines en 2017 montre une couverture de besoins de 64%. Au-delà du déficit global, la situation est caractérisée par des disparités dans la répartition géographique du personnel de santé toutes catégories confondues. Par ailleurs, il y a une forte concentration des Ressources Humaines en Santé en zones urbaines en défaveur des zones rurales.

2.4.3 Produits et technologies de santé

En 2008, le Bénin a élaboré sa troisième édition de Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) qui est arrivée à expiration en 2012. Plus tard en 2017, l'Ex-Direction de la pharmacie, du médicament et des explorations diagnostiques avait enclenché l'actualisation de ce document de PPN (pour la période 2017-2021) qui n'a pu être finalisé, approuvé et vulgarisé. Toutefois, les orientations et objectifs stratégiques contenus dans ce document ont été exploités dans le cadre de la réforme pharmaceutique intervenue entre 2018-2019

La disponibilité permanente des produits médicaux essentiels demeure un défi majeur avec des ruptures de stock et parfois des pénuries aussi dans le secteur public et privé : moins de 1% des formations sanitaires dispose de l'ensemble des molécules traceuses..

¹⁷ HHFA, 2022

L'Agence Béninoise des Médicaments et des autres produits de santé (ABMed) est l'autorité nationale de régulation des produits de santé au Bénin. Afin de garantir la qualité, l'innocuité et l'efficacité des produits de santé sur l'étendue du territoire, l'ABMed met en œuvre un mécanisme de contrôle permanent à toutes les étapes du cycle de vie des produits de santé comprenant : la conception et développement, la fabrication, l'homologation, la sélection, l'approvisionnement, la distribution, la dispensation aux points de prestations de services publics et privés, la vigilance, la surveillance du marché et l'élimination en fin de de vie. A ce titre, elle collabore avec l'Agence Nationale de Contrôle de la qualité des médicaments et de l'eau (ANCQ) pour assurer la conformité des produits avec les normes internationales et garantir la sécurité des consommateurs. Depuis 2016, le Bénin est rentré dans une phase répressive de lutte contre les produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés. Ceci a permis de saisir entre 2017 et 2018 plus de 431 tonnes de produits impropres à la consommation. Dans le cadre de cette lutte, le pays a aussi renforcé son arsenal juridique en matière de contrôle de l'activité pharmaceutique. Ainsi, il a été ratifié la Convention du Conseil de l'Europe sur la contrefaçon des produits médicaux et les infractions similaires menaçant la santé publique (MEDICRIME) qui est rentrée en vigueur depuis le 1er septembre 2018. En outre, l'Assemblée nationale a adopté le 12 janvier 2021, la loi n° 2021-03 portant organisation des activités pharmaceutiques en République du Bénin. Ces dispositions produisent déjà des effets tels que la disparition des étalages de vente illicite de médicaments dans les rues et marchés. Plus tard, le parlement à travers la loi N°2021-05 du 29 juin 2021 a donné quitus pour la ratification du traité portant création de l'Agence Africaine du Médicament en République du Bénin.

Pour ce qui concerne les équipements, la disponibilité moyenne en équipements essentiels oscille entre 81% et 94% quel que soit le département : soit 5 équipements sur 6 ; il est à noter que seuls 49% des établissements sanitaires disposent de tous les matériels requis. En outre, la gestion de la maintenance biomédicale au Bénin est organisée de façon non conventionnelle et peu efficiente.

2.4.4 Financement de la santé

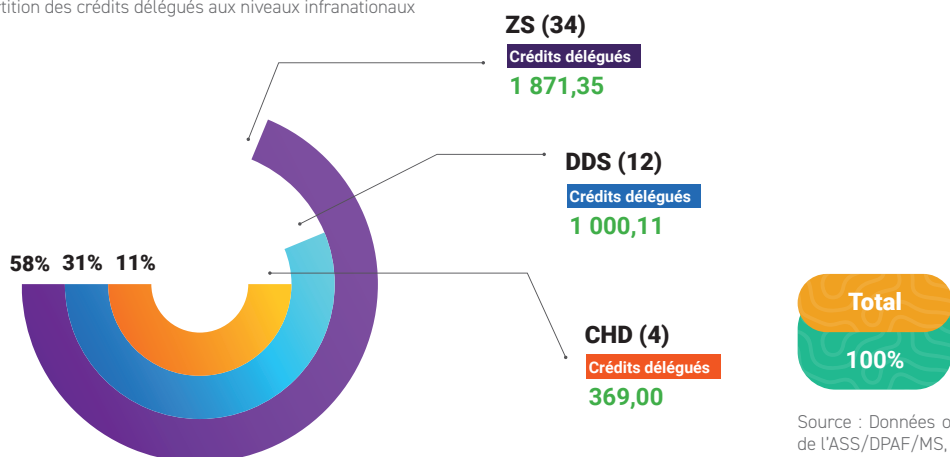
La part du budget de la santé dans le budget général de l'état a augmenté de 3,68% en 2018 à 4,63% en 2019 puis 5,1% en 2020 suivi d'une régression à 4,01 en 2021 et 3,86 en 2022¹⁹. Tous ces ratios sont bien en dessous du seuil de 15% recommandé par l'Accord d'Abuja.

Les dépenses ordinaires pour le personnel, l'achat de biens et services et différents transferts représentent 60,7% de la dotation totale 2022 du Ministère de la santé selon la loi de finance rectificative, contre 39,3% pour l'investissement. On note également une allocation moindre (39,4%) à la prestation des soins de santé (développement hospitalier, développement des zones sanitaires, produits de santé et maintenance etc.) qui pourrait entraîner une limite dans l'amélioration des indicateurs de santé des populations.

Quoique 58% des crédits délégués soient orientés au niveau périphérique vers les zones sanitaires, ils ne suffisent pas couvrir les besoins réels de fonctionnement et de prestation des 34 zones sanitaires du système de santé qui constituent le premier contact de la population en matière d'accès aux soins.

Une faible allocation à la prestation des soins de santé (39,4%) et une faible allocation de ressources au niveau périphérique ne protègent pas suffisamment les populations les plus vulnérables contre les difficultés financières liées à l'accès et à l'utilisation des services de santé.

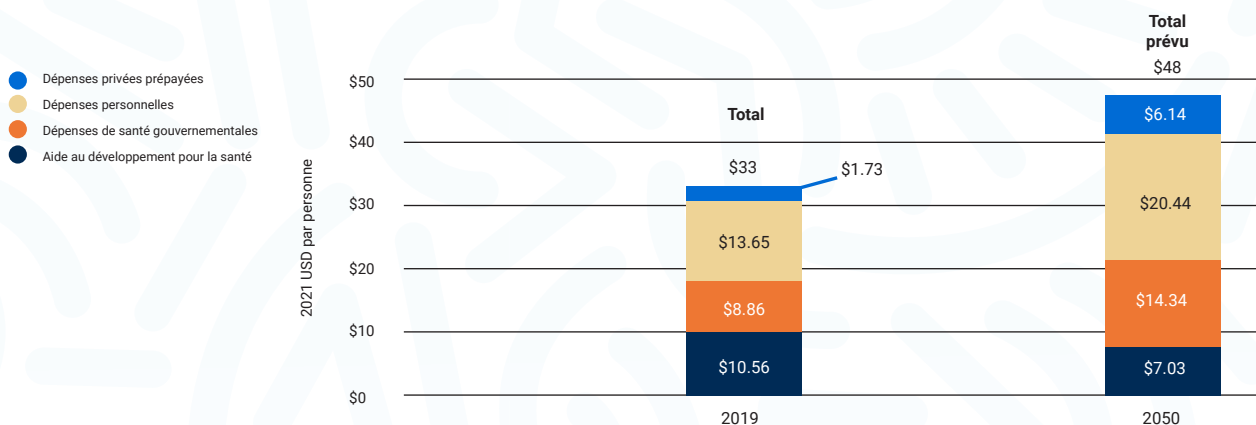
Tableau 6: La répartition des crédits délégués aux niveaux infranationaux



¹⁹ Annuaire des statistiques sanitaires

Les dépenses totales de santé du Bénin représentaient environ 3,85% du PIB annuel. Les dépenses de santé du secteur public représentent 46,03 % du total des dépenses de santé du pays.

Figure 5: Dépenses de santé du Bénin²⁰



Avant 2016, environ 8,4% de la population du Bénin est couverte par l'assurance maladie : 5,6% par le Fond National de Retraite du Bénin (FNRB), 1,9% par les mutuelles de santé et 0,9% par l'assurance privée²¹. A partir de 2019, le Bénin a mis en place un mécanisme permettant d'étendre la couverture des services de santé et de protection financière à sa population, avec un focus sur les pauvres extrêmes par l'adoption d'approches novatrices visant à s'attaquer aux principaux problèmes liés aux soins de santé, notamment l'équité et la participation citoyenne. En décembre 2022, environ 867 944 personnes issues des couches les plus pauvres avaient été identifiées et inscrites dans le projet ARCH et bénéficient désormais d'un traitement gratuit dans les établissements de santé publics du Bénin. L'État subventionne jusqu'à 100 % des cotisations pour cette population²².

Des dispositions réglementaires ont été prises en vue de renforcer la solidarité nationale pour l'accès aux soins de santé à travers la promulgation de la Loi N° 2020- 37 du 03 février 2021 portant protection de la santé des personnes en République du Bénin dont la mise en œuvre a démarré en janvier 2022. Un décret d'application de cette loi a été pris en juin 2023 pour préciser les modalités de mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire.

2.4.5 Information sanitaire et recherche

Le DHIS2 (District Health Information Software 2) a été introduit dans le système d'information sanitaire du Bénin en 2014. L'un des principaux défis du Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS) est la production à temps d'informations fiables, pertinentes, exhaustives et de qualité.

Les erreurs arithmétiques sont la principale raison de divergence entre les données de source et les données rapportées. Cette raison est observée dans 12,1% des formations sanitaires. Sont également comptées, les erreurs de transcription qui justifient 8,6% des écarts enregistrés. Le manque de documents pendant l'opération de collecte des données est en cause dans 4,0% des écarts observés et le manque de documents pendant la production des rapports mensuels explique 2,8% des divergences observées entre les données de source et les données rapportées (HHFA, 2022-2023).

L'archivage des rapports mensuels au sein des établissements de soins est capital pour la gestion des données sanitaires. Les formations sanitaires disposant de tous les rapports mensuels représentent 95,1% de l'ensemble. Cela traduit qu'une proportion significative des structures de soins sont concernées par le manque de rapports mensuels. Aussi, dans 2,5% des formations sanitaires, la copie du rapport mensuel, bien que transmise, est manquante au sein de la structure. Pour d'autres, le rapport mensuel n'a même pas été élaboré par manque de formulaire de rapportage (1,1%). C'est également le cas de 0,4% des formations sanitaires puisque ne disposant pas d'un personnel formé au rapportage des données.

²⁰ <https://www.healthdata.org/research-analysis/health-by-location/profiles/benin?language=48>

²¹ Politique holistique de protection sociale au Bénin, 2013

²² Agence Nationale de protection sociale (ANPS), 2022

A ces particularités, s'ajoute la situation des établissements de santé n'ayant pas fonctionné pendant un ou plusieurs mois et donc ne disposant pas des rapports mensuels pour ces périodes. Ces structures de soins représentent seulement 0,2% de l'ensemble mais d'autres raisons sont aussi avancées dans 1,1% des formations sanitaires.

Les données améliorent le degré de connaissance des événements sanitaires et permet de prendre des décisions efficaces. L'utilisation des informations pour la gestion des installations amène à distinguer trois types d'établissements: les établissements qui disposent d'un processus de routine pour examiner les informations sur les services, les résultats ou commentaires des patients représentent (35,3%), ceux-ci sont suivis des établissements avec des preuves d'utilisation des informations de services pour la planification et la gestion (30,4%) et des établissements avec des tableaux, des rapports ou des graphiques observés de toutes les données au cours des 3 derniers mois (23,7%).

En outre, le Bénin a fait du numérique et de la digitalisation une de ses priorités. Cette digitalisation est opérée dans tous les secteurs dont celui de la santé à travers plusieurs initiatives que sont :

- employante : répertoire des professionnels de la santé disponible sur le marché de l'emploi.
- sanipriva : plateforme de gestion des autorisations d'exercice en clientèle privée et d'exploitation de cabinet.
- eSIGL : plateforme de gestion de la logistique des produits de santé
- E-learning : plateforme d'apprentissage dans le secteur de la santé ;
- Call center : centre d'appel et de réception des plaintes ;
- Alafiacom : plateforme de gestion de la santé communautaire ;
- DHIS2 : entrepôt national des données statistiques du secteur ;
- Carte sanitaire : plateforme présentant les indicateurs sur les formations sanitaires (en cours)
- Parc automobile : plateforme de gestion du parc automobile du secteur de la santé ;
- SIH : système d'information hospitalier ;
- Plateforme d'incitation au don de sang et de gestion des donneurs de sang.

Il existe une Stratégie Nationale de Cybersanté 2018 – 2022 qui couvre entre autres, les domaines des dossiers médicaux électroniques, la santé mobile (E-health), la télémédecine y compris le e-learning.

2.4.6 Leadership et gouvernance

En 2016, le Gouvernement, a pris l'option de procéder au diagnostic du système de santé et d'engager des réformes pour corriger les insuffisances. On relève des faiblesses majeures liées à la gouvernance et au leadership limitant la performance du système de santé béninois notamment en lien avec la régulation de l'exercice des professions de santé, l'exercice de la médecine privée, l'insuffisance des protocoles normatifs dans la pratique médicale. Plusieurs réformes dans divers domaines sont en cours pour la promotion de nouvelles pratiques en matière de gestion et de bonne gouvernance.

Le Bénin dispose d'une politique nationale de santé 2018-2030. Pour l'opérationnalisation de cette politique, un document de PNDS 2018-2022 a été élaboré avec 6 orientations stratégiques :

- Développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé ;
- Réduction de la morbidité, de la mortalité de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et renforcement de la prévention, la lutte contre les maladies et l'amélioration de la qualité des soins ;
- Développement des ressources humaines pour la santé ;
- Développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé ;
- Amélioration de la gestion du système d'information sanitaire et la promotion de la recherche pour la santé ;
- Accroissement du financement de la santé et amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé.

Initialement, la régulation était assurée par 3 organes : Comité des Directeurs ; Cadre de concertation des Partenaires Techniques et Financiers et du ministère de la Santé et la Revue Annuelle Conjointe de Performance du Secteur de la Santé. Avec les réformes, il y a eu la mise en place de l'Autorité de Régulation du secteur de la Santé et les conseils (CNSSP, CNMH).

La mission de l'ARS est de veiller à la réalisation du droit à la santé pour tous les citoyens par l'amélioration continue de la qualité des soins. Et à ce titre, elle est chargée, entre autres, de conduire les processus de certification des établissements sanitaires. En outre, elle a mandat pour émettre un avis sur les affectations budgétaires de l'État dans le secteur de la santé, d'assurer le suivi de l'exécution du budget du secteur santé et de veiller à la bonne gouvernance.

Au niveau périphérique, l'Equipe d'Encadrement des Zones Sanitaires (EEZS) est l'organe de coordination et de suivi de la mise en œuvre du plan opérationnel de travail dans son aire sanitaire.




















A ce niveau, on note :

- Une réunion mensuelle de coordination organisée par l'EEZS sous la responsabilité du Médecin Coordonnateur de la ZS et regroupe tous les responsables des formations sanitaires de la zone pour faire le bilan mensuel de l'exécution du plan de travail annuel. Ce bilan retrace le niveau de réalisation des activités planifiées avec un accent particulier sur les difficultés rencontrées et les leçons apprises. Au terme du trimestre, un rapport est envoyé aux DDS, faisant le point de la mise en œuvre des activités selon un canevas déterminé.
- Une revue annuelle de performance est organisée au niveau des zones sanitaires afin d'évaluer le niveau d'atteinte des indicateurs au titre d'une année donnée.
- Un cadre d'échange trimestriel au niveau Zone Sanitaire entre l'EEZS, les Organisations de la Société Civile et le Secteur Privé est en place en vue du renforcement du leadership et de la gouvernance.
- Un monitoring est organisé tous les six (6) mois au niveau périphérique pour l'atteinte des indicateurs des zones sanitaires.

2.5 Sécurité sanitaire et gestion des urgences de santé publique

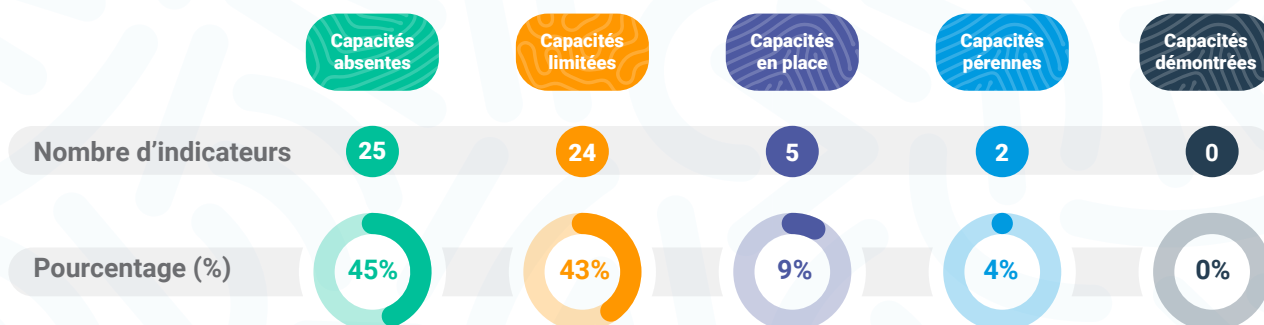
Le Bénin est confronté à plusieurs urgences sanitaires influencées par la croissance démographique, les changements climatiques et environnementaux, la surpopulation en zones urbaines et les inégalités d'accès aux soins. Le Bénin dispose d'une cartographie des risques sanitaires réalisée pour la première fois en 2017 et actualisée en 2021 : au total 44 risques ont été inventoriés, avec 6 maladies zoonotiques. 12 risques sont retenus comme hautement prioritaires et nécessitent le développement de plans de contingence spécifiques. Ce sont le Syndrome Respiratoire Aigu Sévère y compris la COVID-19, les Fièvres Hémorragiques Virales (Lassa), la Toxi-infection alimentaire collective, la Méningite, la Dengue, le Choléra, la Rage, le Terrorisme, les Incendies, les Inondations, les Accidents de la Voie Publique et les Conflits liés à la transhumance.

Tableau 7: Portrait synoptique des aléas à risque modéré et à risque élevé

Aléas	Nombre de districts Sanitaires	Risques
 Cholera	15 communes hotspots	
 Méningite	Départements : Alibori, Borgou, Atacora, Donga, Collines (33 communes)	
 Lassa	Départements : Alibori, Borgou, Atacora, Donga, Collines, Littoral (29 communes)	
 Ebola	National	
 Fièvre Jaune	Départements : Alibori, Borgou, Atacora, Donga, Collines (33 communes)	
 COVID-19	77 communes	
 Rougeole	National	
 Poliomyélite (virus dérivé de la souche vaccinale)	National	
 Inondation	42 communes	
 Conflits (armés)	Départements : Alibori, Borgou, Atacora, Donga (27 communes)	

Le pays vient de terminer son évaluation externe conjointe de la mise en œuvre du règlement sanitaire international (RSI) en juillet 2023 qui a révélé des niveaux de faible performance dans la mise en œuvre des 19 domaines techniques et leurs 56 indicateurs :

Tableau 8: Situation des évaluations des indicateurs du RSI en juillet 2023



Le Pays ne présente que 2 capacités démontrées et n'a aucune capacité pérenne.

À la suite de l'évaluation externe conjointe de la mise en œuvre du règlement sanitaire international au Bénin réalisé en juillet 2023, plusieurs défis majeurs sont à relever pour renforcer les capacités nécessaires à la prévention, la détection et la riposte aux événements de santé publique. Il s'agit notamment de :

- L'absence d'une cartographie des instruments juridiques relatifs à l'application du RSI ainsi qu'une analyse de ces derniers ;
- Une insuffisance de financement visant à satisfaire tous les besoins afférents à la mise en œuvre du RSI ;
- L'absence de directives de continuité des services de santé essentiels en cas de situation d'urgence sanitaire ;
- L'absence de guides pour les productions animales et la transformation des denrées alimentaires d'origine animale ;
- L'absence de stratégies spécifiques de vaccination ciblant les populations spéciales ;
- Une faible diffusion du manuel régissant les normes de qualité des laboratoires à tous les acteurs de laboratoire ;
- Une faible mise en œuvre de la surveillance à base communautaire ;
- Un système inadéquat de gestion des infodémies ;
- La capacité insuffisante du Centre des opérations d'urgence de santé publique ;
- Un retard dans la validation du Plan national de prévention et de Contrôle des infections (PCI) qui a été élaboré.

2.6 Promotion d'une population en meilleure santé

Au Bénin, une analyse des statistiques sanitaires de 2014 à 2018 révèle que les maladies non transmissibles représentent 46% des motifs de consultation et d'hospitalisation. La prévalence des facteurs de risque comportementaux et métaboliques est en hausse et justifie la nécessité d'intégrer la lutte contre les MNT dans les stratégies de promotion de la santé dans un cadre plus large de prise en compte des déterminants sociaux de la santé.

Les actions menées pour la promotion de la santé portent sur la mise en œuvre du Plan stratégique multisectoriel de lutte contre les MNT ; l'adoption par l'Assemblée Nationale de la nouvelle loi antitabac N°2017 du 14 Septembre 2017 réprimant toute activité liée au tabac et à ses dérivés, exploitation, commercialisation, usage du tabac et de ses dérivés en République du Bénin ; l'élaboration de la politique et du plan de santé mentale 2020-2023.

2.6.1 Santé et environnement, impact du changement climatique sur la santé

Le Plan National de développement Sanitaire (PNDS) 2018-2022 est climato sensible. Il contient cinq orientations stratégiques, huit axes d'interventions et neuf actions prioritaires en lien avec le changement climatique. Aussi le pays dispose d'un Plan National d'Adaptation aux changements climatiques santé dont la vision est : « À l'horizon 2050, le secteur santé du Bénin est résilient aux changements climatiques sur la base d'un système de planification et de mise en œuvre des mesures d'adaptation afin de garantir de façon continue et durable la santé et le bien-être de tous ». Son objectif est de « contribuer à l'amélioration durable de l'état de santé et du bien-être de tous d'ici 2050 à travers la réduction des vulnérabilités, le renforcement des capacités d'adaptation et l'accroissement de la résilience face aux changements climatiques ».

Cependant le système de santé du pays est confronté à plusieurs insuffisances en matière d'adaptation aux changements climatiques, que sont entre autres :

- L'insuffisance dans la réactivité du système de surveillance et d'alerte précoce ;
- L'insuffisance d'autonomie des formations sanitaires en eau et en énergies renouvelables ;
- L'insuffisance dans la gestion sécurisée des déchets biomédicaux (conforme aux normes) produits dans les formations sanitaires ;
- L'insuffisance d'expertise en matière de prise en compte et gestion des changements climatiques dans le secteur de la santé ;
- L'insuffisance de la prise en compte de l'adaptation aux changements climatiques dans le programme de recherche sanitaire, la construction des ouvrages d'approvisionnement en eau potable d'hygiène et d'assainissement de base dans les zones sanitaires vulnérables et les planifications au niveau décentralisée ;
- L'absence de mécanisme de financements innovants prenant en compte les changements climatiques ;
- L'inadéquation des infrastructures et équipements des zones sanitaire les plus vulnérable aux changements climatiques.

2.6.2 Insécurité alimentaire et nutrition dans le contexte humanitaire actuel

Le nord du Bénin est confronté à des incidents sécuritaires, notamment des cas de violences, associées à des tensions intercommunautaires ainsi qu'une dégradation de la sécurité alimentaire, dans des zones où l'agriculture et l'élevage sont les principales sources de subsistance pour les populations locales. Ces incursions des groupes armés non étatiques a engendré la fermeture de quelques services sociaux de base et des mouvements de populations. La dernière analyse du Cadre Harmonisé (CH) réalisée en mars 2022 montre que la faim et la malnutrition sont en hausse dans les quatre pays côtiers couverts par cette analyse. Dans la période mars-mai 2022, environ 1.225.957 de personnes sont en situation d'insécurité alimentaire (Phase 3-5) au Bénin. Cela inclut près de 42818 personnes classées en situation d'urgence (phase 4).

2.6.3 Santé dans toutes les politiques

L'amélioration de l'état de santé des populations et de leur développement en général, nécessite véritablement la collaboration des autres secteurs non sanitaires ainsi que la participation des populations et des structures administratives décentralisées comme les municipalités. À cet effet, le Bénin dispose d'une politique de la promotion de la santé qui met un accent particulier sur des approches de collaboration trans-sectorielle, notamment « la santé dans toutes les politiques ». À travers toutes ces approches, ladite politique marque tout son intérêt à agir sur les déterminants sociaux de la santé et à mettre en œuvre, des interventions dynamiques et efficaces porteuses de résultats probants. Cette politique a été opérationnalisée à travers un plan opérationnel de la promotion de la santé 2019-2023 qui a prévu plusieurs approches pour la prise en compte de la santé dans toutes les politiques. Dans le cadre de l'élaboration du PNDS 2023-2030, les décideurs du ministère de la Santé ont mis en place un comité de pilotage et ont veillé à la prise en compte des actions sur les déterminants sociaux de la santé à travers des approches de la santé dans toutes les politiques.













Partenariat pour la Santé



3.1 Principaux partenaires au développement sanitaire

L'environnement partenarial en faveur de la santé se caractérise par l'existence de plusieurs acteurs bilatéraux et multilatéraux intervenant à l'échelle nationale et parfois locale.

Tableau 9 : Principaux domaines d'intervention selon les partenaires du secteur de la santé

 Appui institutionnel et planification du développement des Zones sanitaires	OMS; UNICEF; UE; Enabel; Coopération Chinoise; Coopération Française (AFD); Banque Islamique pour le développement
 Réduction de la mortalité maternelle et Infantile, malnutrition	OMS ; UNICEF; UNFPA, Coopération Suisse; Coopération Française (AFD); Banque Mondiale ; Fondation Claudine Talon, Croix-Rouge Béninoise
 Renforcement système de santé	OMS; UNICEF; GAVI; Fonds Mondial; Banque Mondiale; Banque Africaine de Développement (BAD) ; Coopération Chinoise; Banque Islamique pour le développement ; USAID
 Santé de la Reproduction, planification et prévention transmission IST/VIH/SIDA	UNFPA; OMS; USAID; UNICEF; ONUSIDA; Coopération Française (AFD) ; Fonds Mondial ; Enabel ; Coopération Néerlandaise ; Fondation Claudine Talon
 Changement climatique	Coopération Allemande (GIZ), Banque Mondiale, OMS, Croix-Rouge Béninoise
 Eau, hygiène et assainissement	UNICEF, OMS, Coopération Allemande (GIZ); Coopération Néerlandaise ; Coopération Japonaise (JICA) ; Croix-Rouge Béninoise
 Ressources humaines et offre des soins et services de santé	OMS; Enabel; USAID; APEFE; Coopération Japonaise (JICA); UNFPA; UNICEF; Mercy Ships
 Urgences Sanitaires	OMS ; OIM ; Croix-Rouge Béninoise ; USAID ; Fondation PEV ; Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS)
 Vaccination	GAVI Alliance, OMS ; UNICEF ; USAID ; Agence de la Médecine Préventive (AMP) ; Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) ; Rotary International ; Fondation PEV
 Lutte contre les Maladies	Fonds Mondial; OMS ; ONUSIDA; Union Internationale de lutte contre les maladies respirations (UNION), Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID) (PMI, PEPFAR & CHAI); UNICEF ; RBM Partnership; Plan International Bénin; FHI360; SSI; ANESVAD; Fondation Raoul Follereau; WDF (World Diabetes Foundation); ENABEL

Le cadre de coordination sectorielle Santé s'inscrit dans le cadre plus large du mécanisme de coordination des PTF au niveau national.

Les PTF du secteur santé se compose de représentants de toutes les coopérations et agences bi et multilatérales opérant dans le secteur de la santé ainsi que des ONG internationales actives dans le secteur de la santé au Bénin et ayant une autonomie de décision et de mobilisation de ressources. Ils se réunissent mensuellement sous la direction d'un Chef de file assisté par un Chef de file adjoint ayant un mandat d'un an renouvelable. En outre, il existe deux opportunités formelles de concertation et de dialogue entre le MS et ses PTF :

- La rencontre (en principe semestrielle) entre le Ministre de la Santé et les représentants des PTF, qui réunit également les Directeurs techniques et centraux ainsi que des acteurs du cadre de partenariat public/privé ;
- La revue annuelle de performance du secteur, qui rassemble la plupart des parties prenantes du secteur, tant du côté du gouvernement (MS, MEF et autres ministères concernés par la santé) que des PTF et de la société civile.

3.2 Rôle de l'OMS dans le dialogue politique et la coordination des partenaires

Au Bénin, il existe 18 cadres de concertation pour la réalisation de synergies intra – et intersectoriels composés de Partenaires Techniques et Financiers et de représentants du Gouvernement. Ils ont pour rôle d'impulser la coordination, l'harmonisation et l'alignement de l'aide des partenaires bilatéraux et multilatéraux et concourent progressivement aux résultats du Programme d'Actions du Gouvernement.

En matière de santé, il existe le cadre de coordination des Partenaires Techniques et Financiers en Santé au Bénin dont l'OMS assure la facilitation et le leadership.

Ce cadre de coordination des PTF est un groupe stratégique réunissant les chefs de coopération et/ou les chefs de mission des organisations bilatérales, multilatérales et des institutions du Système des Nations Unies, qui appuient le secteur de la santé au Bénin. Il vise à promouvoir une réelle synergie et une complémentarité exemplaire entre tous les partenaires, afin de définir des positions communes sur la vision sanitaire du pays.

Grâce à son rôle de leadership et de coordination des actions sanitaires mondiales, l'OMS facilite l'organisation périodique de dialogues politiques entre le Ministre de la Santé et le cadre de coordination des Partenaires Techniques et Financiers en Santé. Il s'agit de l'une des grandes instances de coordination et de suivi des interventions mises en œuvre dans le secteur. Elle offre l'occasion pour le Ministère de la Santé et ses PTF d'examiner les grandes préoccupations et sujets d'actualité du secteur et de s'accorder sur des résolutions pertinentes à prendre en vue de l'amélioration de l'efficacité des interventions et leur alignement sur les priorités nationales. Les défis en santé qui y sont abordés concernent entre autres : la Cartographie des ressources du secteur, la mise en œuvre de la Carte sanitaire, la Politique de santé communautaire, le renforcement des infrastructures sanitaires et d'équipements dans le secteur de la santé.

L'OMS est également membre du cadre de concertation des PTF qui œuvrent dans le domaine du Genre et Protection Sociale pour la promotion de l'équité en santé ainsi que du cadre de concertation des PTF sur la nutrition d'urgence. L'OMS joue par ailleurs un rôle important en tant que membre de la TROÏKA, qui assure la coordination des PTF (avec la France et les Pays-Bas).

De plus, l'OMS fait partie de l'Équipe Conjointe des Nations Unies sur le SIDA afin de contribuer à l'amélioration de l'efficacité de l'aide, et du plaidoyer en vue de la mobilisation des ressources pour l'élargissement de la réponse nationale au VIH.

Enfin, Plusieurs groupes techniques de travail et comités ont été créés, qui regroupent des participations (volontaires) de spécialistes des thématiques traitées en provenance d'horizons divers (MS, PTF, secteur privé, universités, etc.). Certains programmes ont aussi leur propre mécanisme de coordination.

Au niveau des zones sanitaires, il existe également des instances de coordination de l'équipe d'encadrement des zones sanitaires avec les Comités de Santé et les Comités de Gestion au niveau opérationnel, mais la tenue régulière de ces instances varie d'une zone à une autre.

3.3 Collaboration avec le système des Nations Unies

La Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Bénin, précise et renforce la dimension sanitaire du Cadre de Coopération des Nations Unies pour le Développement Durable (UNSDCF). Elle constitue le principal instrument d'harmonisation des activités de l'OMS au Bénin en synergie avec les autres agences des Nations Unies et des partenaires au développement en général dans le cadre de la réalisation des ODD.

Compte tenu de son importance dans la réforme en cours dans le Système des Nations Unies, le Cadre de Coopération est un instrument clé dans la réalisation des activités de développement à l'horizon 2030. Il est un repère pour les programmes des agences du SNU et de leurs partenaires. De ce fait, les défis sanitaires abordés auront une meilleure visibilité et par conséquent ont de meilleures chances de susciter l'intérêt des donateurs.

Avec le lancement du plan d'action mondial pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous lors de l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2019, treize agences multilatérales dont GAVI, FMI, OIT, ONUSIDA, PNUD, UNFPA, UNICEF, UNITAID, ONU FEMME, Banque Mondiale, PAM et OMS du SNU, travaillant dans le domaine de la santé, du développement et de l'aide humanitaire se sont engagées à mieux soutenir les pays afin d'accélérer les progrès obtenus autour des ODD liés à la santé et à tenir d'autres engagements majeurs en matière de santé (notamment la couverture sanitaire universelle et les soins de santé primaires).







Collaboration entre l'OMS et le Bénin



4.1 Principales réalisations de l'OMS au cours du cycle de la SCP3

Le tableau suivant présente les principales réalisations de l'OMS au cours de la SCP3.

Tableau 10: Principales réalisations de l'OMS au cours du cycle de la SCP3

Axes stratégiques	Principales Réalisations
<p data-bbox="220 734 496 790">Lutte contre les maladies transmissibles</p> 	<ul style="list-style-type: none">• Plan Stratégique National intégré orienté vers l'élimination du VIH/ Sida, de la Tuberculose, du Paludisme, des Hépatites virales, des IST et des Maladies à Potentiel Epidémique (PSNIE) 2020-2024 et son plan opérationnel élaborés et validés ;• Taux de couverture en ARV est passé de 62,6% en 2018 à 96,10% en 2022• Taux de succès thérapeutique de la tuberculose de 90% atteint (cible de 87%)• Système de surveillance des Manifestations Post-vaccinales Indésirables (MAPI) fonctionnel et performant ;• Campagnes de ripostes vaccinales contre la poliomyélite, la rougeole et la méningite à méningocoque régulièrement organisées et leur qualité évaluée.
<p data-bbox="220 1283 496 1339">Lutte contre les maladies non transmissibles</p> 	<ul style="list-style-type: none">• Couverture géographique de 100% et thérapeutique de plus de 80% des cibles dans le cadre de la lutte contre les Maladies Tropicales Négligées (MTN)• Documents normatifs (politique, stratégie et plan 2019-2023) de promotion de la santé élaborés et mis en œuvre ;• Loi N° 2017 - 27 relative à la production, au conditionnement, à l'étiquetage, à la vente et à l'usage du tabac, de ses dérivés et assimilés votée ;• Plan quinquennal de lutte contre les cancers y compris les cancers pédiatriques au Bénin élaboré avec l'appui de l'AIEA• Prévention et prise en charge intégrée des MNT effectives dans les formations sanitaires des 12 départements du Bénin grâce à vulgarisation de l'initiative WHO-PEN de l'OMS

Améliorer les indicateurs de santé tout au long de la vie



- Environnement réglementaire favorable à la Santé Reproductive amélioré à travers la loi N° 2021-12 du 20 décembre 2021 modifiant et complétant la loi n° 2003-04 du 03 mars 2003 ;
- La proportion des besoins satisfaits en planification familiale est passée de 17,9% en 2014 à 23,1% en 2022
- Les institutions de formation en santé ont intégré les modules de formation en santé sexuelle et reproductive dans leur curricula
- Documents normatifs (stratégies, normes, protocoles, et outils) relatifs à la santé sexuelle, reproductive et santé de la mère, du Nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent, des handicapés et des personnes âgées développés et mis en œuvre

Renforcement du système de santé



- Politique nationale de santé communautaire validée et mise en œuvre avec la collaboration de l'USAID, ENABEL, PNUD, UNICEF, REDISSE, UNFPA, EXPERTISE France et ONUSIDA.
- Les normes de personnel de santé dans les formations sanitaires publiques de premier niveau établies sur la base des résultats de l'évaluation de la charge de travail
- Phase pilote du programme ARCH évaluée et orientation faite pour la mise en œuvre des recommandations dans le cadre de la mise à l'échelle ;
- Outils de gouvernance (plan de financement, convention collective, manuel de procédures techniques et administratives) élaborés, validés et mis en œuvre pour l'opérationnalisation de l'Agence Béninoise de Régulation Pharmaceutique (ABRP) ;
- Système National de Réglementation des produits de santé évalué et plan de développement institutionnel élaboré pour améliorer le niveau de maturité et la confiance réglementaire ;
- Mise en place d'une base de données nationales actualisée régulièrement pour une surveillance de la consommation des antimicrobiens en santé humaine ;
- Centrale d'achat des médicaments essentiels réformée pour plus de transparence dans le système d'achat ;
- Évaluation régulière de la mise en œuvre du RSI depuis 2017 avec des progrès enregistrés : En 2017, dix (10) capacités sur les 19 à acquérir sont considérées comme inexistantes contre trois (03) capacités sur les 19 en 2023
- Zoonoses prioritaires identifiées au Bénin selon l'approche « Une seule santé » en 2021 pour une meilleure préparation et réponse à leur flambée;
- La COVID-19 a été contrôlée avec un taux de létalité de 0,6% atteint en fin d'année 2021
- Epidémies de méningite, de choléra, de Fièvre lassa, de la COVID-19 et de Monkeypox maîtrisées
- Documents et plans de gestion des urgences sanitaires élaborés et mis en œuvre : Plan national de sécurité sanitaire 2019-2021, Plan de préparation et de réponse au Choléra, Plan de préparation et de réponse aux épidémies (PRE) de méningites, Plan de réponse COVID-19 ;

Équipe de l'OMS performante et orientée vers la performance



- Depuis 2021, le bureau pays de l'OMS au Bénin figure parmi les 5 les plus performants de la région africaine en matière d'atteinte des indicateurs managériaux (KPI)
- 6 771 603 USD investis dans la gestion de la COVID-19 sur la période de mars 2020 à juillet 2022 à travers la mise à disposition des intrants de diagnostic biologique, la prévention et contrôle des infections en milieu de soins et la prise en charge médicales, la dotation en équipements de 13 laboratoires de diagnostic, la mobilisation et la mise à disposition d'experts nationaux et internationaux pour la prise en charge des cas et l'engagement communautaire de même que le renforcement des capacités des acteurs en première ligne de la riposte et l'appui aux activités de vaccination contre la COVID-19

Ces réalisations sont issues de la collaboration entre l'OMS, le gouvernement et les autres PTF

Tableau 11: Situation des ressources financières (USD) pour la période de la SCP 3

Biennium	Allocation	Distribution/ Mobilisation	Utilisation	% Mobilisation sur Allocation	% Mise en œuvre
2016-17	10 207 178	8 927 391	8 882 887	87,46%	99,50%
2018-19	9 580 587	8 670 038	8 011 472	90%	92,40%
2020-21	20 198 672	16 945 949	15 695 965	84%	93%
2022-23	17 447 253	13 971 811	12 646 223	80%	91%
Total	57 433 690	48 515 189	45 236 547		

4.2 Enseignements tirés de la mise en œuvre de la SCP 2017-2021

Les leçons apprises de la mise en œuvre de la SCP de 3ème génération (2016-2020) sont les suivantes :

- Au Bénin, les zones rurales mal desservies sont certes au centre de l'attention, mais les zones urbaines doivent faire l'objet d'un suivi et d'une vigilance continue pour préserver les acquis, notamment en matière d'offre de soins et de qualité des prestations de services de santé ;
- La mise en œuvre de la politique de santé communautaire et de l'approche « One Health » va redynamiser le système de santé communautaire tout en garantissant ainsi la mise place d'un bon dispositif d'alerte sur la survenue des maladies en milieu communautaire ;
- Les décès maternels et infantiles pourraient être évités en veillant à ce que les patients se sentent en sécurité, respectés, impliqués et que leurs besoins soient entendus et pris en compte pour prendre des mesures qui sauvent des vies ;
- La disponibilité en ressources humaines qualifiées en quantité suffisante et leur gestion optimale ainsi que la disponibilité des produits de santé et technologie sanitaire contribueront à l'accélération de la marche vers la couverture sanitaire universelle ;
- Le fonctionnement optimal du COUSP favorisera une gestion efficace et efficiente des interventions du Bénin en cas de crises et urgences sanitaires ;
- L'amélioration du système d'information sanitaire, du numérique et de la recherche en santé permettra de prendre des décisions idoines sur la base des données factuelles.

Forces

- Le leadership de l'OMS en matière de coordination des actions sanitaires est légitimé au sein du cadre de concertation des PTF en santé ;
- La planification conjointe avec le Ministère de la santé pour une meilleure budgétisation et prise en compte des activités prioritaires ainsi qu'une revue périodique des Plans de Travail budgétisés ;
- Les réalisations de l'OMS pour la SCP 3 sont la résultante d'une collaboration entre les 3 niveaux de l'Organisation, et les autres parties prenantes (Gouvernement, PTF et autres acteurs non étatiques) ;
- L'OMS en tant que chef de file des PTF santé ;
- Proactivité dans la riposte aux urgences sanitaires.



Opportunités

- Les principales réformes en santé engagées par le gouvernement béninois afin de doter le pays d'un système de santé régulé, performant et résilient ;
- Le nouveau cadre UNSDCF pour renforcer l'appui technique de l'OMS en matière de santé et le développement de programme conjoint tenant compte des avantages comparatifs et des synergies d'action ;
- Le passage à l'échelle de la santé communautaire ;
- L'intégration des programmes.



Faiblesses



- Faible niveau de collaboration avec les Acteurs Non Etatiques (ANE) pour la mise en œuvre des programmes au niveau opérationnel ;
- Insuffisance de collaboration avec les ministères sectoriels connexes à la santé dans l'élaboration des politiques et les interventions du bureau pays ;
- Faible niveau de mobilisation de ressources au niveau local ;
- Insuffisance de visibilité des actions de l'Organisation auprès de la population ;
- Faible mutualisation des ressources entre les différents programmes ;
- Insuffisance de ressources humaines pour couvrir certaines positions.

Ménaces



- Incidents sécuritaires dans le nord du Bénin, facteurs limitants pour les interventions ;
- Indisponibilité de ressources financières par arrêt ou suspension de certains financements ;
- La désinformation grandissante sur les réseaux sociaux à haut risque réputationnel pour l'Organisation préjudiciable à la mise œuvre des interventions (cas de la vaccination, produits de santé).



Priorités stratégiques



L'identification des priorités stratégiques de la SCP 2023-2027 a pris en compte les résultats clés obtenus dans la mise en œuvre de la SCP de 3ème génération (2016-2020) et les défis relevés lors de son évaluation, les besoins du gouvernement en matière d'amélioration de la santé des populations tels qu'identifiés dans le PNDS 2018-2022 et l'analyse de la situation sanitaire du pays en rapport avec l'atteinte des cibles de l'ODD3 notamment celles relatives à la CSU, le 13ème Programme Général de Travail de l'OMS, le Plan-cadre de coopération des Nations Unies pour le développement durable 2023-2026 au Bénin ainsi que le Programme d'Action du Gouvernement (PAG) 2021-2026. Le processus d'identification des priorités de la SCP 2023 -2027 se fonde sur des éléments tels que l'analyse du rôle et des capacités des partenaires et des parties prenantes, l'avantage comparatif de l'OMS dans le pays, le dialogue, la consultation et la négociation intersectoriels approfondis. C'est ainsi que le Bénin a identifié quatre priorités stratégiques pour la SCP 2023-2027 à savoir :

- Priorité Stratégique 1 : Renforcement des piliers du système de santé dans la perspective de la CSU
- Priorité Stratégique 2 : Amélioration de la qualité des services et soins de santé pour tous ;
- Priorité Stratégique 3 : Renforcement de la préparation, de la réponse et de la résilience aux urgences sanitaires ;
- Priorité Stratégique 4 : Renforcement de l'éducation à la santé et de la promotion d'un environnement sain.

Tableau 13: Domaines et approches d'interventions de la période stratégique 1



Priorité Stratégique 1 : Renforcement des piliers du système de santé dans la perspective de la CSU

Domaines d'action prioritaires

Gouvernance, leadership, GER (genre, équité et droits humains) et protection sociale



Approches stratégiques

- Développement de politiques /stratégies/Plans fondés sur les données probantes ;
- Dialogues sur les politiques et les investissements en matière de santé et de bien-être fondés sur des données probantes ;
- Renforcement des capacités et des actions de gouvernance multisectorielle pour la santé et les « politiques de santé dans tous les domaines ;
- Développement des ressources humaines et les capacités pour renforcer l'intégration du GER dans les travaux de l'OMS visant à ne laisser personne de côté ;
- Extension de la formation au leadership et aux autres programmes de développement à un plus grand nombre de femmes de la catégorie des administrateurs et des agents des services généraux, ainsi qu'aux ministères et organisations homologues concernés ;
- Renforcement de la législation protectrice et du cadre stratégique de protection des personnes vulnérables y compris les personnes âgées, handicapées etc ;
- Renforcement de la collaboration intersectorielle et l'implication des OSC dans la gouvernance et la redevabilité en matière de la santé et de protection sociale ;
- Renforcement du partenariat public- privé-société civile de la santé et de protection sociale.

Ressources humaines en santé



- Appui à l'élaboration régulière des National Health Workforce Accounts ;
- Etude et Analyse du marché du travail dans le secteur de la santé (HLMA) et projections (éducation, offre, demande, WISN, analyse budgétaire et faisabilité financière).

Accès aux médicaments et technologies sanitaires



- Renforcement du système national de réglementation des médicaments, vaccins et dispositifs médicaux pour l'atteinte du niveau de maturité 3 ;
- Accompagnement pour la mise en place de la coopération pharmaceutique et le développement d'expertises locales ;
- Mobilisation de ressources pour la mise en œuvre du plan de développement institutionnel ;
- Développement et mise en place un système fonctionnel pour une réponse nationale de la lutte contre la RAM avec une approche One Health ;
- Renforcement du dispositif de prévention, détection et de réponse aux produits médicaux de qualité inférieure et contrefait ;
- Renforcement des capacités nationales en matière de coordination et d'intégration des interventions de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé.

Système d'information et innovations, technologiques et recherches



- Suivi des progrès des indicateurs sanitaires et tableau de bord des investissements ;
- Développement /actualisation d'une base de données de la recherche ; opérationnelle en santé pour la prise de décision ;
- Digitalisation des stratégies d'acquisition de compétences ;
- Évaluation des interactions de santé numérique entre les agents de santé et les patient.e.s/parents/soignants/familles.

Financement de la santé



- Politiques nationales de financement du secteur de la santé et plans stratégiques chiffrés ;
- Appui à l'élaboration régulière des comptes nationaux de santé ;
- Appui à l'analyse des risques financiers et la mise en place de processus national de décision dans le secteur de la santé basé sur des analyses économiques ;
- Plans d'investissement et accords pour aligner et stimuler l'investissement dans le secteur de la santé.

Tableau 14: Domaines et approches d'interventions de la période stratégique 2



Priorité Stratégique 2 : Amélioration de la qualité des services et soins de santé pour tous

Domaines d'action prioritaires

Approches stratégiques

Réponses aux besoins de santé propres des populations et aux obstacles à l'équité tout au long de la vie



- Renforcement des stratégies de vaccination ;
- Grandes campagnes de rattrapage menées dans les localités où le nombre de doses zéro et d'enfants sous-vaccinés est élevé ;
- Amélioration des soins et les services de santé SRMNIA-PA y compris la santé numérique ;
- Services de santé intégrés centrés sur la personne avec la pleine participation de la communauté ;
- Accompagnement pour la mise en place de la démarche qualité et de certification des établissements de santé.

Couverture de services spécifiques à certains états de santé ou maladies



- Renforcement de la coordination dans les domaines d'interventions critiques recensés pour avoir un impact sur les maladies ;
- Élargissement de la couverture des interventions liées à la maladie - recherche et gestion des cas, chimio prévention ;
- Contribution à la diffusion et à l'utilisation des politiques, des outils normatifs et des produits techniques de l'OMS concernant les maladies ;
- Prévention et contrôle des infections.

Suivi-évaluation de la qualité et de la sécurité des soins et services.



- Enquêtes de couverture des soins et services essentielles (disponibilité, accessibilité, efficacité, efficience) aux différents niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Enquêtes de satisfaction des utilisateurs ;
- Recherches opérationnelles sur la dispensation de soins répondant aux normes de qualité (intégration, continuité, globalité, innocuité...).

Tableau 15: Domaines et approches d'interventions de la période stratégique 3



Priorité Stratégique 3 : Renforcement de la préparation, de la réponse et de la résilience aux urgences sanitaires.

Domaines d'action prioritaires

Approches stratégiques

Préparation du pays aux situations d'urgence sanitaire



- Suivi et évaluation de la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI 2005) au Bénin ;
- Renforcement de la Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte y compris la surveillance à base communautaire et la surveillance basée sur les événements ;
- Renforcement des capacités des laboratoires pour la détection précoce des cas de maladies à potentiel épidémique ;
- Renforcement des exercices de simulation.

Prévention des épidémies et des pandémies



- Renforcement de l'évaluation des risques sanitaires selon l'approche One Health avec les outils dédiés (STAR, JRA, etc.) ;
- Elaboration et mise en œuvre du plan multirisque et des plans de préparation et de réponse ainsi que des plans de contingence relatifs aux urgences sanitaires ;
- Renforcement de la prévention et du contrôle des infections dans les structures sanitaires.

Détection et prise en charge rapides des situations d'urgence sanitaire



- Renforcement des capacités des équipes d'intervention rapide ;
- Mise en place et renforcement des équipes médicales d'urgences (EMU) ;
- Elaboration et mise en œuvre des plans de déploiement des moyens médicaux et du personnel pour la gestion des situations d'urgence sanitaire ;
- Renforcement de la communication sur les risques et de l'engagement communautaire ;
- Organisation des ripostes vaccinales pour les épidémies dues aux maladies à prévention vaccinale.

Renforcement de la résilience du système de santé face aux épidémies



- Renforcement de la continuité des services pendant les situations d'urgence sanitaire.

Tableau 16: Domaines et approches d'interventions de la période stratégique 4



Priorité Stratégique 4 : Renforcement de l'éducation à la santé et de la promotion d'un environnement sain

Domaines d'action prioritaires

Approches stratégiques

Nutrition et sécurité sanitaire des aliments et la législation y afférente



- Examen des plans et politiques nationaux alignés sur la stratégie mondiale actualisée de l'OMS pour la sécurité sanitaire des aliments 2022-2030 ; et des lignes directrices sur la prévention et la gestion de l'émaciation ;
- Renforcement des normes du Codex Alimentarius et des textes connexes (lignes directrices, recommandations et codes de pratique) en tant que base de la législation nationale et renforcement des capacités pour leur mise en œuvre ;
- Mécanismes multisectoriels établis/renforcés pour soutenir l'ensemble du gouvernement, la santé dans toutes les politiques liées à l'approche « Une seule santé » et une nutrition optimale.

Promotion de comportements favorables à la santé



- Renforcement de l'éducation à la santé, la littératie en santé et l'autonomisation et la voix des communautés ;
- Prévention des accidents de la route non intentionnels et mesures de mobilité plus sûres, soins de traumatologie (paquet Sauver des vies) ;
- Promotion d'un environnement sain ;
- Renforcement de la lutte contre les aliments et produits malsains y compris le tabac, l'alcool etc...

Résilience par rapport au changement climatique



- Prise en compte des effets du changement climatique dans les programmes de santé.

Tableau 17: SCP 2023-2027 - Priorités stratégiques identifiées et alignement sur l'UNSDCF et le PND5

SCP4 : Priorités Stratégiques	Renforcement des piliers du système de santé dans la perspective de la CSU	Amélioration de la qualité des services et soins de santé pour tous	Renforcement de la préparation, de la réponse et de la résilience aux urgences sanitaires	Renforcement de l'éducation à la santé et de la promotion d'un environnement sain.
Priorités stratégiques du treizième PGT	Priorité stratégique 1&3	Priorité stratégique 1	Priorité stratégique 2	Priorité stratégique 3
Résultats du treizième PGT	Résultat 1.1 ; 1.2 et 3.1	Résultats 1.1 ; 1.2 ; 1.3	Résultat 2.1 ; 2.2 ; 2.3	Résultat : 3.1 ; 3.2 et 3.3
PND5 2024-2030	OS1 ; OS3 ; OS5 et OS6	OS 2 ; OS4 et OS5	OS2 et OS6	OS2
UNSDCF 2023-2026	2.1 ; 2.4 et 2.5	2.1 et 2.2	2.1 et 2.2	2.3





Mise en œuvre

Cette stratégie de coopération guidera les appuis du Bureau pays y compris ceux des équipes d'appui multi-pays (MCAT), du Bureau régional et du Siège, conformément à l'esprit d'une seule OMS. Cette approche permettra au Bureau de pays de bénéficier de l'expertise des autres niveaux de l'Organisation concernant les domaines où ses compétences sont limitées. Elle se fera à travers des plans biennaux et des évaluations périodiques pour s'assurer du progrès vers les objectifs, l'identification des difficultés éventuelles et des solutions, et l'adaptation aux changements de politiques et stratégies nationales

6.1 Principes de coopération

Les principes de coopération en vue de la mise en œuvre de la SCP sont fondés sur l'avantage comparatif et les 6 fonctions essentielles de l'OMS²³. Les principes de coopération ci-dessous guideront l'action de l'OMS au Bénin :

- Le dialogue politique stratégique pour façonner le système de santé du futur ;
- L'appui stratégique pour mettre en place des systèmes hautement performants ;
- L'assistance technique pour consolider les piliers et institutions du système de santé ;
- Les prestations de services pour combler les lacunes en lien avec la récurrence des urgences, la situation sécuritaire et humanitaire.

6.2 Ressources nécessaires

Au total 26 staffs sont en service au Bureau pays de l'OMS soit 3 staffs internationaux, 8 professionnels nationaux, 14 staffs nationaux des services généraux et 1 VNU. Le Bureau est assisté par 20 consultants dont 3 internationaux.

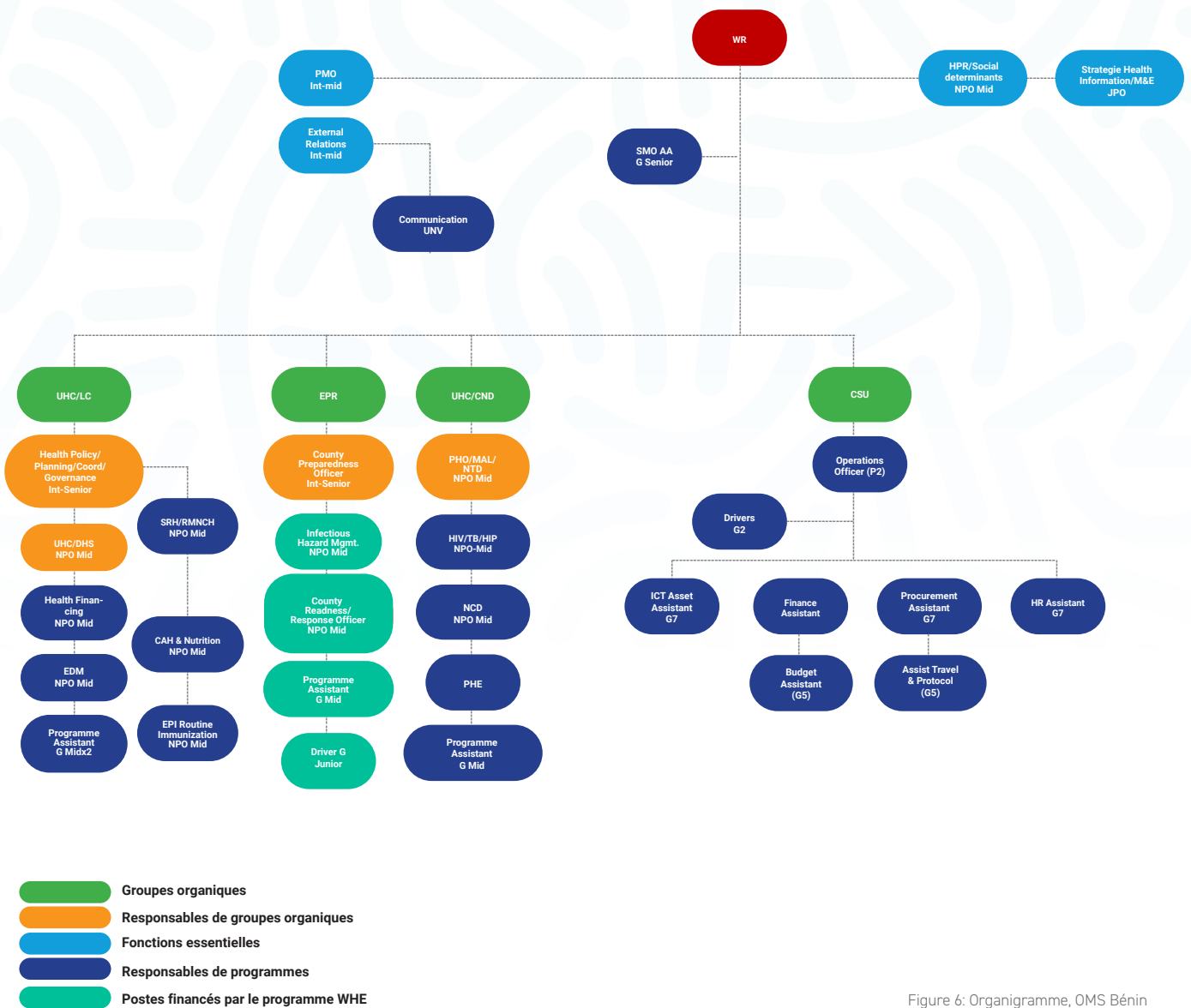


Figure 6: Organigramme, OMS Bénin

Outre le recours à l'assistance technique des staffs du bureau et des MCAT, l'expertise technique en provenance de la région et du siège, la mise en œuvre effective de cette stratégie de coopération avec le pays nécessitera de revoir la composition de l'équipe du bureau et de recruter des staffs supplémentaires à des postes clés.

²³ 1) Jouer le rôle de Chef de file dans les domaines essentiels pour la santé (leadership de la santé) et créer des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire ; 2) Fixer les priorités de la recherche et inciter, appliquer et diffuser des connaissances utiles; 3) Fixer les normes et les critères, encourager et suivre l'application ; 4) Définir les politiques conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes; 5) Fournir un appui technique, se faire l'agent du changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles ; 6) Surveiller la situation sanitaire et évaluer.

Tableau 18: Nombre et profil de staff nationaux et internationaux complémentaires

Positions	Type de staff	nombre
A – SMO		
• 1 – Responsable de la mobilisation des ressources UNV/P2	international	01
• 2 – Spécialiste de la gestion des programmes, P2	international	01
• 3 – Information sanitaire stratégique, JPO/P1	international	01
B – Groupe organique CSU/LC		
• 1 – Planification de la politique sanitaire, P4	international	01
• 2 – CSU/DHS, Administrateur national, niveau intermédiaire	national	01
• 3 – Financement de la santé, administrateur national, niveau intermédiaire	national	01
• 4 – CAH et nutrition, administrateur national, niveau intermédiaire	national	01
• 5 – Assistant Programme, G5	national	01
C – Groupe organique EPR		
• 1 – Responsable, préparation des pays, P4	international	01
• 2 – Gestion des risques d'infection, administrateur national, niveau intermédiaire	national	01
D – Groupe organique CSU/CND		
• 1 – NCD, administrateur national, niveau intermédiaire	national	01
• 2 – PHE, administrateur national, niveau intermédiaire	national	01
E – CSU		
• 1 – Assistant, technologies de l'information et de la communication, G7	national	01
• 2 – Adjoint aux services budgétaires, G5	national	01
• 3 – Assistant, voyages et protocole, G5	national	01

Le budget nécessaire pour la mise en œuvre de la SCP est estimé à **41.627.657 USD**

Tableau 19: Budget de la SCP4 par priorité stratégique

PRIORITES STRATEGIQUES	BUDGET PREVISIONNEL NECESSAIRE	FINANCEMENT ACQUIS	BUDGET RESTANT À MOBILISER
Priorités Stratégique 1	7 850 818	2 736 503	5 114 316
Priorités Stratégique 2	8 095 515	1 016 381	7 079 134
Priorités Stratégique 3	24 256 935	2 791 199	21 465 737
Priorités Stratégique 4	1 424 389	128 700	1 295 689
Total	41 627 657	6 672 783	34 954 876

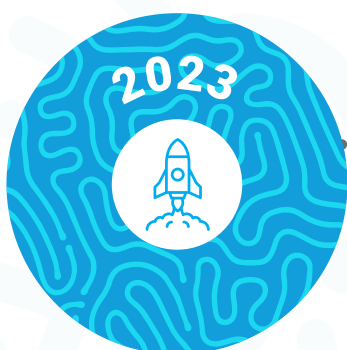
7

Suivi et évaluation



7.1 Suivi et évaluation

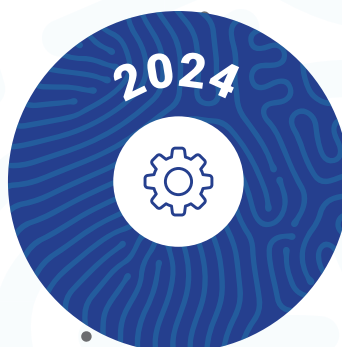
Le suivi se fera conjointement entre le Ministère de la Santé et l’OMS durant toute la mise en œuvre de la stratégie de coopération. Le suivi et l’évaluation se baseront sur les indicateurs du cadre de résultats de la SCP 2023 – 2027. Il se focalisera sur les intrants, leur utilisation, et les produits obtenus tout en mettant l’accent sur le progrès des indicateurs de produits retenus.



Lancement

Principaux résultats sanitaires, niveaux de référence et objectifs établis pour chaque priorité stratégique.

S’assurer de la disponibilité des données au niveau national ou du renforcement des capacités, le cas échéant.



Mise en œuvre

- Élaboration du plan biennal 2024-2025:
- Activités menées dans le pays et activités détaillées aux trois niveaux de l’Organisation et relatives aux priorités définies
- Résultats/produits
- Mobilisation des ressources



Les rapports de suivi seront élaborés semestriellement suivant le cycle de rapportage statutaire de l’OMS. Les rapports seront élaborés entre les responsables de la mise en œuvre au niveau de la partie nationale, et les responsables du programme au bureau pays de l’OMS.

Une évaluation à mi-parcours sera conduite au début de la 3ème année de mise en œuvre pour apprécier les progrès, le niveau de mobilisation des ressources et apporter les ajustements nécessaires dans les domaines prioritaires et leurs produits escomptés.

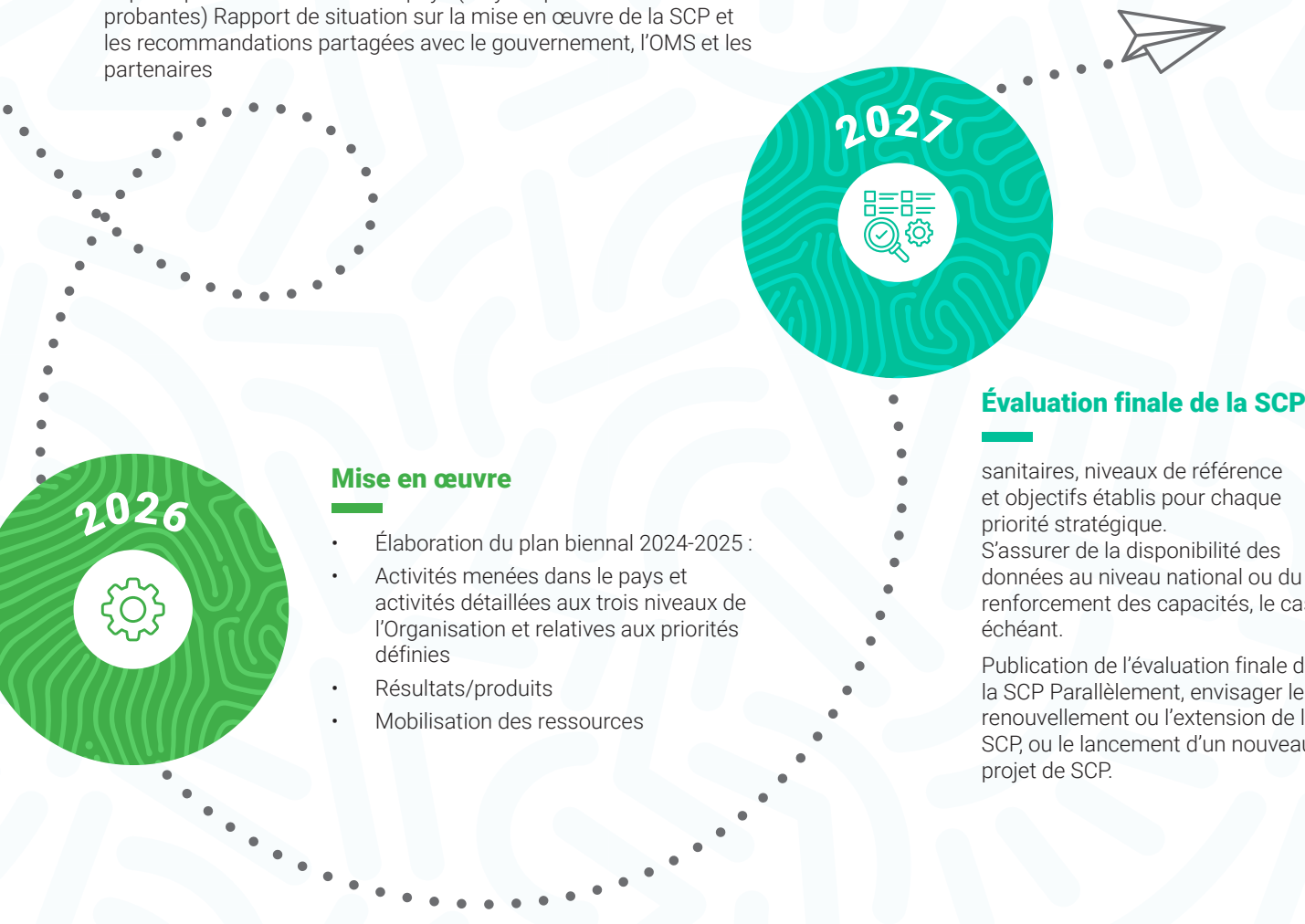
Mise en œuvre et évaluation à mi-parcours

Mise en œuvre

Évaluation dirigée par le bureau de pays :

- des progrès vers la réalisation des résultats en matière de santé
- de la mise en œuvre du Plan de travail 2024-2025

Impact qualitatif - Réussites du pays (étayées par des données probantes) Rapport de situation sur la mise en œuvre de la SCP et les recommandations partagées avec le gouvernement, l'OMS et les partenaires



2026



Mise en œuvre

- Élaboration du plan biennal 2024-2025 :
- Activités menées dans le pays et activités détaillées aux trois niveaux de l'Organisation et relatives aux priorités définies
- Résultats/produits
- Mobilisation des ressources

2027



Évaluation finale de la SCP

sanitaires, niveaux de référence et objectifs établis pour chaque priorité stratégique. S'assurer de la disponibilité des données au niveau national ou du renforcement des capacités, le cas échéant.

Publication de l'évaluation finale de la SCP Parallèlement, envisager le renouvellement ou l'extension de la SCP, ou le lancement d'un nouveau projet de SCP.

Figure 7 Principaux jalons, approches et activités de suivi-évaluation de la SCP

L'évaluation finale de la SCP sera menée à la fin de la dernière année de sa mise en œuvre, au cours du dernier trimestre de 2027. L'évaluation permettra d'apprécier les effets et impact de la SCP sur la mise en œuvre du PNDS, du 13^{ème} PGT de l'OMS, de l'UNSDCF et des progrès vers l'atteinte des ODD, principalement l'ODD 3.

7.2 Cadre des Résultats

Axes stratégique	Domaines prioritaires	Indicateurs (outcome ou output)	Valeur de base	Cibles			
				2024	2025	2026	2027
Priorité Stratégiques 1:	Gouvernance, leadership, GER et protection et sociale	Le pays dispose d'un plan/politique stratégique national de santé (PSN) dont la mission et les objectifs ont été révisés et mis à jour au cours des cinq dernières années.	Oui	Oui	Oui	Oui	
		Nombre d'établissement zone cibles disposant d'un comité de gestion fonctionnel incluant des membres de sa communauté (population couverte par l'établissement de santé)	ND	34	34	34	
Renforcement du système de santé dans la perspective de la CSU	Ressources humaines en santé	Densité d'agents de santé actifs pour 10 000 habitants	5,4 (HHFA, 2022)	56	12	14	
		Pourcentage moyen d'un ensemble de médicaments traceurs disponibles dans les établissements de santé cibles le jour de l'évaluation	36 (HHFA, 2022)	56	66	70	
	Accès aux médicaments et technologies sanitaire	Disponibilité moyenne des éléments de diagnostics essentiels pertinents dans les établissements de santé cibles	36 (HHFA, 2022)	-	-	50	
		Pourcentage des besoins en produits médicaux et pharmaceutiques satisfaits par la fabrication locale	ND	5%	12%	15%	
		Pourcentage de produits médicaux achetés par le gouvernement sur la base de la liste nationale des produits	ND	50%	60%	70%	80%

Axes stratégiques	Domaines prioritaires	Indicateurs (outcome ou output)	Valeur de base	Cibles			
				2024	2025	2026	2027
		médicaux prioritaires (EML, MDL, APL, EDL)	ND	34	34	34	34
		Nombre de fonctions de réglementation de l'autorité nationale de réglementation ayant atteint le niveau de maturité 3 sur les 9	0 (Rapport d'évaluation 2022)	2	3	4	5
		Disponibilité d'un mécanisme fonctionnel de gouvernance de la résistance aux antimicrobiens (RAM) dans le cadre de l'initiative «Une seule santé».	Non (Rapport TRACSS, 2023)	Oui	Oui	Oui	Oui
Système d'information et innovations, technologiques et recherches		Pourcentage de formations sanitaires qui analyse et utilise les données pour la prise de décision	42 (HHFA, 2022)	-	-	-	70
		Pourcentage de formations sanitaires rapportant des données à un système d'information du ministère de santé	89,22 (HHFA, 2022)	100	100	100	100
Financement de la santé		Pourcentage de la population qui consacre au moins 10 % du budget du ménage (dépenses totales ou du revenu du ménage) aux services de santé.	5,7 (Rapport sur l'analyse du risque financier 2015)	-	-	-	2%
		Le pays a eu au moins un dialogue politique sur le financement de la santé en vue d'une couverture universelle du risque	Non	Oui	Oui	Oui	Oui

Axes stratégique	Domaines prioritaires	Indicateurs (outcome ou output)	Valeur de base	Cibles			
				2024	2025	2026	2027
<p>Priorité Stratégiques 2: Amélioration de la qualité des services et soins de santé pour tous ;</p> <p>Réponses aux besoins de santé propres des populations et aux obstacles à l'équité tout au long de la vie</p>		Ratio de mortalité maternelle (pour 100.000 NV)	-	256	-	214	
		Taux de mortalité néonatale pour 1000 NV	24	23	21	20	
		Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans pour 1000 NV	67	66	65	64	
		Pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement mariées ou en union qui utilisent (ou dont le conjoint utilise) une méthode de contraception	23	23,5	24	24,5	
		Pourcentage d'enfants cibles qui ont reçu une 3ème dose de vaccins contre DTC cv3	100	100	100	100	
		Pourcentage d'enfants cibles qui ont reçu la première dose de vaccin contre la rougeole	100	100	100	100	
		Taux de couverture vaccinale complète	65	67	68	70	
		Taux de couverture en CPN 4	66%	68%	70%	72%	
		Taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié	87	88	89	90	
		Taux de prévalence contraceptive aux méthodes modernes	22	22,5	23	23,5	
	Taux de natalité chez les adolescentes (15 à 19 ans) pour 1 000 adolescentes	92	90	88	86		

Axes stratégique	Domaines prioritaires	Indicateurs (outcome ou output)	Valeur de base	Cibles			
				2024	2025	2026	2027
Priorité Stratégiques 2: Amélioration de la qualité des services et soins de santé pour tous ;		Ratio de mortalité maternelle (pour 100.000 NV)	391 (EDS 2017-2018)	-	256	-	214
		Taux de mortalité néonatale pour 1000 NV	30 (EDS 2017-2018)	24	23	21	20
		Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans pour 1000 NV	96 (EDS 2017-2018)	67	66	65	64
		Pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement mariées ou en union qui utilisent (ou dont le conjoint utilise) une méthode de contraception	23,1 (MICS6-Bénin, 2021-2022)	23	23,5	24	24,5
		Pourcentage d'enfants cibles qui ont reçu une 3ème dose de vaccins contre DTC cv3	120 (Base données vaccination routine PEV)	100	100	100	100
		Pourcentage d'enfants cibles qui ont reçu la première dose de vaccin contre la rougeole	114% (Base données vaccination routine PEV)	100	100	100	100
		Taux de couverture vaccinale complète	57% (EDS 2017-2018)	65	67	68	70
		Taux de couverture en CPN 4	47,2% (ASS 2022)	66%	68%	70%	72%
		Taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié	96,2 (ASS 2022)	87	88	89	90
		Taux de prévalence contraceptive aux méthodes modernes	12,4% (EDS 2017-2018)	22	22,5	23	23,5
	Taux de natalité chez les adolescentes (15 à 19 ans) pour 1.000	108 (FDS 2017-2018*)	92	90	88	86	

Axes stratégique	Domaines prioritaires	Indicateurs (outcome ou output)	Valeur de base	Cibles			
				2024	2025	2026	2027
Couverture de services spécifiques à certains états de santé ou maladies	Couverture thérapeutique de traitement de masse contre la schisto (2023)	75	80	80	80	80	
	Couverture thérapeutique de traitement de masse contre les géohelminthes (2023)	75	82	82	82	75	
	Couverture thérapeutique de traitement de masse contre la schisto (2023)	85	74	85	85	85	
	Pourcentage de personnes atteintes d'hépatite B chronique qui sont sous traitement	ND	30%	40%	50%	60%	
	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH sous Traitement Antirétroviral	96	95	95	95	95	
	Pourcentage de nouveaux cas de tuberculose (TB) et de rechute qui ont été notifiés et traités la même année	100	100	100	100	100	
	Pourcentage de cas de paludisme (présymptômes et confirmés) ayant reçu un traitement antipaludique de première intention	98 (DHIS2, SIRP, DHIS2 14/04/2023)	100	100	100	100	
	Proportion de la population ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente	70,3% (MIS 2023)	90	90	90	90	
	Taux de mortalité liée au paludisme p. 1000	0,14	0,543	0,543	0,543	0,543	
	Taux de Transmission du VIH de la mère à l'enfant %	3,03 (Rapport 2019)	≤2	≤2	≤2	≤2	
Préparation du pays aux situations d'urgence sanitaire	Nombre de capacités principales (indicateurs) du RSI qui sont au moins au niveau 3 sur la base du rapport annuel du RSI (SPAR)	13/56 (Rapport annuel eSPAR2022)	17/56	21/56	25/56	30/56	
	Pourcentage de zones sanitaires qui mettent en œuvre la SIMR (surveillance basée sur les indicateurs, surveillance basée sur les événements et surveillance à base	0%	20%	50%	75%	100%	

Axes stratégique	Domaines prioritaires	Indicateurs (outcome ou output)	Valeur de base	Cibles		
				2024	2025	2026
<p>Priorité Stratégiques 4:: Renforcement de l'éducation à la santé et de la promotion d'un environnement sain ;</p>	Prévention des épidémies et des pandémies	Pourcentage de zones sanitaires avec un plan d'urgence pour tous les risques (plan multirisque)	0%	50%	75%	100%
	Détection et prise en charge rapides des situations d'urgence sanitaire	Pourcentage d'événements de santé publique rapidement contenus dans les limites de la zone infranationale	100%	100%	100%	100%
	Nutrition et sécurité sanitaire des aliments et la législation y afférente	Prévalence du retard de croissance (indice taille/âge inférieur à -2 écarts types par rapport à la moyenne des normes de croissance de l'enfant définies par l'OMS) chez les enfants de moins de 5 ans.	36,5 (MICS 2022)	22,5	21,5	21
		Pourcentage des adultes qui ne pratiquent pas suffisamment d'activité physique (moins de 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée par semaine ou équivalent)	15,9% (Enquête STE-P 2015)	14%	11%	10%
		Le pays met en œuvre des réglementations sur la publicité pour le tabac et des politiques d'environnement sans tabac	Oui	Oui	Oui	Oui
		Pourcentage des établissements de santé disposant de Source d'eau améliorée	83% (enquête SARA+ 2018)	87%		90%
		Pourcentage des établissements de santé disposant d'installations sanitaires améliorées	91% (enquête SARA+ 2018)	93%		95%
		Existence d'un plan national de mise en œuvre des instruments multilatéraux qui intègrent au moins l'une des trois approches spécifiquement whole-of-government, Santé dans toutes les politiques et One Health	Oui (Nouvelle Politique Nationale de santé Communautaire)	Oui	Oui	Oui
		Le pays met en œuvre l'engagement pris lors de la COP 28 de mettre en place un système de santé résilient au changement climatique	ND	Oui	Oui	Oui
		Résilience par rapport au changement climatique		Oui	Oui	Oui

Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) est une institution spécialisée du système des Nations Unies créée en 1948 qui dirige et coordonne l'action sanitaire internationale et les questions de santé publique. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique est l'un des six bureaux régionaux répartis dans le monde. Chaque bureau régional a son propre programme adapté aux conditions sanitaires spécifiques aux pays qu'il dessert.

États Membres

Afrique du Sud
Algérie
Angola
Bénin
Botswana
Burkina Faso
Burundi
Cabo Verde
Cameroun
Comores
Congo
Côte d'Ivoire
Érythrée
Eswatini
Éthiopie
Gabon
Gambie
Ghana
Guinée
Guinée-Bissau
Guinée
équatoriale
Kenya
Lesotho
Libéria
Madagascar

Malawi
Mali
Maurice
Mauritanie
Mozambique
Namibie
Niger
Nigéria
Ouganda
République
centrafricaine
République
démocratique du
Congo
République-Unie de
Tanzanie
Rwanda
Sao Tomé-et-Principe
Sénégal
Seychelles
Sierra Leone
Soudan du Sud
Tchad
Togo
Zambie
Zimbabwe

Organisation mondiale de la Santé Bureau de la Représentation de l'OMS au Bénin

Avenue CENSAD – Les Cocotiers
01 BP 918, Cotonou Bénin

Téléphone : +229 21 30 19 07

Courriel : afrgocom@who.int
afbjom@wims.who.int

Site Web : <https://www.afro.who.int/>