



Rapport sur l'état du secteur santé au Bénin 2023



SOMMAIRE

PRÉFACE	4
AVANT-PROPOS	5
POSTFACE	6
REMERCIEMENTS	8
MÉTHODOLOGIE	10
TABLE DES GRAPHIQUES	196
ABRÉVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES	14
MESSAGES CLÉS	15
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	16

1 SECTION I - CONTEXTE

1.1 Contexte socio-démographique	20
1.2 Contexte économique	22
1.3 Contexte politique	26
1.4 Contexte environnemental et changement climatique	26
1.5 Structure organisationnelle du système de santé	30
RÉFÉRENCES	36

2 SECTION II - LES DETERMINANTS DE LA SANTE

2.1 Environnement économique/travail	40
2.2 Environnement physique	42
2.3 Environnement social	43
2.4 Facteurs de risques et comportements	43
2.5 Les déterminants liés au système de santé	51
RÉFÉRENCES	62

3 SECTION III - ODD 3 : BONNE SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

3.1 Mortalité maternelle	67
3.2 Assistance à l'accouchement	68
3.3 Mortalité des enfants	69
3.4 Infection à VIH	73
3.5 Tuberculose	78
3.6 Paludisme	81
3.7 Maladies tropicales négligées	82
3.8 Couverture Sanitaire Universelle	84
3.9 Situation des dépenses catastrophiques	85
3.10 Planification familiale	87
3.11 Autres mortalités spécifiques	89
3.12 Disponibilité et qualité des ressources humaines pour l'offre de soins	92
RÉFÉRENCES	96



SOMMAIRE

4 SECTION IV - ANALYSE DES PILIERS DU SYSTÈME DE SANTÉ AU BÉNIN

4.1 Financement de la santé	102
4.2 Gouvernance de la santé	106
4.3 Informations sur la santé	108
4.4 Analyse de la situation des ressources humaines en santé	112
4.5 Infrastructures de santé	113
4.6 Produits de santé	116
4.7 Prestations de soins et services	120
RÉFÉRENCES	124



5 SECTION V - PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ

5.1 Accès aux services de santé	128
5.2 Demande des services de santé	129
5.3 Qualité des soins	131
5.4 Résilience du système de santé	132
5.5 Efficience du système de santé	133
RÉFÉRENCES	137

6 SECTION VI - RÉSULTATS DU SYSTÈME DE SANTÉ

6.1 Disponibilité des services essentiels	141
6.2 Couverture des interventions	149
6.3 Sécurité sanitaire	167
RÉFÉRENCES	169

7 SECTION VII - IMPACT SUR LA SANTÉ

7.1 Espérance de vie et fécondité	171
7.2 Morbidité	173
7.3 Mortalité par cause	177
7.4 Mortalité par âge	185
RÉFÉRENCES	191



CONCLUSION GÉNÉRALE

194

PRÉFACE



Pr Benjamin HOUNKPATIN
Ministre de la Santé

En tant que Ministre de la Santé, il me tient à cœur de présenter cette première édition du Rapport sur l'état du secteur de la santé au Bénin. Ce document constitue une étape décisive dans notre démarche pour une amélioration continue de la santé de nos populations. Il s'inscrit dans un contexte marqué par des mutations socio-économiques et épidémiologiques qui exigent une adaptation constante de nos politiques et stratégies.

Le Rapport annuel offre une analyse complète et objective des réalisations, des défis et des opportunités dans le domaine de la santé. Il est le fruit d'une collaboration étroite entre l'Autorité de Régulation du Secteur de la Santé, les experts de l'Organisation mondiale de la Santé, et de nombreux partenaires et acteurs du secteur. En évaluant l'impact de nos interventions, ce rapport nous aide à répondre de manière ciblée aux besoins prioritaires et à orienter nos ressources vers des actions à fort impact.

Ce document illustre notre engagement en faveur de la transparence, de la reddition de comptes et de la recherche de solutions innovantes adaptées à nos réalités locales. Il constitue une boussole pour guider nos efforts collectifs vers la réalisation de l'Objectif de Développement Durable n°3 : « Assurer une vie saine et promouvoir le bien-être pour tous, à tout âge ».

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à tous les acteurs qui ont contribué à l'élaboration de ce rapport. Ensemble, continuons à renforcer notre système de santé pour qu'il réponde aux attentes légitimes de nos concitoyens.

AVANT-PROPOS



Dr. Lucien DOSSOU-GBÉTÉ

Président de l'Autorité de Régulation
du Secteur de la Santé

L'élaboration du Rapport Annuel sur l'État du secteur de la Santé (RAESS) au Bénin est l'une des prérogatives de l'Autorité de Régulation du secteur de la Santé (A.R.S), Institution qui procède des réformes engagées dans le secteur. L'élaboration du présent Rapport qui devient une réalité à travers cette première édition, marque une avancée remarquable dans l'engagement de l'A.R.S à promouvoir une gouvernance éclairée, transparente et participative dans le domaine de la santé au Bénin. Le RAESS 2023 explore un large panel des aspects du secteur de la santé, notamment les déterminants de la santé, la bonne santé et le bien-être, les piliers du système de santé, les performances du système de santé, les résultats du système de santé et leurs impacts sur la santé.

Ce rapport est un outil essentiel pour l'analyse et l'évaluation des performances du système de santé, en même temps qu'il met en évidence, les domaines où des améliorations sont nécessaires.

Réalisé avec la contribution active de divers partenaires sectoriels (Institut National de la Statistique et de la Démographie (INStAD), Ministères en charge de l'Intérieur, du Cadre de Vie, des Mines, de l'Enseignement Supérieur, de la santé, et sous la supervision technique d'experts de

l'Organisation mondiale de la Santé, ce document révèle les défis et opportunités qui jalonnent notre chemin vers une couverture sanitaire universelle et une meilleure qualité de vie pour nos populations. L'approche inclusive adoptée témoigne de notre détermination à mobiliser toutes les compétences et ressources disponibles pour faire face convenablement à l'ensemble des problématiques liées à la santé publique.

Ce Rapport se veut une référence pour les décideurs, les professionnels de santé, les partenaires techniques et financiers, ainsi que pour nos concitoyens. Il fournit une base factuelle solide pour orienter les politiques publiques, encourager l'innovation et répondre efficacement aux besoins sanitaires de la population.

Appréciant le caractère exaltant de la responsabilité ainsi confiée à l'A.R.S, toute l'Institution voudrait exprimer sa reconnaissance au Président de la République, Son Excellence Monsieur Patrice Talon, pour la confiance et le rassurer de la disponibilité, de la loyauté et de l'engagement de tous ses acteurs.

Je voudrais également remercier tous ceux qui ont contribué à cette entreprise ambitieuse et inviter toutes les parties prenantes à tirer profit de ce Rapport pour mener leurs actions et stratégies.

Enfin, je voudrais d'ores et déjà faire au nom de l'A.R.S, l'annonce que le RAESS 2024 sera plutôt thématique.

Ensemble, nous pouvons édifier au Bénin, un système de santé plus robuste et résilient.



Dr Kouamé Jean KONAN

Représentant de l'Organisation mondiale de la Santé au Bénin

En parcourant ce premier Rapport sur l'état du secteur de la santé au Bénin, il ressort avec clarté que le pays franchit une étape décisive dans sa quête d'un système de santé plus robuste, plus équitable et plus résilient. Ce document ne se limite pas à dresser un état des lieux : il éclaire les décideurs sur les tendances, met en évidence les progrès, révèle les défis persistants et trace les jalons d'une transformation structurelle qui engage l'ensemble des acteurs.

Le rapport montre que le Bénin, à travers ses réformes institutionnelles et sa volonté affirmée d'ancrer la santé dans une gouvernance transparente, a su créer un cadre propice à l'amélioration durable des performances sanitaires. La jeunesse démographique, la charge double des maladies transmissibles et non transmissibles, les pressions climatiques et environnementales, ainsi que les vulnérabilités révélées par la COVID-19 appellent à des réponses multisectorielles audacieuses. L'OMS se félicite que ces enjeux aient été analysés avec rigueur et replacés dans une perspective d'action alignée sur l'Agenda 2030 et l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle. Ce rapport est aussi un plaidoyer : il nous rappelle que la santé ne peut être dissociée des choix économiques, sociaux et environnementaux. Investir dans la

santé, c'est investir dans la productivité, la stabilité et la prospérité du pays. Les constats qui en ressortent interpellent la responsabilité collective – gouvernement, parlement, collectivités locales, partenaires techniques et financiers, société civile et secteur privé – pour garantir à chaque Béninoise et Béninois l'accès à des soins de qualité sans exclusion ni appauvrissement.

En tant que Représentant de l'OMS, je souhaite saluer le leadership national et l'engagement des institutions qui ont permis la production de ce rapport. Sa valeur repose autant sur les données et analyses qu'il contient que sur le processus inclusif qui l'a nourri. Il constitue une base solide pour guider les politiques, orienter les ressources et inspirer les réformes. Aux décideurs et partenaires, je lance une invitation : faisons de ce rapport non pas une fin, mais un point de départ. Qu'il serve d'outil de dialogue politique, de boussole stratégique et de catalyseur d'innovations. Qu'il renforce notre détermination à bâtir un système de santé béninois centré sur la prévention, la résilience et l'équité. Car au-delà des chiffres et des indicateurs, ce sont des vies humaines, des générations entières, qui sont concernées.

L'OMS restera aux côtés du Bénin pour traduire en actions concrètes les recommandations et enseignements de ce rapport, dans l'esprit de solidarité, de responsabilité partagée et de vision commune pour la santé et le bien-être de tous.



**INSTALLATION DE L'AUTORITÉ DE
RÉGULATION DU SECTEUR DE LA SANTÉ**

Palais de la Marina, le 12 septembre 2022

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce premier Rapport Annuel sur l'État du Secteur de la Santé au Bénin est le fruit d'une co-construction, associant diverses compétences, expériences et engagements.

Nous exprimons notre profonde gratitude à Son Excellence Monsieur Patrice A. G. TALON, Président de la République, pour sa vision éclairée et son engagement indéfectible en faveur de la santé et du bien-être de nos concitoyens.

Nos remerciements s'adressent également au Professeur Benjamin I. B. HOUNKPATIN, Ministre de la Santé, pour son leadership et son appui constant dans la mise en œuvre des réformes et initiatives qui renforcent notre système de santé.

Nous tenons à saluer la contribution des experts du Bureau Pays et du Bureau Régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique (OMS), notamment Serge Marcial BATALIACK, Anaclet Géraud NGANGA Koubemba et Berence Relisy OUAYA BOUESSO, qui ont apporté leur expertise technique et stratégique tout au long de l'élaboration de ce rapport. Leur appui a été déterminant pour garantir la qualité et la pertinence des analyses présentées.

Nous remercions chaleureusement les membres du Comité technique, regroupant des cadres du Ministère de la Santé, de l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INStAD), ainsi que des représentants des ministères en charge de l'Intérieur, du Cadre de Vie, des Mines, et de l'Enseignement Supérieur. Leur implication active a enrichi les réflexions et contribué à une vision holistique du système de santé béninois.

Notre gratitude va également aux acteurs opérationnels du secteur de la santé, notamment les Directeurs Départementaux de la Santé, les Médecins Coordonnateurs de Zone Sanitaire, et les responsables d'établissements de santé, pour leur engagement sur le terrain et leur disponibilité à partager leurs expériences et données.

Enfin, nous remercions tous les Partenaires Techniques et Financiers en l'occurrence l'OMS, dont l'appui continu et les orientations stratégiques nous permettent de relever les défis de la santé publique avec ambition et détermination.

Que cet ouvrage collectif soit le reflet de nos aspirations communes et de notre engagement à bâtir un système de santé plus résilient, équitable, et performant pour chaque Béninoise et chaque Béninois.

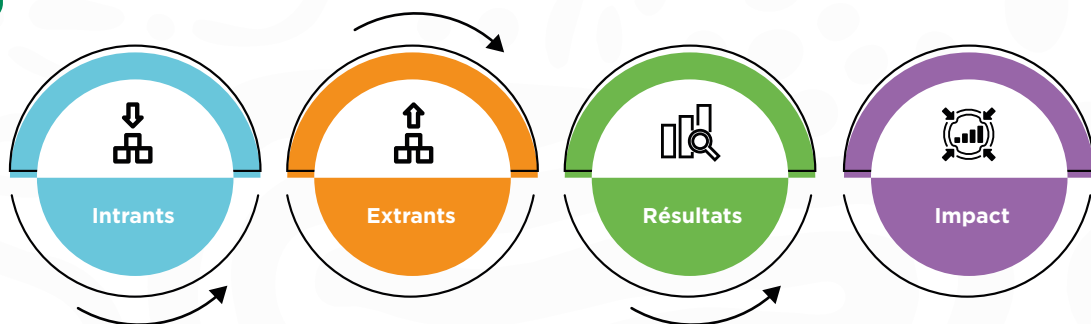


MÉTHODOLOGIE

L'élaboration du Rapport Annuel sur l'État du Secteur de la Santé 2023 s'inscrit dans la mise en œuvre des attributions de l'A.R.S. Certes, cet accomplissement permet de mesurer pour le Bénin, des éléments d'atteinte de l'Objectif de Développement Durable n°3 (ODD 3) de l'OMS, visant à améliorer la santé des populations. Cette première édition du rapport mobilise les compétences et les ressources de multiples parties prenantes du secteur de la santé et des secteurs connexes au Bénin, sous la supervision technique de trois experts du Bureau Régional pour l'Afrique de l'OMS.

La méthodologie adoptée s'inspire du cadre d'action pour le développement des systèmes de santé dans la région africaine, alignée sur l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) et des ODD. Elle repose sur une approche par résultats:

Chaîne de résultats



Intégration intersectorielle

Prise en compte des déterminants de la santé et des actions des autres secteurs influençant les résultats de santé.

Pour assurer l'adhésion et la mobilisation de toutes les parties prenantes, un comité technique de suivi a été mis en place. Ce comité comprend des points focaux désignés par les ministères et institutions partenaires. Ces points focaux jouent un rôle central dans :

- la collecte des données secondaires au sein de leurs structures respectives ;
- la pré-validation des sections du rapport liées à leurs domaines d'intervention.

Les étapes clés de la méthodologie sont :

Mobilisation des ressources

Planification préparatoire

Les experts de l'OMS ont conçu un plan de rédaction du rapport, centré sur les orientations stratégiques, qui a été validé lors d'une réunion de cadrage avec le Président de l'A.R.S.

Désignation des points focaux

Les points focaux ont été désignés par les Ministres ou les responsables hiérarchiques concernés à la demande du Président de l'A.R.S.

Rassemblement de documents stratégiques

Les points focaux ont mobilisé des données nationales, régionales et internationales, couvrant les dix dernières années, incluant des rapports nationaux et des statistiques validées.



Collecte et validation des données

Révision des indicateurs

Une liste initiale d'indicateurs a été amendée et validée par les points focaux entre le 24 et le 28 mai 2024.

Exploitation des documents

L'équipe des experts a analysé les données réunies pour produire des analyses thématiques et des résumés pertinents.

Rédaction du rapport

Draft initial

Un premier draft a été préparé et partagé avec les parties prenantes pour feedback.

Révisions interactives

Les observations des parties prenantes ont été consolidées pour améliorer le draft initial.

Validation et dissémination

Atelier de pré-validation

Un atelier de 4 jours, organisé à Grand-Popo en juillet 2024, a permis une lecture conjointe du draft initial amendé du rapport, amendé par les parties prenantes. De nouveaux amendements portants sur la cohérence des données et la forme du document ont été discutés puis intégrés.

Validation finale

Après la prise en compte des amendements du Ministère de la Santé, le rapport a été validé par le Collège de l'ARS.

Dissémination

Le rapport final a été présenté officiellement et diffusé à toutes les parties prenantes.

Une attention particulière a été portée aux sources de données utilisées dans ce document. Les données nationales ont été prioritairement exploitées lorsqu'elles étaient disponibles, représentatives et validées. En l'absence de données nationales de routine, des données issues d'enquêtes nationales ont été utilisées, à défaut, recours a été fait aux données internationales.

L'approche inclusive, participative et adaptée à la réalité béninoise garantit la pertinence et la fiabilité du Rapport sur l'état du secteur de la santé en 2023. Ce document constitue une référence essentielle pour orienter les politiques et stratégies en faveur de l'amélioration durable de la santé au Bénin.





ABRÉVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES

A.R.S	Autorité de Régulation du secteur de la Santé
ABSSA	Agence Béninoise de Sécurité Sanitaire des Aliments
AFRO	Bureau Régional de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'Afrique (WHO Regional Office for Africa)
AMCES	Association des œuvres Médicales privées, Confessionnelles, Associatives et Sociales
ANAN	Agence Nationale de l'Alimentation et de la Nutrition
ANQC	Agence Nationale de Contrôle de Qualité des Produits de Santé et de l'Eau
CAME	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels
CCI-SPSM	Cellule de Contrôle et d'Inspection des Structures de Prestation de Soins Médicaux
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CMAI	Comité Ministériel d'Audit Interne
CMMR	Comité Ministériel de Maîtrise des Risques
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
IGF	Inspection Générale des Finances
IGM	Inspection Générale du Ministère
IGSEP	Inspection Générale des Services et Emplois Publics
INStaD	Institut National de la Statistique et de la Démographie
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PNUSS	Plateforme Nationale des Utilisateurs du Secteur de la Santé
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
ROBS	Réseau des Organisations Béninoises de Santé
SNIGS	Système National d'Information et de Gestion Sanitaires
SoBAPS	Société Béninoise pour l'Approvisionnement en Produits de Santé
UN IGCME	United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation
UN MMEIG	United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group
WHOPEN	World Health Organization-Package of Essential NCD interventions



MESSAGES CLÉS

1

Croissance démographique rapide, jeunesse à encadrer

La population béninoise est passée de 10,5 à 12,3 millions entre 2015 et 2022. Elle atteindra environ 15 millions en 2030. Cette explosion démographique est une opportunité en matière de dividende démographique, mais représente un défi en matière de planification sanitaire, d'infrastructures et de ressources humaines.

Le profil démographique du Bénin est très jeune (45,7 % de la population a moins de 15 ans), ce qui appelle à un renforcement des services pédiatriques, éducatifs, nutritionnels et de santé sexuelle et reproductive.

2

Croissance économique insuffisante pour réduire les inégalités

Malgré une croissance économique de 6,3 % en 2022, 36,2 % de la population vit encore sous le seuil de pauvreté, avec de fortes disparités régionales et sociales.

L'accès inégal à l'électricité (57 % en moyenne) et à l'eau potable, ainsi que le taux élevé d'analphabétisme, freinent l'amélioration des déterminants sociaux de la santé.

3

Gouvernance du système de santé en réforme, les résultats perceptibles

Le gouvernement béninois a entrepris d'importantes réformes structurelles, y compris la mise en place de mécanismes de contrôle (CCI-SPSM, CMAI, CMMR) et l'intégration progressive du secteur privé (libéral, confessionnel et communautaire) dans la stratégie nationale.

Le fonctionnement du système de santé repose sur une structure pyramidale cohérente, mais qui souffre d'une faiblesse de coordination, d'une insuffisance de supervision et de financement à tous les niveaux.

4

Couverture sanitaire universelle encore inaccessible

La couverture sanitaire universelle au Bénin progresse, même si, les ménages supportent encore une part importante des dépenses de santé. La progression de la couverture sanitaire universelle est facilitée par l'amélioration de l'offre d'une part et la généralisation du volet assurance maladie du projet « Assurance pour le Renforcement du Capital Humain » en abrégé « ARCH », d'autre part. L'accélération de la couverture sanitaire universelle sera observée avec la mise en œuvre attendue de l'assurance maladie obligatoire.

5

Résultats contrastés en matière de santé publique

Baisse de la mortalité maternelle et infantile, amélioration de la couverture vaccinale et de l'assistance à l'accouchement ; mais persistance des maladies transmissibles (paludisme, tuberculose, VIH).

La mortalité des enfants de moins de 5 ans, bien qu'en baisse, reste élevée et montre l'insuffisance des services de santé communautaire et préventifs.

6

Système de santé sous pression et peu résilient

La COVID-19 a exposé la vulnérabilité du système, notamment en ressources humaines et en réponse rapide aux crises. La résilience reste faible, tant au niveau des infrastructures que de la capacité de surveillance épidémiologique et de réponse rapide.

7

Transition épidémiologique non maîtrisée

À côté des maladies infectieuses, les maladies non transmissibles (hypertension, diabète, cancers) prennent une ampleur préoccupante. Le système reste mal préparé à faire face à cette double charge épidémiologique.

8

Environnement et climat : menaces sanitaires croissantes

L'exposition élevée à la pollution atmosphérique (PM2,5), la dépendance aux combustibles solides pour la cuisson, l'insécurité hydrique et la vulnérabilité climatique ont un impact sanitaire considérable.

9

Nécessité d'une transformation systémique et multisectorielle

Pour atteindre l'ODD 3, le système de santé doit ralentir sa démarche curative pour s'investir et s'ancrer dans une approche préventive, communautaire, équitable et technologiquement avancée.



RÉSUMÉ EXÉCUTIF



Le présent rapport annuel sur l'état du secteur de la santé au Bénin constitue une initiative structurante et inédite portée par l'Autorité de Régulation du secteur de la Santé (A.R.S). Il s'inscrit dans une dynamique de réforme profonde visant à améliorer la gouvernance, la performance, l'équité et la transparence du système de santé national.

À travers cette première édition, le Bénin affirme sa volonté de construire une politique sanitaire fondée sur des données probantes, une évaluation rigoureuse et une coordination multisectorielle renforcée.

Le document dresse un état des lieux complet du contexte sanitaire national et met en lumière les enjeux critiques à relever pour améliorer durablement la santé des populations. La croissance démographique rapide, avec plus de



12 millions d'habitants en 2022 et une projection de 15 millions à l'horizon 2030,

s'accompagne d'une urbanisation croissante et de la prédominance de la couche juvénile : plus de 60 % des Béninois ont moins de 24 ans. Ce profil démographique constitue un levier de développement, mais aussi un défi sanitaire considérable en matière de santé sexuelle et reproductive, d'éducation sanitaire, de nutrition et de services pédiatriques.

Parallèlement, bien que la croissance économique reste soutenue (plus de 6 % ces dernières années), plus d'un tiers de la population vit encore sous le seuil de pauvreté, avec de fortes disparités entre zones urbaines et rurales. L'accès limité à l'eau potable, à l'électricité (57 % en moyenne) et aux services sociaux de base freine l'amélioration des déterminants sociaux de la santé. Le système de santé béninois repose sur une organisation pyramidale cohérente intégrant progressivement les acteurs privés, communautaires et confessionnels.

Cependant, il reste fragile, confronté à un sous-financement chronique, à une répartition inégale des ressources humaines, à des ruptures d'équipements, et à un système d'information encore en consolidation malgré les avancées en matière de digitalisation. Les résultats sanitaires sont contrastés : des progrès notables ont été enregistrés dans la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la couverture vaccinale et l'assistance à l'accouchement, mais la persistance des maladies transmissibles (paludisme, VIH, tuberculose) et la montée rapide des maladies non transmissibles (hypertension, diabète,

cancers) révèlent une transition épidémiologique non maîtrisée. À ces défis sanitaires s'ajoutent des pressions environnementales et climatiques croissantes : pollution atmosphérique (PM2,5), dépendance aux combustibles solides, insécurité hydrique, dégradation des ressources naturelles et faible résilience aux chocs climatiques impactent significativement la santé publique.



La pandémie de COVID-19 a par ailleurs révélé les vulnérabilités du système, notamment en matière de ressources humaines, de surveillance épidémiologique et de capacité

de réponse rapide. Face à cette situation, le rapport appelle à une transformation systémique du secteur, fondée sur le renforcement de la gouvernance, l'augmentation des investissements publics, la promotion d'une approche préventive et communautaire, l'équité dans l'accès aux soins, l'innovation technologique, et le développement de partenariats multisectoriels solides.



L'objectif de la Couverture Sanitaire Universelle demeure atteignable si ces leviers sont activés de manière coordonnée.

Ce rapport va au-delà du simple diagnostic : il constitue une boussole stratégique pour construire un système de santé robuste, résilient et centré sur les besoins réels de la population béninoise, en vue de l'atteinte effective des Objectifs de Développement Durable, en particulier l'ODD 3 relatif à la santé et au bien-être pour tous.



SECTION I: CONTEXTE

La République du Bénin, est un État d'Afrique de l'Ouest. Elle est limitée par le Burkina Faso et le Niger au nord, l'océan Atlantique au sud, le Nigéria à l'Est et le Togo à l'Ouest. La population du Bénin est estimée à environ

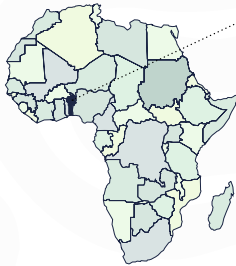


12,3 millions
d'habitants en 2022

avec



taux d'accroissement
intercensitaire de
2,3%



La superficie du Bénin est de **114 763 km²**. Depuis 1990, le Bénin est un État démocratique caractérisé par une alternance régulière du pouvoir et perçu comme un exemple de stabilité politique. Il est membre de la Communauté Economique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) et de l'Union Africaine (UA). La pauvreté, le chômage, l'inégalité, la faible diversification de son économie, la dépendance par rapport aux importations, la vulnérabilité aux chocs externes et l'impact du changement climatique sont autant de défis socio-économiques auxquels le Bénin fait face. Depuis 2016, le Bénin a adopté un Programme d'Action du Gouvernement appelé «**Bénin révélé**», qui vise à le transformer en un pays émergent à l'horizon 2026. Ce programme met l'accent sur le développement du secteur privé, la promotion de l'innovation, l'amélioration de la gouvernance et le renforcement du capital humain.

Le Bénin a également pris l'engagement d'atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD) d'ici 2030 et a élaboré un Plan National de Développement (PND) pour la période 2018-2025, qui définit les axes stratégiques prioritaires. Dans le secteur de la santé, cette dynamique s'est traduite par l'élaboration de la Politique Nationale de la Santé 2018-2030, qui fixe des objectifs prioritaires et des orientations stratégiques alignés sur les ODD et le PND 2018-2025.

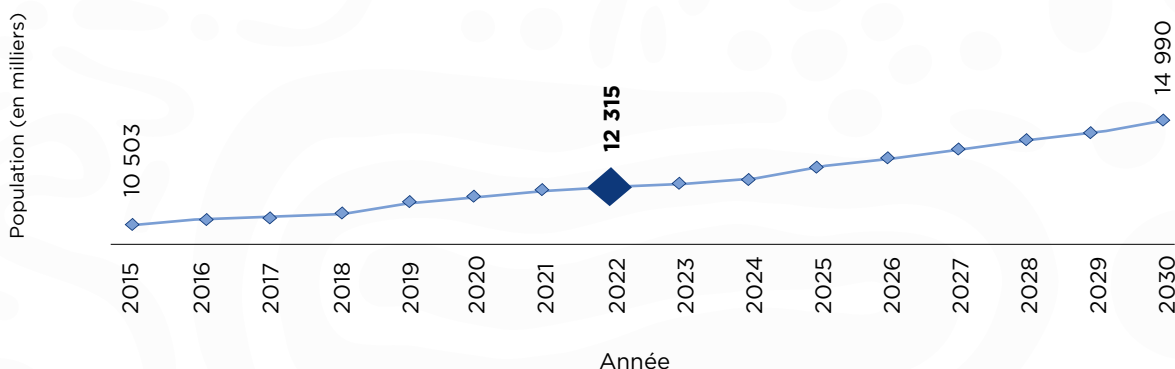
Fondée sur une approche intégrée et durable, cette politique reflète la volonté du Bénin de renforcer son système de santé en réponse aux besoins actuels et futurs de sa population.

1.1 Contexte socio-démographique

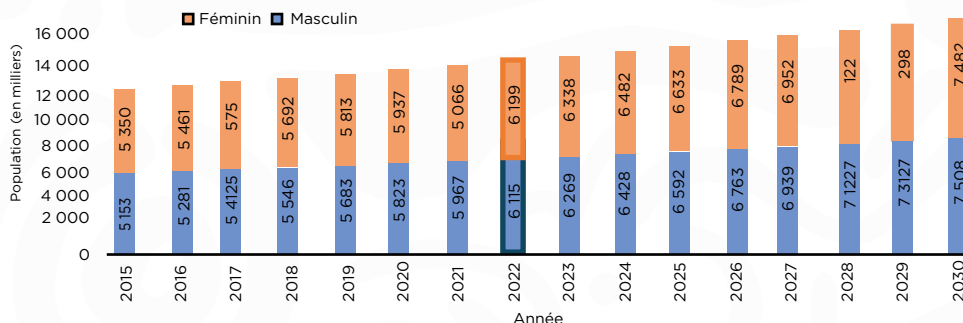
La population béninoise a connu une croissance continue et soutenue au cours de la période 2015 à 2022, passant de 10,5 millions à 12,3 millions d'habitants, soit une augmentation de 17,14 %. Si la tendance actuelle se poursuit, la population devrait atteindre 13,2 millions en 2025 et 15 millions en 2030 (voir Graphique 1.1.1), soit une hausse de 21,95 % par rapport à 2022. Cette croissance démographique s'explique entre autres par le maintien d'un taux de fécondité élevé (5,3 enfants par femme en 2022 selon le rapport « Projections démographiques révisées » (INStAD, 2022) couplé à une baisse progressive de

la mortalité globale grâce aux progrès sanitaires et sociaux. Le taux d'accroissement démographique du Bénin est de 2,3 % en 2022. Ce taux est en moyenne de 2,7 % par an pour l'Afrique subsaharienne et de 1,3 % dans le monde, entre 2015 et 2020.

La dynamique démographique présente à la fois un potentiel de développement humain et économique pour le pays, mais également un défi majeur en matière de besoins sociaux, d'emplois, d'infrastructures et de préservation de l'environnement.



Graphique 1.1.1: Taille de la population (en milliers), pour les deux sexes (Source : INStAD, Projections révisées, 2022)



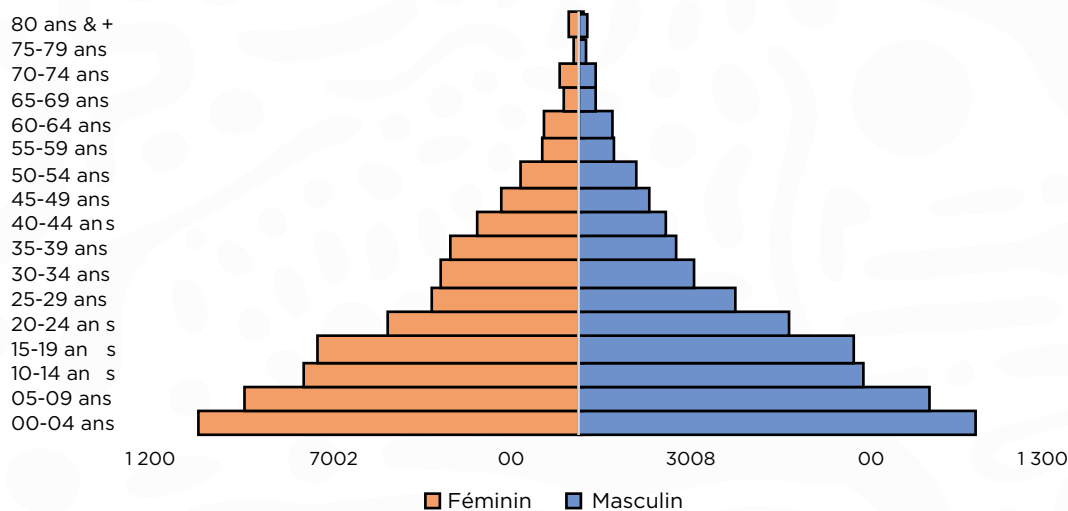
Graphique 1.1.2: Évolution de la taille de la population (en milliers), par sexe (Source : INStAD, Projections révisées, 2022)

Selon les projections révisées de l'INStAD (voir Graphique 1.1.2), la population béninoise est composée de 49,7 % d'hommes et de 50,3 % de femmes en 2022, soit un ratio de 99 hommes pour 100 femmes (101,01). Ce ratio est comparable à la moyenne africaine (101,9) et à la moyenne mondiale (101,7). Il a progressivement baissé depuis 2015, où il était de 103,4.

Le Bénin présente un profil très jeune dans sa pyramide des âges (Graphique 1.1.3), avec 45,7 % de la population ayant moins de 15 ans et 2,2 %

ayant plus de 65 ans en 2022. Les jeunes âgés de 15 à 24 ans représentent 21,1 % de la population, ce qui constitue une classe d'âge très active ou potentiellement active avec une médiane d'âge de 16,8 ans. La médiane d'âge du Bénin est donc parmi les plus jeunes du monde, inférieure à celle de l'Afrique subsaharienne (19,7 ans) et nettement inférieure à celle du monde (30,9 ans). La jeunesse de la population béninoise offre une opportunité de dividendes démographiques si les conditions sont réunies pour assurer l'éducation, la santé et l'emploi de cette génération.

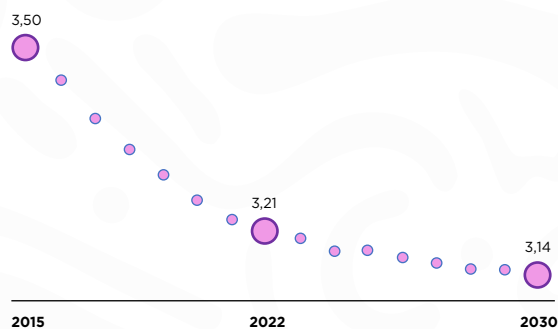




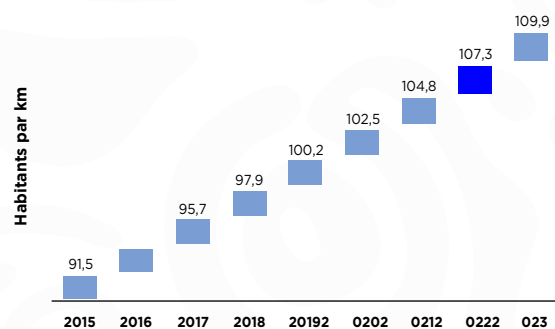
Graphique 1.1.3: Pyramide des âges de la population (en milliers), (Source : INStAD, projections démographiques de 2014 à 2063 et perspectives de la demande sociale de 2014 à 2030 au Bénin)

Selon les projections démographiques révisées de l'INStAD, la population béninoise continuera de croître au cours des années à venir, même si l'on observe ces dernières années une légère baisse du taux de croissance démographique (Graphique 1.1.4). Le taux de dépendance, qui représente la proportion entre la population inactive (moins de 15

ans et plus de 65 ans) et la population active (15 à 64 ans), devrait baisser progressivement, passant de 92 % en 2022 à 90 % en 2025 et 88 % en 2030. Cela entraînera une augmentation de la proportion de la population en âge de travailler, offrant ainsi une opportunité de développement économique.



Graphique 1.1.4: Taux de croissance démographique (%), de 2015 à 2030 (Source: INStAD, projection révisées, 2022)



Graphique 1.1.5: Densité de la population (habitants par Km²) (Source: INStAD, Estimations basées sur les projections révisées, 2022)

De plus, on constate une augmentation régulière de la densité de la population par km² sur la période étudiée, passant de 91,5 en 2015 à 107,3 en 2022, soit une augmentation de 15,8 habitants par km². Le dynamisme démographique du pays se manifeste par cette augmentation, ce qui entraîne une pression importante sur les ressources naturelles et les infrastructures (Yabi et al., 2018).

De 2015 à 2022, l'Indice de Développement Humain (IDH) du Bénin s'est amélioré passant de 0,485 à 0,504 selon le rapport du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) .

1.2 Contexte économique

En dépit d'un environnement international fortement marqué en 2022 par la crise russo-ukrainienne avec ses conséquences économiques, l'économie béninoise continue de créer de la richesse grâce à la bonne gestion des chocs et à la bonne gouvernance économique. En 2022, le taux de croissance économique est estimé à 6,3 % contre 7,2 % et 3,8 % respectivement en 2021 et en 2020. Cette performance est remarquable dans tous les secteurs clés de l'activité économique béninoise (INStAD, Note sur les comptes nationaux 2022).

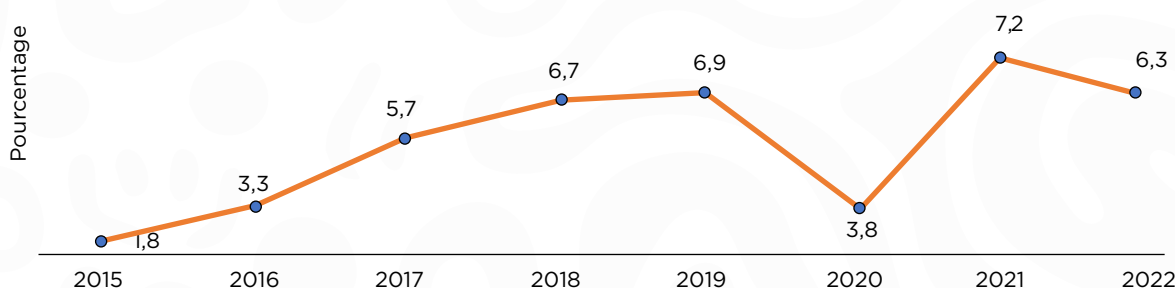
Le secteur primaire, porté par l'agriculture, poursuit sa croissance. La valeur ajoutée de ce secteur s'est accrue de 4,8 % en 2022 contre un taux de 5,2 % un an plus tôt. Cette dynamique de croissance du secteur est notamment due à la mise en place de projets innovants dans le secteur et à la mécanisation agricole. La part du secteur primaire dans la formation du Produit Intérieur Brut (PIB)² est de 26,9 % en 2022 contre 28,5 % un an plus tôt. Sa contribution à la croissance économique est évaluée à 1,3 % en 2022, presque la même qu'en 2021 (1,4 %).

Le secteur secondaire a, quant à lui, enregistré en 2022 une croissance de 7,9 % de sa valeur ajoutée, après 9,1 % un an plus tôt. Cette performance est en lien avec deux facteurs. Le premier est le développement accéléré des nombreuses activités de transformation. En effet, en 2022, l'agro-industrie a doublé la croissance de sa valeur ajoutée à 7,3 % (contre seulement 3,3 % un an plus tôt), avec notamment une hausse de 6,0 % pour la fabrication des produits alimentaires (contre 2,2 % en 2021) et de 19,2 % pour la fabrication des boissons. Le second facteur est la poursuite des grands travaux d'infrastructures et des chantiers de construction dans le pays qui a relevé la valeur ajoutée du secteur du BTP de 9,1 %. Le secteur secondaire a contribué à 1,3 % à la croissance du PIB en 2022 (contre 1,5 % un an plus tôt). La part du secteur secondaire dans le PIB est en nette croissance ces dernières années en lien avec la volonté du Gouvernement d'encourager

les efforts de transformation sur place des produits. Le secteur secondaire a représenté 17,0 % du PIB en 2022 contre 15,4 % en moyenne par an entre 2016 et 2019.

Le secteur tertiaire continue de soutenir les activités des deux autres secteurs et a enregistré une croissance de sa valeur ajoutée de 6,0 % en 2022. Les activités financières et d'assurance ont connu un regain (+6,4 %) en 2022 après un repli de 5,2 % un an plus tôt. Le domaine des télécommunications a été boosté en 2022, sa valeur ajoutée a connu une hausse de 10 %, en lien avec la bonne tenue dans le domaine et la mise en activité de la Société Béninoise des Infrastructures Numériques (SBIN) intervenue au cours du dernier trimestre de 2022. La contribution du secteur à la croissance du PIB est de 2,9 % en 2022 (contre 3,2 % en 2021) et il a pesé pour 46,9 % dans le PIB de 2022 (contre 45,9 % un an plus tôt). Le secteur tertiaire a toutefois été plombé par le recul des activités portuaires au second semestre de 2022. Le trafic des marchandises au Port Autonome de Cotonou a connu un ralentissement de son flux habituel passant de près de 1 120 000 tonnes en moyenne par mois entre février et juillet 2022 à seulement 877 000 tonnes en moyenne par mois de septembre à décembre 2022.

Grâce à une bonne stratégie de mobilisation des recettes publiques, les impôts et taxes nettes des subventions ont connu une hausse de 8,8 % de leur valeur ajoutée en 2022. Leur poids dans le PIB a été de 9,2 % en 2022, contre 9,1 % en 2021 et leur contribution à la croissance du PIB en 2022 s'est élevée à 0,8 %, contre 1,1 % en 2021. Du côté de la demande, la croissance économique est également observée au niveau des grands postes. Les dépenses de consommation finale se sont accrues de 4,7 % en 2022. Leur poids dans le PIB est estimé à 71,1 % en 2022 (INStAD).



Graphique 1.2.1: Croissance du PIB à prix constant 2015-2022 (%) (Source : INStAD, 2022)

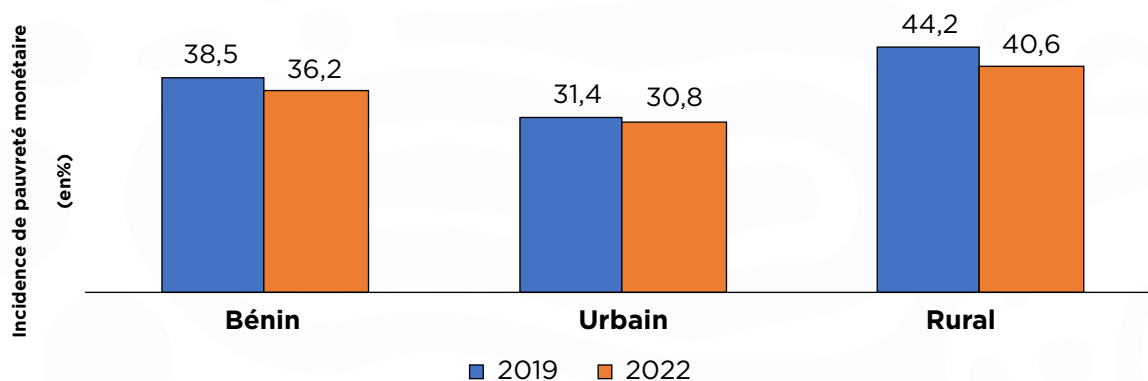
¹Rapports sur le Développement humain du PNUD, 2016 et 2023-2024

²Le PIB reflète l'activité économique interne d'un pays. Sa variation d'une période à l'autre mesure le taux de croissance économique.



Selon les résultats de l'Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages (EHCVM) 2022, le seuil global annuel de pauvreté est estimé à 287 187 FCFA. Ce seuil est constitué d'une composante alimentaire (171 936 FCFA) et d'une composante non alimentaire (115 251 FCFA). L'analyse des dépenses de consommation des ménages béninois indique que 36,2 % des individus vivent en dessous de ce seuil de pauvreté. Ce niveau global cache toutefois d'importantes disparités selon le département et le milieu de résidence. La pauvreté monétaire affecte davantage le milieu rural que le milieu urbain. En effet, l'incidence de la pauvreté monétaire s'établit à 30,8 % en milieu urbain contre 40,6 % en milieu rural.

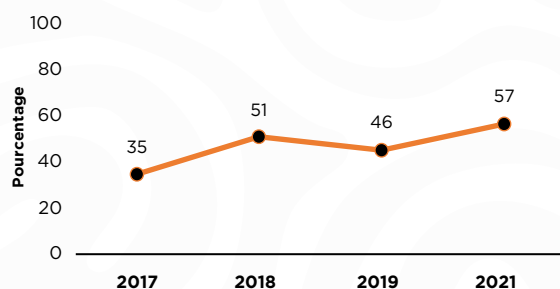
On note une baisse de la pauvreté monétaire entre 2019 et 2022. En effet, l'incidence de la pauvreté monétaire est passée de 38,5 % en 2019 à 36,2 % en 2022, soit une baisse de 2,3 %. Bien que la réduction de la pauvreté monétaire soit plus favorable en milieu rural, elle y demeure plus prépondérante qu'en milieu urbain (voir graphique 1.2.2). Le taux de pauvreté en milieu rural est passé de 44,2 % en 2019 à 40,6 % en 2022 soit une baisse de 3,6 points. En milieu urbain, il est passé de 31,4 % en 2019 à 30,8 % en 2022 soit une baisse de 0,6 point.



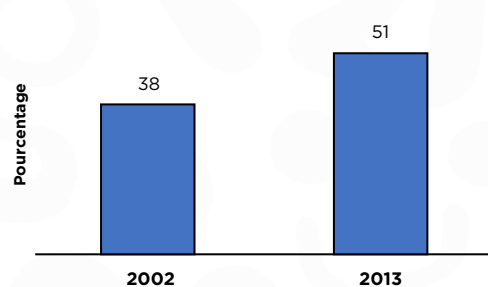
Graphique 1.2.2: Évolution de l'incidence de la pauvreté monétaire entre 2019 et 2022 selon le milieu de résidence (Source : INStAD, 2022)

L'analyse du taux d'accès à l'électricité (Graphique 1.2.6) montre qu'il a augmenté de manière significative, passant de 35 % en 2017 à 57 % en 2021. Ce résultat traduit les efforts du gouvernement béninois pour améliorer l'offre et la distribution de l'énergie électrique, notamment à travers le projet Bénin Electricité Services Universels (BESU), qui vise à fournir de l'électricité à 2,8 millions de

personnes dans les zones rurales et périurbaines d'ici 2025 (Banque Africaine de Développement, 2020). Le Bénin a également bénéficié de l'appui de partenaires techniques et financiers, tels que la Banque mondiale, l'Union Européenne ou l'Agence Française de Développement, qui ont contribué au financement et à la mise en œuvre de projets d'électrification (Ministère de l'Énergie, 2019).



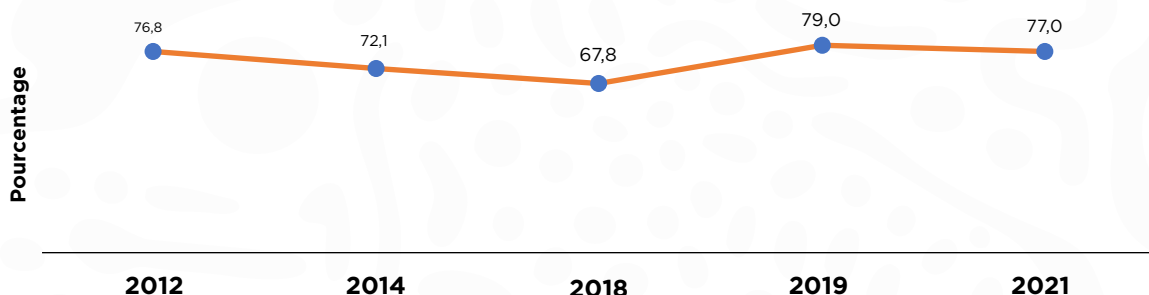
Graphique 1.2.3: Accès à l'électricité 2017-2021 (% de la population) (Source : INStAD)



Graphique 1.2.4: Taux d'alphabétisation (% de personnes âgées de 6 ans ou plus) (Source : INStAD)

³ La pauvreté monétaire, est évaluée par la comparaison du niveau de vie des individus mesuré par la consommation annuelle par tête, en référence à un seuil. Le seuil de pauvreté correspond à la valorisation d'un panier minimal de biens indispensables pour le bien-être d'un individu pendant une année conformément aux habitudes de consommation de la population. Ce seuil permet de catégoriser chaque individu selon sa position, en dessous ou au-dessus de ce seuil

⁴ La pauvreté monétaire est une situation dans laquelle un individu ou un ménage dispose de ressources financières insuffisantes pour satisfaire ses besoins de base, tels que l'alimentation, le logement, l'habillement, l'éducation et la santé. Elle est généralement mesurée à l'aide d'un seuil de pauvreté monétaire, qui correspond à un niveau minimal de revenu nécessaire pour assurer un niveau de vie décent.



Graphique 1.2.5: Population utilisant au moins des services d'eau potable de base (%), 2012-2021 (Source : INStAD)

Toutefois, le taux d'accès à l'électricité au Bénin reste inférieur à la moyenne africaine, qui était de 76,3 % en 2021 selon l'OMS (2022). Le Bénin présente également des disparités régionales importantes, avec un taux d'accès à l'électricité de 89,8 % dans le département du Littoral, contre 35,7 % dans le département du Plateau (INStAD 2021). Selon le rapport Doing Business 2020 de la Banque mondiale, le Bénin se classe au 149ème rang sur 190 pays pour l'indicateur de fiabilité de l'approvisionnement en électricité, avec un score de 30,3 sur 100 (Banque mondiale, 2020). Ces contraintes limitent le potentiel de croissance économique et de développement social du pays, qui dépend largement de l'accès à une énergie électrique abordable et durable.

En conclusion, le Bénin a réalisé des progrès notables dans l'accès à l'électricité de sa population au cours des dernières années, mais il reste de

nombreux défis à relever pour atteindre l'objectif 7 des Objectifs de Développement Durable (ODD), qui vise à «garantir l'accès de tous à des services énergétiques fiables, durables et modernes, à un coût abordable, d'ici 2030» (Nations Unies, 2015). Pour ce faire, le Bénin doit poursuivre ses efforts d'investissement et de réforme dans le secteur de l'électricité, en renforçant la gouvernance, la régulation, la planification et le financement. Le Bénin doit également diversifier ses sources d'énergie, en exploitant son potentiel en matière d'énergies renouvelables, telles que le solaire, l'éolien ou la biomasse, qui peuvent contribuer à réduire sa dépendance aux importations d'électricité et à améliorer sa résilience face aux chocs externes. À cet égard, la politique et la stratégie nationales de l'Électrification Hors-Réseau (EHR), déjà mises en place, constituent un levier essentiel pour accélérer l'accès à l'électricité, notamment dans les zones rurales et éloignées.



Encadré I.1 - Indice de développement humain au Bénin

Selon le Rapport annuel du PNUD de 2022, l'IDH du Bénin était estimé à 0,525, ce qui le classe dans la catégorie des pays à faible développement humain. Son évolution annuelle entre 2010 et 2021 était de 0,59 %, ce qui témoigne d'une progression modeste mais régulière. Le rang basé sur l'IDH pour 191 pays du monde en 2023 plaçait le Bénin à la 166ème position, devant certains pays voisins comme le Togo (170^e) ou le Niger (189ème), mais derrière d'autres comme le Ghana (138^e) ou le Sénégal (161^e). L'analyse des composantes de l'IDH montre que le Bénin a fait des efforts dans les domaines de l'éducation et de la santé, mais qu'il reste confronté à des défis importants en matière de revenu. Par ailleurs, le Bénin présente un niveau élevé d'inégalités, tant au niveau du revenu que de l'accès aux services sociaux de base. Le coefficient de Gini, qui mesure la répartition du revenu, était de 0,43 en 2018, ce qui signifie qu'une partie importante de la population vit dans

la pauvreté ou la précarité. L'IDH ajusté aux inégalités (IDHI) du Bénin était de 0,336 en 2023, ce qui représente une perte de 36 % par rapport à l'IDH.

Pour conclure, on peut dire que le Bénin a connu une amélioration de son développement humain au cours de la dernière décennie, mais qu'il reste confronté à des défis majeurs pour réduire la pauvreté, accroître le revenu et garantir l'équité sociale. Ces défis nécessitent des politiques publiques efficaces et inclusives, ainsi qu'une meilleure mobilisation des ressources internes et externes. Comme le souligne le PNUD (2022), le développement humain durable repose sur une approche multidimensionnelle, qui prend en compte non seulement les aspects économiques, mais aussi les aspects sociaux, environnementaux et institutionnels.

Par ailleurs, l'accès à l'eau potable est un défi important au Bénin, affectant directement la qualité de vie de nombreux citoyens. En dépit des efforts gouvernementaux et des initiatives des partenaires internationaux, plusieurs problèmes majeurs persistent :

- Développement inégal des infrastructures : les infrastructures de distribution d'eau au Bénin sont inégalement réparties. Les zones urbaines bénéficient généralement de meilleurs services, mais les quartiers périphériques et les zones rurales sont souvent mal desservis. Dans certaines régions, les systèmes de distribution sont vétustes ou inexistantes, entraînant une couverture limitée ;
- Équipements dégradés : de nombreuses installations existantes, telles que les puits et les forages, sont mal entretenues ou obsolètes. La vétusté des équipements contribue à des interruptions fréquentes du service et à une qualité d'eau médiocre ;
- Pollution et contamination : l'eau disponible pour une grande partie de la population est souvent contaminée par des polluants tels que les déchets industriels, les produits chimiques agricoles et les matières fécales. Cette contamination expose à des risques graves pour la santé publique, entraînant des maladies du péril hydro fécal comme le choléra et les autres maladies diarrhéiques ;
- Accès à des sources propres : dans certaines régions, les seules sources d'eau disponibles sont des rivières ou des lacs qui ne sont pas protégés, augmentant ainsi le risque de contamination. Les initiatives pour la protection de ces sources sont souvent insuffisantes ou mal appliquées. Accès à l'eau potable : les habitants

des zones rurales rencontrent des difficultés particulières pour accéder à l'eau potable. Les solutions en place, telles que les puits ou les citernes, ne répondent pas toujours aux besoins croissants de ces populations, et les distances à parcourir pour obtenir de l'eau sont longues et fatigantes ;

- Inégalités sociales : les familles les plus pauvres, vivant dans des conditions précaires, sont souvent les plus affectées par le manque d'accès à l'eau potable. Elles doivent souvent payer des prix élevés pour de l'eau de qualité inférieure achetée auprès de revendeurs informels.

Le gouvernement Béninois, avec l'aide des organisations internationales et des ONG, met en œuvre divers projets pour améliorer l'accès à l'eau. Ces projets incluent la construction de nouvelles infrastructures, la réhabilitation des installations existantes et la sensibilisation des communautés à l'hygiène. Des programmes visant à améliorer la gestion des ressources en eau et à promouvoir l'utilisation durable sont en cours. Ces programmes visent à renforcer les capacités locales en matière de gestion de l'eau et à encourager les pratiques de conservation. Dans ce cadre, une attention particulière est accordée aux Systèmes d'Approvisionnement en Eau Potable multi-Villages (SAEPmV), qui représentent une solution stratégique pour desservir efficacement plusieurs localités rurales à partir d'une infrastructure centralisée. Leur développement constitue un levier majeur pour garantir un accès équitable, durable et de qualité à l'eau potable dans les zones à faible densité de population.

1.3 Contexte politique

La vie politique en République du Bénin est celle d'une démocratie multipartite, où le président de la République est à la fois le Chef de l'État et le Chef du gouvernement. Le contexte politique du Bénin est marqué par des alternances pacifiques au sommet de l'État. L'organisation des pouvoirs exécutif, législatif et judiciaire de l'État se présente comme suit :

Le pouvoir exécutif est détenu par le Président de la République, qui est élu au suffrage universel direct pour un mandat de cinq ans, renouvelable une fois. Le Président de la République nomme les membres du gouvernement, qui sont responsables devant lui.

Le pouvoir législatif est exercé par l'Assemblée nationale, qui comptait en 2022, 109 députés élus pour quatre ans au scrutin proportionnel à un tour. L'Assemblée nationale vote les lois, contrôle l'action du gouvernement et ratifie les traités et accords internationaux.

Le pouvoir judiciaire est exercé par les cours et tribunaux des ordres administratif, judiciaire et des comptes.

1.4 Contexte environnemental et changement climatique

Profil environnemental

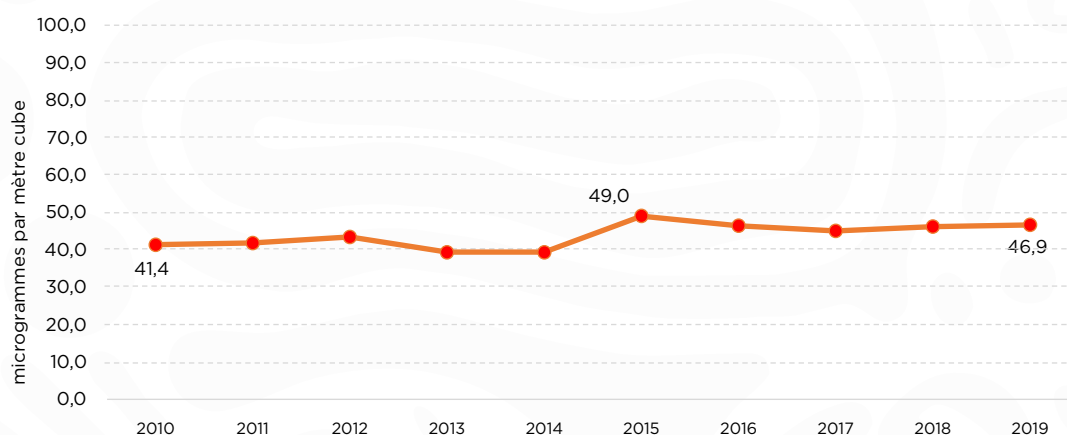
La pollution atmosphérique aux particules fines (PM_{2,5}) est un indicateur de la qualité de l'air qui mesure la concentration moyenne de particules en suspension dont le diamètre est inférieur à 2,5 micromètres. Ces particules sont considérées comme les plus dangereuses pour la santé humaine, car elles peuvent pénétrer profondément dans les poumons et le système cardiovasculaire, entraînant des maladies respiratoires et cardiaques, des cancers et des décès prématurés (OMS, 2020). Le graphique 1.4.1 montre l'évolution de l'exposition annuelle moyenne à la pollution atmosphérique aux PM_{2,5} entre 1990 et 2019 pour le monde, l'Afrique et la République du Bénin. On peut observer que:

■ le niveau de pollution atmosphérique aux PM_{2,5} a augmenté globalement dans le monde au cours de la période, passant de 40,8 µg/m³ en 1990 à 43,6 µg/m³ en 2019, soit une hausse de 6,9 %. Cette tendance reflète l'impact croissant des activités humaines, notamment l'utilisation de combustibles fossiles, la déforestation, l'agriculture et l'industrialisation, sur la qualité de l'air (Banque mondiale, 2022);



la République du Bénin affiche un niveau de pollution atmosphérique aux PM_{2,5} légèrement inférieur à la moyenne africaine, avec une valeur de 53,7 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ en 2019, mais nettement supérieur à la moyenne mondiale. Le niveau de pollution atmosphérique aux PM_{2,5} au Bénin a également augmenté de manière significative entre 1990 et 2019, avec une progression de 14,7 %. Les principales sources de pollution atmosphérique au Bénin sont le transport routier, qui génère des émissions de gaz d'échappement, l'utilisation de biomasse pour la cuisson et le chauffage domestique, qui entraînent des émissions de particules et de fumées et les feux de végétation, qui contribuent à la dégradation de la couverture forestière et à la libération de polluants dans l'atmosphère (PNUD, 2016).

On peut donc conclure que la pollution atmosphérique aux PM_{2,5} constitue un enjeu majeur pour la santé publique et l'environnement, tant au niveau mondial qu'au niveau régional et national. Il est nécessaire de mettre en œuvre des mesures efficaces pour réduire les émissions de particules fines et améliorer la qualité de l'air, notamment en favorisant la transition vers des sources d'énergie propres et renouvelables, en renforçant les normes et les contrôles environnementaux et en sensibilisant la population aux effets néfastes de la pollution atmosphérique.



Graphique 1.4.1: Pollution atmosphérique aux particules fines (PM_{2,5}), exposition annuelle moyenne (Source : Banque Mondiale, 2022)

Les combustibles propres (Graphique 1.4.2) sont considérés comme ayant un faible impact sur la qualité de l'air intérieur et extérieur, contrairement aux combustibles solides comme le bois, le charbon, le fumier ou les résidus agricoles, qui génèrent des émissions importantes de particules fines et d'autres polluants (WHO, 2018). La dépendance primaire du Bénin à l'égard des combustibles et technologies propres en 2021-2022 (enquête MICS) est de :

 pour la cuisson **5,8 %**

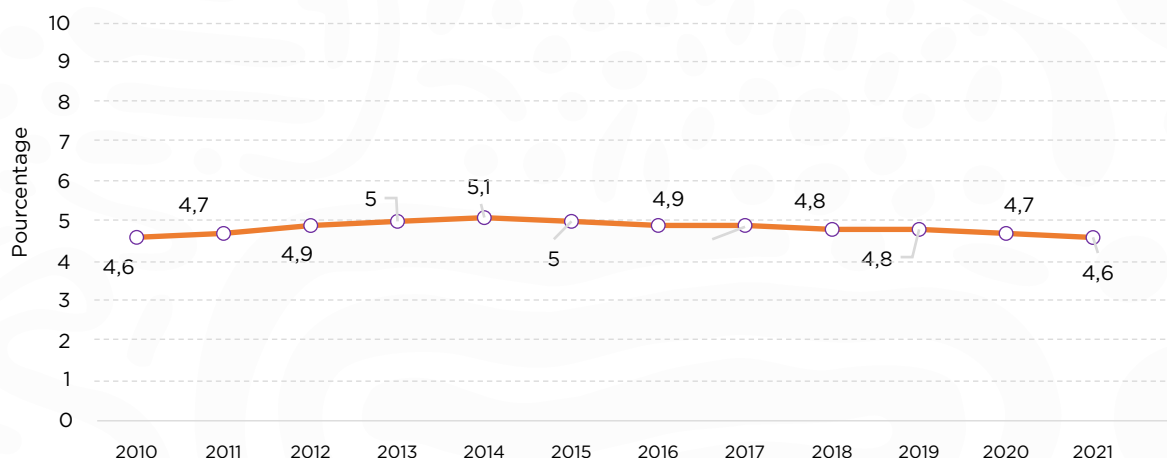
 pour le chauffage des locaux **12,0 %**

 pour l'éclairage **93,4 %**

Ce faible taux de dépendance aux combustibles propres du Bénin pour la cuisson et pour l'éclairage s'explique par plusieurs facteurs, notamment l'insuffisance d'infrastructures énergétiques, le coût peu abordable pour les individus des sources d'énergie modernes et le poids des traditions culturelles. En effet, 60,4 % et 71 % de la population utilisent du bois respectivement pour la cuisson et le chauffage ; ce qui entraîne une forte pression sur les ressources forestières et contribue à la dégradation de la qualité de l'air.

Ainsi, il apparaît que le Bénin fait face à un défi majeur pour améliorer son accès aux sources d'énergie propres et réduire sa dépendance aux combustibles solides, qui sont à la fois nocifs pour la santé humaine et l'environnement. Il est donc nécessaire de mettre

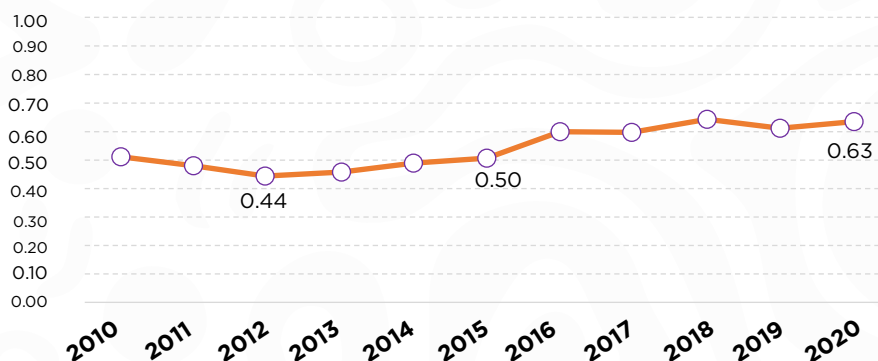
en place des politiques publiques visant à développer les infrastructures énergétiques, à promouvoir les énergies renouvelables, à subventionner les sources d'énergie modernes et à sensibiliser la population aux avantages des combustibles propres.



Graphique 1.4.2: Proportion de la population ayant une dépendance principale aux combustibles propres (%) (Source : Banque Mondiale, 2022)

Les émissions de CO2 sont un indicateur de la contribution d'un pays au réchauffement climatique, ce dernier demeure l'une des principales causes du changement climatique. Sur le graphique 1.4.3, on peut observer que le Bénin a toujours eu un niveau d'émissions très faible, inférieur à 0,5 tonne par habitant, alors que la moyenne mondiale a augmenté de 3,1 à 4,9 tonnes par habitant sur la même période. Cela reflète le fait que le Bénin a un faible niveau de développement industriel et de consommation d'énergie fossile, qui sont les principaux facteurs

d'émission de CO2. Le Bénin est donc un pays peu responsable du réchauffement climatique, mais qui en subit les conséquences de manière disproportionnée. Toutefois, selon Orou-Dogo et al. (2018), le Bénin pourrait réduire ses émissions de CO2 de 30 % d'ici 2030 par rapport au niveau de 2010, en adoptant un plan d'action national basé sur les énergies renouvelables, l'efficacité énergétique, la gestion durable des forêts et l'agriculture climatique-intelligente.



Graphique 1.4.3: Émissions de CO2 (tonnes métriques par habitant) (Source : Banque Mondiale, 2022)



Effets et impact du changement climatique

Le changement climatique est une réalité mondiale qui affecte tous les pays, mais de manière différente et inégale. Le Bénin, comme la plupart des pays africains, est particulièrement vulnérable aux effets du changement climatique, en raison de sa situation géographique, de son économie dépendante de l'agriculture et de ses faibles capacités d'adaptation. Selon le rapport du Groupe d'experts Intergouvernemental sur l'Évolution du Climat (GIEC) de 2014, le Bénin subira une augmentation de la température moyenne de 1,5 à 2°C d'ici 2050, une diminution des précipitations annuelles de 10 à 20 %, une augmentation de la fréquence et de l'intensité des événements climatiques extrêmes, tels que les sécheresses, les inondations, les vagues de chaleur ou les orages, et une élévation du niveau de la mer de 30 à 60 cm d'ici 2100. Ces changements auront des impacts négatifs sur plusieurs secteurs clés du développement du Bénin, notamment :

■ **L'agriculture** : le changement climatique affectera la productivité et la sécurité alimentaire des cultures vivrières (maïs, sorgho, mil, riz, manioc, etc.) et d'exportation (coton, ananas, cajou, etc.), ainsi que l'élevage et la pêche. Selon une étude du Centre de Recherches pour le Développement International (CRDI), le changement climatique pourrait entraîner une réduction de 17 % du rendement du maïs et de 9 % du rendement du coton d'ici 2050 au Bénin. Par ailleurs, le changement climatique pourrait favoriser l'expansion des maladies, des animaux et organismes ravageurs des plantes et des animaux, et réduire la disponibilité et la qualité de l'eau et des sols.

■ **La santé** : le changement climatique aura des conséquences directes et indirectes sur la santé de la population béninoise en augmentant les risques de mortalité et de morbidité liés aux

maladies infectieuses (paludisme, choléra, dengue, etc.), aux maladies respiratoires et cardiovasculaires, à la malnutrition, à la déshydratation ou aux accidents. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le changement climatique pourrait causer environ 250 000 décès supplémentaires par an entre 2030 et 2050 dans le monde, dont une grande partie en Afrique subsaharienne.

■ **Les infrastructures** : le changement climatique endommagera et détruira les infrastructures essentielles au développement du Bénin, telles que les routes, les ponts, les bâtiments, les réseaux électriques ou les systèmes d'assainissement. Les inondations, les tempêtes, les glissements de terrain ou l'érosion côtière seront les principaux facteurs de dégradation des infrastructures, avec des coûts économiques et sociaux importants. Selon la Banque mondiale, le changement climatique pourrait entraîner une perte de 2 à 4 % du Produit Intérieur Brut (PIB) du Bénin d'ici 2050, en raison des dommages aux infrastructures.

Face à cette situation, le Bénin a élaboré plusieurs politiques et stratégies nationales pour atténuer les émissions de Gaz à Effet de Serre (GES) et s'adapter aux effets du changement climatique, en s'appuyant sur les cadres internationaux tels que la Convention-Cadre des Nations Unies sur les Changements Climatiques (CCNUCC), le Protocole de Kyoto, l'Accord de Paris ou les Objectifs de Développement Durable (ODD). Parmi ces politiques et stratégies, on peut citer :

- La Politique Nationale de Gestion des Changements Climatiques 2021-2030 dont l'un des instruments d'opérationnalisation est le Plan national d'adaptation au changement climatique où la vision se décline comme suit : « Le Bénin est, en 2030, un pays résilient aux changements climatiques avec une capacité adaptative suffisante et des mécanismes appropriés d'anticipation et de réaction face aux risques climatiques, une croissance à faible émission de carbone, et dont les institutions, organisations, entreprises et citoyens adoptent des pratiques, attitudes et comportements climato sensibles » ;
- La Politique forestière du Bénin 2023-2032 ;
- La loi sur le climat promulguée le 06 août 2018 ;
- Le Plan National d'Adaptation au Changement Climatique 2022 dont l'objectif est d'accroître la résilience et la capacité d'adaptation du pays aux changements climatiques ;
- Le Plan National d'Adaptation au Changement Climatique 2020 du secteur de la santé
- Le Plan National d'Investissement pour l'Environnement et les Changements Climatiques (PNI-ECC), adopté en 2015, qui identifie les projets prioritaires pour réduire les émissions de GES et augmenter la capacité d'adaptation du Bénin, avec un budget estimé à 2,7 milliards de dollars US sur 10 ans
- La Contribution Déterminée au niveau National (CDN) révisée, soumise en 2021, qui fixe les engagements du Bénin dans le cadre de l'Accord de Paris, avec un objectif de réduction de 20,15 % des émissions de GES d'ici 2030 par rapport au scénario tendanciel, sous réserve de l'obtention de financements, de technologies et de renforcement des capacités.

Ces politiques et stratégies nécessitent une mise en œuvre effective et coordonnée, ainsi qu'un suivi et une évaluation réguliers, pour assurer la transition vers un développement sobre en carbone et résilient au changement climatique au Bénin. Elles impliquent également une mobilisation des ressources financières nationales et internationales, une sensibilisation et une participation des acteurs publics et privés, une coopération régionale et multilatérale et une intégration du changement climatique dans les politiques sectorielles et locales.

1.5 Structure organisationnelle du système de santé

Le secteur de la santé est régulé par l'Autorité de Régulation du Secteur de la Santé qui a pour mission de veiller à la réalisation du droit à la santé pour tous par l'amélioration continue de l'offre et de la qualité des soins. Le système national de santé a une structure pyramidale calquée sur le découpage territorial et comprend trois différents niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique.

Le niveau central, conformément au Décret N° 2021-571 du 03 novembre 2021 portant AOF du Ministère de la Santé assure la conception et le suivi-évaluation de la politique de l'Etat en matière de santé. Le cabinet du Ministre, le Secrétariat Général

du ministère, les directions générales, centrales, techniques, les agences et les structures sous tutelle assurent la coordination d'ensemble. Depuis 2020, à la faveur des réformes dans le secteur, le Conseil national des soins de santé primaires et le Conseil national de la médecine hospitalière aident chacun en ce qui le concerne à mieux assurer la coordination d'ensemble. Au niveau central, le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) est l'un des centres au sommet de la pyramide des infrastructures de soins, de même que le Centre Hospitalier International de Calavi (CHIC) qui a récemment été mis en service. Toutefois, on note à ce niveau, d'autres hôpitaux de référence et centres spécialisés. Concernant l'accès aux

⁵Décret N°2019-417 du 25 septembre 2019 Portant Création Attribution Organisation et Fonctionnement de l'ARS et le décret n° 2023-409 du 26 juillet 2023, modifié par le décret 2023-690 du 20 décembre 2023 portant attributions, organisation et fonctionnement de l'Autorité de Régulation du secteur de la Santé



médicaments, la Centrale d'Achat des Médicaments essentiels (CAME) devenue Société Béninoise pour l'Approvisionnement en Produits de Santé (SoBAPS) est l'outil de la politique gouvernementale pour permettre aux Béninois d'avoir un accès aux médicaments à moindre coût.

Cet approvisionnement en produits de santé est complété par les grossistes privés répartiteurs pour le secteur sanitaire privé. Au niveau intermédiaire, la politique de l'Etat en matière de santé est assurée par douze Directions Départementales de la Santé (DDS). Les DDS sont des structures déconcentrées du Ministère de la Santé. Elles sont placées sous l'autorité du Secrétariat Général du Ministère à qui elles rendent compte de leurs activités. Elles sont chargées de la gestion des plans d'actions sectoriels, de l'assistance technique et de l'appui-conseil aux communes dans le domaine de la santé, conformément aux lois sur la décentralisation.

L'infrastructure de soins correspondant au niveau intermédiaire est le Centre Hospitalier Départemental (CHD); structure de référence pour les hôpitaux de zones relevant du territoire départemental.

Au niveau périphérique, la politique de l'Etat en matière de santé est assurée par



34 zones sanitaires réparties sur toute l'étendue du territoire national.

La zone sanitaire représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. Elle est organisée sous forme d'un réseau de services publics de premier contact (centres de santé, dispensaires isolés et les maternités isolées) et de formations sanitaires privées, le tout appuyé par un hôpital (public ou privé) de première référence (hôpital de zone ou centres hospitaliers universitaires de zone) destiné à desservir une aire qui abrite entre



100 000 et 200 000 habitants

Les organes de gestion du premier échelon sont constitués du Comité de Gestion des Centres de Santé (COGECS). Par ailleurs, le conseil de gestion et le comité de santé administrent respectivement l'hôpital de zone et l'équipe d'encadrement de la zone sanitaire. L'équipe d'encadrement de la zone sanitaire est dirigée par le médecin coordonnateur de zone.

Les zones sanitaires coordonnent la politique de santé communautaire dans leur zone d'intervention. Il s'agit d'un réseau constitué de 12.500 relais communautaires supervisés par 1.500 agents de santé communautaires qualifiés.

Le secteur privé offre des services de santé complémentaires à ceux du secteur public.

Il est constitué du secteur humanitaire et du secteur privé libéral.

Le secteur humanitaire comprend les structures confessionnelles et les ONG. La plupart des structures confessionnelles sont intégrées dans le Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS) dans le cadre d'accords de partenariat avec le Ministère de la Santé. Certaines d'entre elles sont des hôpitaux de référence comme l'hôpital Sounon Séro de Nikki et l'hôpital St Jean de Dieu de Tanguiéta, tous deux situés dans le Nord du Bénin.

La coordination du secteur professionnel est assurée par l'Association des œuvres Médicales privées Confessionnelles, Associatives et Sociales (AMCES).

Des ONG interviennent et appuient le système sanitaire du Bénin. Elles sont regroupées sous plusieurs plateformes comme le Réseau des ONG béninoises de Santé (ROBS), la plateforme des ONG intervenants dans le domaine de la vaccination. Ces ONG sont réparties à travers le pays et accordent une priorité aux services de santé à base communautaire, au renforcement des initiatives locales et à la décentralisation du système de santé.

Le secteur pharmaceutique privé est composé de trois établissements pharmaceutiques de fabrication de produits de santé, de cinq grossistes répartiteurs qui assurent la distribution des produits pharmaceutiques et de



390
officines



256
et dépôts pharmaceutiques

affectés à la dispensation au public des produits de santé. Le secteur pharmaceutique collabore étroitement avec le secteur public en vue de garantir la disponibilité et l'accessibilité des produits de santé de qualité à la population ainsi que pour le développement de matériels d'Information-Éducation-Communication (IEC) dans le cadre de la promotion des médicaments essentiels et génériques et de la lutte contre la vente illicite des médicaments.

Quant au secteur privé de soins, il est composé de plus de 1500 cliniques médicales et autres cabinets de soins répartis sur l'ensemble du territoire national.

D'autres acteurs viennent en appui au système de santé. Il s'agit :

- des collectivités territoriales décentralisées, qui sont les communes dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Elles participent à la planification, à la gestion, et au financement des activités sanitaires au niveau local. Elles disposent de conseils locaux de santé ;
- des Partenaires Techniques et Financiers (PTF), qui sont les organisations internationales, les agences de coopération bilatérale, les fondations, et les Organisations Non Gouvernementales (ONG) à caractère international, qui apportent un appui technique et financier au secteur de la santé. Ils interviennent selon les principes de l'alignement, de l'harmonisation, et de la responsabilité mutuelle ;

- des Organisations de la Société Civile (OSC), qui sont les associations, les syndicats, les organisations communautaires à compétence sanitaire et les médias, qui jouent un rôle de plaidoyer, de mobilisation sociale, de veille citoyenne, d'assistance et de contrôle social, de promotion des droits en matière de santé. Ils participent également à la mise en œuvre de certaines interventions de santé, notamment dans les domaines de l'information préventive, de l'éducation, du conseil et de la prise en charge des personnes vulnérables ;

- des usagers et clients, qui sont les bénéficiaires des services de santé, qui expriment leurs besoins, leurs attentes et leurs satisfactions et qui participent au financement de la santé, par le biais des paiements directs ou des cotisations aux mutuelles de santé. Ils sont représentés dans les instances de concertation et de participation. Ils sont aussi regroupés au sein de la Plateforme Nationale des Utilisateurs des Services de Santé (PNUSS).

Pour renforcer le dispositif de prévention et de gestion des risques en matière de mal-gouvernance dans le secteur, plusieurs corps de contrôle ont été créés pour assainir le secteur tant sur le plan administratif que technique. Le Gouvernement entreprend aussi le renforcement de la gouvernance des sociétés et offices d'Etat. Cette volonté politique s'est manifestée par le vote de la loi N° 2020-20 du 02 septembre 2020 portant création, organisation et fonctionnement des entreprises publiques en République du Bénin. Des décrets portant approbation des statuts des Centres hospitaliers universitaires et Centres hospitaliers départementaux et des hôpitaux de zone ont été pris, alignant la gouvernance de ces structures aux dispositions de cette loi. Il a été créé dans les hôpitaux, les cellules d'audit interne et de contrôle de gestion qui sont des instances qui rendent compte à l'Inspection Générale du Ministère de la Santé. Ces structures reçoivent aussi, entre autres, les inspections de l'Inspection Générale des Finances (IGF) et de l'Inspection Générale des Services et Emplois Publics (IGSEP).

Pour améliorer l'efficacité de l'action publique et réduire les risques de gestion, le gouvernement a aussi mis en place dans tous les ministères y compris celui de la Santé des Comités Ministériels de Maîtrise des Risques (CMMR) et des Comités Ministériels d'Audit Interne (CMAI). Le CMMR a pour mission de définir et d'accompagner la mise en place des



procédures ou mesures visant à renforcer la sécurité, l'efficacité et l'efficience des directions centrales, techniques et autres structures rattachées ou sous tutelle du ministère de la Santé. A ce titre, il est chargé notamment de définir la politique de contrôle interne sur les risques liés à la gestion des politiques publiques dont le ministère a la charge, d'établir la cartographie des risques du ministère, de veiller au développement des dispositifs de contrôle interne permettant de maîtriser les risques susceptibles d'affecter la réalisation des missions assignées au ministère et aux entités sous tutelle, notamment la mise en place de manuels de procédures.

Quant au Comité Ministériel d'Audit Interne, il veille à la vérification du bon fonctionnement des systèmes de contrôle interne mis en place sous l'égide du Comité Ministériel de Maîtrise des Risques. A ce titre, il est chargé de définir la politique d'audit du ministère, de s'assurer de la qualité du dispositif de contrôle interne visant à garantir la maîtrise des risques liés à la mise en œuvre des politiques publiques, d'approuver le programme annuel des contrôles ou audits de l'Inspection Générale du Ministère de la Santé, de veiller au suivi des actions retenues à l'issue de ces contrôles ou audits, d'approuver le programme d'assurance qualité de l'audit interne du ministère.

Grâce à l'appui de ces comités, toutes les structures du ministère ont élaboré leurs cartographies des risques, assorties des plans de mitigation. L'IGM sur la base de ces cartographies élabore des Plans d'audit du ministère et assure leur mise en œuvre.

Sur le plan technique, la Cellule de Contrôle et d'Inspection des Structures de Prestations de Soins Médicaux (CCI-SPSM), instance technique de l'A.R.S, assure le contrôle de la qualité des soins, des services de santé et du dispositif pour la sécurité des patients de l'établissement.

En matière du renforcement des capacités, les membres des ordres professionnels ont été formés au respect de la transparence, de l'éthique et de la déontologie dans l'exercice de leur mission, sur la période de 2018 à 2022. Leurs responsabilités sont plus accrues suite à l'assainissement opéré dans le secteur privé et les conditions de facilitation prises pour leur implantation. La suppression du double exercice (dans le secteur privé et le secteur public) par le personnel médical et paramédical du secteur public a été d'une importance capitale pour le renforcement du système de santé.



Encadré 1.2-L'Autorité de Régulation du Secteur de la Santé (A.R.S)

Créée par l'article 46 de la loi n° 2020-37 du 03 février 2021, portant protection de la santé des personnes en République du Bénin telle que modifiée par la loi n° 2022-17 du 19 octobre 2022, l'Autorité de Régulation du secteur de la Santé (A.R.S) est l'organe supérieur du secteur de la santé. L'A.R.S est rattachée à la Présidence de la République et a été officiellement installée le 12 Septembre 2022 par le Président de la République. Elle jouit d'une autonomie administrative et de gestion.

L'Autorité de Régulation du secteur de la Santé (A.R.S) est un organisme indépendant, dont la mission est de veiller à la réalisation du droit à la santé pour tous par l'amélioration continue de l'offre et de la qualité des soins. L'A.R.S est chargée de veiller au respect des principes d'éthique, de transparence, de qualité et de sécurité dans le domaine de la santé.

D'un point de vue organisationnel, l'A.R.S est composée de quatre (04) instances dont l'instance de délibération qu'est le Collège dirigé par un Président et subdivisé en deux commissions techniques: la Commission «< Qualité et sécurité des soins>»; (ii) la Commission « Gouvernance et ressources>». Les trois autres (3) instances techniques sont le Secrétariat Exécutif, la Cellule de Contrôle et d'Inspection des Structures de Prestation de Soins médicaux et le Conseil de Surveillance du sous-secteur pharmaceutique. Depuis sa création, l'A.R.S a réalisé plusieurs actions visant à renforcer la régulation du secteur de la santé au Bénin. Entre autres attributions, l'A.R.S:

- veille à l'élaboration des référentiels de qualité et de sécurité pour le secteur de la santé;
- veille à la disponibilité d'une offre de soins de qualité sur toute l'étendue du territoire national;
- conçoit des mécanismes garantissant l'accès de tous aux soins de santé ;
- veille au respect des pratiques médicales et paramédicales validées;
- veille à l'harmonisation des relations entre les prestataires de soins et les tiers payants;
- connaît des recours à lui soumis par toute personne morale ou physique;
- émet des avis sur la politique et tout document de stratégie pour le secteur de la santé, ainsi que sur tout projet d'outil de gestion ou de réforme touchant à la santé des populations.

L'A.R.S est un acteur clé du système de santé béninois, qui contribue à assurer la protection de la santé des personnes, le respect des normes de qualité et de sécurité, et la promotion de la santé publique. En tant qu'autorité de régulation, elle joue un rôle de garante, de facilitatrice et de régulatrice, en collaboration avec les autres parties prenantes du secteur de la santé.



ation du droit à la
par l'amélioration
re et de la qualité

SES ATTRIBUTIONS

e de 23 et regroupées en

ion

NISAT

S sor



RÉFÉRENCES

1. UNFPA (2014). Dividende démographique : tirer parti du potentiel des jeunes.

2. UNDESA (2019). World Population Prospects 2019.

3. PNUD (2020). Rapport sur le développement humain 2020. Disponible sur : [URL].

4. Yabi, I., Amoussouhoui, A., Yaovi, M. et al. (2018). Dynamique démographique et développement durable au Bénin. *Revue internationale des études du développement*, 234(2), 255-282. doi :10.3917/ried.234.0255

5. Banque Mondiale (2020). Perspectives économiques - Bénin.

6. FMI (2019). Rapport du FMI : Le Bénin, champion de la croissance en Afrique de l'Ouest.

7. INSTAD (2018). Profil de pauvreté et d'inégalités 2018. Consulté le 10 juin 2021

8. Banque Mondiale (2020). Perspectives économiques régionales pour l'Afrique subsaharienne : Impact durable de la COVID-19, octobre 2020. Washington, DC: Banque Mondiale.

9. CEDEAO (2020). Rapport annuel 2019 de la CEDEAO. Abuja: CEDEAO.

10. FMI (2019). Bénin : Consultations de 2019 au titre de l'article IV rapport des services du FMI ; communiqué de presse ; et déclaration de l'administrateur pour le Bénin. Washington, DC : FMI. REVOIR LA MISE EN PAGE DE MANIÈRE À BIEN ALIGNER LES DÉBUTS DE LIGNE.

11. INSTAD (2018). Profil de pauvreté et d'inégalité au Bénin en 2018. Cotonou: INSTAD.

12. Banque Africaine de Développement (2018). Perspectives économiques en Afrique 2018. Abidjan : Banque Africaine de Développement.

13. Banque Mondiale (2016). Bénin : Revue des dépenses publiques et de la responsabilité financière 2016. Washington, DC : Banque Mondiale.

14. Banque Mondiale (2020). Perspectives économiques régionales. Afrique subsaharienne : impact du COVID-19. Washington, DC : Banque Mondiale.

15. FMI (2019). Rapport du FMI no 19/250. République du Bénin. Consultations de 2019 au titre de l'article IV. Washington, DC : FMI.

16. FMI (2020). Rapport du FMI no 20/199. République du Bénin. Cinquième revue dans le cadre de la facilité élargie de crédit et demande d'un décaissement au titre de la facilité de crédit rapide. Washington, DC : FMI.

17. Institut National de la Statistique et de l'Analyse économique (2021). Note de conjoncture du quatrième trimestre 2020. Cotonou : INSTAD.

18. Banque Africaine de Développement (2018). Bénin : Document de stratégie pays 2017-2021. Abidjan : Banque Africaine de Développement.

19. Banque Mondiale (2016). Bénin : la situation économique en 2015. Washington D.C. : Banque Mondiale.



RÉFÉRENCES

20. Banque Mondiale (2020). Bénin : perspectives économiques. Washington D.C. : Banque Mondiale.
21. Fonds Monétaire International (2020). Bénin : consultations de 2020 au titre de l'article IV. Washington D.C. : Fonds Monétaire International.
22. Institut National de la Statistique et de l'Analyse économique (2021). Indice national des prix à la consommation. Cotonou : Institut National de la Statistique et de l'Analyse économique.
23. Banque Africaine de Développement (2018). Le Bénin - Document de stratégie pays 2017-2021.
24. Banque Mondiale (2020). Le Bénin, un modèle de croissance inclusive en Afrique de l'Ouest.
25. INSTAD (2019). Profil de pauvreté au Bénin en 2018.
26. Programme des Nations Unies pour le Développement (2017). Rapport sur le développement humain en Afrique 2016 : Accélérer les progrès en faveur de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes en Afrique.
27. Banque Mondiale (2020). Indicateurs du développement dans le monde.
28. INSTAD (2019). Profil de pauvreté et d'inégalités au Bénin en 2018.
29. Programme des Nations Unies pour le Développement (2017). Rapport sur le développement humain en Afrique 2017.
30. Programme des Nations Unies pour le Développement (2022). Rapport annuel du PNUD 2022.
31. PNUD (2016). Rapport sur le développement humain 2016.
32. Banque africaine de développement (2020). Projet Bénin Electricité Services Universels.
33. Banque mondiale (2020). Doing Business 2020 : Comparer la réglementation dans 190 économies.
34. INSTAD (2018). Enquête modulaire intégrée sur les conditions de vie des ménages (EMICoV) 2018.
35. Ministère de l'Energie (2019). Rapport annuel 2019.
36. Nations Unies (2015). Objectifs de développement durable.
37. Organisation mondiale de la santé (2022). Rapport sur la situation énergétique mondiale 2022
38. Banque mondiale (2022). Indicateurs du développement dans le monde.
39. CRDI (2016). Impacts du changement climatique sur la production agricole au Bénin
40. GIEC (2014). Changements climatiques 2014 : Rapport de synthèse.



41. Gouvernement du Bénin (2008). Stratégie nationale et plan d'action d'adaptation aux changements climatiques.

42. Gouvernement du Bénin (2015). Plan national d'investissement pour l'environnement et les changements climatiques.

43. Gouvernement du Bénin (2015). Contribution déterminée au niveau national.

44. OMS (2014). Changement climatique et santé.

45. Banque mondiale (2022). Pollution atmosphérique aux particules fines (PM2,5), exposition annuelle moyenne [Données].

46. OMS (2020). Pollution de l'air ambiant (extérieur) et santé.

47. PNUD (2016). Profil environnemental du Bénin.

48. Banque Mondiale (2020). Données sur le climat. Disponible sur : [URL] (consulté le 29 octobre 2021).

49. GIEC (2014). Changements climatiques 2014 : Rapport de synthèse. Contribution des Groupes de travail I, II et III au cinquième Rapport d'évaluation du Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat. Genève : GIEC.

50. Orou-Dogo, S., Assogba, E., Fandohan, A.B., Houngbo, P. et Zannou, A. (2018). Potentiel de mitigation du changement climatique au Bénin. International Journal of Biological and Chemical Sciences, 12(6), 2683-2696. DOI : [URL]

51. République du Bénin (2021a). Loi n° 2020-37 du 03 février 2021, portant protection de la santé des personnes en République du Bénin. Journal Officiel de la République du Bénin, n° 04, pp. 172-203.

52. République du Bénin (2021b). Loi n°2022-17 du 19 octobre 2022, modifiant et complétant la loi n° 2020-37 du 03 février 2021, portant protection de la santé des personnes en République du Bénin. Journal Officiel de la République du Bénin, n° 21, pp. 628-638.





2

SECTION II - LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

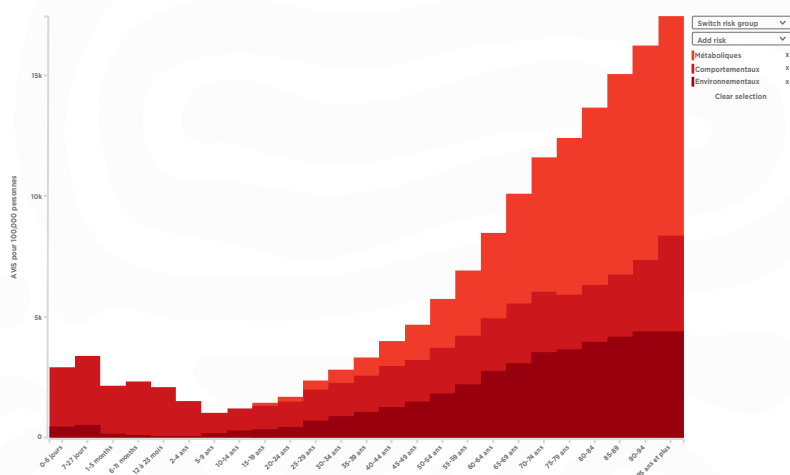
Les déterminants de la santé englobent une variété de facteurs influençant le bien-être des individus et des communautés. Ces déterminants peuvent être sociaux, économiques, environnementaux ou comportementaux, y compris le système de santé lui-même. En effet, la santé d'une population est influencée par de nombreux facteurs, dont les conditions sociales, économiques, environnementales et culturelles qui déterminent son niveau de vie, son accès aux services de santé, son exposition aux risques sanitaires et ses comportements liés à la santé (OMS, 2008).

Les déterminants de la santé constituent des leviers d'action pour réduire les inégalités de santé entre les groupes sociaux. Au Bénin, les déterminants de la santé sont marqués par de fortes disparités selon le milieu de résidence, le sexe, l'âge, le niveau

d'éducation, le statut économique ou la région géographique.

Ces disparités se traduisent par des écarts importants dans les indicateurs de santé, tels que l'espérance de vie, la mortalité maternelle et infantile, la prévalence des maladies infectieuses ou chroniques, ou encore la malnutrition.

Par ailleurs, les années de vie en bonne santé en raison d'un handicap (condition/maladie) montrent que la valeur de cet indicateur augmente avec l'âge et est corrélé au type de facteurs de risques (métaboliques, comportementaux, environnementaux) (Graphique 6.0.1). On peut donc améliorer le nombre d'années d'existence et la qualité de vie en agissant efficacement sur les différents risques.



Graphique 2.0.1. Années de vie en bonne santé perdues en raison d'un handicap (pour 100 000 personnes) par groupe d'âge (les deux sexes) et par groupe de risques, Bénin, 2021 (Source : IHME)

2.1 Environnement économique/travail

Les conditions de vie (pauvreté, accès à l'eau et à l'hygiène, l'éducation et le logement) et de travail (formation et motivation du personnel de santé, charge de travail, infrastructure de santé, accès aux ressources, support et supervision) influencent fortement la disponibilité et la qualité des services de santé, y compris les soins préventifs et curatifs

pour les enfants de moins de 5 ans. L'éducation par exemple joue un rôle crucial dans la santé, influençant les comportements de santé, l'accès à l'information et les opportunités économiques. Au Bénin, les taux d'alphabétisation ont progressivement augmenté pour atteindre 47 % en 2022 (voir section I). Le taux d'achèvement de l'école primaire au Bénin était

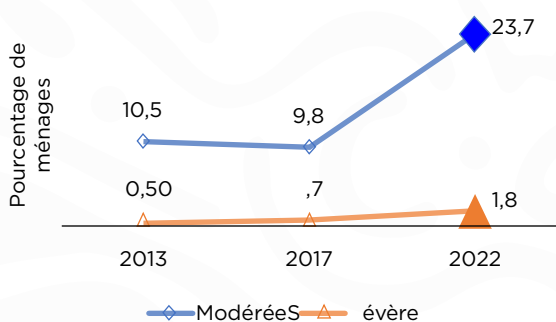
de 73 % en 2021 (UNESCO, 2021). Les problèmes d'insécurité observés au Nord du Bénin depuis 2022 ont entraîné la fermeture de neuf (09) écoles et la réduction du temps d'opération de certaines formations sanitaires (UNICEF, 2022). Entre 2021 et 2022, il a été ainsi enregistré une augmentation de 5 % des effectifs d'élèves, avec une amélioration de la parité. En fin de cycle primaire, le taux de réussite est de 81,90 % en 2022 (UNICEF, 2022b).

Par ailleurs, plus de 15 500 enfants victimes de violences et 73 603 adolescentes ont été protégés du mariage précoce (UNICEF, 2022c), améliorant ainsi le maintien des filles à l'école. En 2017, l'école était inaccessible à 43 % des filles et 36 % des garçons issus des ménages les plus pauvres (UNICEF 2017). Dans le but de faire de l'éducation des filles une priorité, un forum national sur l'éducation des filles a été organisé afin de maintenir les filles à l'école et d'éliminer les mariages d'enfants. Des fournitures scolaires ont été distribuées à 127 102 filles du primaire, 37 713 filles du secondaire et 4 509 adolescentes (FAO, 2023).

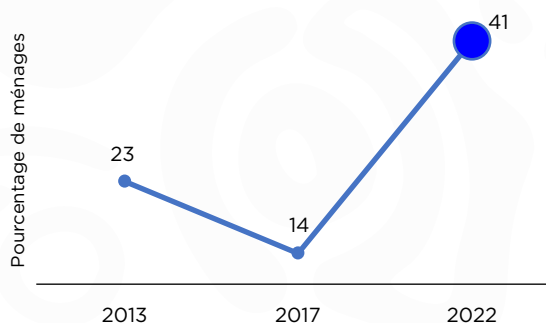
Le Bénin a connu une croissance économique modérée au cours de la dernière décennie, avec une augmentation continue du PIB par habitant qui se situe en 2022 à 881.430 FCFA (INStAD). Cependant, les inégalités de revenu persistent, affectant l'accès aux soins de santé et la nutrition. Les familles à faible

revenu ont plus de difficultés à accéder aux services de santé de qualité, ce qui entraîne des disparités (Banque Mondiale, 2023). Selon l'Indice Global de la Faim (GHI) pour 2023, le Bénin est classé dans la catégorie des indices graves, soit un score de l'indice de la faim GHI à 22,6 contre 21,7 en 2021) à la 91^e place de classement sur 121 pays pour la dimension nutritionnelle des systèmes alimentaires (ACTED, 2021). Ce score est en dessous de la moyenne de l'Afrique de l'Ouest situé à 27. En 2022, 25,5 % des ménages étaient en insécurité alimentaire dont 23,7 % sous forme modérée et 1,8 % sous forme sévère. L'insécurité alimentaire affecte beaucoup plus les ménages dirigés par les femmes. La prévalence de l'insécurité alimentaire est plus importante dans les ménages dont le chef n'a aucun niveau d'instruction (30,8 %). Environ 26,3 % des ménages consacrent plus de 65 % de leur budget pour acheter de la nourriture. Cela signifie que la part du budget restant est très limité pour couvrir d'autres types de dépenses telles que les frais de santé, de scolarité et d'achat d'intrants agricoles.

L'incidence de la pauvreté monétaire est établie à 36,2 % en 2022 contre 38,5 % en 2019, soit une baisse de 2,3 % (INStAD, Note sur la pauvreté en 2022). En 2022, quatre ménages sur dix (40,5 %) ont une consommation alimentaire pauvre, c'est-à-dire inappropriée en termes de fréquence et de diversité (Graphique 6.1.1).



Graphique 2.1.1: Insécurité alimentaire modérée et sévère dans la population, Bénin, 2013-2022 (Source : INStAD)



Graphique 2.1.2: Consommation alimentaire inadéquate (pauvre ou limite), Bénin, 2013-2022 (Source : INStAD)

Par ailleurs, l'agriculture représente 21,3 % du PIB du Bénin en 2022 (INStAD). Avec l'élevage, la chasse et les activités de soutien connexes, elle emploie 0,9 % de la population active dans les secteurs public et parapublic contre 38,5 % des actifs occupés du secteur privé (INStAD, ERI-ESI 2018). Le secteur des

services constitue le moteur de l'économie avec 46,9 % du PIB (INStAD, Note sur les comptes nationaux). Le Bénin met en place des outils e-service pour aider les jeunes à créer des emplois (CNUCED, 2023), et l'indice Doing business (facilité de faire des affaires) de la Banque mondiale place le Bénin à la 149^e place sur 190 pays en 2020.

2.2 Environnement physique

Les facteurs environnementaux touchent la qualité de l'air, de l'eau, du sol, la biodiversité, le changement climatique, les catastrophes naturelles, les pollutions, etc. L'eau est l'un des principaux intrants de la production agricole et un élément essentiel pour atteindre plusieurs Objectifs de Développement Durable. À cette fin, le gouvernement du Bénin a lancé un nouveau projet intitulé « Augmentation de la productivité de l'eau pour une production agricole durable sensible à la nutrition et une meilleure sécurité alimentaire » (Ministère de l'Agriculture, 2021). Toutefois, l'accès à l'eau potable reste un problème majeur pour 1 personne sur 4 en 2022 (section I - Graphique 1.2.8), et l'accès à un assainissement de base n'est disponible que pour 1 personne sur 5 (OMS, 2022).

Au Bénin, la qualité de l'eau est contrôlée par l'Agence Nationale de Contrôle de Qualité des produits de santé et de l'eau (ANCQ). Le rapport 2022 sur la qualité de l'eau potable a révélé que globalement, l'eau destinée à la consommation, qu'il s'agisse des ménages, des hôtels ou de l'eau conditionnée, est moins polluée si elle provient d'un réseau public d'Alimentation en Eau Potable (AEP). Les forages privés sont souvent utilisés sans autorisation préalable, ni vérification de qualité. L'analyse des données de la surveillance dans les ménages montre que l'eau de la SONEB est la moins contaminée par les matières fécales (4,29 %) en 2022. L'eau produite par les Adductions d'Eau Villageoises (AEV) présente un niveau de non-conformité de 25 % en 2022. Par ailleurs, à peine 43,02% des ménages dispose d'eau sans contamination fécale. Il en résulte que la qualité microbiologique de l'eau se dégrade depuis la source jusqu'au point de consommation. Les robinets des chambres et des cuisines des hôtels présentent des taux de non-conformité microbiologique de 36,26

% et 40 %, respectivement. La principale raison est le recours aux forages privés comme source d'eau. Les eaux conditionnées sont non conformes à 76,34 % pour les sachets, 55,56 % pour les bouteilles PET produites localement et 23,53 % pour celles importées (ANCQ, 2022).

Au Bénin, le bois et le charbon de bois sont les principales sources d'énergie de cuisson pour respectivement 60,4 % et 28,4 % de la population (MICS, 2021). On peut différencier la pollution extérieure due aux industries (Bauer et al., 2019), aux véhicules (Williams, 1987), à l'agriculture et à l'élevage, de la pollution intérieure causée surtout par la cuisson avec des énergies fossiles (charbon, bois, pétrole) (Kim et al., 2011 ; RASHMILA MAITI, 2020).

L'agriculture produit des particules fines à cause des engrais (Columbia University, 2016) et l'élevage pollue l'air avec des microbes (Baykov & Stoyanov, 1999). Ces activités créent des gaz et particules qui favorisent des maladies du cœur, des poumons, des yeux et de la peau. (Araviiskaia et al., 2019 ; Chang & Yang, 2020 ; Kim et al., 2011 ; WHO, 2018).

Le Bénin continue de faire face à un déficit significatif de logements. En effet, le gouvernement béninois a lancé plusieurs programmes de logement social pour répondre à la demande croissante de logements abordables. Notamment, le Programme National de Construction de Logements Économiques et Sociaux (PNCLES) a été mis en œuvre pour fournir des logements à faible coût pour les populations à revenu moyen et faible. La croissance démographique rapide et l'urbanisation accélérée ont exacerbé ce problème, avec une demande de logements dépassant largement l'offre disponible. De nombreux logements, en particulier dans les



zones rurales et les quartiers informels des zones urbaines, souffrent de conditions précaires. Les problèmes incluent l'insuffisance des infrastructures de base telles que l'eau potable, l'assainissement et l'électricité. La proportion de population urbaine a

augmenté, passant de 45% en 2013 à environ 51% en 2022 (INStaD, projections démographiques). Cette évolution pourrait intensifier la pression sur les infrastructures urbaines et les services de logement.

2.3 Environnement social

On regroupe ici les facteurs psychosociaux, qui concernent la santé mentale, le stress, la violence, les discriminations, les normes sociales, les réseaux de soutien, etc. Les facteurs psychosociaux sont les interactions entre les facteurs individuels, sociaux et environnementaux qui influencent la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie des individus et des groupes. Au Bénin, les facteurs psychosociaux sont peu étudiés et documentés, mais on peut identifier quelques éléments qui illustrent les principaux défis et opportunités pour la santé publique. Parmi les sources de stress, on peut citer :

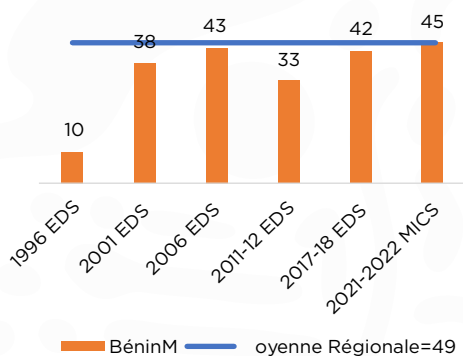
- la pauvreté et l'inégalité : ces dernières entraînent une vulnérabilité accrue aux risques sanitaires, sociaux et environnementaux, ainsi qu'une réduction de l'accès aux services de base, tels que l'éducation, la santé, l'eau et l'assainissement. L'inégalité se manifeste notamment par les disparités entre les zones rurales et urbaines, les régions et le genre.

- la pression sociale et culturelle : les pratiques traditionnelles néfastes, telles que l'excision, le mariage précoce ou forcé, le lévirat, le sororat sont encore présentes dans certaines communautés et ont des conséquences négatives sur la santé physique et mentale des victimes (Ministère du Plan et du Développement, 2019). De même, la pression sociale liée aux attentes familiales, professionnelles ou religieuses peut générer du stress, de l'anxiété ou de la dépression chez les individus qui ne parviennent pas à s'y conformer.

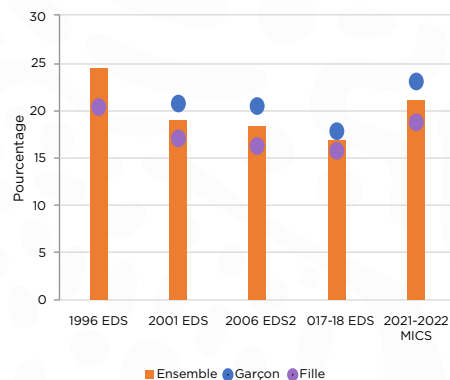
2.4 Facteurs de risques et comportements

Ce groupe de facteurs inclut la nutrition, l'allaitement maternel, l'activité physique, le tabagisme, la consommation d'alcool, les pratiques sexuelles, la vaccination, etc. Les comportements individuels,

tels que l'utilisation de la contraception, la nutrition et l'exercice physique influencent la santé. Les campagnes de sensibilisation ont conduit à des changements positifs.



Graphique 2.4.1: Prévalence de l'allaitement maternel exclusif chez les nourrissons âgés de six mois ou moins, Bénin, 1996-2022 (Source : EDS, MICS)



Graphique 2.4.2: Évolution de la prévalence par sexe de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans (%), Bénin, 1996-2022 (Source : EDS, MICS)

L'allaitement maternel exclusif

L'Allaitement Maternel Exclusif (AME) est défini comme la pratique consistant à nourrir un nourrisson uniquement avec du lait maternel, sans aucune autre nourriture ou boisson, pendant les six premiers mois de vie. L'AME est considéré comme l'un des meilleurs moyens de prévenir la mortalité et la morbidité infantiles, car il offre une protection optimale contre les infections, les maladies et la malnutrition (OMS, 2020). La prévalence de l'AME a connu une augmentation significative entre 2011-2012 et 2022, passant de 33 % à 45 % (Graphique 6.4.1). Pour cet indicateur, le Bénin n'a pas atteint l'objectif mondial de 50 % qui suppose que la moitié des nourrissons de moins de 6 mois soient exclusivement allaités au sein, sans aucun autre aliment ou boisson, à l'exception des médicaments,

si nécessaire. La prévalence de l'allaitement maternel exclusif est légèrement plus élevée chez les filles (46,5 %) que chez les garçons (43,5 %) (MICS 2021-2022).

Bien que la différence de 3 % entre les taux d'allaitement maternel exclusif chez les filles et les garçons soit modeste, elle mérite d'être prise en compte dans les efforts visant à promouvoir des pratiques d'allaitement maternel optimales et égalitaires pour tous les nourrissons. Les programmes de sensibilisation et de soutien devraient donc tenir compte des nuances socioculturelles et des perceptions différentes des besoins nutritionnels entre les sexes pour mieux répondre aux besoins de tous les enfants.

Malnutrition des enfants

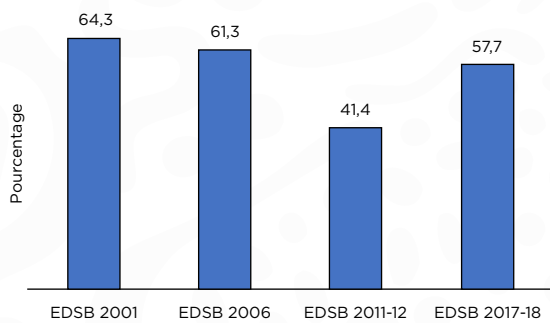
Par ailleurs, l'évolution de la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans montre une tendance générale à la baisse, passant de 24,4 % en 1996 à 16,8 % en 2017-2018 avec une remontée à 21 % en 2021-2022 (Graphique 6.4.2). La prévalence de l'insuffisance pondérale reste élevée et dépasse l'objectif mondial de 5 % d'ici 2025, fixé par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2012.

Les taux d'insuffisance pondérale sont préoccupants pour les deux sexes, les garçons semblent être plus

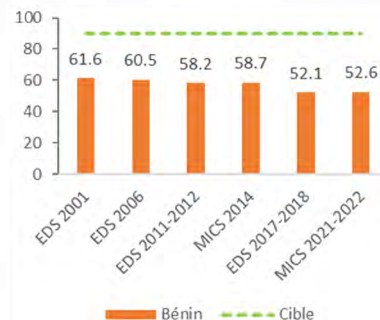
affectés que les filles selon les données du MICS 2021-2022 (23,1 % contre 18,8 %). Cette analyse met en évidence l'importance de stratégies ciblées pour améliorer la nutrition et la santé des garçons et des filles de manière équitable.

Il est donc important de mettre en œuvre des stratégies sensibles au genre et axées sur les régions les plus touchées pour lutter contre la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans au Bénin, en tenant compte des besoins spécifiques et des risques de chaque sexe.





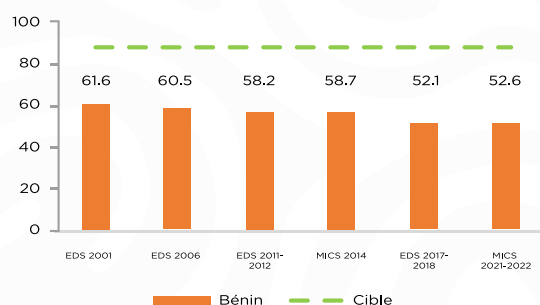
Graphique 2.4.3: Prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer (15-49 ans) (%), Bénin, 2001 à 2017-2018 (Source : INStAD)



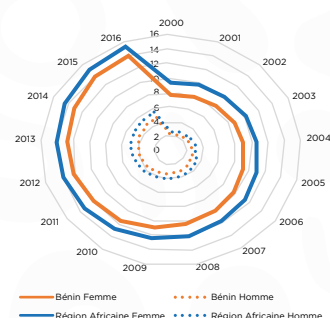
L'anémie chez les Femmes en Âge de Procréer

L'anémie chez les Femmes en Âge de Procréer (FAP) est un problème de santé publique au Bénin, où la prévalence est estimée à 57,7 % en 2017-2018, selon les données de l'INStAD (Graphique 6.4.3). Ce chiffre dépasse le seuil critique de 40 % fixé par l'OMS pour considérer l'anémie comme un problème de santé publique grave (OMS, 2008). L'anémie chez les FAP peut avoir des conséquences néfastes sur leur santé, leur productivité et leur qualité de vie, ainsi que sur la santé de leurs enfants. L'anémie pendant la grossesse augmente le risque de mortalité maternelle et périnatale, de faible poids de naissance, de prématurité et de retard de croissance intra-utérin (Stevens et al., 2013). Parmi les facteurs associés à l'anémie chez les FAP, on peut citer la carence en fer, la carence en acide folique, la carence en vitamine A, les infections parasitaires (paludisme, schistosomiase, ankylostomiase), les infections bactériennes, la drépanocytose, le statut socio-

économique, les pratiques alimentaires (Gautam et al., 2015 ; Kassebaum et al., 2014). Dans ce contexte, il est important de souligner l'évolution négative de la proportion de femmes consultées au moins quatre fois pendant leur grossesse par un professionnel de santé qualifié au Bénin, qui est passée de 58,7 en 2014 à 52,6 en 2022 selon l'enquête MICS 2021-2022 (Graphique 6.4.4). Selon les normes de l'OMS, les femmes enceintes devraient recevoir au moins huit consultations prénatales, dont la première au cours du premier trimestre de la grossesse (OMS, 2016). Les consultations prénatales doivent inclure le dépistage de l'anémie et la prescription de suppléments de fer et d'acide folique, le diagnostic et le traitement du paludisme et des infections sexuellement transmissibles, la vaccination contre le tétanos, le conseil nutritionnel et la planification familiale (OMS, 2016).



Graphique 2.4.4: Evolution de la proportion de femmes (âgées de 15 à 49 ans) consultées au moins quatre fois pendant leur grossesse par un prestataire, Bénin, 2001-2022 (Source : INStAD, EDSB et MICS)

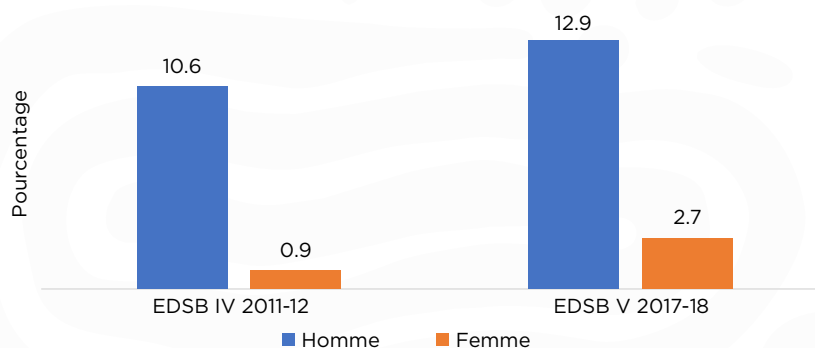


Graphique 2.4.5: Tendence par sexe de la prévalence normalisée de l'obésité chez les adultes, (%), Bénin versus Région Africaine (Source : iAHO)

L'obésité

La surcharge pondérale et l'obésité sont des facteurs de risque pour la plupart des maladies non transmissibles, telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux et certains cancers (OMS, 2020). Selon les données de l'OMS (source iAHO), la prévalence normalisée de l'obésité chez les adultes au Bénin est passée de 4,5 % en 2010 à 5,6 % en 2016, soit une augmentation de 1,1 point de pourcentage

(Graphique 6.4.5). Selon l'enquête nationale STEPS 2023, les prévalences de la surcharge pondérale et de l'obésité chez les adultes étaient respectivement de 27,6% et 9,4%. Ces prévalences en hausse par rapport à 2015 (23,2 et 7,4%) sont également plus marquées chez les femmes que les hommes. Le Bénin se situe en dessous de la moyenne de la région africaine. Toutefois, le Bénin suit la même tendance à la hausse que la région.



Graphique 2.4.6: Consommation du tabac (15-49 ans) par sexe, (%), Bénin (Source : INStAD)

L'alimentation

Les habitudes alimentaires séculaires au Bénin intègrent des produits parfois trop salés, trop sucrés et/ou trop gras entraînant un niveau de consommation en sel très élevé et une exposition importante au sucre et au gras. De même, selon les enquêtes STEPS, le pourcentage d'adultes ne consommant pas au moins 5 portions de fruits et légumes comme requis par jour reste très élevé malgré une légère baisse entre 2015 (93,1%) et 2023 (86,1%). Ainsi, l'adulte béninois consomme deux fois plus de sel de cuisine que nécessaire (11,3g/jour vs 5g maximum requis), ce qui entretient la prévalence élevée de l'HTA. L'offre alimentaire exacerbe parfois cette tendance avec la transition alimentaire qui va avec la mondialisation. La publicité et la présentation des «fast food» et soda sont un risque permanent pour tous les âges. Par ailleurs, l'arrosage avec des eaux usées ou insalubres, ainsi que le mauvais

usage des pesticides et autres engrais chimiques dans la production exposent les consommateurs de fruits et légumes à des risques sanitaires liés à la présence de microorganismes, de métaux lourds et de résidus de pesticides confirmés par plusieurs études scientifiques. Les fruits importés sont parfois très résistants aux conditions environnementales et au temps, faisant soupçonner des modifications génétiques ou des traitements spécifiques non maîtrisés

Le Ministère de la Santé joue un rôle important dans la sensibilisation. Il a organisé en 2023 un forum national sur les produits malsains dont la mise en œuvre des recommandations permettrait d'améliorer l'environnement alimentaire sain au Bénin. L'Agence Nationale de l'Alimentation et de la Nutrition (ANAN) assure la coordination

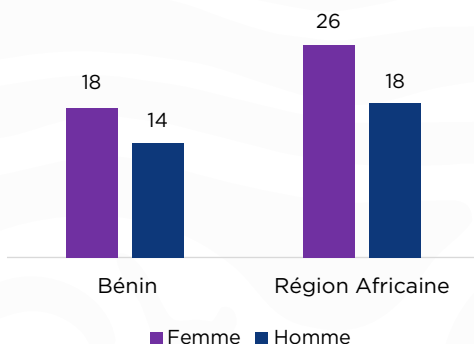
multisectorielle. Le renforcement des capacités de l'ABSSA et de l'ANCQ est nécessaire pour assurer le contrôle de qualité des produits alimentaires sur le marché. En effet, chacun de ces organes dispose d'un laboratoire spécialisé dont la complémentarité permettrait de couvrir l'ensemble des produits

alimentaires. L'adoption d'un étiquetage informatif sur la valeur nutritive des produits alimentaires ainsi que leurs degrés de nuisibilité permettrait de renseigner le consommateur en vue de motiver ses choix..

L'activité physique

L'un des déterminants de l'obésité est le manque d'activité physique, qui peut être influencé par des facteurs individuels, sociaux, environnementaux et politiques (OMS, 2018). En effet, la prévalence d'une activité physique insuffisante chez les adultes âgés de 18 ans et plus au Bénin est de 18 % et 14 % en 2016 respectivement chez les femmes et chez les hommes (Graphique 6.4.6).

L'OMS recommande de réaliser au moins 150 minutes d'activité physique modérée ou équivalent par semaine. La prévalence de la pratique insuffisante d'activité physique selon cette recommandation était de 6,3% selon l'enquête STEPS 2023 contre 15,9% en 2015. En 2023, cette prévalence était significativement plus élevée chez les femmes (7,9 %) que chez les hommes (4,7%) avec une tendance à l'augmentation de cette prévalence avec l'âge.



Graphique 2.4.7: Distribution par sexe de la prévalence d'une activité physique insuffisante chez les adultes âgés de 18 ans et plus, (%), Bénin versus Région Africaine (Source : IAHO)

L'usage du tabac

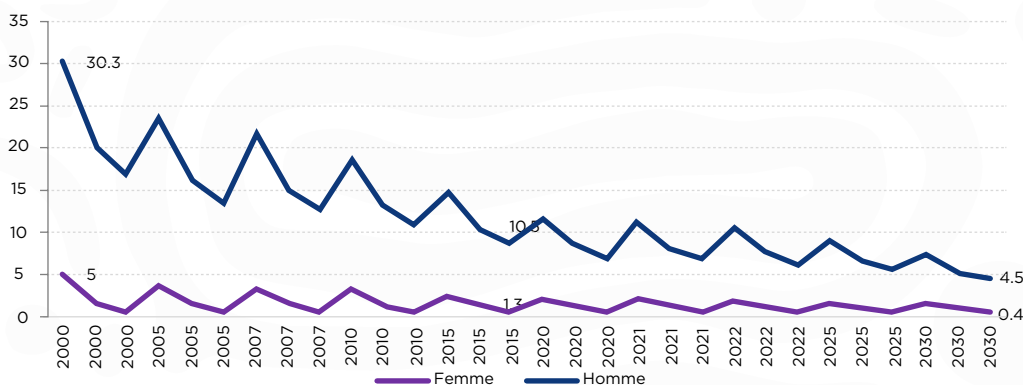
L'usage du tabac est un problème de santé publique majeur, qui cause plus de 8 millions de décès par an dans le monde, dont plus de 7 millions sont attribuables à la consommation directe de tabac et environ 1,2 million au tabagisme passif (OMS, 2020). Au Bénin, la consommation de tabac chez les personnes âgées de 15 à 49 ans est de 12,9 % et 2,7 % en 2017-2018 respectivement chez les hommes et les femmes (Graphique 6.4.7). Selon les enquêtes STEPS 2015 et 2023, la prévalence du

tabagisme au Bénin est en hausse passant de 5,0% à 6,3%. Le tabagisme touche plus significativement les hommes que les femmes (12,4% contre 0,3% en 2023).

La consommation de tabac a des effets néfastes sur la santé des individus et des populations. Elle augmente le risque de développer des maladies cardiovasculaires, respiratoires, digestives, ainsi que plusieurs types de cancers. Le tabagisme peut aussi

affecter la fertilité, la grossesse et le développement du fœtus. Par ailleurs, le tabagisme passif expose les non-fumeurs aux mêmes dangers que les fumeurs, avec des conséquences potentielles sur leur santé et leur qualité de vie. Le Bénin a ratifié la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac en 2005, et s'est engagé à mettre en œuvre les mesures préconisées par ce traité international. Parmi ces mesures, on peut citer la protection des populations contre l'exposition à la fumée du tabac, la réglementation de la production, de la distribution et de la vente du tabac, l'augmentation des taxes sur le tabac, la sensibilisation du public aux méfaits du tabac, l'offre de services d'assistance au sevrage tabagique et le soutien à la recherche et à la surveillance du tabagisme.

La prévalence du tabagisme actuel (taux standardisé pour l'âge) est faible au Bénin, comparée à d'autres pays de la région. Elle était de 8,6 % chez les hommes et 1,3 % chez les femmes (OMS, 2021). Elle devrait baisser légèrement à 5,2 % en 2025 et à 4,9 % en 2030 pour les deux sexes (Source : GHO). Ces chiffres sont nettement inférieurs à la moyenne mondiale, qui était de 20,7 % en 2015, dont 34,1 % chez les hommes et 7,6 % chez les femmes (OMS, 2017). Néanmoins, le tabagisme reste un problème de santé publique majeur, car il est responsable de nombreuses maladies chroniques, telles que les maladies respiratoires et le cancer du poumon (OMS, 2020).



Graphique 2.4.8: Tendence par sexe de la prévalence du tabagisme actuel (taux standardisé pour l'âge) (%), Bénin, 2000-2030 (Source : GHO)

On peut donc conclure que le Bénin présente des niveaux relativement bas de tabagisme, par rapport à d'autres pays de la région et du monde. Cependant, l'évolution de la consommation d'alcool est très inquiétante, d'où l'urgence de mettre en place des politiques adéquates pour atténuer ce phénomène et ne pas faire peser sur l'économie

le fardeau créé par les maladies chroniques liées à cette consommation excessive d'alcool. Il convient donc de renforcer les politiques de prévention et de sensibilisation, afin de réduire la consommation nocive de tabac, et d'améliorer la qualité de vie et le bien-être des Béninois.

La consommation d'alcool

Les déterminants de la santé sont les facteurs qui influencent l'état de santé des populations et des individus. Parmi ces facteurs, on peut distinguer les déterminants comportementaux, tels que la consommation d'alcool et le tabagisme, qui peuvent avoir des effets néfastes sur la santé physique et mentale.

Au Bénin, la consommation moyenne d'alcool par habitant (15 ans et plus) entre 2000 et 2019, est passée de 2,5 à 8,3 litres d'alcool pur par an, soit une augmentation de plus de 300 % (Graphique 2.7.1), selon la Banque mondiale (2021). Ce niveau de consommation est supérieur à la moyenne de la Région africaine de l'OMS qui était de 6,3 litres en

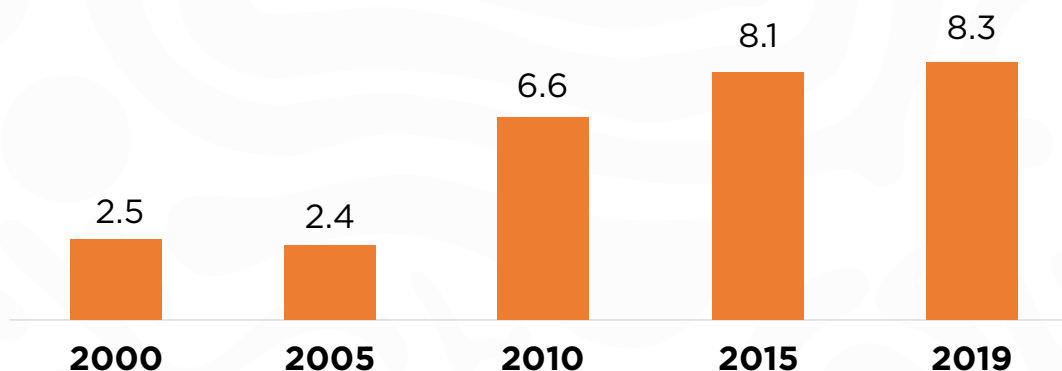


2016 (OMS, 2018). De plus, il est largement supérieur au seuil recommandé par l'OMS, qui est de 1 litre par an pour limiter les risques de maladies liées à l'alcool, telles que les maladies cardiovasculaires, le cancer ou les troubles mentaux OMS, 2014. Ces informations sont confirmées par les résultats des enquêtes STEPS 2015 et 2023 qui montrent une tendance à la hausse de ce facteur de risque dans notre pays. En 2015, la prévalence de la consommation nocive d'alcool était de 26,5% dont 36,2% chez les hommes et 16,9% chez les femmes. En 2023, la prévalence de la consommation nocive est de 46,0% Elle était significativement plus élevée chez les hommes (57,1%) que chez les femmes (35,2%).

Il s'avère nécessaire et de façon urgente de prendre des mesures drastiques pour réduire l'offre des boissons alcoolisées : prendre des textes réglementaires pour le contrôle de la production locale de l'alcool, augmenter les prix et taxes sur les boissons alcoolisées importées au Bénin,

réglementer les heures d'ouverture et de fermeture des débits de boissons alcoolisées, limiter l'âge d'accès à l'achat et à la consommation des boissons alcoolisées et lutter contre la contrebande de l'alcool de même que l'alcool frelaté. Le message de prévention vulgarisé par le Ministère de la Santé préconise zéro alcool.

Pour lutter contre les problèmes de consommation d'alcool chez les jeunes, le gouvernement béninois a récemment décidé d'interdire la commercialisation de l'alcool en sachet. Cette mesure vise à réduire l'accessibilité de ce produit, qui est souvent associé à des taux élevés d'abus d'alcool chez les adolescents. La National Agency for Food and Drug Administration and Control (NAFDAC) du Nigéria a également mis en œuvre une interdiction similaire, limitant les emballages de boissons alcoolisées de moins de 200 ml, car ils contiennent des niveaux d'alcool élevés pouvant atteindre 30 %, bien plus que la bière typique.



Graphique 2.4.9: Tendence de la consommation moyenne d'alcool par habitant (15 ans et plus) au cours d'une année civile en litres d'alcool pur, Bénin de 2000 à 2019 (Source : Banque Mondiale)

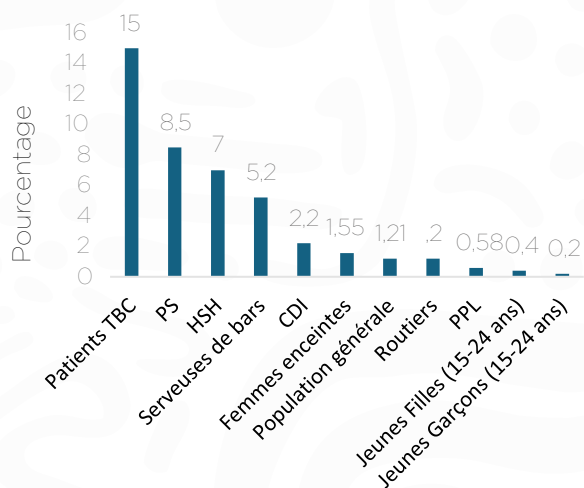
Prévention du VIH dans les populations clés

Les activités de prévention et de dépistage en direction des populations clés, sont mises en œuvre avec les ONG partenaires. Les graphiques

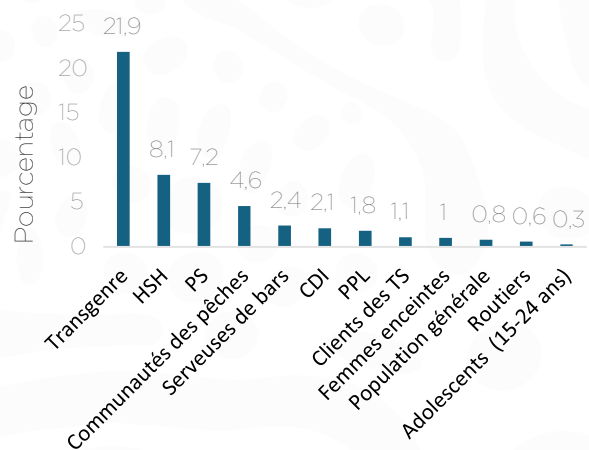
ci-dessous retracent l'évolution de la prévalence de l'infection à VIH au sein des populations clés et dans la population générale.



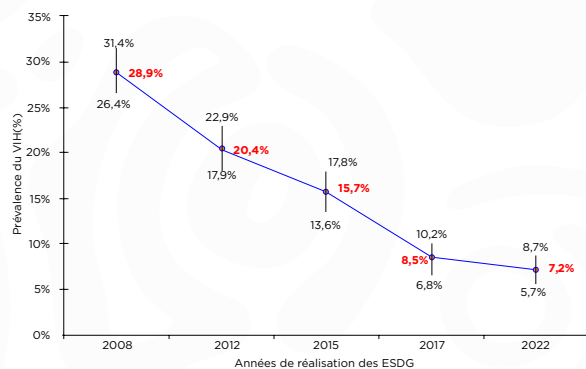
Résultats de l'ESDG 2017



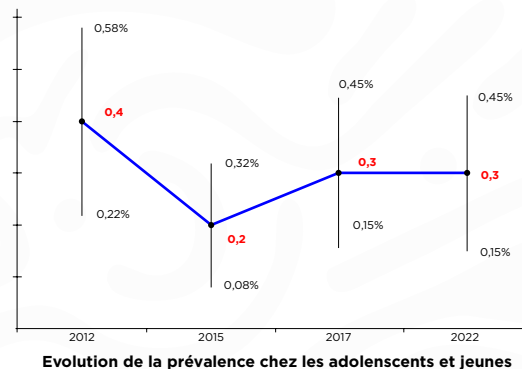
Résultats des ESDG 2021 - 2022



Evolution de la prévalence du VIH chez les TS de 2008 à 2022



Evolution de la prévalence du VIH chez les adolescents et jeunes de 2012 à 2022



Graphique 2.4.10: : Evolution de la prévalence de l'infection à VIH au sein des populations clés et dans la population générale, 2008-2022 (source : ESDG, 2008-2022)



La prévalence de l'infection à VIH est de 0,8% en 2022 contre 1,2% en 2017 (ESDG). Elle est plus faible (0,2%) au sein des jeunes garçons de 15 à 24 ans. Par contre cette prévalence est plus élevée au sein des populations vulnérables et les populations clés : 15 % chez les coinfectés VIH-TB, 21,9 % chez les transgenres. La prévalence de l'infection à VIH au

sein des populations clés a connu une diminution progressive de 2012 à 2022. On note de 2012 à 2022, une diminution notable de plus de 20 points chez les TS (soit de (28,9 % en 2012 à 7,2 % en 2022) et une légère diminution de 0,1 % chez les jeunes adolescents (0,4 % en 2012 à 0,3 % en 2022).

2.5 Les déterminants liés au système de santé

Organisation du système de santé

Le système est structuré en trois niveaux hiérarchiques, chacun ayant des responsabilités spécifiques pour la gestion et la coordination des soins de santé préventifs, curatifs promotionnels et réadaptatifs. Cette organisation permet une adaptation des politiques de santé aux spécificités

locales et une gestion décentralisée des services de santé. Les réformes récentes ont introduit des conseils nationaux pour mieux coordonner les soins de santé primaires et hospitaliers, ainsi que divers mécanismes de contrôle interne et d'audit pour prévenir la mauvaise gouvernance.

Régulation du secteur de la santé

L'Autorité de Régulation du secteur de la Santé (A.R.S) est chargée de « veiller à la réalisation du droit à la santé pour tous par l'amélioration continue de l'offre et de la qualité des soins ». Ainsi, elle est tenue d'assurer la qualité et l'efficacité des services de santé. Alors que le Collège de l'A.R.S régule directement tous les aspects du secteur de la santé,

la régulation du secteur pharmaceutique est confiée par délégation au Conseil de surveillance du sous-secteur pharmaceutique. Ce Conseil est une des trois instances techniques de l'A.R.S.

Accès aux médicaments

La Société béninoise pour l'Approvisionnement en Produits de Santé (SoBAPS) joue un rôle crucial dans l'approvisionnement en médicaments

essentiels à moindre coût, et permet d'améliorer directement l'accessibilité financière des traitements pour la population. La SoBAPS approvisionne les



34 dépôts répartiteurs du pays pour rapprocher les médicaments des centres de santé et des populations. Les grossistes privés répartiteurs approvisionnent les officines et les dépôts pharmaceutiques.

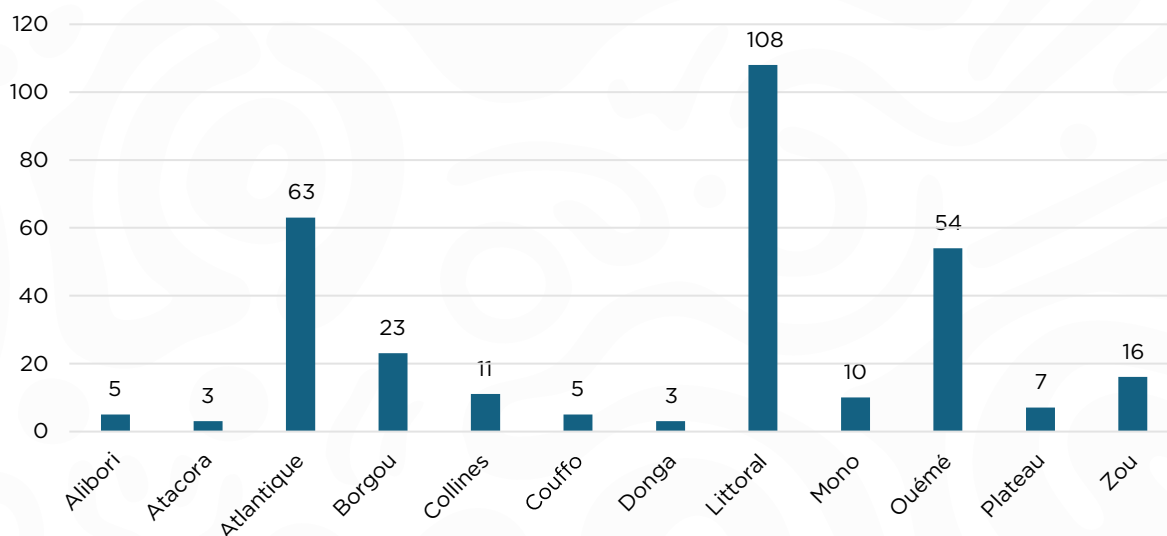
Les médicaments traditionnels jouent un rôle essentiel dans le système de santé, surtout pour les populations en zones rurales où l'accès aux soins conventionnels peut être limité. Ces médicaments,

souvent à base de plantes et de préparations naturelles, sont facilement disponibles grâce à la richesse de la biodiversité locale et aux savoirs ancestraux transmis de génération en génération. Il existe au Bénin, plus de 11000 praticiens de la médecine traditionnelle (PNPMT, 1999). Jusqu'en 2023, une quarantaine de produits traditionnels sont homologués. Dix autres médicaments traditionnels sont dans le processus.

Contribution des acteurs non étatiques

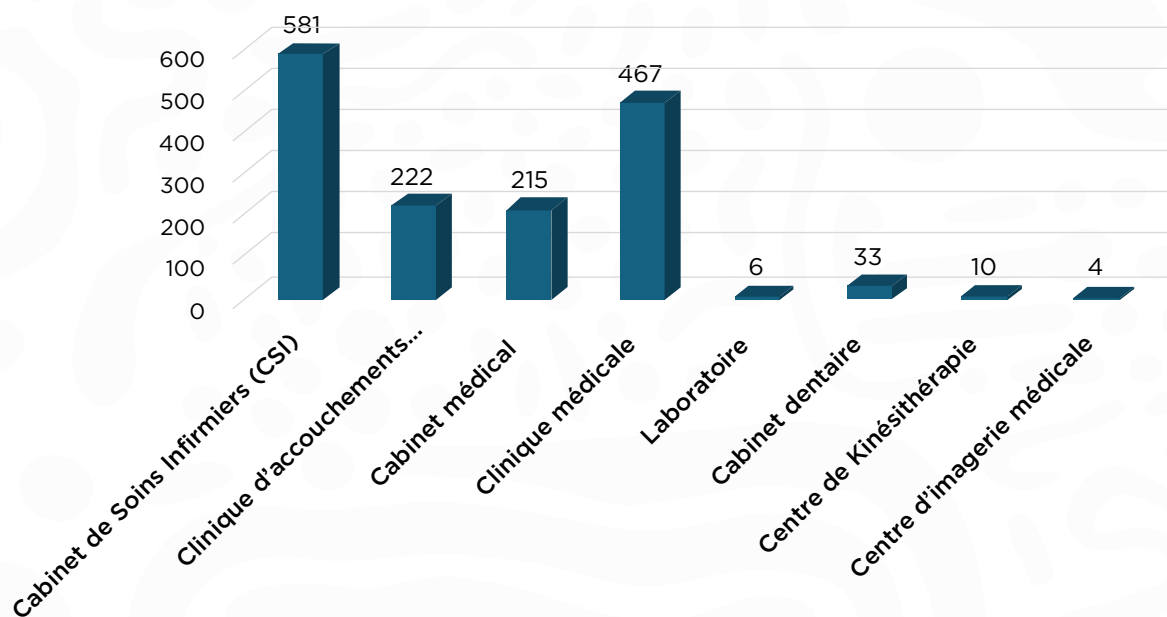
La présence des établissements sanitaires privés tels que les 581 Cabinets de Soins Infirmiers (CSI), les 222 Cliniques d'Accouchements Eutociques (CAE), les 215 Cabinets médicaux, les 467 Cliniques médicales ainsi que 53 autres établissements, offre un potentiel de collaboration entre le secteur public et le secteur privé et permet d'élargir l'offre de services de santé et d'améliorer la couverture et les accessibilités géographique et socio culturelle des soins. La Plateforme du Secteur Sanitaire Privé (PSSP) coordonne les activités des structures

privées. Plusieurs ONG interviennent dans le domaine de la santé au Bénin. On y dénombre aussi bien des ONG ayant une envergure internationale que des ONG nationales. Des efforts sont faits pour une meilleure coordination de ces ONG et le suivi de leurs interventions à l'intérieur du pays. Un service en charge du partenariat avec les ONG et associations exerçant dans le domaine de la santé est mis en place à la DNSP à cet effet. Il étudie les dossiers des ONG demandeuses.



Graphique 2.5.1 : Répartition des officines de pharmacie par département en 2022





Graphique 2.5.2: Répartition des établissements de santé autorisés fonctionnels par catégorie en 2022

Rôle des partenaires internationaux et de la société civile

Les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) ainsi que les Organisations de la Société Civile (OSC) apportent un appui technique et financier,

facilitent la mobilisation sociale, et contribuent à l'implémentation des programmes de santé.

Décentralisation et engagement communautaire

La nouvelle politique nationale de santé communautaire a démarré par une phase pilote en 2022 dans six communes. Elle est progressivement élargie sur toute l'étendue du pays. Cette politique prend en compte les déterminants sociaux de la santé, l'approche une seule santé basée sur la

consultation, la co-construction et la codécision avec la communauté. C'est une politique originale qui institutionnalise la fonction du relais communautaire estimé à 12 000 relais et de l'agent de santé communautaire qualifié estimé à environ 600 entièrement dédiés à l'accompagnement

des communautés à la prévention et la promotion de la santé, l'offre de soins curatifs à temps pour certaines affections et la mise en place d'un dispositif d'alerte pour la survenue des maladies en milieu communautaire. Les collectivités territoriales décentralisées (communes) participent, à travers le

Comité Local de Santé (CoLoSS), réseau des acteurs de santé communautaire, à la planification, à la gestion, et au financement des activités sanitaires au niveau local. Elles contribuent à une meilleure réponse aux besoins locaux en matière de santé.

Tableau 2.5.1 : Point du déploiement des ressources humaines de la politique de santé communautaire

Rubrique	Nombre de communes	Taux de couverture	Nombre de ménages / nombre de RC	Taux de couverture
Relais communautaires				
Dénombrement	59	76%		
Identification	50	64%	9264	77%
Formation	13	16%	4028	33%
Fonctionnels	10	13%	3464	28%
Agents de santé communautaires qualifiés				
Recrutement	06	100%	37	6,7%
Déploiement	06	100%	37	6,7%
Formation	06	73%	37	6,7%
Fonctionnels	06	56%	36	6,5%

La disponibilité des services de santé est un des déterminants clés de l'état de santé de la population.

Elle fait référence à la présence physique de la fourniture des services et couvre plusieurs domaines:

Infrastructures sanitaires

Selon les données de l'enquête HHFA (ex SARA) 2022, au niveau national, la densité de formations sanitaires est de 1,36 pour 10 000 habitants. La valeur de cet indicateur reste inférieure à la norme de l'OMS qui est de 02 établissements de santé pour 10 000 habitants.

La plus forte densité est observée dans le département du Littoral (2,11) et la plus faible dans celui du Couffo (0,86). Sur l'ensemble des douze départements, onze enregistrent une densité supérieure à 01 pour 10 000 habitants.

Par ailleurs, la densité des hôpitaux est très faible, soit 0,05 pour 10 000 habitants. Cette tendance est la même dans la plupart des départements.

Concernant les lits d'hospitalisation, une formation sanitaire compte en moyenne 18 lits pour l'accueil de 10 000 habitants. Tous les départements ont plus de 11 lits pour 10 000 habitants. Toutefois, on observe des disparités entre les départements. Le département du Littoral enregistre la plus forte densité avec 34 lits pour 10 000 habitants, tandis que la plus faible est observée au niveau du département du Couffo (12 lits pour 10 000 habitants).



Dans les services de maternité, la densité moyenne dans tous les départements est de 4,67 lits pour 1 000 femmes enceintes. Tout comme la densité des lits d'hospitalisation, le département du Couffo reste le moins doté en lits de maternité (2,28 lits

pour 1 000 femmes). Par contre, les départements tels que l'Atacora, le Borgou, les Collines et le Zou sont relativement mieux dotés en lits de maternité avec plus de 6 lits pour 1 000 femmes enceintes.

Indice de la disponibilité des services de santé

Cet indice mesure la disponibilité moyenne des infrastructures, des lits d'hospitalisations, des lits de maternité et du personnel dans les établissements de santé en utilisant les normes de l'OMS liées à la population. Ces normes sont de :

Deux (02) formations sanitaires pour 10 000 habitants ;

Vingt-cinq (25) lits d'hospitalisations pour 10 000 habitants ;

Dix (10) lits de maternités pour 1 000 femmes enceintes ;

Vingt-cinq (25) professionnels de santé pour 10 000 habitants.

Le score de densité des formations sanitaires de santé vaut 68%, celui des lits d'hospitalisation est de 70% et 46,7% pour les lits de maternité. Quant au score de densité des effectifs de santé de base, il vaut 23,46%.

Au niveau départemental, les scores de densité des services de santé les plus faibles sont enregistrés dans le département du Couffo. On note 43,20% ; 45,0% ; 22,80% et 10,87% respectivement pour les établissements de santé, les lits d'hospitalisation, les lits de maternité et du personnel de santé. Par contre, le département du Littoral est le mieux doté en services de santé avec même des scores de densité qui valent 105,6% ; 132,7% et 73,45% respectivement pour les établissements de santé, pour les lits d'hospitalisation et pour le personnel de santé. Les départements du Mono, du Plateau et de l'Alibori disposent de formations sanitaires, mais ils sont en manque de lits d'hospitalisation, de maternité et surtout de personnel de santé de base. Quant aux départements des Collines et du Zou, ils manquent de personnel de santé (respectivement 15,64% et 20,42%) bien qu'en matière d'infrastructures et d'équipements les scores sont appréciables.

Formation et éthique des professionnels de santé

Le renforcement des capacités des professionnels de santé par des formations sur la transparence, l'éthique et la déontologie est essentiel pour améliorer la qualité des soins. Tous les établissements de formations professionnelles des acteurs de santé sur le territoire béninois sont du domaine public. Ce qui témoigne de la maîtrise par l'État béninois de la formation dispensée dans ces écoles de formation.

Selon le rapport des comptes nationaux du personnel de santé 2021, le pays compte 21,44 agents de santé pour 10.000 habitants. La densité du personnel qualifié pour l'offre des soins de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes, dentistes et pharmaciens) est de 8,90. Six (06) des départements ont une densité inférieure à la médiane qui est 6,13 ; Seuls deux (02) ont une densité supérieure à la moyenne



nationale ; 38% du personnel travaillent au niveau des formations sanitaires de premier contact ; 55% des agents de santé sont de sexe féminin ; 25% opèrent dans le secteur privé ; 32% du personnel a un âge inférieur à 35 ans. Dans la même proportion, ces agents feront valoir leur droit à la retraite en 2032.

Le recrutement massif de 2021, l'absence de grève dans le secteur depuis 2018 et l'amélioration

continue des conditions de travail (clarification du statut d'emploi, environnement de travail, plateau technique et niveau de rémunération) sont des éléments favorables à la disponibilité du personnel de santé.

La seule zone sanitaire qui est constamment restée au-dessus de la moyenne nationale pour le personnel qualifié sur la période 2018 à 2022 est Cotonou 2- 3.

Disponibilité des services d'hospitalisation

La disponibilité des services d'hospitalisation varie selon le département ; celui du Littoral offre la disponibilité la plus élevée (48,1 %) et celui du Mono la disponibilité la plus faible (7,7 %).

Pour ce qui concerne le type de gestion, le privé est dominant (36,6 % contre 13,2 % pour le public).

En considérant le milieu de résidence, le milieu urbain l'emporte (41,7 %) sur le milieu rural (9,8 %).

Tableau 2.5.2 : Disponibilité des services ambulatoires et hospitaliers

	Services de consultation externe	Services d'hospitalisation	Nombre de formations sanitaires
Départements administratifs			
Alibori	100,0%	14,6%	60
Atacora	100,0%	13,3%	58
Atlantique	100,0%	25,4%	84
Borgou	100,0%	19,8%	70
Collines	100,0%	14,0%	58
Couffo	100,0%	11,3%	43
Donga	100,0%	8,6%	50
Littoral	100,0%	48,1%	72
Mono	100,0%	7,7%	49
Ouémé	100,0%	25,0%	64
Plateau	100,0%	11,8%	49
Zou	100,0%	27,8%	68
Milieu de résidence			
Urbain	100,0%	41,7%	263
Rural	100,0%	9,8%	462
Type de gestion			
Public	100,0%	13,2%	500
Privé	100,0%	36,6%	225
Type d'établissement			
Hôpitaux	100,0%	100,0%	57
Centre de santé	100,0%	20,3%	515
Infirmierie/Maternité isolé	100,0%	14,8%	153
Total	100,0%	21,5%	725





CENTRE HOSPITALIER INTERNATIONAL DE CALAVI

Horaires d'ouverture des établissements de santé :

L'enquête HHFA 2022 révèle que 89 % des services ambulatoires sont ouverts pendant 24 heures contre seulement 0,8 % sur une plage de 0 à 4 heures, 3,2 % entre 5 et 8 heures, 5,1 % sur 9 à 16 heures et 1,8 % sur une plage de 17 à 23 heures. Il faut noter qu'il existe des disparités entre les départements, le milieu de résidence, le type de gestion et le type d'établissement de santé. C'est dans le département de l'Alibori qu'il y a le plus d'établissement (97,9 %) où les services ambulatoires sont disponibles 24 heures.

Par ailleurs, dans tous les autres départements on dénombre plus de 75 % de d'établissement de santé dans lesquels le service est ouvert 24/24 heures. Selon le milieu de résidence, le milieu rural dispose de plus de formations sanitaires où les plages horaires des services ambulatoires sont maximales (91,4 % contre 84,9 % pour le milieu urbain). Il en est de même pour le public, qui l'emporte sur le privé (92,1 % contre 83,3 %) et des hôpitaux qui dominent les autres établissements de santé (94,4 % contre 92,4 % et 78,6 % pour les centres de santé et les dispensaires/maternités isolées respectivement).

Eau, assainissement de base, hygiène, gestion des déchets médicaux et nettoyage de l'environnement

La disponibilité en eau sans risque sanitaire ainsi que la prise de dispositions permettant d'assurer l'assainissement et les conditions d'hygiène sont essentielles pour protéger la santé humaine surtout le personnel de santé dans les établissements de santé lors de toutes les épidémies de maladies infectieuses. La mise en place de pratiques WASH et de gestion des déchets fondées sur des données probantes et appliquées de manière systématique dans les établissements de santé contribuera à la prévention de la transmission interhumaine des maladies.

L'évaluation des établissements de santé en eau, hygiène, assainissement et de gestion des déchets médicaux indiquent que 79,0% disposent des services en eau de base. Cependant, 48,8% disposent d'un service d'assainissement limité et 11,9% d'un service d'hygiène limité. Par ailleurs, il y a 16,2% des établissements de santé qui n'ont pas de service d'eau, ce qui nécessite que les autorités interviennent pour y installer des infrastructures en eau.

Capacité de diagnostic de base (laboratoire)

La capacité de diagnostic des établissements de santé est évaluée par rapport à la disponibilité des tests et des matériels de diagnostic. Les capacités de diagnostic sont les suivantes : le taux d'hémoglobine, la glycémie, la capacité de diagnostic du paludisme, la bandelette urinaire pour la protéinurie, la bandelette urinaire pour la glycosurie, la capacité de diagnostic du VIH, le test de diagnostic rapide de la syphilis et le test urinaire de grossesse.

Les matériels de diagnostic portent essentiellement sur le microscope optique, les lames de verre, les lamelles couvre-objets, les gants en latex, les seringues standards jetables, les lieux de stockage des objets médicaux et les désinfectants etc.

Les résultats de cette évaluation montrent que 5,3% des établissements de santé disposent de l'ensemble des tests de diagnostic. La proportion des formations sanitaires disposant de tous les tests de diagnostics est passée de 4% en 2018, à 5,3% en 2021, une hausse qui témoigne qu'un effort qui a été fait pour rendre disponibles des éléments de diagnostic.

Les tests de diagnostic du paludisme (86,6%) et du VIH (75,0%) sont les plus disponibles dans les établissements de santé. La disponibilité du test de diagnostic du VIH et du paludisme s'est progressivement améliorée ces dernières années. En 2018, selon la même enquête SARA ces tests étaient respectivement de 73% et 82%. Cette progression est liée à une meilleure disponibilité des TDR dans les établissements de santé conformément à la politique nationale.



Quant aux tests de protéinurie et de glycosurie, ils sont disponibles respectivement dans 31,9% et 31,2% des établissements de santé contre 59% et 56% en 2018. Nous assistons donc à une baisse de la disponibilité de ces deux tests par rapport à 2018.

Il y a également une régression de la disponibilité moyenne des éléments de diagnostic entre 2018 et 2021 qui est passée de 46% à 36,6%

Médicaments essentiels

La proportion moyenne de disponibilité est de 36,5% en 2022 contre 35% en 2018 (HHFA, 2022). Les médicaments les plus disponibles dans les établissements de santé sont les comprimés/gélules

d'amoxicilline (81,3%), les comprimés/gélules d'acide folique (79,6%) et les combinaisons à base d'artémisinine (CTA) (75,4%).

Consommables de base

La disponibilité moyenne des consommables de base est de 46,7%, soit environ 1 sur 2 consommables de base. (HHFA, 2022). Les consommables de base les plus disponibles dans les structures sanitaires sont les gants d'examen (93,4%) et les seringues à usage unique (90,7%). Par ailleurs, il est enregistré une faible proportion des structures disposant des

consommables tels que les ensembles pour don de sang (7,3%), la sonde endotrachéale (pédiatrique) et moulages, décors et matériaux (7,5%) et la sonde endotrachéale adulte (9,5%). Seulement 1,4% des structures sanitaires disposent de tous les consommables de base lors du passage des enquêteurs.

Indice de disponibilité des services généraux

La capacité opérationnelle générale des services fait référence à la capacité de l'ensemble des établissements de santé à fournir des services de santé généraux. La capacité opérationnelle se définit comme la disponibilité des éléments requis pour la prestation des services dans les 5 domaines suivants

- Commodités de base
- Equipement de base
- Précautions standards pour la prévention des infections

Capacité de diagnostic de base (laboratoire)

Médicaments et produits essentiels

L'indice de capacité opérationnelle générale des services est une moyenne calculée sur la base des scores des 5 domaines ci-dessus énumérés. Cet indice était de 56,2% en 2021.



Tableau 2.5.3 : Répartition de l'indice de disponibilité des services généraux dans les formations sanitaires (N=725)

	Indice	Nombre total de formations sanitaires
Département administratif		
Alibori	51,7%	60
Atacora	60,0%	58
Atlantique	57,7%	84
Borgou	53,7%	70
Collines	55,8%	58
Couffo	54,3%	43
Donga	63,6%	50
Littoral	67,2%	72
Mono	53,5%	49
Ouémé	55,0%	64
Plateau	59,6%	49
Zou	57,6%	68
Milieu de résidence		
Urbain	54,7%	263
Rural	60,0%	462
Type de gestion		
Public	76,1%	500
Privé	60,0%	225
Type d'établissement		
Hôpitaux	76,1%	57
Centre de santé	55,5%	515
Infirmierie/Maternité isolé	50,9%	153
Ensemble	56,2%	725

Source: HHFA, 2022



Capacité opérationnelle des services pour les soins obstétricaux et néonataux de base

La capacité opérationnelle des soins obstétricaux et néonataux de base tient compte de trois (03) groupes d'éléments à savoir :

(i) personnel et directives

(ii) équipements

(iii) médicaments et produits.

La disponibilité moyenne des éléments traceurs relatifs aux soins obstétricaux de base est relativement appréciable aussi bien dans l'ensemble du pays que dans tous les départements sauf le département des Collines. L'évaluation montre qu'en moyenne, 79,5% des éléments sont disponibles dans les établissements de santé. Cette disponibilité ne vaut que 53% dans les établissements de santé du département des Collines.

Ces éléments sont moins disponibles en milieu rural (76%) qu'en milieu urbain (86%) ; moins disponibles dans les centres de santé et maternités isolées que dans les hôpitaux (96%).

Concernant la disponibilité totale des éléments traceurs, on note que 70,1% des établissements de santé disposent de tous les éléments traceurs dans les installations. Dans le département de la Donga, 8 établissements de santé sur 10 disposent de tous les éléments dans les installations, alors que dans l'Ouémé, ce sont 6 sur 10 établissements de santé qui en disposent.

L'analyse par groupe d'éléments montre qu'au titre des directives et du personnel, la disponibilité moyenne est de 54% ; celui-ci est largement en dessous de la moyenne d'ensemble. Cela est dû à la faible disponibilité au niveau des lignes directrices pour les soins essentiels du nouveau-né (46%).

Au niveau des produits et médicaments, la disponibilité moyenne des éléments vaut 84,2% ; au-dessus de la moyenne d'ensemble. Cependant, l'antibiotique injectable est faiblement disponible (7,5%), suivi de la pommade oculaire antibiotique pour nouveau-né qui manque à 52% dans les établissements de santé. Contrairement à 2018, le sulfate de magnésium injectable est le plus disponible dans les établissements de santé en 2021. Elle vaut 86% en 2021 contre 34% en 2018.

Concernant les équipements, il y a plus d'efforts à consentir à ce niveau. En effet, plus de la moitié des éléments, soit 50,7% des équipements nécessaires à de meilleurs soins obstétricaux et néonataux de base manquent dans les établissements de santé. On note par exemple que le transport d'urgence est seulement disponible à 40,7%

(Voir annexe 89, 90 & 91, pour détails).





RÉFÉRENCES

1. ACTED, (2021), Indice de la faim dans le monde, Paris.
2. Meteorology national agency, - Bénin, (2022), Bulletin de prévision N°6,
3. « Faim zero » Benin, (2022), Le Forum Parlementaire sur le défi « Faim Zéro », forum tenu du 13 au 16 décembre 2022 à Grand Popo Available at <https://matinlibre.com/2022/12/14/defi-faim-zero-au-benin-le-forum-parlementaire-sy-penche/> accessed 01 august 2023
4. Décret présidentiel N° 2021 - 054 du 10 février 2021
5. EDSB - Enquête démographique et de santé du Bénin, (2017-2018)
6. FAO, (2023), Projet de plan stratégique de pays - Bénin (2024-2027)
7. FAO, Union européenne et Cirad. 2023. Profil des systèmes alimentaires - Bénin. Activer la transformation durable et inclusive de nos des systèmes alimentaires. Rome, Bruxelles et Montpellier.
8. INSTAD, (2019)
9. UNESCO, (2021), Institut de statistique de l'UNESCO - Avilable at <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SE.PRM.CMPT.ZS?locations=BJ>
10. International Monetary Fund, (2022)
11. Konrad-Adenauer-Stiftung e. V., (2020), Dialogue Politique en Afrique de l'Ouest (PDWA) - Accès des femmes à la terre : les collectivités prennent de plus en plus le combat à cœur/ Le Bénin, le Burkina Faso et le Togo dans un progrès notable, in AFRIQUE FONCIER, N°003, 4e trimestre, 2020
12. Loi N°, (2022) - 14-19 juillet 2022 portant or
13. entation agricole, sécurité alimentaire et nutritionnelle en République de Bénin and <https://beninrevele.bj/doc/4/download>
14. Ministry of Agriculture - République du Bénin, (2017), Analyse Globale de la Vulnérabilité, de la Sécurité Alimentaire et de la Nutrition (AGVSAN)
15. Ministre de l'Agriculture, de l'élevage et de la pêche - République de Bénin, (2021), Sécurité alimentaire et nutrition : Le Bénin et la FAO lancent un nouveau projet au profit des petits exploitants agricoles Available at <https://www.gouv.bj/article/1211/securete-alimentaire-nutrition-benin-lancent-nouveau-projet-profit-petits-exploitants-agricoles/>
16. Ministry of Health - Bénin, (2020), Directory of Health Statistics - DNSP/M, 2019
17. Ministère des enseignements maternel et primaire - République du Bénin, (2021), Programme d'alimentation Scolaire 2020-2021 - Données de l'Enquête Mondiale sur les Programmes d'Alimentation Scolaire (GCNF-Global survey 2021)
18. Ministère du Plan et du Développement République du Bénin, (2019), INSTAD, Note sur la pauvreté en 2019.
19. Osse, R., Tokponnon, F., Okè M., Adjinda, S., Zounmenou, A. and Bokonon-Ganta, E., (2019), Etude de Vulnérabilité aux changements climatiques du Secteur Santé au Bénin. Report produced under the project "Projet d'Appui Scientifique aux processus de Plans Nationaux d'Adaptation dans les pays francophones les moins avancés d'Afrique subsaharienne", Climate Analytics gGmbH, Berlin. Available at www.climateanalytics.org/publications



RÉFÉRENCES

20. Gaudiaut, T. (2022), Marché agricole : Ces pays africains qui dépendent du blé russe et ukrainien,
21. UNICEF, (2022), Country Office Annual Report 2022 - Available at <https://www.unicef.org/media/136861/file/Benin-2022-COAR.pdf>
22. UNCTAD - United Nations Conference on trade and development, (2022), The impact on trade and development.
23. UNCTAD - United Nations Conference on Trade and Development, (2023) - Available at <https://unctad.org/fr/news/au-benin-le-nombre-dentreprises-creees-par-des-jeunes-triple-en-2022>
24. World Bank, (2021).
25. World Bank, (2022)
26. World Bank group, Social Watch Benin, GIZ and UNICEF, (2020), Note budgétaire sur la protection sociale 2019 - Available at <https://www.unicef.org/benin/media/651/file/Note-Protection-FINAL> accessed 03 august 2023
27. OMS (2020). Allaitement maternel exclusif.
28. Gautam, C.S., Saha, L., Sekhri, K. et Saha, P.K. (2015). Iron deficiency in pregnancy and the rationality of iron supplements prescribed during pregnancy. *Medscape Journal of Medicine*, 13(12), e28.
29. Kassebaum, N.J., Jasrasaria, R., Naghavi, M., Wulf, S.K., Johns, N., Lozano, R., ... et Murray, C.J. (2014). A systematic analysis of global anemia burden from 1990 to 2010. *Blood*, 123(5), 615-624.
30. OMS (2008). Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005: WHO global database on anaemia. Genève : Organisation mondiale de la santé.
31. OMS (2016). Normes mondiales de soins pour la santé sexuelle et génésique. Genève : Organisation mondiale de la santé.
32. OMS (2020). Allaitement maternel exclusif. [URL]
33. Stevens, G.A., Finucane, M.M., De-Regil, L.M., Paciorek, C.J., Flaxman, S.R., Branca, F., ... et Ezzati, M. (2013). Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995-2011: a systematic analysis of population-representative data. *The Lancet Global Health*, 1(1), e16-e25
34. OMS (2018). Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
35. OMS (2020). Obesity and overweight.
36. OMS (2020), Rapport sur l'épidémie mondiale de tabagisme, Genève
37. Ministère du Plan et du Développement (2019). Enquête démographique et de santé (EDSB-IV) 2017-2018. [URL]
38. HHFA 2022
39. CNPS 2021
40. PNDS 2024 -2030





**SECTION III - ODD 3 - BONNE
SANTÉ ET BIEN-ÊTRE**

L'ODD 3 vise à garantir une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tout âge. Il comprend 13 cibles et 26 indicateurs couvrant divers aspects de la santé, tels que la mortalité maternelle et infantile, les maladies transmissibles et non transmissibles, la santé mentale, la couverture sanitaire universelle, les systèmes de santé, etc. Au Bénin, la situation de l'ODD 3 présente des progrès mais aussi des défis importants. Le ratio de mortalité maternelle est passé de 397 à 391 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 2006 (EDSB-III) et 2017-2018 (EDSB-V), soit une légère baisse de 1,5 %. Le Bénin se situe ainsi en dessous de la moyenne régionale de l'Afrique, qui est de 531 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2020. Toutefois, le Bénin reste loin de l'atteinte de la cible 3.1 de l'ODD 3 qui est de réduire le ratio de mortalité maternelle

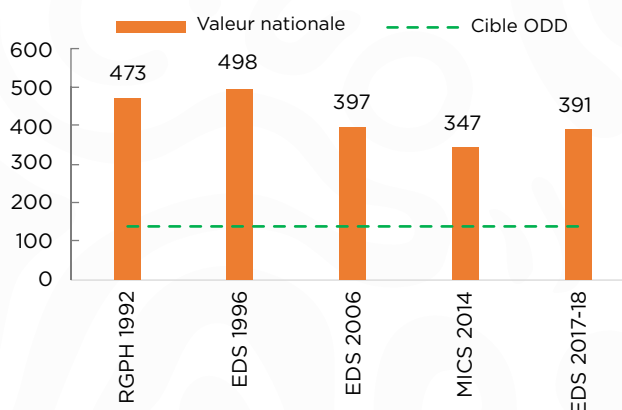
en dessous de 70 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2030 au niveau global. Le pays doit faire davantage d'efforts pour réduire le ratio de mortalité maternelle. Dans le document de priorisation des ODD au Bénin, le niveau fixé pour cet indicateur à l'horizon 2030 est de 214 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.,

Il est donc important et urgent de renforcer la disponibilité et la qualité des soins, améliorer la gouvernance, assurer un financement stable et pérenne. De plus, ces interventions au niveau du secteur doivent être soutenues par des activités génératrices de la recherche appropriée des soins de santé primaires, notamment dans les zones rurales et les zones défavorisées.

3.1 Mortalité maternelle

L'analyse de l'évolution du ratio de mortalité maternelle au Bénin, estimé à partir des différentes enquêtes nationales réalisées entre 1992 et 2018 montre une tendance globale à la baisse du ratio de mortalité maternelle, qui passe de 473 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1992 à 391 en 2018, soit une réduction de 17,3 %. Cette diminution s'explique par les progrès accomplis dans l'amélioration de la couverture des soins obstétricaux d'urgence, la promotion du planning familial, le renforcement des capacités du personnel de santé et la mise en place de mécanismes de

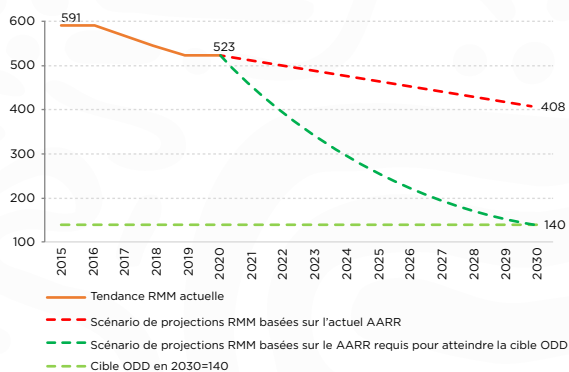
financement innovants (Bénin, 2018). Cependant, le graphique 2.1.1 montre également des fluctuations importantes du ratio de mortalité maternelle selon les années et les sources des données, ce qui reflète les difficultés méthodologiques liées à la mesure de cet indicateur, notamment la sous-déclaration et la mauvaise qualité des certificats de décès (OMS, 2021). Par ailleurs, il existe des disparités locales et socio-économiques importantes car la mortalité maternelle affecte davantage les femmes pauvres vivant en milieu rural et à faible niveau de scolarisation ou d'alphabétisation (Bénin, 2018).



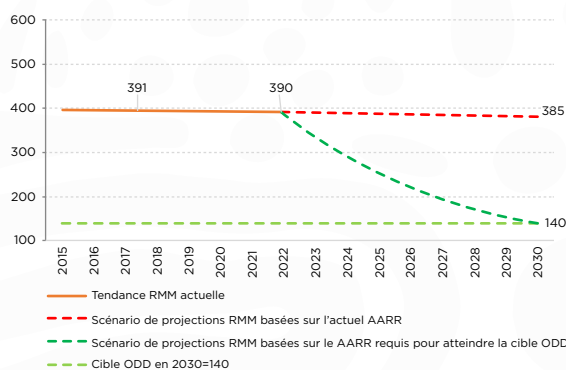
Graphique 3.1.1: Évolution du ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) estimé par les enquêtes nationales, Bénin, 1992-2018 (Sources : RGPH, MICS, EDS)

Les prévisions du UNMMEIG (2021), basées sur les tendances actuelles et les projections démographiques, permettent d'évaluer les perspectives du Bénin en matière de mortalité maternelle. Le graphique 2.1.3 illustre l'évolution du ratio de mortalité maternelle dans le pays, en comparant la trajectoire actuelle à un scénario alternatif. Il en ressort que l'atteinte de l'Objectif de Développement Durable 3.1 ne serait possible que

dans le cadre du scénario optimiste, qui nécessiterait une réduction annuelle moyenne de 13,2 % de la mortalité maternelle. Cela exigerait des efforts considérables pour renforcer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence et en améliorer la qualité. Ces projections soulignent l'urgence d'accélérer les progrès en santé maternelle afin de se rapprocher au maximum de la cible mondiale de réduction de la mortalité maternelle (UN MMEIG, 2021 ; ONU, 2015).



Graphique 3.1.2: tendance actuelle et scénarios de prédictions jusqu'en 2023 du ratio de mortalité maternelle au Bénin, 2015-2030, Source : UN MMEIG, 2021



Graphique 3.1.3: Tendance actuelle et scénarios de prédictions

3.2 Assistance à l'accouchement

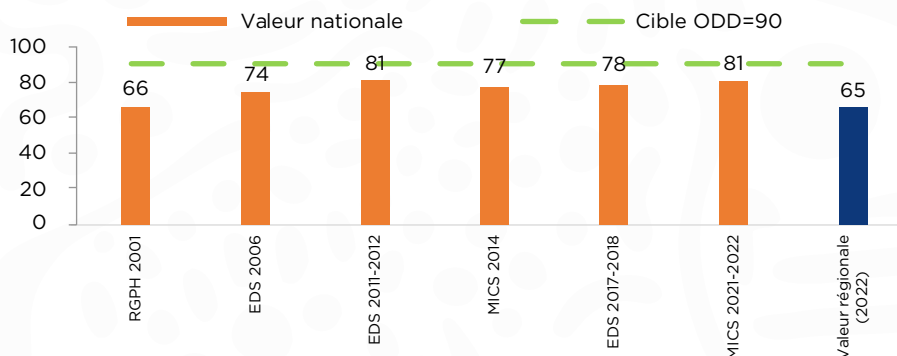
L'assistance à l'accouchement par du personnel de santé qualifié est un indicateur clé de la qualité des soins maternels et de la réduction du risque de complications obstétricales potentiellement mortelles. Selon les différentes sources de données disponibles, on observe une augmentation progressive de la proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié au Bénin, passant de 66 % en 2001 (RGPH) à 80,8 % en 2022 (MICS) soit au-dessus de la moyenne régionale (65 %). Toutefois, il existe encore des disparités importantes selon les localités, le milieu socio-culturel, le niveau d'instruction et le quintile de richesse. Selon l'enquête MICS 2021-2022, le taux d'accouchements assistés était de 98,7 % dans le département du Littoral, contre 48,0 % dans le département du Couffo. De même, il était de 88,7 % en milieu urbain, contre 75,6 % en milieu rural, de 94,5 % chez les femmes ayant un niveau d'instruction équivalent au secondaire 2 ou au supérieur, contre 75,4 % chez celles n'ayant aucun

niveau d'instruction, et de 95,3 % chez les femmes du quintile le plus riche, contre 68,8 % chez les femmes du quintile le plus pauvre.

L'augmentation de la proportion d'accouchements assistés au Bénin peut s'expliquer par plusieurs mesures, notamment l'assainissement du secteur sanitaire privé avec la fermeture des établissements de santé illégalement installés, le recrutement des RHS qualifiées, la médicalisation de certaines formations sanitaires, le renforcement de la surveillance de l'application des normes et directives, la mise en œuvre de politiques publiques visant à impliquer davantage les acteurs locaux, tels que les autorités traditionnelles, les leaders religieux, les associations de femmes et les organisations non gouvernementales. Néanmoins, des efforts restent à faire pour atteindre l'Objectif de Développement Durable 3.1, qui vise à ce que toutes les femmes bénéficient d'une assistance à l'accouchement par du personnel de santé qualifié d'ici 2030.

⁶Ministère de la Santé, 2019 ; WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division, 2019 ; Faye et al., 2017 ; Dossou, 2012)

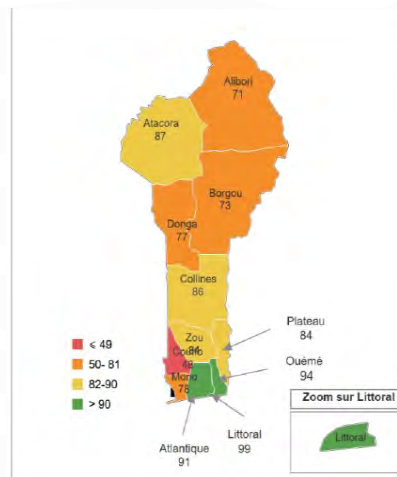




Graphique 3.2.1: Tendence de la proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié, Bénin, 2001-2022 (Sources : RGPH, MICS, EDS, iAHO)



Graphique 3.2.2: Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié par Département du Bénin, 2018 (Sources : EDS 2018)



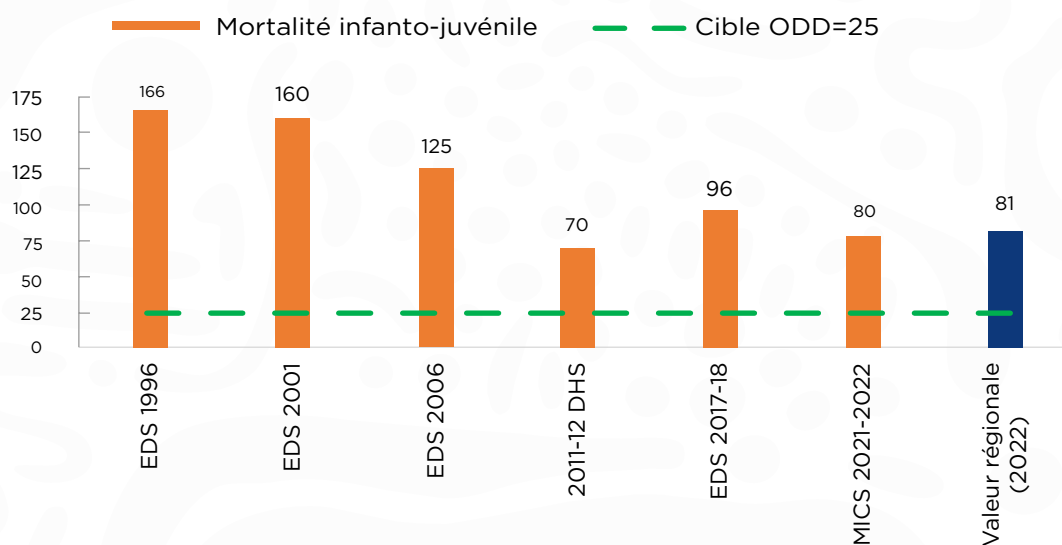
Graphique 3.2.3: Proportion (en %) d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié par Département du Bénin, 2022 (Sources : MICS 2021-22)

3.3 Mortalité des enfants

L'analyse du Taux de Mortalité Infanto-Juvenile (TMIJ) (Graphique 2.3.1) au Bénin montre une baisse considérable entre 1992 et 2022, passant de 166 à 80 décès pour 1000 naissances vivantes. Cette tendance est conforme à celle observée en Afrique subsaharienne, où le TMIJ a diminué de 49 % sur la même période (UN IGME, 2021). Cependant, le Bénin n'a pas encore atteint l'Objectif de Développement Durable 3.2, qui vise à réduire le TMIJ à moins de 25 décès pour 1000 naissances vivantes d'ici 2030. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette réduction de la mortalité des enfants au Bénin, notamment l'amélioration de la couverture vaccinale, de la

prévention du paludisme, de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance, de la prévention, du dépistage et du traitement de la malnutrition, ainsi que de la promotion de l'allaitement maternel exclusif.

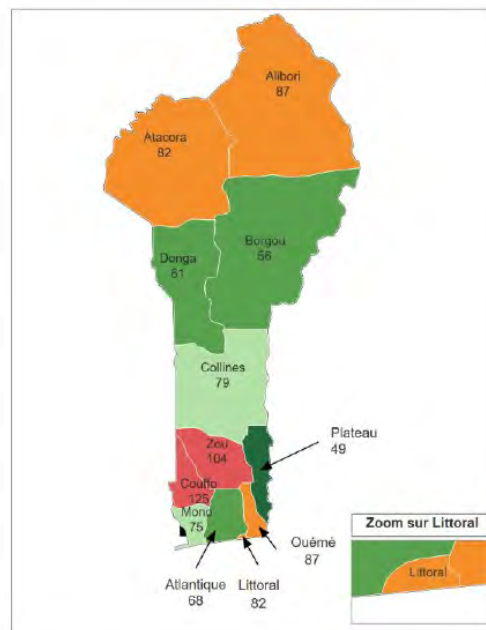
Les défis qui persistent dans ce domaine sont, les inégalités socioéconomiques et géographiques, l'accès limité aux soins de qualité, le faible niveau de scolarisation ou l'alphabétisation des mères et les pratiques culturelles inappropriées (Kabore et al., 2020 ; Kiki-Barro et al., 2019 ; Houeto et al., 2018 ; Aboubakar et al., 2016).



Graphique 3.3.1: Évolution du taux de mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes) estimé par les enquêtes nationales, Bénin, 1992-2022 (Source : EDS, MICS, DHS)



Graphique 3.3.2: Mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes) estimé par les enquêtes nationales, Bénin, 2018 (Source : EDS)

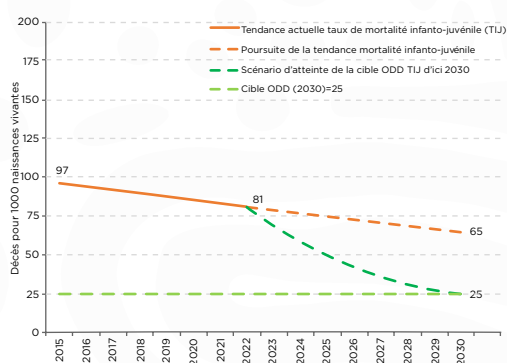


Graphique 3.3.3: Mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes) estimé par les enquêtes nationales, Bénin, 2022 (Source : MICS)

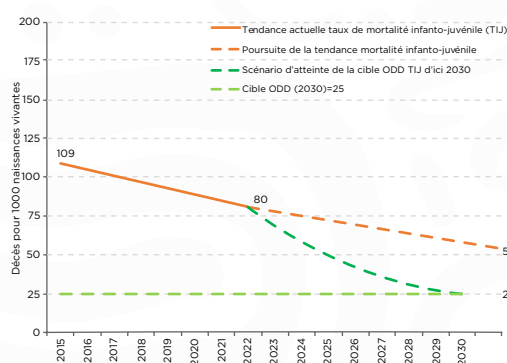
⁷Ministère de la Santé, 2019 ; UNICEF, 2019 ; WHO, 2017 ; Djidonou et al., 2016

Selon les estimations des enquêtes nationales, on observe que le taux de mortalité infanto-juvénile a diminué de manière régulière depuis 2016, passant de 166 à 80 décès pour 1000 naissances vivantes en 2022 (Graphique 2.3.1). Si cette tendance se maintient, le Bénin pourrait atteindre un taux de mortalité infanto-juvénile compris entre 53 et 59 décès pour 1000 naissances vivantes en 2030 (Graphiques 3.3.4 et 3.3.5). Cette variation représenterait une réduction de 26 à 30 % par rapport à l'année 2020. Toutefois, ce taux resterait supérieur à la cible de l'Objectif de Développement

Durable 33,2 % fixée à moins de 25 décès pour 1000 naissances vivantes d'ici 2030. Selon le scénario optimiste de l'UN IGME (2021), le Bénin pourrait réduire son taux de mortalité infanto-juvénile à 44 décès pour 1000 naissances vivantes en 2030, soit une baisse de 49 % par rapport à 2020. Ce scénario suppose une augmentation des ressources financières et humaines, une meilleure gouvernance à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, une couverture universelle des services de santé essentiels et une mobilisation sociale en faveur de la santé des enfants (UN IGME, 2020).



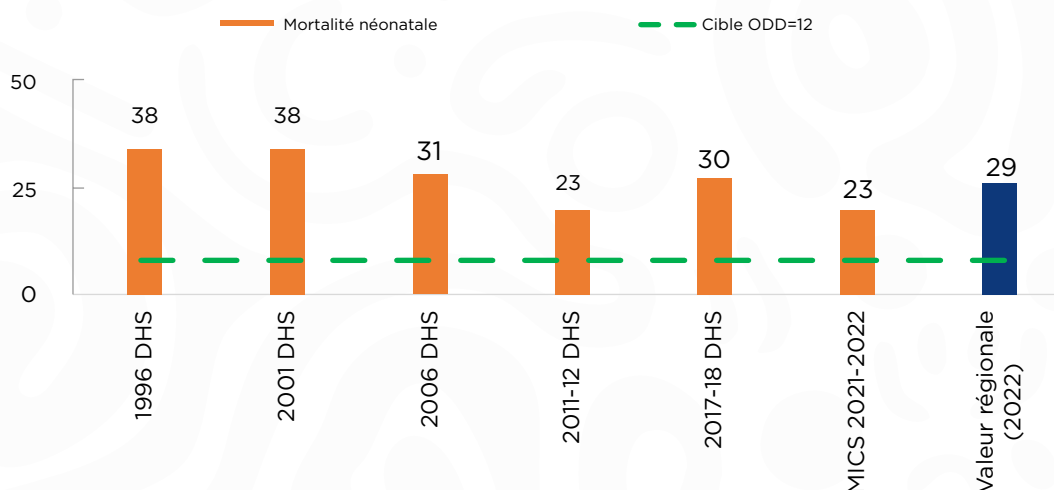
Graphique 3.3.4: Tendence actuelle du taux de mortalité infanto-juvénile au Bénin, 2015-2030, et scénarios de prédictions jusqu'en 2030 (Source : UN IGME, 2021)



Graphique 3.3.5: Tendence actuelle du taux de mortalité infanto-juvénile au Bénin, 2015-2030, et scénarios de prédictions jusqu'en 2030 (Source : MICS, EDS)

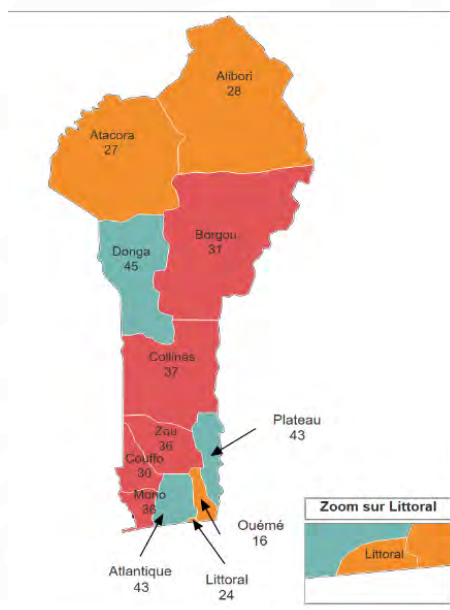
La mortalité néonatale représente une part importante de la mortalité infanto-juvénile, et sa réduction est donc essentielle pour atteindre l'Objectif de Développement Durable 3.2. Au Bénin, selon les estimations de l'UN IGME (2021), le taux

de mortalité néonatale a diminué de 43 à 36 décès pour 1000 naissances vivantes entre 2015 et 2020, soit une baisse de 16 %. Quel que soit la source de données (UN IGME ou EDS), le pays à ce rythme ne pourra pas atteindre la cible de l'ODD.

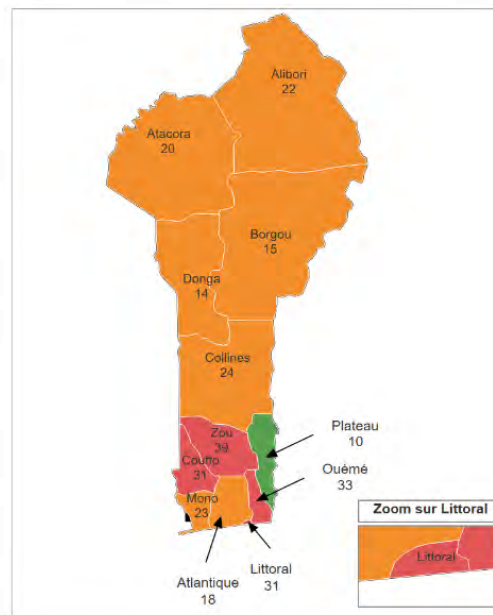


Graphique 3.3.6: Évolution du taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes) estimé par les enquêtes nationales, Bénin, 1992-2018 (Source : MICS, DHS)





Graphique 3.3.7: Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes) estimé par les enquêtes nationales, Bénin, 2018 (Source : EDS)



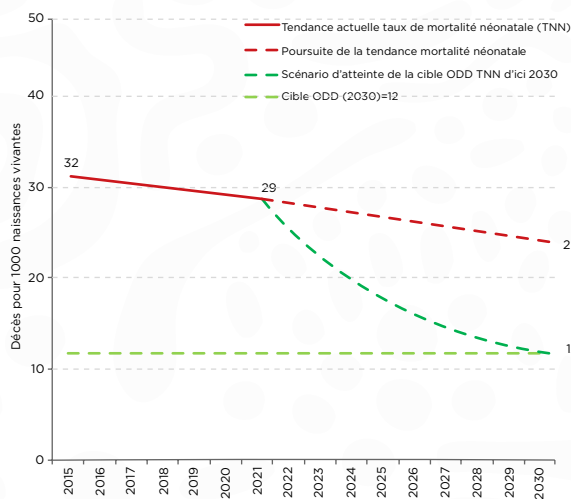
Graphique 3.3.8: Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes) estimé par les enquêtes nationales, Bénin, 2022 (Source : MICS)

Le graphique 3.3.6 montre l'évolution du taux de mortalité néonatale estimé par les enquêtes nationales réalisées au Bénin entre 1996 et 2022. On observe une tendance générale à la baisse, avec quelques fluctuations. Le taux de mortalité néonatale le plus élevé a été enregistré en 1996, avec 38 décès pour 1000 naissances vivantes, et le plus bas en 2011-2012, avec 23 décès pour 1000 naissances vivantes. Il a été estimé par les mêmes sources à 30 décès pour 1000 naissances vivantes en 2017-2018, soit une augmentation de 23 % puis est retombé en 2022 à 23 décès pour 1000 naissances vivantes. On constate une amélioration dans quasiment toutes les régions exceptées les régions du Zou, du Couffo et une dégradation dans la région de l'Ouémé entre 2018 et 2022.

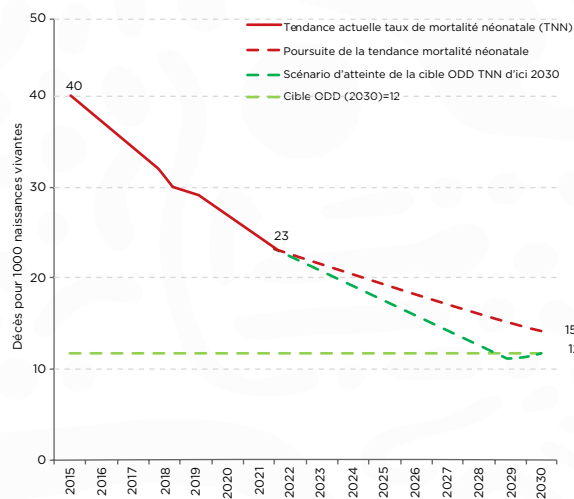
En 1990, le taux de mortalité néonatale a été estimé au niveau mondial à 36 décès de nouveau-nés pour mille naissances vivantes. Ce taux correspond à 5,1 millions de décès de nouveau-nés par an. En 2015, le taux de mortalité néonatale est estimé à 19 pour mille, soit 2,7 millions de décès de nouveau-nés par an. Ce qui correspond à une réduction de 53 % au niveau mondial. Sur la même période, l'Afrique subsaharienne est passée de 46 pour mille en 1990

à 29 pour mille en 2015. A l'issue du Sommet des Nations Unies consacré à l'adoption du programme de développement pour l'après 2015, les pays se sont engagés à œuvrer pour faire baisser le taux de mortalité à 12 décès de nouveau-nés pour mille naissances vivantes à l'horizon 2030.

Au Bénin, les différentes enquêtes EDS réalisées entre 1996 et 2017, ont montré que le taux de mortalité néonatal a varié respectivement de 38 décès pour 1000 naissances vivantes à 30 décès pour 1000 naissances vivantes soit une régression de 8 points avec des disparités régionales (Graphique 3.3.7) ; sur la base du taux moyen de réduction de mortalité néonatale entre 1996 et 2017, il n'est pas évident que le Bénin atteigne l'ODD 3 en sa cible 3.2 (12 décès pour mille naissances vivantes). Toutefois, avec plus d'engagements et d'efforts des différentes parties prenantes, le Bénin pourrait atteindre 25 décès pour mille naissances vivantes à l'horizon 2030, loin de l'objectif de 19 décès pour 1000 naissances vivantes à l'horizon 2030 fixé par le pays.



Graphique 3.3.9: Tendence de la mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes) estimée par UN IGME, Bénin, 2015-2022 et prédictions jusqu'en 2030



Graphique 3.3.10: Tendence de la mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes) estimée par les sources nationales, Bénin, 2015-2022 et prédictions jusqu'en 2030

3.4 Infection à VIH

L'infection à VIH est un problème de santé publique majeur au Bénin, avec une prévalence de 1,2 % chez les adultes âgés de 15 à 49 ans en 2012 (EDSB-IV, 2011-2012). En 2022, selon les estimations de Spectrum, la prévalence du VIH chez les adultes âgés de 15 ans et plus est estimée à 0,8 %. Le Bénin a fait des progrès significatifs dans la lutte contre l'épidémie, en réduisant le nombre de nouvelles infections et de décès liés au sida, et en améliorant l'accès au dépistage et au traitement antirétroviral. Selon les estimations de l'OMS, le taux de couverture du dépistage du VIH chez les personnes âgées de 15 à 64 ans est passé de 14 % en 2008 à 34 % en 2018 et le taux de couverture du traitement antirétroviral chez les personnes vivant avec le VIH est passé de 32,9 % en 2013 à 83 % en 2023 (Rapport monitoring PSLs 2023).

L'analyse de l'incidence du VIH montre que celle-ci a diminué de manière significative entre 2000 et 2020, passant de 0,9 à 0,15 chez les hommes et de 1,1 à 0,15 chez les femmes (Graphique 3.4.1 & Graphique 3.4.2). Elle montre également que l'écart

entre les sexes s'est réduit, puisque les femmes avaient un taux d'incidence légèrement supérieur à celui des hommes en 2000, mais que les deux sexes ont atteint le même niveau en 2020. En 2023, des progrès significatifs ont été réalisés en ce qui concerne les objectifs 3X95 (Cascade des 3X95 signifie que parmi les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), 95 % connaissent leur statut sérologique ; 95 % des PVVIH qui connaissent leurs statuts sont sous traitement ARV et que parmi les PVVIH qui sont sous traitement ARV, 95 % ont une charge virale supprimée. La réalité de la situation en 2023 est la suivante :

- 86%** des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut ;
- 96%** des personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sont sous traitement ;
- 91%** des personnes vivant avec le VIH et sous traitement ont une charge virale indétectable.



Toutefois, des efforts continus sont nécessaires pour maintenir ces progrès et garantir un accès équitable à la prévention et aux traitements pour tous.

L'encadré ci-dessous présente les principes et l'utilité de l'analyse en cascade des 3x95, utilisée comme outil de suivi des progrès dans la lutte contre le VIH/SIDA.

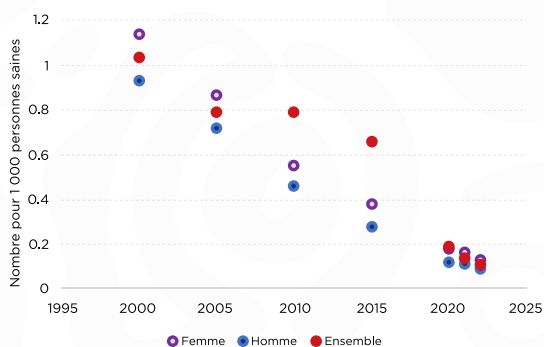


Encadré III.4.1 – Comprendre l'analyse en cascade des 3x95

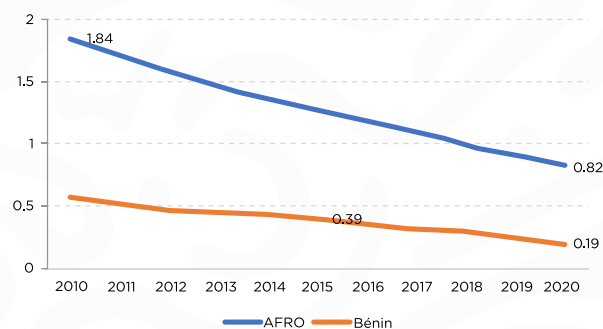
L'analyse en cascade des 3x95 constitue un outil stratégique de suivi et d'évaluation des progrès réalisés dans la lutte contre le VIH/SIDA. Elle repose sur la cible mondiale établie par l'ONUSIDA, visant à ce que, d'ici 2030 :

- 95 % des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) connaissent leur statut sérologique ;
- 95 % des personnes diagnostiquées reçoivent un traitement antirétroviral (ARV) ;
- 95 % des personnes sous traitement atteignent une suppression de leur charge virale.

Cette cascade permet de visualiser les pertes à chaque étape du parcours de soins et d'identifier les points critiques nécessitant des actions correctives. Elle est un instrument clé pour orienter les politiques nationales, adapter les interventions et accélérer les efforts vers l'élimination de l'épidémie du VIH.



Graphique 3.4.1: Tendence par sexe du nombre des nouvelles infections par le VIH pour 1 000 habitants, Bénin, 2000-2022 (Source : ONUSIDA 2024)

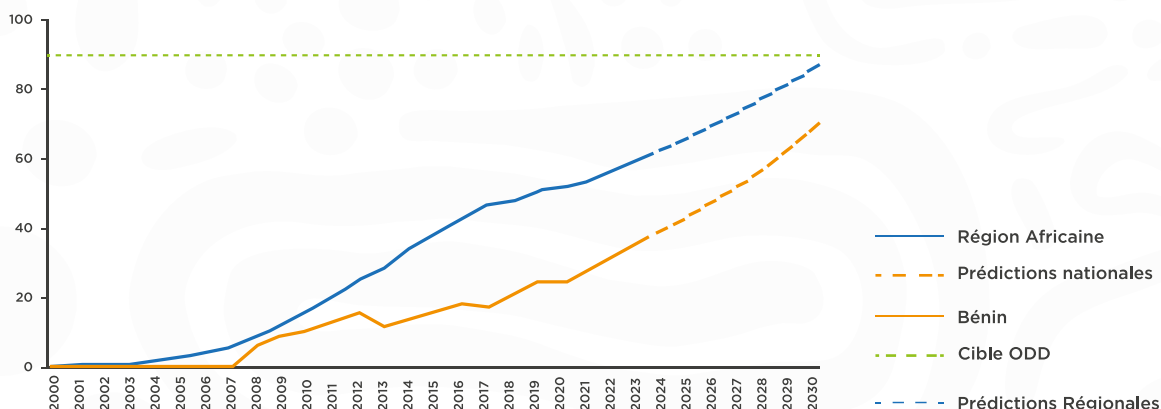


Graphique 3.4.2: Tendence de l'incidence du VIH pour 1 000 habitants, Bénin, 2010-2020 (Sources : GHO/IAHO)



On peut aussi observer que la couverture du diagnostic précoce a augmenté de manière significative entre 2013 et 2023, passant de 38,3 % à 88 % (Rapport monitoring PSLs, 2023), ce qui témoigne des efforts déployés par le Bénin afin d'améliorer l'accès au dépistage du VIH chez les enfants nés de mères séropositives. Cette augmentation s'explique notamment par la mise en place d'un système de suivi et de recherche active des enfants exposés au VIH, l'amélioration

du plateau technique et le renforcement de la collaboration entre les services de santé maternelle et infantile et les services de prise en charge du VIH (OMS, 2019). Selon les projections de l'ONUSIDA, la couverture du diagnostic précoce devrait atteindre 90 % en 2025 et 95 % en 2030, si le Bénin maintient ses efforts et mobilise les ressources nécessaires pour éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant (ONUSIDA, 2020).



Graphique 3.4.3: Couverture des traitements antirétroviraux chez les enfants de 0 à 14 ans, 2000-2023 et projections jusqu'en 2030 (Source : ONUSIDA, 2024)

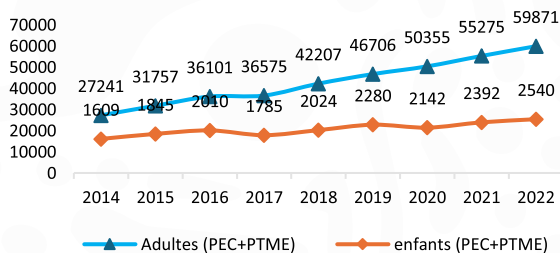
Le graphique 3.4.3 rapporte la couverture des traitements antirétroviraux chez les enfants de moins de 15 ans. Le Bénin fait des progrès significatifs dans l'augmentation de la couverture du traitement antirétroviral chez les enfants qui est passée de 16 % en 2010 à 32 % en 2023 (estimée). Les progrès du Bénin suggèrent des interventions et des politiques de santé efficaces (Graphique 2.4.3).

Les graphiques ci-dessous présentent le nombre annuel de patients séropositifs actifs (file active des PVVIH) au Bénin de 2014 à 2022, et le taux de couverture de traitement sur la même période, répartis en adultes et enfants. Chez les adultes, le nombre de patients séropositifs actifs (sous ARV) a augmenté régulièrement chaque année, passant de 27 241 (soit 44,9 % de couverture) en 2014 à 59 871 (soit 96,0 % de couverture) en 2022. Il est observé une augmentation continue et significative du nombre d'adultes recevant des soins pour le VIH, ce qui témoigne de l'efficacité des différentes stratégies mises en place pour le dépistage des adultes aussi bien de la population générale que dans les populations clés (dépistage des cas

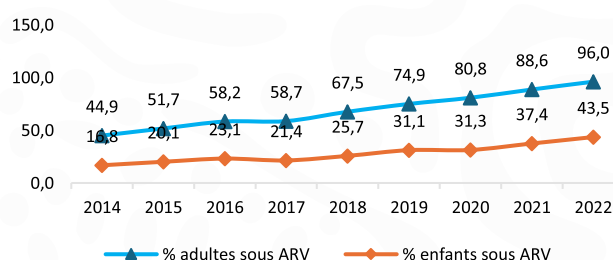
contacts, dépistage familial, dépistage des conjoints, campagne de masse auprès des populations clés, etc.). Par ailleurs, il y avait 1 609 enfants en prise en charge (soit 16,8 % de couverture) en 2014. Ce nombre a augmenté légèrement au cours des années pour atteindre 2 540 (soit 43,5 % de couverture) en 2022.

L'augmentation globale de la file active pourrait être attribuée à divers facteurs tels que l'amélioration de l'accès aux soins de santé, un meilleur diagnostic et une meilleure approche de dépistage des cas (index testing, stratégies différenciées, approche communautaire, ...).

Cependant, il apparaît une problématique de récupération des enfants nés de mères séropositives malgré les efforts fournis et les stratégies de recherche active de ces enfants. Les principales causes d'une telle situation seraient le non-partage du statut avec les conjoints, les déplacements hors du pays de ces mères (venant des pays frontaliers), ou une surestimation des enfants, etc



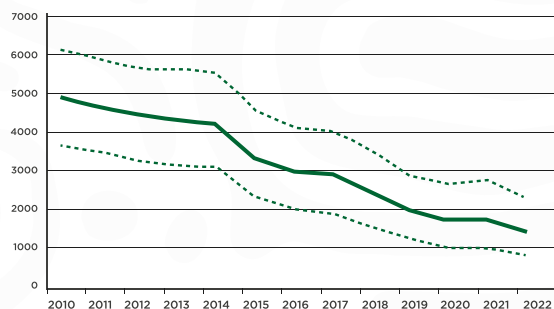
Graphique 3.4.4: Évolution de la file active des PVVIH (adultes et enfants) des sites de 2014 à 2022 au Bénin (Rapport Monitoring PSLs)



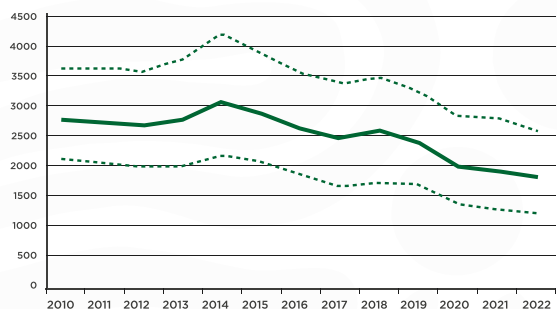
Graphique 3.4.5: Évolution de la couverture de traitement des PVVIH (adultes et enfants) de 2014 à 2022 au Bénin (rapport monitoring PSLs)

Ainsi, pour l'atteinte des objectifs des 3X95, le Bénin a véritablement progressé, ce qui se traduit par la baisse constante du nombre de nouvelles

infections et des cas de décès liés au VIH depuis 2010 (graphique ci-dessous).



Graphique 3.4.6: Évolution du nombre de nouvelles infections au VIH



Graphique 3.4.7: Évolution du nombre de décès dus au VIH de

Pour l'atteinte des objectifs de l'ONUSIDA de mettre fin à l'épidémie d'ici 2030, le Bénin est sur la bonne voie et est d'ailleurs éligible pour la certification de l'élimination en matière de la transmission mère-enfant, et ceci grâce aux résultats obtenus en matière de PTME, tels que : la couverture en sites PTME (96% en 2023), le taux de dépistage du VIH en CPN (>95%), le taux de mise sous ARV des femmes enceintes séropositives au VIH(>95%), le taux de transmission périnatal du VIH (1,8%) et le taux de séropositivité des enfants exposés à 18 mois (1,8%) ... Toutefois de nombreux défis restent à relever pour l'atteinte des 1er et 3ème 95 de la cascade des 3x95 afin de mettre fin à l'épidémie d'ici 2030. Parmi ces défis, on peut citer la faible connaissance du statut sérologique, la non déclaration des populations clés sur les sites comme appartenant aux groupes de populations clés, les difficultés du

suivi de la file active pédiatrique, le faible taux de dépistage précoce des enfants, la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH, les inégalités de genre, et la vulnérabilité des populations clés, telles que les travailleuses du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, et les usagers de drogues par injection. Ces populations clés représentent 36 % des nouvelles infections par le VIH au Bénin, et ont des taux de prévalence beaucoup plus élevés que la population générale (ONUSIDA, 2020). Pour répondre à ces défis, le Bénin a élaboré et adopté son Plan Stratégique National Intégré orienté vers l'Élimination (PSNIE) 2024-2030. Il faut souligner que les Plans Opérationnels (PO) et les Plans de Suivi-Évaluation (PSE) dudit plan stratégique ont été également élaborés et validés. Ils visent à renforcer la prévention, le dépistage, le traitement,



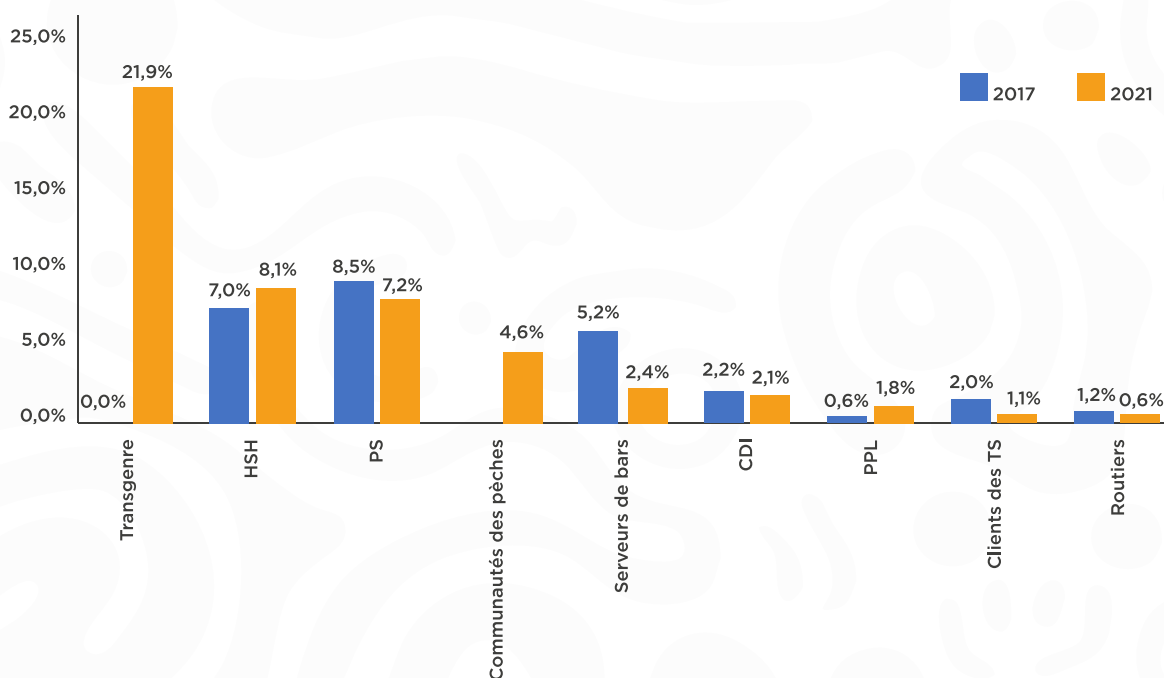
les soins et le soutien aux personnes vivant avec le VIH, ainsi qu'à promouvoir les droits humains et la participation communautaire.

Malgré les progrès remarquables accomplis dans le traitement du VIH, un grand nombre de personnes présentent encore un risque élevé d'infection par le VIH. Parmi les populations clés à haut risque, on peut rappeler les Travailleuses du Sexe (TS), les Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH), les Personnes Transgenres (TG), les Consommateurs de Drogues par Injection (CDI) ainsi que d'autres populations prioritaires comme les partenaires des personnes vivant avec le VIH. Cette réalité montre qu'il est impératif de poursuivre les efforts afin d'élargir l'accès à des interventions de prévention efficaces contre le VIH tout en continuant à intensifier l'accès aux programmes de traitement contre le VIH pour les personnes vivant avec ce virus.

La Prophylaxie préexposition (PrEP) est une intervention efficace de la prévention du VIH. Elle implique l'utilisation de médicaments antirétroviraux (ARV) par des personnes séronégatives au VIH afin de prévenir l'acquisition du virus (OMS, 2015).

Au Bénin, la PrEP a effectivement démarré en août 2022, sur 15 sites pilotes appuyés par President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) et est actuellement proposée à quatre (04) cibles parmi les populations à haut risque à savoir : les couples séro-différents, les HSH, les TS et les Transgenres femmes et a permis de mettre sous PrEP, 1 430 clients dont 624 TS, 208 HSH, et 598 autres populations en 2023.

Le graphique ci-dessous présente l'évolution de la prévalence du VIH au sein des populations clés entre 2017 et 2021 au Bénin. Il apparaît que la prévalence au sein de personnes transgenres est très élevée (21,9 %) suivi des PS, des HSH, des communautés de pêches et des serveuses de bars. Les stratégies mises en place ont permis d'avoir une réduction de la prévalence du VIH au sein des PS, (8,5 % en 2017 à 7,2 % en 2022), des serveuses de bars (5,2 % en 2017 à 2,4 % en 2022), les clients des TS (2,0 % en 2017 à 1,1 % en 2022) et les routiers (1,2 % en 2017 à 0,6 % en 2022). En revanche, au sein des HSH et des PPL, la prévalence a augmenté passant respectivement de 7,0 % en 2017 à 8,1 % en 2022 et de 0,6 % en 2017 à 1,8 % en 2022.



Graphique 3.4.8: Évolution de la prévalence du VIH au sein des populations clés entre 2017 à 2021 au Bénin (Enquêtes de Surveillance de Deuxième Génération ESDG, 2017 et 2021)

3.5 Tuberculose

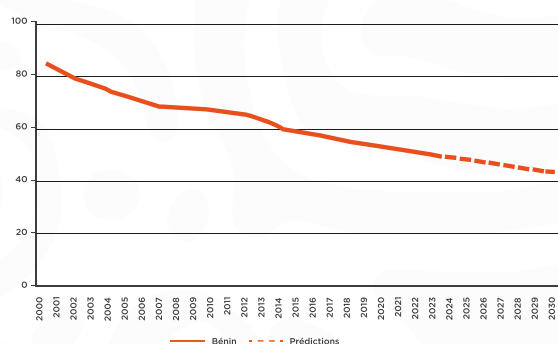
La tuberculose (TB) est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité dans le monde. Selon l'OMS, environ 10 millions de personnes ont souffert de la tuberculose (TB) en 2019, et 1,4 million en sont mortes, en particulier dans les pays à faible et moyen revenu. Le rapport mondial 2022 sur la lutte contre la tuberculose a montré que près de 2,5 millions de personnes dans la région africaine ont contracté la tuberculose et environ 424 000 en sont décédées ; une personne a été infectée par cette maladie toutes les 13 secondes et une personne en est morte chaque minute. La TB est également la principale cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH, avec environ 208 000 décès en 2019 (OMS, 2020a).

Le Bénin est classé parmi les pays à moyenne charge de TB sensible, de TB multirésistante (TB-MR) et de TB/VIH par l'OMS. La TB est un problème de santé publique au Bénin, avec une incidence estimée à 52

pour 100 000 habitants en 2022 (Graphique 2.5.1), et une mortalité de 8,5 pour 100 000 habitants la même année (Graphique 2.5.5).

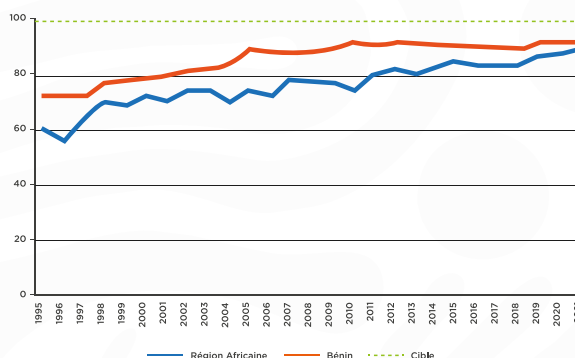
Selon l'OMS, le taux de notification des cas de TB est faible, avec seulement 61 % des cas estimés détectés en 2022 (Graphique 3.5.4).

Le Bénin fait face à plusieurs défis pour lutter contre la TB, tels que la notification des cas, le manque de ressources financières, humaines, et matérielles, la stigmatisation et la discrimination des personnes atteintes de TB, et la co-infection avec le VIH. Le VIH augmente le risque de développer la TB et de mourir de ses complications. En effet, le taux de prévalence du VIH chez les patients atteints de TB était de 14 % en 2022, et le taux de couverture du traitement antirétroviral chez ces patients était de 97 % (OMS, 2022b).



Graphique 3.5.1: Tendence de l'incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants, 2010-2022 et projections jusqu'à 2030 (Source : OMS)

Au cours des dix dernières années, le Bénin a fait des progrès significatifs dans la lutte contre la TB, grâce à la mise en œuvre du Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2016-2020, qui s'aligne sur la Stratégie mondiale et le Plan d'action de l'OMS 2016-2035 pour mettre fin à la TB. Le Bénin a notamment renforcé le dépistage actif des cas de TB dans les populations à risque, introduit de nouvelles technologies de diagnostic rapide, telles que le GeneXpert, amélioré la gestion des cas de TB-MR (Graphique 3.5.3), et intensifié la collaboration avec le programme national de lutte contre le VIH/SIDA. Ces efforts ont permis d'augmenter le taux de détection des cas de TB, qui est passé de 28 % en 2010 à 42 % en 2019, puis à 61 % en 2022 ainsi que



Graphique 3.5.2: Taux de succès thérapeutique du traitement (%) pour les nouveaux cas de tuberculose, Bénin versus Région Africaine, 2007-2020 (Source : OMS)

le taux de succès thérapeutique, qui est passé de 85 % en 2010 à 90 % en 2022 (cohorte 2021) pour les nouveaux cas de TB (Graphique 2.5.2), et le taux de guérison de 34 % en 2007 à 66 % en 2020 pour les cas de TB-MR (OMS, 2020b ; OMS, 2020c). Ainsi, le Bénin a réduit l'incidence de la TB, qui est passée de 58 pour 100 000 habitants en 2010 à 52 pour 100 000 habitants en 2022, et la mortalité liée à la TB, qui est passée de 17 pour 100 000 habitants en 2010 à 8,5 pour 100 000 habitants en 2022 (rapport national PNT 2022).

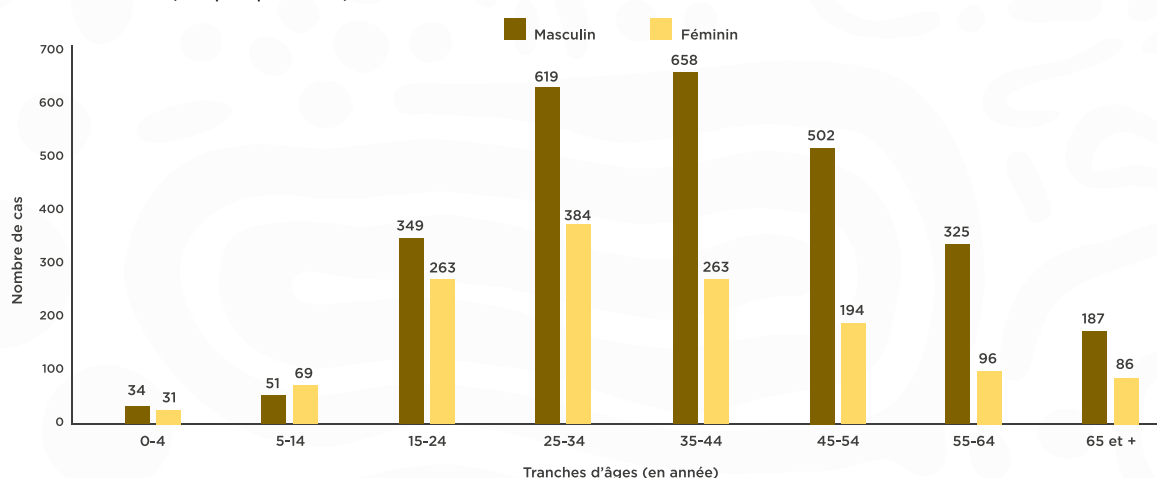
Sur les dix dernières années (2013-2022), le nombre de cas de TB toutes formes et de cas incidents notifiés ont la même tendance et fluctuent autour



de 4 000 cas par an. Depuis la survenue de la pandémie de la COVID-19 en 2020, une baisse constante du nombre de cas notifiés a été observée jusqu'en 2021. Cependant, un pic de 4187 cas de tuberculose a été enregistré en 2022 contre 3764 en 2021 soit une augmentation de 11 %).

En 2022, sur les 4 111 cas incidents de tuberculose notifiés, on dénombre 2 725 hommes contre 1 386 femmes soit un sex-ratio (hommes/femmes) de 2. Les tranches d'âge de 35-44 ans pour les hommes (658 cas) et de 25-34 ans pour les femmes (384 cas) ont enregistré les plus grands nombres de cas de tuberculose (Graphique 2.5.2).

En outre, le sex-ratio (Homme/Femme) chez les cas incidents reste stable autour de 2 hommes pour une femme dans tous les départements. Chez les deux sexes, le nombre de cas est plus élevé dans la tranche d'âge de 25-44 ans puis il baisse avec les âges extrêmes. La faible proportion des cas notifiés aux extrêmes (enfants, personnes âgées) vient confirmer un probable sous-dépistage par rapport aux chiffres attendus dans ces groupes.



Graphique 3.5.3 : Répartition des cas incidents de tuberculose selon le sexe et les tranches d'âge en 2022 (source : PNT, 2022)

En ce qui concerne la co-infection TB/VIH, le taux de séroprévalence sur la période 2015-2022 au Bénin du nombre de cas du VIH parmi les tuberculeux tourne

autour de 15% avec des fluctuations de $\pm 1\%$. Il faut noter que le taux de réalisation du test sérologique VIH chez les patients TB était de 96%.

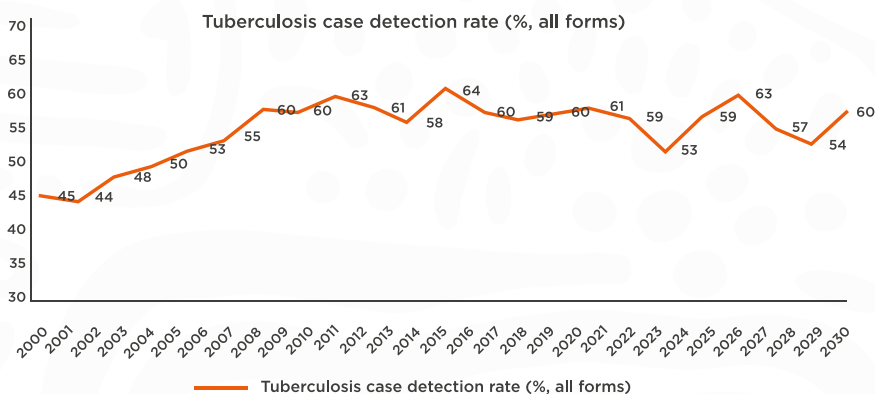
Tableau 3.5.1 : Evolution du taux de réalisation du test VIH et séroprévalence chez les tuberculeux 2015-2022

Année	Nbre TB dépistés (1)	Nbre TB testés (2)	Taux de réalisation (%) (3)=(2)/(1)	Nbre TB/VIH+(4)	Séroprévalence (%) (5)=(4)/(2)
2015	4092	4017	98	613	15
2016	3968	3879	98	572	15
2017	3662	3568	97	544	15
2018	4096	4031	98	584	14
2019	4374	4235	97	678	16
2020	4002	3963	99	561	14
2021	3764	3692	98	502	14
2022	4187	4000	96	545	14

Source: Rapport annuel, 2022

Malgré les progrès réalisés dans la lutte contre la TB, le Bénin reste confronté à un fardeau élevé de cette maladie. En effet, le taux de notification de la TB reste faible au Bénin, avec 61 % des cas en 2022, ce qui indique un gap non négligeable entre le nombre de cas estimés et le nombre de cas détectés.

Le faible taux de notification de la TB est lié à plusieurs facteurs notamment une faible stratégie de dépistage actif des cas, la stigmatisation et la discrimination associées à la TB, et le faible niveau de sensibilisation et de connaissance de la population sur la TB (PNT, 2020).



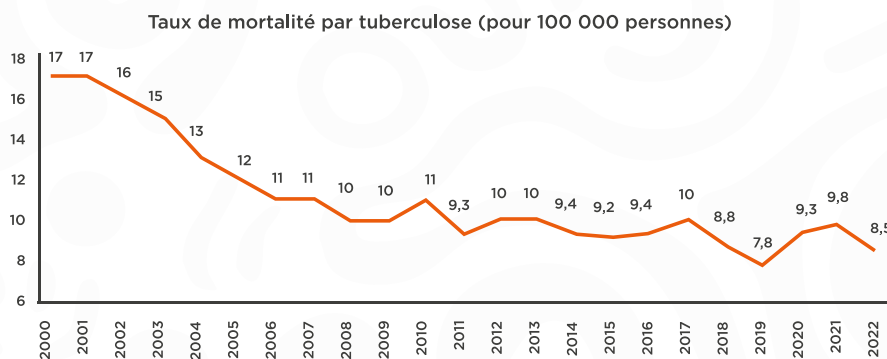
Graphique 3.5.4: Tendence du taux de notification de la tuberculose (pour 100 000 habitants), Bénin, 2000-2018 (Sources : iAHO 2020 ; OMS)

Au Bénin, la TB représente la sixième cause de décès (iAHO, 2020). Plusieurs facteurs contribuent à la mortalité élevée due à la TB au Bénin, notamment, le retard au diagnostic et la co-infection avec le VIH.

lutte contre la TB. Ces actions sont conformes aux recommandations de l'OMS et aux priorités du Plan stratégique national intégré pour l'élimination du VIH/Sida, la Tuberculose, le Paludisme, les Hépatites virales et les IST 2024, qui constitue le cadre de référence pour les interventions multisectorielles visant à mettre fin à la TB au Bénin.

Pour réduire davantage la mortalité liée à la TB au Bénin, il est nécessaire de renforcer le système de santé, d'améliorer la détection précoce et le traitement approprié des cas de TB, de renforcer la collaboration avec le Programme National de lutte contre le VIH, de mettre en œuvre des stratégies de prévention et de contrôle des infections et de promouvoir les droits humains, l'équité et la participation communautaire dans la

De façon plus spécifique, il conviendrait de mettre en place une stratégie de dépistage actif grâce à un accent particulier que doivent mettre les relais communautaires sur l'identification des touseurs chroniques et leur orientation vers les centres de dépistage.



Graphique 3.5.5: Tendence du taux de mortalité lié à la tuberculose (pour 100 000 habitants), Bénin, 2017-2021 (source : iAHO)



Pour poursuivre les progrès et atteindre les objectifs de l'OMS de mettre fin à la TB d'ici 2030, le Bénin a élaboré son nouveau Plan stratégique national intégré 2024-2030 pour l'élimination du VIH/SIDA, la Tuberculose, le Paludisme, les hépatites virales et les IST. Il vise entre autres : à réduire l'incidence de la TB de 62% d'ici 2030, par rapport à 2021 ; à maintenir le taux de succès thérapeutique chez les nouveaux cas de tuberculose toutes formes et rechutes confondus à au moins 90 % d'ici 2030 et à réduire le taux de décès chez les patients co-infectés TB/VIH de 12 % à moins de 10 % d'ici à 2030.

La lutte contre la tuberculose (TB) au Bénin a connu des progrès notables ces dernières années grâce à la mise en œuvre de stratégies nationales alignées sur les recommandations de l'OMS. Cependant, des défis demeurent, notamment un faible taux de notification des cas et la persistance de la co-

infection avec le VIH, Bien que des améliorations aient été observées dans le dépistage et le traitement, la résistance aux médicaments reste un obstacle majeur à surmonter.

Pour parvenir à une élimination de la tuberculose, il est crucial de renforcer les actions de dépistage actif, d'améliorer l'accès au traitement et de promouvoir la participation communautaire. Le nouveau Plan stratégique national intégré 2024-2030 représente un cadre essentiel pour atteindre les objectifs de l'OMS, notamment la réduction de l'incidence et de la mortalité liées à la TB. Il est impératif de maintenir une approche multisectorielle et de concentrer les efforts sur l'amélioration de la sensibilisation et la mobilisation des ressources pour vaincre cette maladie. Seule une action concertée et durable permettra de réduire l'impact de la TB au Bénin et de mettre fin à cette épidémie d'ici à 2030.

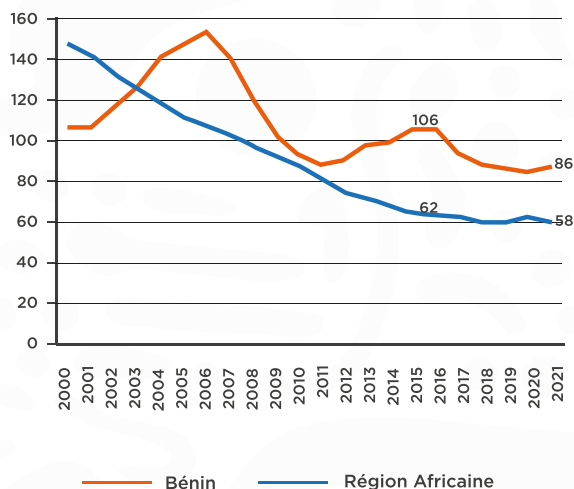
3.6 Paludisme

Le paludisme est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité au Bénin, en particulier chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Selon les données de la Banque mondiale, le taux de mortalité due au paludisme a diminué de 67 % entre 2010 et 2021, passant de 31 à 10 pour 100 000 habitants ; de même que l'incidence du paludisme a chuté de 56 %, passant de 466 à 203 pour 1 000 habitants à risque (Banque mondiale, 2021).

Selon les données des annuaires des statistiques sanitaires du Ministère de la Santé, la létalité due au paludisme a régressé de 20 points entre 2010 et 2021, passant de 0,93 à 0,73 pour 1000 cas.

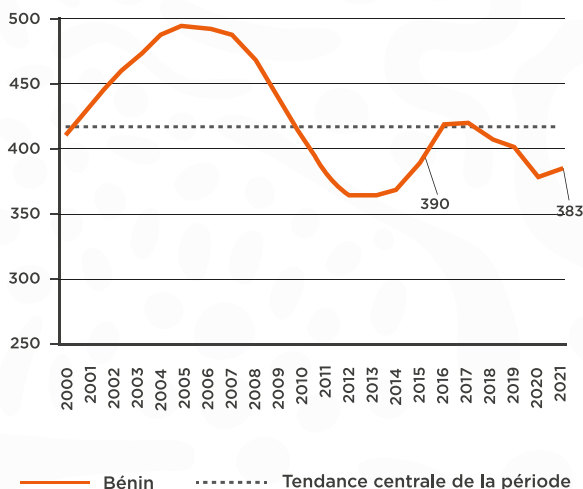
Entre 2022 et 2023, l'incidence du paludisme est passée de 217 à 165 pour 1000 cas, soit une baisse de 24%. De même, la mortalité due au paludisme a régressé de 17,2%, passant de 29 à 24 pour 100 000 habitants. Ces progrès sont le résultat de plusieurs interventions de lutte antipaludique, telles que la distribution universelle de moustiquaires imprégnées d'insecticide, le traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes, le diagnostic rapide et le traitement efficace des cas de paludisme, et la sensibilisation des communautés à la prévention et à la prise en charge du paludisme.

En 2021, le Bénin fait partie des six pays africains sélectionnés pour participer au projet pilote de vaccination contre le paludisme, qui vise à évaluer l'efficacité et la faisabilité du vaccin RTSS/AS01, le premier vaccin homologué contre le paludisme. Les essais cliniques concernant le vaccin administré en quatre doses aux enfants âgés de 5 à 17 mois, ont montré une réduction de 39 % des cas de paludisme clinique et de 29 % des cas de paludisme sévère selon l'étude intitulée « Paludisme : mise en route d'un projet pilote de vaccination dans six pays africains » (OMS, 2021). Le Bénin espère que le déploiement du vaccin contribuera à réduire davantage les cas de paludisme et à sauver des vies, en complément des autres interventions existantes.



Graphique 3.6.1: Tendance du taux de mortalité due au paludisme (pour 100 000 habitants), Bénin versus Région Africaine, 2000-2021 (Source : OMS/GHO)

L'incidence du paludisme au Bénin a connu une tendance à la baisse entre 2000 et 2021, avec des fluctuations périodiques (Graphique 2.6.1). En effet, on remarque également que l'incidence du paludisme suit un cycle saisonnier, avec des augmentations pendant la saison des pluies (entre mai et octobre) et des baisses pendant la saison sèche (entre novembre et avril). Ce phénomène



Graphique 3.6.2: Tendance de l'incidence du paludisme (pour 1 000 habitants à risque), Bénin, 2000-2021 (Source : La Banque Mondiale)

s'explique par le fait que la transmission du paludisme dépend de la présence des moustiques vecteurs, qui se reproduisent davantage dans les eaux stagnantes favorisées par les précipitations. La mortalité du paludisme au Bénin a connu une tendance baissière entre 2000 et 2021 avec deux pics en 2006 et 2015. (Graphique 2.6.2).

3.7 Maladies Tropicales Négligées

Selon l'OMS, il existe 20 Maladies Tropicales Négligées (MTN) prioritaires, dont certaines peuvent provoquer des cécités, des déformations, des handicaps et la mort. Parmi ces MTN, le Bénin est endémique pour 14 d'entre elles, à savoir : la bilharziose, l'onchocercose, la filariose lymphatique, le trachome, la trypanosomiase humaine africaine, la rage, le pian, la gale, le ver de guinée, la lèpre, l'Ulcère de Buruli, le noma, les envenimations par morsures de serpent et les géo-helminthiases (OMS, 2018).

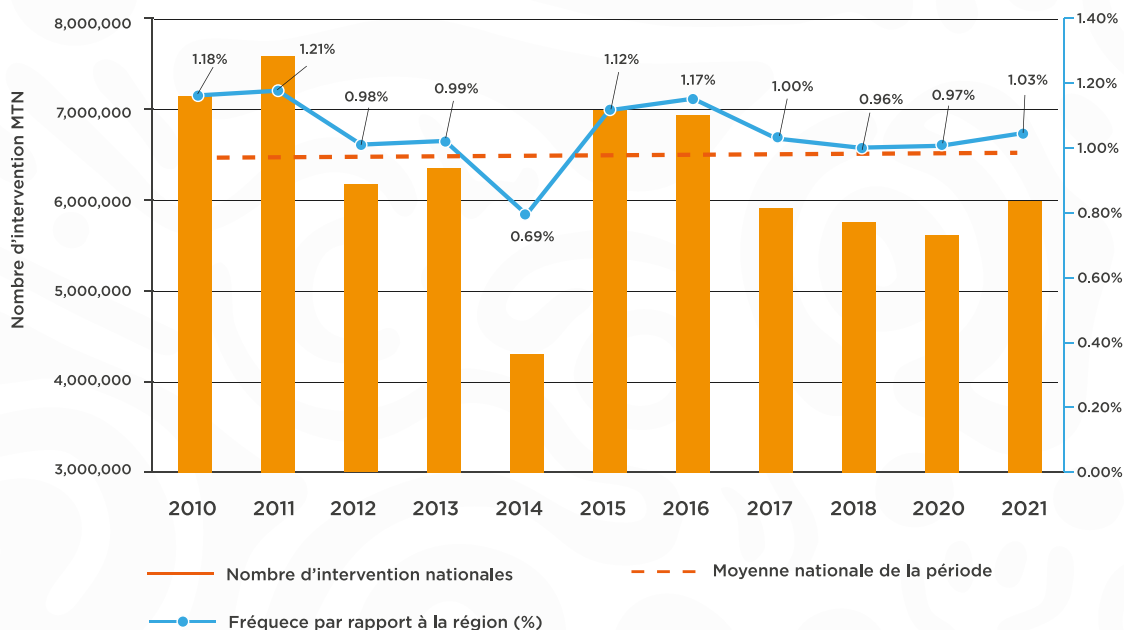
Le Bénin s'est engagé à lutter contre les MTN depuis 2007 en mettant en place deux programmes nationaux intégrés de lutte contre les MTN à savoir : le Programme National de Lutte contre les

Maladies Transmissibles (PNLMT) et le Programme National de Lutte contre la Lèpre et l'Ulcère de Buruli (PNLLUB) qui coordonnent les différentes interventions de prévention, de traitement, de surveillance et de recherche sur ces maladies. Parmi les Maladies Tropicales Négligées (MTN) de la région OMS Afrique, les MTN à éliminer par chimiothérapie préventive qui sont prises en charge par le PNLMT sont : l'onchocercose (51 communes endémiques) ; la filariose lymphatique dans 48 communes endémiques (résultat cartographie de base 2014-2015) dont l'éradication est compromise par l'arrêt de traitement de masse de médicaments préventifs en 2020 (résultat enquête TAS 2020).

Les schistosomias sont endémiques dans 76 communes et les géo-helminthiases dans 77 communes. Le trachome est endémique dans 26 communes dont huit éligibles aux traitements de masse de médicaments préventifs (TDM) avec une prévalence du trachome actif $\geq 5\%$ en 2022. La certification de l'élimination du trachome a été obtenue le 13 avril 2023. Le PNLMT a aussi à charge la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA) dont le dernier cas a été notifié en 1999 et la certification de l'élimination obtenue en décembre 2021. En ce qui concerne le ver de Guinée, il a été éradiqué en 2009. Les activités de la surveillance post certification de ces MTN continuent. Les activités du PNLMT reposent principalement sur la distribution à l'occasion des TDM aux populations à risque, en utilisant une approche communautaire participative. La communication est indispensable pour le changement de comportement. Elle est basée sur un mécanisme de coordination de la communication, une communication interinstitutionnelle, une visibilité des réalisations pour permettre une prise de conscience sociale. A ce jour, les deux programmes suivent 14 MTN dont 4 pour le PNLLUB (l'ulcère de Buruli, la lèpre, le pian, le mycétome) et 10 pour le PNLMT (l'onchocercose, la filariose lymphatique, la dracunculose, le trachome, la trypanosomiase humaine africaine, les schistosomias, la rage, les géo-helminthiases, le noma).

Le Bénin a également renforcé ses capacités de diagnostic, de référence et de prise en charge des cas de MTN ainsi que ses activités de plaidoyer, de mobilisation sociale et de sensibilisation (P/LMTN, 2020). Les efforts du Bénin ont permis de réaliser des progrès significatifs dans la réduction du fardeau des MTN au cours de la dernière décennie. Selon les données de l'OMS, le nombre de personnes ayant nécessité des interventions contre les MTN est passé de 7 millions environ en 2010 à 6 millions en 2021 (Graphique 2.6.3).

Malgré ces avancées, le Bénin fait toujours face à des défis importants pour éliminer les MTN. Parmi ces défis, on peut citer : le manque de ressources financières et humaines, la faible intégration des activités de lutte contre les MTN dans le secteur de santé, l'insécurité dans certaines zones, les mouvements transfrontaliers de population, la co-endémicité de plusieurs MTN, la résistance aux médicaments, le sous-diagnostic, le sous-signalement des cas et la faible participation communautaire (P/LMTN, 2020). Le Bénin doit continuer à renforcer ses efforts pour surmonter ces obstacles et atteindre les objectifs mondiaux et nationaux de lutte contre les MTN.

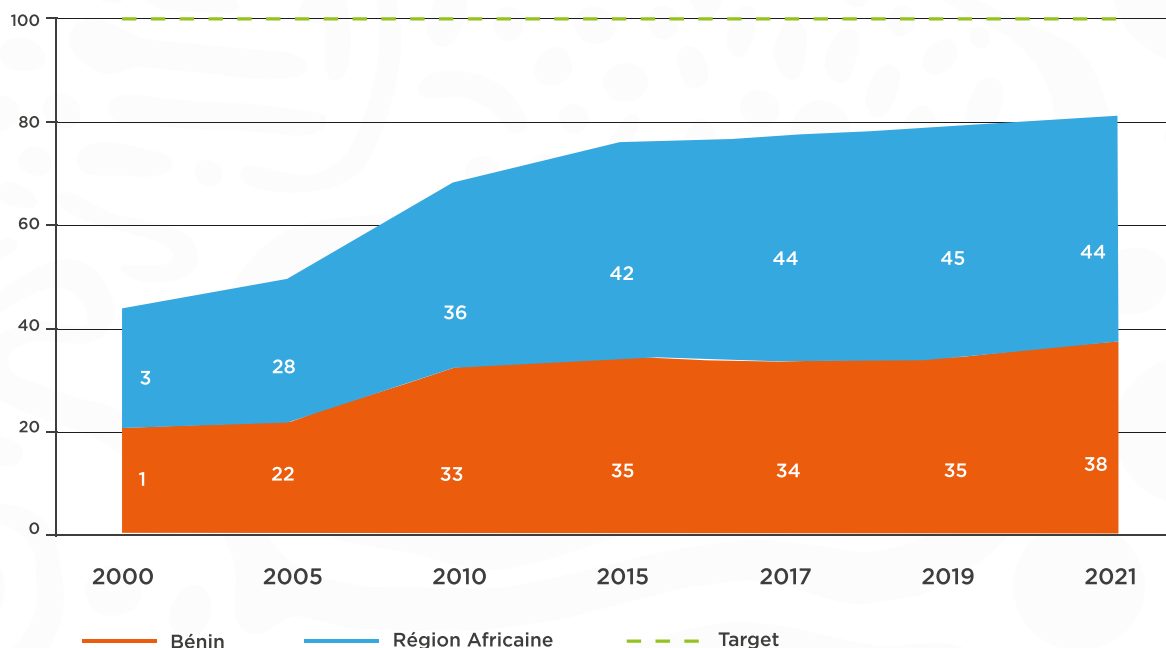


Graphique 3.7.1: Tendances sur le nombre de personnes nécessitant des interventions contre les maladies tropicales négligées (MTN) et tendance de la fréquence par rapport à la valeur régionale des interventions contre les MTN, Bénin, 2010-2021 (Source : OMS/GHO)

3.8 Couverture Sanitaire Universelle

La Couverture Sanitaire Universelle (CSU) est un objectif mondial visant à garantir que toutes les personnes et toutes les communautés bénéficient des services de santé de qualité dont elles ont besoin sans se heurter à des difficultés financières

ni risquer de basculer dans la pauvreté. Le Bénin s'est engagé à atteindre cet objectif lors du Sommet des Nations Unies sur le Développement Durable en 2015, et a élaboré une stratégie nationale de CSU pour la période 2018-2022.



Graphique 3.8.1 : Indice de CSU Bénin, 2000-2021 (Source : OMS)

L'indice de CSU est un indicateur composite qui mesure le niveau de couverture effective des services de santé essentiels dans un pays. Il se base sur 16 indicateurs répartis en quatre domaines : promotion de la santé, prévention des maladies, traitement des maladies, réadaptation et soins palliatifs. L'indice de CSU varie entre 0 et 100, où 100 signifie une couverture optimale de tous les services considérés. Selon les données du Programme des Nations unies pour le développement (PNUD), l'indice de CSU du Bénin était de 46,6 en 2019, ce qui le situait en dessous de la moyenne de la région africaine de l'OMS (51,4). Cet indice a légèrement augmenté par rapport à 2015, où il était de 45,3, mais reste inférieur à la moyenne mondiale (66,3). Toutefois, on note un renforcement des mesures visant à accélérer la marche du pays vers la couverture sanitaire universelle avec la mise en place d'un projet d'assurance pour le renforcement du capital humain avec quatre filets de protection sociale : l'assurance

maladie, la formation aux métiers des artisans, l'accès aux crédits et l'épargne retraite. Entre 2019 et 2023, un million de pauvres extrêmes bénéficient d'une assurance maladie pour les maladies usuelles. Il y a également un investissement conséquent pour améliorer la disponibilité effective en services de santé de qualité, corriger les disparités régionales en matière d'infrastructures sanitaires. Le Bénin investit également dans la diminution de l'exposition aux risques qui ont une incidence sur la santé (réfection des routes, sensibilisation et répression sur la sécurité routière, interventions pour la réduction des différentes formes de contamination alimentaire, environnementales, ...) et la promotion de la santé (nouvelle politique nationale de santé communautaire, loi sur l'hygiène publique, loi règlementant l'activité pharmaceutique, ...). Enfin, le pays a rendu l'assurance maladie obligatoire à tous les citoyens et s'active à la rendre opérationnelle.

3.9 Situation des dépenses catastrophiques

Au Bénin, les dépenses en santé représentent environ 5% des dépenses globales du gouvernement et on note une diminution des dépenses nationales de santé depuis 2000 même si ces dernières années, on note une légère tendance à la hausse. Malgré l'augmentation du produit intérieur brut et une croissance soutenue autour de 7% depuis 2018, les ressources allouées à la santé restent insuffisantes (4,6% du PIB), loin des 15% souhaités par la déclaration d'Abuja, pour couvrir de façon adéquate 90% des besoins minimum de santé des populations. Ainsi, les ménages constituent encore la première source de financement de la santé. La part des dépenses directes des ménages reste élevée à 52,3% des dépenses courantes de santé en 2015 exposant bon nombre des populations, notamment rurales à des dépenses catastrophiques de santé. Selon le rapport mondial de suivi sur la protection financière en santé paru en 2019, au Bénin, l'incidence de dépenses catastrophiques s'élève à 10,9% en prenant le seuil de 10% du montant total de la consommation ou du revenu du ménage, et 5,4% en considérant le seuil de 25%. Selon le même rapport, l'incidence de l'appauvrissement dû à des dépenses directes en santé est de 1,86% en considérant le seuil de pauvreté de 1,9 \$ PPA et une augmentation de 3,06 % de l'écart de pauvreté due à des dépenses directes en santé exprimées en pourcentage du seuil de pauvreté (1,90 \$ PPA). Ces données démontrent la nécessité de mettre en œuvre des programmes

sociaux et des interventions devant garantir l'accès universel aux soins de santé au Bénin et renforcent la dynamique du Gouvernement actuel d'investir dans la protection sociale et le renforcement du capital humain.

La CSU est un objectif ambitieux mais réalisable pour le Bénin. Le Bénin dispose en effet, de plusieurs atouts et opportunités pour y parvenir. Des progrès significatifs ont déjà été accomplis dans l'amélioration de l'accès et de la qualité des services de santé, ainsi que dans la réduction du coût des dépenses de santé pour les ménages. Cependant, il reste encore d'importants défis à relever, notamment en matière de financement public de la santé, de couverture et protection sociale en santé, de qualité et pertinence des services de santé, de coordination et cohérence des interventions de santé et, de sensibilisation et mobilisation des acteurs pour la CSU. Le Bénin devra donc poursuivre et intensifier ses efforts pour mettre en œuvre sa stratégie nationale de CSU, en s'appuyant sur le cadre juridique et institutionnel existant, sur la volonté politique et le leadership affirmé, sur le partenariat dynamique et diversifié, sur la société civile active et engagée et sur l'opportunité historique liée à la pandémie de COVID-19. La CSU est non seulement un droit humain fondamental, mais aussi un levier essentiel pour le développement économique et social du Bénin.



Encadré III.1 - Analyse de la mise en œuvre de la CSU au Bénin

La stratégie nationale de CSU du Bénin a pour objectif d'améliorer l'offre, la demande, le financement et la gouvernance des services de santé de qualité. Elle se base sur six axes stratégiques :

- Accroître la quantité, la qualité et l'accessibilité des formations sanitaires publiques et privées ;
- Définir et appliquer des paquets de services essentiels adaptés aux besoins de santé prioritaires ;
- Renforcer les ressources humaines, techniques et logistiques du système de santé, en optimisant le personnel, les médicaments et les équipements ;
- Diversifier et augmenter les sources de financement de la santé, en réduisant la part des usagers dans le paiement ;
- Améliorer la coordination, le suivi et l'évaluation des interventions de santé, en renforçant la participation, la redevabilité, la transparence, l'information et la recherche en santé ;
- Renforcer le dialogue politique et le plaidoyer pour la CSU, en impliquant tous les acteurs concernés.

La stratégie nationale de CSU au Bénin a fait des progrès remarquables notables, mais a aussi rencontré des difficultés persistantes. Parmi les progrès, on peut mentionner:

- Le démarrage du projet ARCH (Assurance pour le renforcement du capital humain), qui offre une protection santé aux populations vulnérables, notamment les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans, les personnes âgées et les indigents ;
- Le développement du réseau des formations sanitaires, qui est passé de 1 701 en 2015 à 2 003 en 2019, avec une augmentation du nombre de centres de santé, d'hôpitaux de zone et d'hôpitaux régionaux ;
- Le renforcement du système d'approvisionnement en médicaments essentiels, qui a permis de passer de 75 % à 90 % le taux de disponibilité des médicaments de première nécessité entre 2016 et 2019 ;
- Le développement des systèmes d'information et de recherche en santé, avec la création d'une plateforme nationale de données sanitaires, la réalisation de plusieurs enquêtes et études, et la mise en place d'un observatoire national de la CSU.

Quelques exemples de défis sont :

- le manque de financement public de la santé, qui est inférieur à l'objectif de 15 % du budget national défini par la Déclaration d'Abuja de 2001, et qui conduit à une dépendance vis-à-vis des bailleurs de fonds et à un manque d'investissements dans les infrastructures, les équipements et les ressources humaines ;
- la faible couverture et l'inégalité de la protection sociale en santé, qui privent une grande partie de la population de l'accès aux services de santé, notamment les travailleurs du secteur informel, les ruraux, les pauvres et les marginalisés, et qui exposent les usagers à des dépenses de santé élevées et aléatoires ;
- la mauvaise qualité et la pertinence de certains services de santé, qui réduisent l'efficacité et l'efficience des interventions, et qui provoquent une insatisfaction et une défiance des usagers, notamment concernant la disponibilité et la compétence du personnel de santé, le respect des droits des patients, la prévention et la gestion des infections nosocomiales, et le traitement des plaintes et des réclamations ;
- la faible coordination et la fragmentation des interventions de santé, qui créent des doublons, des vides et des inefficacités dans l'allocation et l'utilisation des ressources, et qui nuisent à la cohérence et à la complémentarité des actions menées par les différents acteurs du secteur de la santé ;
- le faible niveau de sensibilisation et de mobilisation sociale pour la CSU, qui se traduit par une faible appropriation et une faible participation des usagers, des prestataires, des décideurs et des médias aux processus de planification, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des politiques et des programmes de santé.

Afin de surmonter ces défis, le Bénin devra continuer et renforcer ses efforts pour réaliser sa stratégie nationale de CSU, en se concentrant notamment sur les aspects suivants :

- accroître et pérenniser le financement public de la santé, en utilisant davantage de ressources internes, en optimisant l'efficacité et l'équité de la répartition et de l'usage des ressources, et en mettant en place des mécanismes de financement novateurs et inclusifs, tels que la taxe sur les transactions financières, la taxe sur les produits nocifs pour la santé, ou la contribution sociale généralisée ;
- étendre et équilibrer la couverture et la protection sociale en santé, en déployant le projet ARCH sur tout le territoire national, en améliorant les systèmes de ciblage, d'enregistrement, d'identification et de vérification des bénéficiaires, en augmentant la qualité et la diversité des services proposés, et en encourageant la convergence et l'intégration des différents régimes et mutuelles de santé existants ;



- améliorer la qualité et la pertinence des services de santé, en renforçant le respect des normes et des protocoles, en développant les compétences techniques et managériales du personnel de santé, en garantissant la disponibilité et la maintenance des équipements et des infrastructures, en renforçant la prévention et la lutte contre les infections nosocomiales, et en instaurant un système d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité des services de santé ;
- renforcer la coordination et la cohérence des interventions de santé, en créant une plateforme nationale de coordination de la CSU, en harmonisant et en alignant les plans, les programmes et les projets de santé, en élaborant des outils de suivi et d'évaluation communs, et en favorisant le partage d'informations et d'expériences entre les différents acteurs du secteur de la santé ;
- sensibiliser et mobiliser tous les acteurs pour la CSU, en concevant et en diffusant des messages clairs, simples et adaptés aux différentes cibles, en utilisant les médias traditionnels et les réseaux sociaux, en organisant des campagnes, des forums, des ateliers et des conférences sur la CSU, et en créant des espaces de dialogue et de participation des usagers, des prestataires, des décideurs et des médias à la planification, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de la CSU

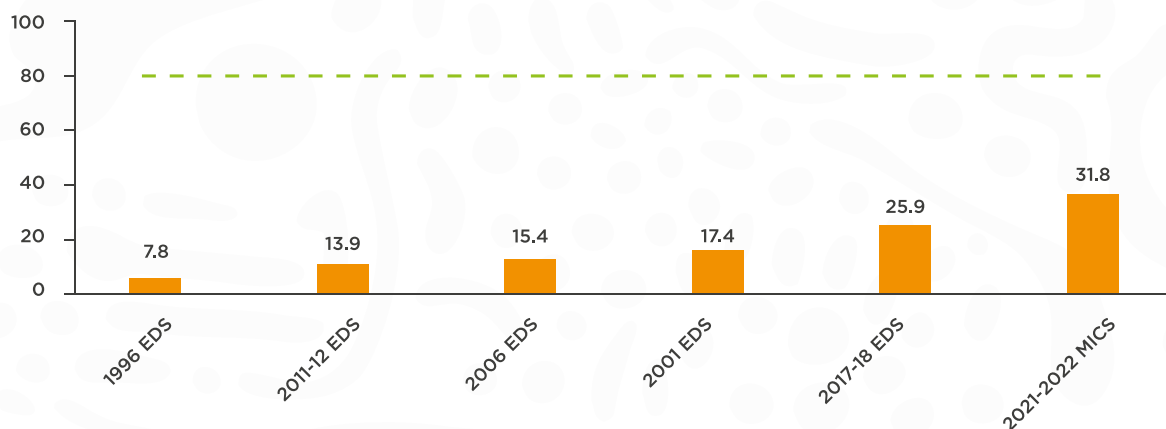
3.10 Planification familiale

La planification familiale est un élément clé de la santé reproductive et de la CSU, car elle permet aux femmes et aux couples de décider librement du nombre et du moment de leurs grossesses, ce qui a des impacts positifs sur la santé maternelle et infantile, l'autonomisation des femmes, la réduction de la pauvreté et le développement durable. Au Bénin, la situation de la planification familiale a connu des évolutions significatives au cours des dix dernières années, mais elle reste confrontée à des défis majeurs.

Selon les données de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2017-2018, la proportion de femmes en âge de procréer (âgées de 15 à 49 ans) en union dont la demande de planification familiale est satisfaite par des méthodes modernes a augmenté de 8 points entre 2011-2012 et 2017-2018, passant de 17,4 % à 25,9 % (Graphique 2.8.1) et estimée à 31,8 % en 2022 (MICS 2021-2022). Cette augmentation s'explique par la hausse de la prévalence contraceptive moderne, qui est passée de 7,9 % à 16,9 % sur la période 2011-2022 ; les besoins non satisfaits en planification familiale sont passés de 32,6% (EDS 2011-2012) à 32,3 (EDS 2017-2018) et 29,9 % (MICS 2021-2022). La moyenne régionale de l'Afrique subsaharienne était de 31 % en 2019 (UNFPA, 2020).

Parmi les facteurs qui limitent l'accès à la planification familiale au Bénin, on peut citer l'insuffisance dans la disponibilité et dans la qualité des services de santé, la faible disponibilité des produits contraceptifs au dernier kilomètre, les barrières financières, la faible intégration de la planification familiale dans les autres services de santé reproductive, les normes sociales et culturelles défavorables, les croyances religieuses, les inégalités liées au niveau d'instruction, au groupe d'âge et au milieu de résidence de la femme, le manque d'information et d'éducation, et la résistance ou l'opposition des partenaires masculins. Ces facteurs affectent particulièrement les femmes les plus pauvres, les plus jeunes, les femmes rurales et ayant un faible niveau d'instruction, qui sont les plus exposées aux risques de grossesses non désirées, d'avortements clandestins et de complications obstétricales.

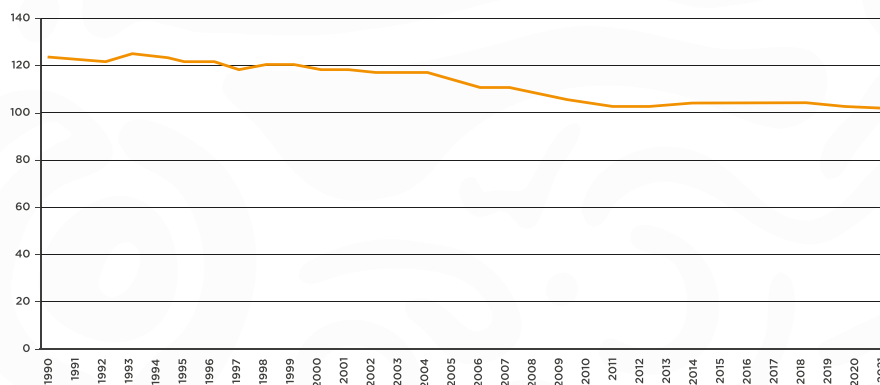
Par ailleurs, l'EDS 2017-2018 rapporte également la proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui prennent leur propre décision en matière de relations sexuelles, d'utilisation de contraceptifs et de soins de santé de reproduction qui est estimée à 46.3 % avec des disparités par département.



Graphique 3.10.1: Tendence de la proportion de femmes en âge de procréer (âgées de 15 à 49 ans) dont les demandes de planification familiale sont satisfaites par des méthodes modernes (%), Bénin, 1996-2018 (Source : EDS, MICS)

Un indicateur particulièrement préoccupant de la faible utilisation de la planification familiale au Bénin est le taux de fertilité chez les adolescentes, qui mesure le nombre de naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans. Selon les données de la Banque mondiale en 2019 ce taux était de 103,8, ce qui représente une légère diminution par rapport à 2010, où il était de 106,4 (Graphique 2.8.2).

Néanmoins, le taux de fertilité chez les adolescentes au Bénin reste supérieur à la moyenne régionale de l'Afrique subsaharienne, qui était de 100,6 en 2019. Les grossesses précoces et non planifiées ont des conséquences négatives pour la santé, l'éducation et les opportunités économiques des jeunes filles, ainsi que pour le bien-être de leurs enfants.



Graphique 3.10.2: Tendence du taux de fertilité chez les adolescentes (nombre de naissance pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans) (Source : Banque Mondiale)

Pour améliorer la situation de la planification familiale au Bénin, il est nécessaire de renforcer les politiques, les programmes et les interventions visant à accroître la demande, l'offre et l'utilisation des services et des méthodes contraceptives modernes. Pour y parvenir, il faudrait tenir compte des besoins spécifiques des différents groupes de population, notamment les adolescentes, les femmes rurales et les femmes pauvres. Il est également indispensable de

poursuivre les actions de promotion des campagnes d'offre gratuite des services de contraception et de promouvoir une approche multisectorielle et participative, impliquant les acteurs de la santé, de l'éducation, du développement social, de la société civile, des médias, des leaders religieux et communautaires, et des hommes. Ainsi, il sera créé un environnement favorable à l'exercice des droits sexuels et reproductifs et à la réalisation de la CSU.

3.11 Autres mortalités spécifiques

La mortalité est un indicateur clé de l'état de santé d'une population et des progrès réalisés dans le domaine du développement humain. Au Bénin, la mortalité a connu une évolution contrastée au cours des dix dernières années avec des améliorations significatives dans certains domaines, mais aussi des défis persistants et émergents dans d'autres. Parmi les principales causes de décès, on peut citer les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles, les accidents de la route, la pollution de l'air et l'exposition à des eaux souillées, le défaut d'assainissement et d'hygiène (l'indicateur WASH prend en compte les services de l'eau, d'assainissement et d'hygiène). Cette section présente une analyse de ces différentes sources de mortalité en les comparant avec les tendances régionales et mondiales et en soulignant les disparités selon le sexe, l'âge, le lieu de résidence et le niveau de revenu.

La mortalité routière est un problème majeur de santé publique au Bénin, qui se classe parmi les pays ayant le plus fort taux de mortalité routière au monde, avec 26,8 décès pour 100 000 habitants en 2019 soit 16,0 pour les femmes et 37,3 pour les hommes selon la Banque Mondiale (Tableau 2.9.1). Ce taux est nettement supérieur à la moyenne de

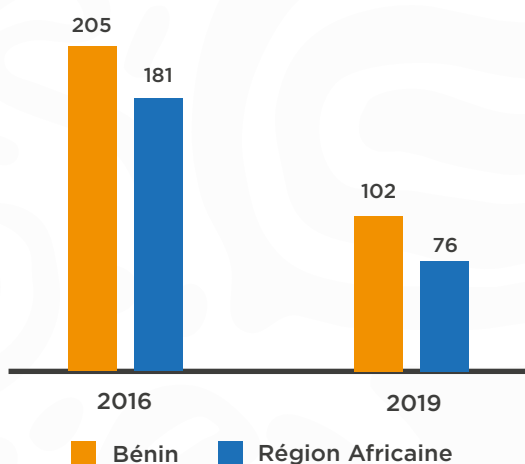
la région africaine (25,1) et à la moyenne mondiale (18,2). La mortalité routière a augmenté de façon alarmante au cours de la dernière décennie, passant de 18,4 en 2010 à 29,3 en 2019 soit une hausse de 59 %. Cette tendance s'explique par la croissance démographique, l'urbanisation, la motorisation, le mauvais état des infrastructures routières, le faible respect du code de la route, l'insuffisance de la prévention, du contrôle et de la répression, ainsi que l'insuffisance de soins d'urgence adéquats pour les victimes d'accidents (OMS, 2018). La mortalité routière touche de manière disproportionnée les hommes, qui représentent 84 % des décès en 2019 contre 16 % pour les femmes. Ce déséquilibre reflète le fait que les hommes sont plus exposés aux risques routiers en raison de leur plus grande mobilité, de leur conduite plus imprudente ou de leur implication dans des activités professionnelles liées au transport. Les jeunes sont également particulièrement vulnérables puisque les accidents de la route sont la première cause de décès chez les 15-29 ans au Bénin selon l'OMS (2018). Les usagers de la route les plus touchés sont les motocyclistes, qui représentent 54 % des décès, suivis par les piétons (22 %) et les occupants de véhicules à quatre roues (16 %) (OMS, 2018).

Tableau 3.10.1 : Tendence par sexe du taux de mortalité routière (pour 100 000 habitants), Bénin versus Région Africaine, 2010-2019 (Source : Banque Mondiale)

	Femmes		Hommes	
	Région Africaine	Bénin	Région Africaine	Bénin
2010	16.6	17.2	38.4	39.4
2011	16.2	17.1	37.8	39.2
2012	16.0	16.7	37.5	38.1
2013	15.8	16.6	37.1	37.4
2014	15.9	16.8	37.3	37.6
2015	15.9	16.8	37.5	37.9
2016	16.0	16.9	38.0	38.0
2017	15.9	16.6	37.9	37.5
2018	15.9	16.5	38.1	37.4
2019	16.0	16.3	38.4	37.3

La pollution de l'air est un autre facteur de risque majeur pour la santé au Bénin, qui entraîne des décès prématurés et des maladies chroniques. Selon l'OMS (2020), la concentration moyenne annuelle de particules fines (PM2,5) dans l'air ambiant était de 42,7 µg/m³ en 2019 soit plus de quatre fois la valeur limite recommandée par l'OMS (10 µg/m³). La pollution de l'air intérieur est également très élevée, en raison de l'utilisation généralisée de combustibles solides (bois, charbon, résidus agricoles) pour la cuisson et le chauffage qui émettent des polluants nocifs. Selon les résultats d'une étude OMS, (OMS, 2020) 76 % de la population étaient exposés à des niveaux de pollution de l'air intérieur supérieurs aux normes en 2019.

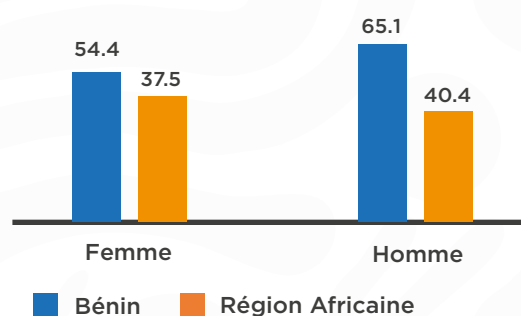
La pollution de l'air est responsable de 12 800 décès par an au Bénin soit 4,5 % de la mortalité



Graphique 3.11.1: Distribution par sexe du taux de mortalité attribuable à la pollution de l'air ambiant et des ménages (pour 100 000 habitants), Bénin comparé à la Région Africaine, 2016 et 2019 (Source : IAHO)

L'accès à des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH) de qualité est essentiel pour prévenir les maladies d'origine hydrique, telles que le choléra, la diarrhée, la dysenterie, l'hépatite A, la typhoïde et la poliomyélite. Au Bénin, l'accès à des services WASH sécurisés reste faible, malgré des progrès réalisés au cours des dernières années. Selon une étude intitulée 'Progress on household drinking water, sanitation and hygiene 2000-2017' (UNICEF et l'OMS 2019), 78 % de la population avait accès à une source d'eau potable gérée en toute sécurité en 2019 contre 63 % en 2010. Toutefois, ce taux cache de fortes disparités entre les zones urbaines (97 %) et les zones rurales (64 %). L'accès à des services d'assainissement gérés en toute

totale selon Global Burden of Disease Study 2019 (IHME, 2020). Les principales causes de décès attribuables à la pollution de l'air sont les accidents vasculaires cérébraux (34 %), les cardiopathies ischémiques (29 %), les infections respiratoires aiguës chez les enfants de moins de 5 ans (17 %), les maladies pulmonaires obstructives chroniques (11 %) et le cancer du poumon (6 %). La pollution de l'air intérieur contribue à 65 % de ces décès, la pollution de l'air ambiant à 28 % et le mélange des deux à 7 %. La mortalité attribuable à la pollution de l'air affecte davantage les femmes (52 %) que les hommes (48 %), en raison de leur exposition accrue à la pollution de l'air intérieur liée à la cuisson. Elle touche également de manière disproportionnée les enfants de moins de 5 ans, qui représentent 23 % des décès, en raison de leur vulnérabilité aux infections respiratoires aiguës.



Graphique 3.11.2: Distribution par sexe du taux de mortalité attribué à l'exposition à des services WASH non sécurisés (pour 100 000 habitants),

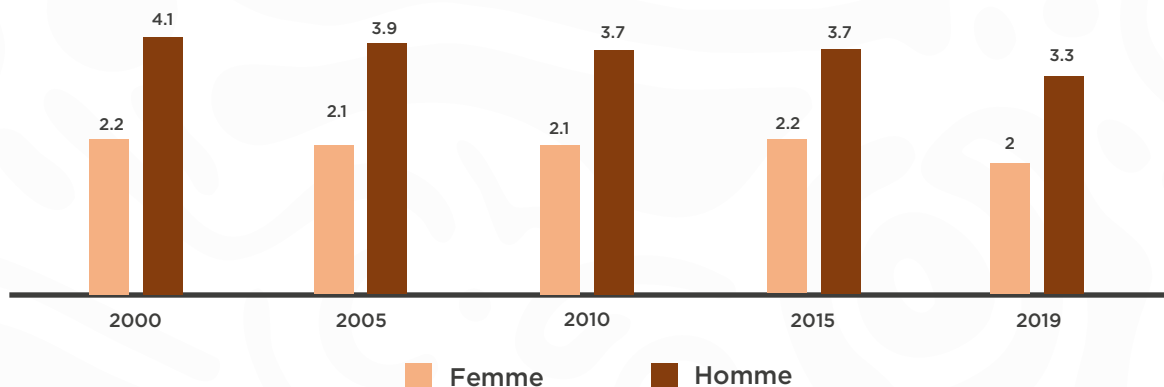
sécurité était encore plus faible, avec seulement 21 % de la population couverte en 2019 contre 15 % en 2010. Là encore, l'écart entre les zones urbaines (35 %) et les zones rurales (13 %) était important. Selon les résultats de l'enquête MICS en 2022, le taux de la Défécation à l'Air Libre (DAL) est de 47,9% au Bénin. Ce taux varie d'un milieu à un autre. Ainsi dans le milieu urbain, 26,9 % de la population pratiquent la Défécation à l'Air Libre contre 63,2% en milieu rural. Par contre, la disponibilité du service d'hygiène de base qui fait référence à la disponibilité d'une installation de lavage des mains sur place avec de l'eau et du savon est de 12,2% sur le plan national avec 13,5% en milieu urbain et 11,2% en milieu rural (MICS 2021-2022). Ce faible taux en matière de

service d'hygiène des mains montre que les efforts méritent d'être poursuivis pour son amélioration. L'exposition à des services WASH non sécurisés est responsable de 4 500 décès par an au Bénin soit 1,6 % de la mortalité totale selon Global Burden of Disease Study 2020 (IHME 2020). Les principales causes de décès attribuables à l'exposition à des services WASH non sécurisés sont les infections intestinales (76 %), les infections néonatales (12 %) et les maladies tropicales négligées (8 %). La mortalité attribuable à l'exposition à des services WASH non sécurisés touche davantage les enfants de moins de 5 ans, qui représentent 60 % des décès, en raison de leur vulnérabilité aux infections intestinales. Elle touche également plus les femmes (51 %) que les hommes (49 %), en raison de leur rôle dans la collecte de l'eau et de leur exposition aux risques sanitaires liés à la menstruation, à la grossesse et à l'accouchement.

L'empoisonnement non intentionnel est une cause de décès qui résulte de l'exposition accidentelle à des substances toxiques telles que les médicaments, les pesticides, les produits chimiques ménagers ou industriels, le monoxyde de carbone ou l'alcool. Au Bénin, le taux de mortalité

attribué à un empoisonnement non intentionnel a baissé entre 2000 et 2019, passant de 4,1 à 3,3 pour 100 000 habitants pour les hommes, et 2,2 à 2 pour les femmes dans l'étude sur le 'Profil de santé.' Publié par l'Institut africain pour la santé et le développement en 2020 (IAHO 2020). Cette baisse est plus marquée chez les hommes que chez les femmes. Le Bénin se situe, pour les hommes, au-dessus de la moyenne de la région africaine, qui était de 3,1 pour 100 000 habitants en 2019.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette hausse de la mortalité par empoisonnement non intentionnel au Bénin, notamment l'urbanisation rapide, la croissance démographique, le développement industriel, l'utilisation accrue de pesticides dans l'agriculture, le manque de réglementation et de contrôle des substances toxiques, le faible accès aux soins de santé d'urgence et l'insuffisance des données et des systèmes de surveillance (WHO, 2019). Par ailleurs, il existe des disparités régionales, avec des taux plus élevés dans les zones urbaines, où la pollution de l'air et l'exposition aux produits chimiques sont plus importantes, et dans les zones rurales, où l'utilisation des pesticides et les morsures de serpent sont plus fréquentes (Oke et al., 2018).



Graphique 3.11.3: Évolution du taux de mortalité attribué à un empoisonnement non intentionnel (pour 100 000 habitants) par sexe, Bénin, 2000 à 2019 (Source : IAHO)

La mortalité au Bénin est influencée par plusieurs facteurs de risque, qui varient en fonction des causes, selon les groupes de population et les territoires. Il est donc nécessaire de mettre en œuvre des politiques, des programmes et des interventions adaptés aux spécificités de chaque contexte en impliquant les acteurs concernés et en mobilisant les ressources nécessaires. Parmi les priorités, on peut

citer la réduction de la mortalité routière, la lutte contre la pollution de l'air et l'amélioration de l'accès à des services WASH sécurisés, qui sont des sources importantes de décès prématurés et évitables. Ces actions contribueront à améliorer la santé et le bien-être de la population béninoise, ainsi qu'à atteindre les objectifs de développement durable.

3.12 Disponibilité et qualité des ressources humaines pour l'offre de soins

La disponibilité et la qualité des ressources humaines dédiées à l'offre de soins demeurent des défis majeurs pour le système de santé béninois, bien que des progrès récents aient été enregistrés. En 2022, le Bénin comptait 2,29 médecins, 7,03 infirmiers et sages-femmes, et 0,05 dentiste pour 10 000 habitants, selon les données du CNPS (2022). Ces chiffres mettent en évidence une nette

amélioration par rapport à 2018, notamment pour les infirmiers (3,04 en 2018 contre 4,75 en 2022) et les sages-femmes (0,94 en 2018 contre 1,78 en 2022). Cependant, la densité des médecins généralistes et des infirmiers reste inférieure aux normes recommandées par l'OMS, qui sont respectivement de 23 et 25 pour 10 000 habitants.

Tableau 3.11.1 : Densités estimées pour 10 000 habitants nécessaires pour certaines professions de santé, 2022 (Source :CNPS, 2022)

Personnel de santé	2018	2022	Normes OMS
Dentistes	0.01	0.05	1
Médecins généralistes	0.31	1.51	23
Médecins spécialistes	0.47	0.78	
Pharmaciens	0.27	0.35	-
Techniciens de laboratoire médical et de pathologie	0.59	1.30	2
Techniciens de l'imagerie médicale	0.12	0.30	
Sages-femmes	0.94	1.78	4
Infirmiers spécialistes- Professionnels des soins infirmiers	3.04	4.75	25

On peut observer que le Bénin souffre d'une pénurie importante de professionnels de santé, en particulier de médecins spécialistes, de sages-femmes et d'infirmiers. Le tableau 3.4.2 présente une estimation des besoins globaux en professionnels de santé au Bénin en fonction de la charge de morbidité et des caractéristiques démographiques de la population, pour l'année 2022 et pour un scénario optimal. Il compare les effectifs actuels de chaque catégorie de professionnels de santé avec les effectifs nécessaires pour atteindre les objectifs sanitaires nationaux, et calcule le pourcentage de variation entre les deux situations. Quel que soit

le scénario envisagé, pour atteindre les ODD, il faut une augmentation des effectifs en ressources humaines de plus de 20 % pour assurer une couverture sanitaire universelle et garantir l'accès à des services de santé de qualité à la population. Il s'agit de mettre en place des politiques publiques volontaristes et une mobilisation des ressources humaines et financières pour renforcer le système de santé béninois.

Tableau 3.11.2 : Estimation des besoins en professionnels de la santé en fonction de la charge de morbidité et des caractéristiques démographiques de la population, Bénin (variation relative), 2022 (Source : OMS/AFRO)

Meilleur scénario	% Change 2022 vs 2026	10.30%
	% Change 2026 vs 2030	10.50%
	% Change 2022 vs 2030	20.80%
Maximum scénario	% Change 2022 vs 2026	10.40%
	% Change 2026 vs 2030	10.60%
	% Change 2022 vs 2030	22.10%
Minimum scénario	% Change 2022 vs 2026	10.10%
	% Change 2026 vs 2030	10.30%
	% Change 2022 vs 2030	21.40%

Selon certaines estimations, le Bénin a besoin d'environ 120 millions USD dont environ 73 millions USD d'investissement en 8 ans (de 2022 à 2030) pour combler son déficit en ressources humaines de santé d'ici à l'horizon 2030 (Tableau 3.4.3). C'est

dire que l'effort que doit faire le pays pour être capable de fournir aux populations des services de qualité par un personnel qualifié est important et nécessaire.

Tableau 3.11.3 : Estimations (millions USD) approximatives des enveloppes budgétaires potentielles pour le personnel de santé, 2022 (Source : OMS/AFRO)

Espace financier global (public, privé et APD)	2022	61.66
	2026	90.49
	2030	119.23
Espace budgétaire pour le personnel de santé du secteur public	2022	37.79
	2026	55.46
	2030	73.07

Force est de constater qu'il reste encore beaucoup à faire pour atteindre les objectifs de Couverture Sanitaire Universelle et de Développement Durable. Il est nécessaire de poursuivre et d'intensifier les actions engagées, en tenant compte des besoins spécifiques des différentes régions et catégories de population. Il est également indispensable de renforcer la collaboration entre les différents niveaux de gouvernance, les Partenaires Techniques et Financiers et les Organisations de la Société Civile, afin de mobiliser les ressources nécessaires et de garantir une meilleure coordination des interventions (OMS, 2019 ; Ouendo et al., 2017).

Plusieurs initiatives gouvernementales ont été mises en œuvre pour renforcer la disponibilité des personnels de santé. Parmi celles-ci, le reversement de 10 000 agents précaires en Agents Contractuels

de l'État et le recrutement de 1 577 agents entre 2008 et 2018 figurent parmi les mesures phares. Par ailleurs, la mise en œuvre de réformes telles que le décret n° 2018-342 du 25 juillet 2018, limitant les autorisations d'exercice en clientèle privée pour les agents publics, a permis de mobiliser davantage de ressources humaines dans les formations sanitaires publiques. Cette dynamique a été renforcée par le recrutement récent de 1 300 agents de santé en 2023, le démarrage du projet LLF, l'intégration d'agents de santé communautaires et de relais communautaires, ainsi que l'octroi de bourses aux personnels de santé. Ces actions témoignent d'un engagement soutenu pour répondre à l'augmentation de la demande en soins et services induite par les mécanismes de subvention et de gratuité des soins.



Encadré III.2 - Recrutement de 1600 professionnels de santé

L'évaluation des besoins en ressources humaines du secteur de la santé révèle un déficit estimé à 11.562 agents toutes catégories confondues dont entres autres 875 médecins, 1268 infirmiers et 1563 sages-femmes conformément au cadre organique 2018-2020 du secteur. L'une des principales solutions pour améliorer la couverture de ces besoins, réside dans le recrutement de ressources humaines qualifiées au profit du secteur. Dans ce cadre, il a été élaboré un plan triennal (2021-2023) de recrutement dont l'objectif est de résorber ce déficit. Il prévoit les effectifs à recruter par corps et par année sur la période 2021-2023 assortie d'une évaluation de la masse salariale.

Les statistiques en matière de ressources humaines en santé dans notre pays, révèlent que le ratio des ressources humaines en santé qualifié (médecins, infirmiers et sages-femmes) est de 8,9 pour 10.000 habitants secteurs public et privé confondus (CNPS 2021), contre 25 pour 10.000 habitants recommandé. Le gap est encore plus important dans le secteur public où ce ratio se réduit à 5 pour 10.000 habitants.

Le recrutement de 1485 agents entre 2014 et 2018 n'a pas suffi pour couvrir les départs à la retraite sur la période (plus de 1600). Le déficit pourrait s'aggraver à l'horizon 2025 si rien n'est fait. En effet, 14 % des effectifs seront admis à la retraite entre 2021 et 2025, dans un contexte caractérisé par la construction de nouvelles formations sanitaires et l'amélioration du taux de fréquentation consécutive notamment aux réformes en cours dans le secteur et à la mise en œuvre de l'Assurance pour le Renforcement du Capital Humain. Au regard de tout ce qui précède, il a été nécessaire de procéder à un recrutement spécial de 1600 agents au profit du secteur pour réduire le gap.



RÉFÉRENCES

1. Bénin (2018). Rapport national volontaire 2018 sur la mise en œuvre des Objectifs de développement durable.

2. OMS (2021). Trends in maternal mortality: 2000 to 2017. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division.

3. Bénin (2018). Enquête Démographique et de Santé du Bénin 2017-2018. Rapport de synthèse. Ministère du Plan et du Développement, INSTAD, The DHS Program.

4. OMS (2021). Mortalité maternelle.

5. OMS, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale et Division de la population des Nations Unies (2019). Tendances de la mortalité maternelle : 2000 à 2017. Estimations élaborées par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies. Genève : OMS.

6. ONU (2015). Objectifs de développement durable.

7. Dossou, J.P. (2012). Analyse situationnelle de la mortalité maternelle au Bénin. Thèse de doctorat en médecine, Université d'Abomey-Calavi.

8. EDSB-VI (2019). Enquête démographique et de santé du Bénin 2017-2018. Ministère du Plan et du Développement, INSTAD, ICF.

9. Faye, A., Niane, M., & Ba, I. (2017). Facteurs socioéconomiques de recours aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence en milieu rural sénégalais. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 65(1), 21-29.

10. Ministère de la Santé (2019). Politique nationale de santé 2019-2023. République du Bénin.

11. ONU (2015). Objectifs de développement durable.

12. UN MMEIG (2021). Trends in maternal mortality: 2000 to 2017. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division.

13. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division (2019). Maternal Mortality in 1990-2015, Benin.

14. Aboubakar, N., N'Da, A.K., Yaya, S., and Sombie, I. (2016). Inégalités socio-économiques et mortalité infanto-juvénile au Bénin: analyse des données de l'enquête démographique et de santé 2011-2012. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 64(6), 537-544.

15. Djidonou, A., Boni, G., Fioffi-Kpadonou, E., Agossadou, D., Bakpessi, L., and Tchagbele, O.B. (2016). Impact de la gratuité des soins sur la survie des enfants de moins de cinq ans dans le département du Plateau au Bénin. *Médecine et Santé Tropicales*, 26(3), 316-320.

16. Houeto, D., Atake, E.H., De Allegri, M., and Gnowali, DP. (2018). Inequity in the utilization of antenatal and delivery care in Benin: a cross-sectional study. *International Journal for Equity in Health*, 17(1), 175.

17. Kabore, P.E., Diendere, A., Ilboudo, P.G.C., Sawadogo, M., Hammami, S., Ouattara, L.P., Ouedraogo, Y., and Traore, A. (2020). Facteurs associés à la mortalité infanto-juvénile au Bénin et au Burkina Faso en 2018 : une analyse secondaire des données des enquêtes démographiques et de santé. *Pan African Medical Journal*, 35(2), 53.



RÉFÉRENCES

18. Kiki-Barro, C.P., Ahouansou, R.L., Komlavi, A.K., and Kessie, K. (2019). Facteurs socioéconomiques associés à la mortalité maternelle et infantile au Bénin. *Revue d'Économie du Développement*, 27(4), 117-143.

19. Ministère de la Santé (2019). Plan stratégique national de la santé de l'enfant 2019-2023. Cotonou : Ministère de la Santé.

20. UNICEF (2019). Situation des enfants au Bénin.

21. UN IGME (2021). Levels and Trends in Child Mortality: Report 2020. New York: United Nations Children's Fund.

22. WHO (2017). Bénin: profil du pays pour les soins de santé primaires. Disponible sur [URL]/

23. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division (2019). Trends in maternal mortality: 2000 to 2017. Geneva: World Health Organization.

24. Aboubakar, N., Miribel, M. et Pelletier, V. (2016). Facteurs influençant la mortalité des enfants de moins de cinq ans dans les pays africains à faible revenu

25. Djidonou, A., Boni, G., Adedemy, J.D., Hounkponou, F.N. et Sossa, J.C. (2016). Causes et facteurs de risque de mortalité des enfants de 0 à 5 ans dans une zone rurale du Bénin : étude de cohorte. *Pan African Medical Journal*, 25(1), 131.

26. Houeto, D., Kiki-Barro, C.P., Salou, M., Tovihoudji, P.G., Ouedraogo, L.T., Ahouingnan, A., Prual, A. et Meda, N. (2018). Mesure et analyse de la mortalité néonatale au Bénin de 2012 à 2015. *Bulletin d'information en épidémiologie*, 91(1-2), 10-18.

27. Kabore, P., Hounsa, A., Ouédraogo, L.T., Zida, M., Meda, I.B., Kouanda, S. et Meda, N. (2020). Profil et tendance de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile dans trois districts sanitaires au Bénin, 2013-2017. *Pan African Medical Journal*, 36(1), 261.

28. Kiki-Barro, C.P., Houeto, D., Segniagbeto, G., Tovihoudji, P.G., Ogoudjobi, O.M., Besse, N., Prual, A. et Meda, N. (2019). Causes et déterminants de la mortalité des enfants de moins de cinq ans dans les communes de Banikoara, Kandi et Malanville au Bénin en 2014. *Santé Publique*, 31(1), 93-101.

29. Ministère de la Santé (2019). Plan national de santé 2019-2023. Cotonou : Ministère de la Santé.

30. UN IGME (2020). Levels and trends in child mortality: report 2020. New York : UNICEF.

31. UN IGME (2021). Country profiles for early childhood development.

32. UNICEF (2019). Situation des enfants dans le monde 2019 : les enfants, l'alimentation et la nutrition. New York : UNICEF.

33. WHO (2017). Bénin : WHO and UNICEF estimates of immunization coverage: 2017 revision. Disponible sur : [URL]

34. CNLS (2018). Plan stratégique national multisectoriel de lutte contre le sida 2018-2022. Conseil national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles, Cotonou.

35. GHO/iAHO (2021). Données sur le VIH/sida. Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Afrique.

36. ONUSIDA (2020). Bénin. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida.



RÉFÉRENCES

37. ONUSIDA (2020) Bénin : Rapport narratif 2020 sur la riposte au sida.

38. OMS (2019). Prise en charge pédiatrique du VIH. Genève : Organisation mondiale de la santé.

39. UNICEF (2021). Données et statistiques sur le VIH/Sida. New York : Fonds des Nations unies pour l'enfance.

40. CNLS (2018). Plan stratégique national multisectoriel de lutte contre le sida 2018-2022. Conseil national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles, Cotonou.

41. OMS (2020a). Rapport mondial sur la tuberculose 2020. Organisation mondiale de la santé, Genève.

42. OMS (2020b). Profil pays du Bénin sur la tuberculose 2020. Organisation mondiale de la santé, Genève.

43. OMS (2020c). Base de données mondiale sur la tuberculose. Organisation mondiale de la santé, Genève. Disponible sur [URL]

44. PNT> (2020). Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2021-2025. Programme national de lutte contre la tuberculose, Cotonou.

45. iAHO (2020) Bénin: Profil de santé. Institut africain pour la santé et le développement.

46. OMS (2020a) Rapport mondial sur la tuberculose 2020. Organisation mondiale de la santé.

47. OMS (2020b) Données sur la tuberculose par pays: Bénin. Organisation mondiale de la santé.

48. PNT (2020) Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2021-2025. Programme national de lutte contre la tuberculose. Ministère de la santé, République du Bénin.

49. Banque mondiale (2021) Indicateurs du développement dans le monde.

50. OMS (2021) Paludisme : mise en route d'un projet pilote de vaccination dans six pays africains.

51. PNLP (2019) Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2016-2020. Disponible sur : [URL] (consulté le 18 octobre 2021).

52. OMS (2018). Profil du pays : maladies tropicales négligées au Bénin. Organisation mondiale de la santé.

53. OMS (2021). Données sur les maladies tropicales négligées. Organisation mondiale de la santé.

54. P/LMTN (2020). Rapport annuel 2019 du programme national intégré de lutte contre les maladies tropicales négligées au Bénin. Ministère de la santé du Bénin.

55. Banque mondiale (2021). Consommation moyenne d'alcool par habitant (15 ans et plus) au cours d'une année civile en litres d'alcool pur.



RÉFÉRENCES

56. OMS (2014). Stratégie mondiale pour réduire l'usage nocif de l'alcool.
57. OMS (2017). Rapport mondial sur la situation en matière de lutte antitabac, 2017.
58. OMS (2018). Profil de santé de l'Afrique.
59. OMS (2020). Tabac.
60. OMS (2021). Prévalence du tabagisme actuel (taux standardisé pour l'âge) (%).
61. PNUD (2020). Indice de développement humain et ses composantes.
62. OMS (2020). Dépenses de santé.
63. Bénin (2017). Loi n° 2017-02 portant code de la santé publique en République du Bénin.
64. Bénin (2018). Stratégie nationale de la couverture santé universelle 2018-2022.
65. OMS (2019). Rapport sur la situation sanitaire dans la Région africaine 2019.
66. ARCH (2020). Assurance pour le renforcement du capital humain.
67. INSTAD (INSTAD) [Bénin] et ICF. 2019. Enquête Démographique et de Santé au Bénin 2017-2018. Rockville, Maryland, USA : INSTAD et ICF.
68. UNFPA. 2020. State of World Population 2020. Against my will: Defying the practices that harm women and girls and undermine equality. New York: UNFPA.
69. Banque mondiale. 2021. Taux de fertilité chez les adolescentes (naissances pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans).
70. Banque Mondiale (2020). Indicateurs du développement dans le monde.
71. IHME (2020). Global Burden of Disease Study 2019.
72. OMS (2018). Rapport mondial sur la sécurité routière 2018.
73. OMS (2020). Base de données sur la qualité de l'air ambiant à l'échelle mondiale.
74. UNICEF et OMS (2019). Progress on household drinking water, sanitation and hygiene 2000-2017.
75. Banque Mondiale (2020). Bénin : Projet d'appui à la santé maternelle et infantile. Rapport N°PAD 3650. Washington DC: Banque Mondiale.

RÉFÉRENCES

76. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (2018). Enquête modulaire intégrée sur les conditions de vie des ménages (EMICoV) 2017-2018. Cotonou: INSTAD.

77. Ministère de la Santé (2019). Plan national de développement sanitaire 2019-2023. Cotonou: Ministère de la Santé.

78. OMS (2016). La CSU et la main-d'œuvre sanitaire. Genève: OMS.

79. PRISMA (2020). Analyse situationnelle de la santé au Bénin. Cotonou: PRISMA.

80. Oke, M., Ahinkorah, B.O., Kugbey, N., Seidu, A.A., Budu, E., Ameyaw, E.K. et Yaya, S. (2018). Snakebite envenomation: a priority neglected health problem of rural communities in West Africa. BMC Research Notes, 11, 732.

81. Résultat cartographie de base 2014-2015

82. Résultat enquête TAS 2020.

83. PNDS 2017-2021



A laboratory technician wearing a blue lab coat, a white face mask, and blue gloves is working in a laboratory. The technician is focused on a task, possibly pipetting, near a white centrifuge with its lid open. The background shows a clean, clinical setting with white walls and a window. The number '4' is prominently displayed in the lower-left quadrant of the image.

4

SECTION IV - ANALYSE DES PILIERS DU SYSTÈME DE SANTÉ AU BÉNIN

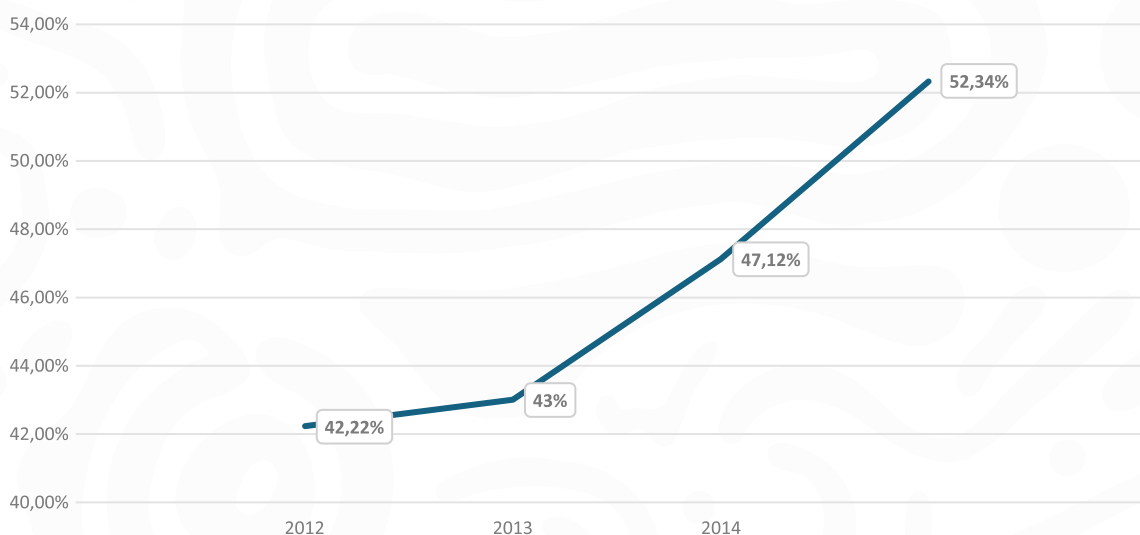
Le système de santé d'un pays est l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes qui ont pour objectif principal de préserver et d'améliorer la santé de la population. Un système de santé efficace et équitable contribue à la réalisation des Objectifs de Développement Durable (ODD), notamment l'objectif 3 qui vise à garantir une

vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tout âge. Pour atteindre cet objectif, il est indispensable d'investir dans les différents piliers du système de santé, qui sont : le financement, la gouvernance, les ressources humaines, les produits médicaux, les infrastructures sanitaires, les prestations de soins et services et le système d'information en santé.

4.1 Financement de la santé

Selon les comptes nationaux de santé du Bénin 2012 à 2015, la contribution des ménages ne cesse de grimper depuis 2012 (42,22% en 2012, 43,00% en 2013, 47,12% en 2014 et 52,34% en 2015). Ces dépenses exposent les ménages à un risque élevé

de basculer dans la pauvreté en cas de maladie ou d'accident, et constituent un frein à l'utilisation des services de santé, notamment pour les populations vulnérables.



Graphique 4.1.1: Evolution de la contribution des ménages de 2012 à 2015 (Source : Comptes nationaux de santé du Bénin de 2012 à 2015)

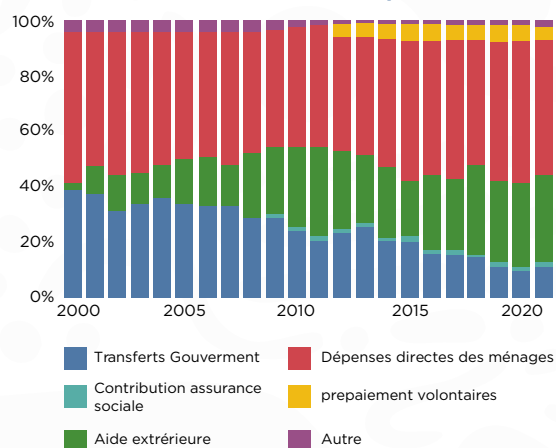
Selon les données de l'OMS (2012 à 2021), le financement de la santé au Bénin a connu des évolutions contrastées au cours des dix dernières années. D'une part, les dépenses courantes de santé par habitant ont augmenté de 16,7 % entre 2010 et 2021, passant de 30 à 35 dollars (Graphique 3.1.2). Cette augmentation est principalement due à la part importante que prend l'aide extérieure dans le financement de la santé. Les dépenses publiques de santé représentent 12,3% des dépenses courantes de santé en 2021, contre 20,23 % en 2015

(Graphique 3.1.1) soit une baisse de 7,93 points. D'autre part, les dépenses de santé en pourcentage du PIB ont diminué de 3,1 % à 2,58 % entre 2010 et 2020, ce qui maintient le Bénin en dessous de la moyenne de la région africaine de l'OMS (5,2 %) et de la recommandation de ladite organisation de consacrer au moins 5 % du PIB à la santé (Graphique 3.1.2). Cette baisse relative suggère que la croissance économique du pays n'a pas été suffisamment accompagnée d'un investissement proportionnel dans le système de santé.

Statistiques Clés du financement de la santé

	2005	2010	2015	2021
Dépenses de santé US\$ par habitant	26	30	28	35
Dépenses publiques de santé en % des dépenses de santé	33.1%	25.0%	21.7%	12.3%
Dépenses des ménages en % des dépenses de santé	46.5%	43.5%	51.4%	48.6%
Pourcentage des dépenses générales de santé en % des dépenses générales du gvt	7.6%	5.3%	3.3%	1.6%
PIB US\$ par habitant	806	1,009	1,042	1,361

Sources de financement des dépenses de santé



Graphique 4.1.2: Statistiques clés de financement de la santé au Bénin & Principales sources de financement 2000-2021 (Source : Global Health Expenditure Database ; OMS)

Tableau 4.1.1 : Indicateurs de financement de la santé au Bénin de 2012 à 2015

Ratios financement santé	2012	2013	2014	2015
Dépenses de santé US\$ par hbt	41,19	39,64	41,64	36,41
Dépenses publiques courantes de santé en % de la dépense totale de santé	21,08	23,98	38,3	39,29
Dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé	37,7	40,08	38,3	49
Dépenses courantes de santé en % dépenses générales du gouvernement		25,57%	20,32%	20,23%
PIB par hbt en \$	0,80770431	0,82010249	0,85747581	0,9451546

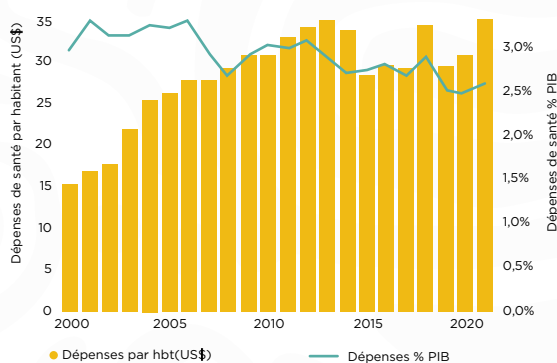
1\$=500FCFA
Sources: CS 2012, 2013, 204 et 2015



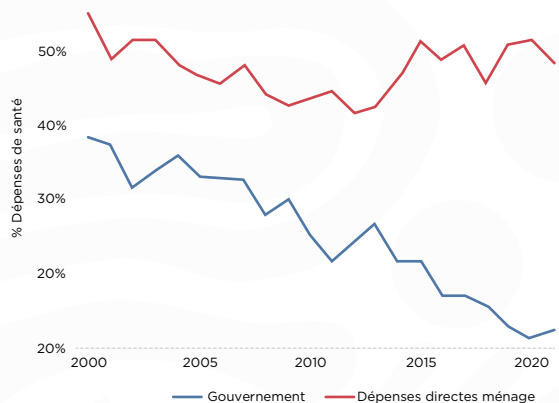
L'analyse des dépenses publiques de santé du gouvernement du Bénin par rapport aux dépenses directes des ménages sur les dix dernières années (2010-2021) montre que le pays n'a pas atteint les objectifs qu'il s'était fixés en matière de financement de la santé.

En effet, les dépenses courantes de santé par habitant, ont régressé de 2012 (41,19 \$) à 2015 (36,41\$). La part du budget alloué à la santé est passée de 3,68 % en 2018 à 4,3% en 2022 (Annuaire des Statistiques sanitaires 2018 et 2022), ce qui est inférieur au seuil de 15 % recommandé par la Déclaration d'Abuja de 2001 (Graphique 3.1.4). Cette situation pourrait s'expliquer notamment par la priorisation d'autres secteurs comme l'éducation, la sécurité ou les infrastructures (Djossou et al., 2020). Par ailleurs, le Bénin n'a pas réussi à réduire

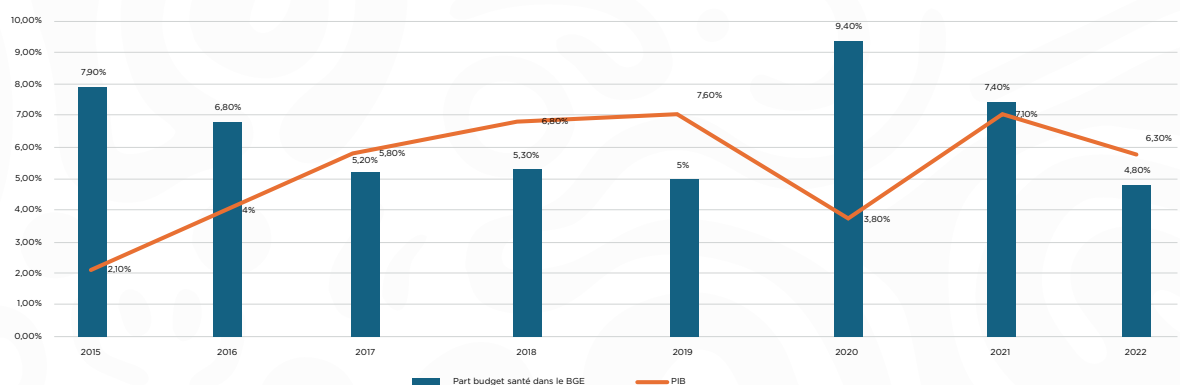
la part des dépenses directes des ménages dans les dépenses courantes de santé, qui reste élevée à 48,6 % en 2021 (Global Health Expenditure Database ; OMS). Ces dépenses sont principalement liées aux coûts des médicaments, des consultations, des examens et des soins hospitaliers, qui ne sont pas couverts par le système de protection existant. Les dépenses directes des ménages sont une source de financement inefficace et inéquitable, car elles dissuadent les personnes de recourir aux services de santé, surtout les plus pauvres et les exposent au risque de dépenses catastrophiques de santé et de pauvreté (OMS, 2010). Selon l'OMS, le Bénin fait partie des pays où plus de 40 % de la population dépense plus de 10 % de son revenu pour se soigner, ce qui compromet l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle (OMS, 2019).



Graphique 4.1.3: Dépenses courantes de santé au Bénin (Dépenses par habitants et Dépenses en % du PIB), 2000-2020 (Source : OMS)



Graphique 4.1.4: Dépenses publiques du Gouvernement et dépenses directes des ménages au Bénin, 2000-2020 (Source : OMS)



Graphique 4.1.5: Part du Budget de la santé dans le budget de l'Etat au Bénin, 2015-2022 (Sources : DGAE, ASS 2022)

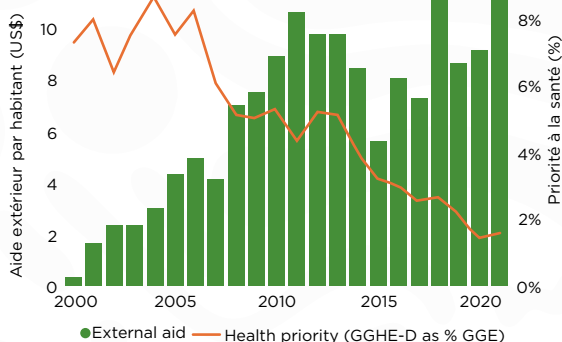


L'analyse du graphique 3.1.4 montre une évolution progressive de la part du budget santé dans le Budget Général de l'État. Les données révèlent que, malgré des fluctuations, la part allouée reste souvent inférieure à la norme de 15 %. Cette tendance suggère un sous-financement persistant du secteur de la santé sur plusieurs périodes.

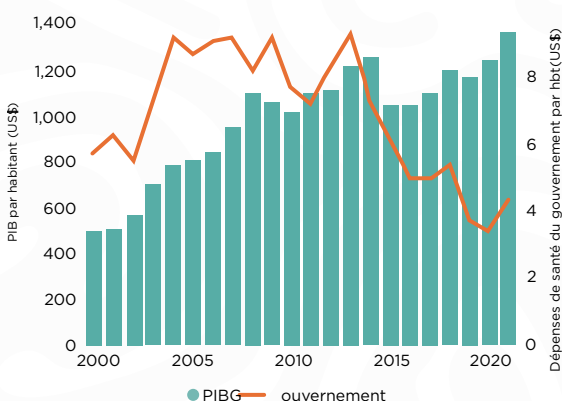
L'analyse des données de l'OMS sur les dépenses de santé au Bénin montre que le pays a connu une forte augmentation de l'aide extérieure dans le secteur de la santé au cours des dix dernières années, passant de 29,45 % des dépenses courantes de santé en 2010 à 32,07 % en 2021. Cette évolution témoigne du rôle important que jouent les bailleurs de fonds internationaux dans le financement des programmes et des services de santé au Bénin, notamment dans les domaines prioritaires tels que la lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et la santé maternelle et infantile ainsi que la Couverture Sanitaire Universelle. Toutefois, l'augmentation de l'aide extérieure ne s'est pas traduite par une hausse significative des dépenses courantes totales

de santé en pourcentage du PIB, qui sont restées relativement stables en dessous de 3 % entre 2010 et 2021. Ce chiffre est inférieur à la moyenne de 6,3 % pour les pays à faible revenu et de 7,2 % pour les pays africains (OMS, 2021). Cela signifie que le Bénin n'a pas mobilisé suffisamment de ressources domestiques pour financer son système de santé, et qu'il dépend fortement de l'appui financier des partenaires extérieurs.

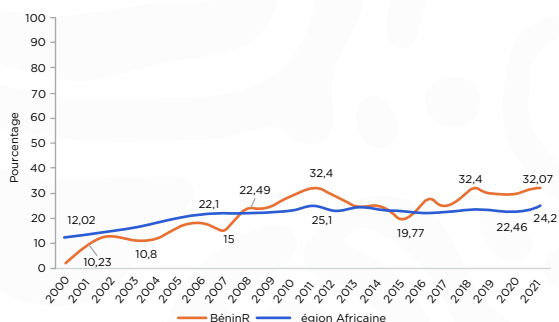
En conclusion, le Bénin a bénéficié d'une forte croissance de l'aide extérieure dans le secteur de la santé au cours de la dernière décennie, mais il doit renforcer son financement domestique pour assurer la pérennité et l'équité de son système de santé. Il est recommandé au gouvernement d'augmenter la part du budget de la santé dans le budget de l'État, de réduire la part des dépenses directes des ménages, d'organiser et réguler le secteur informel et de diversifier les sources de revenus pour le secteur de la santé, par exemple en généralisant l'assurance maladie obligatoire ou en élargissant la base fiscale.



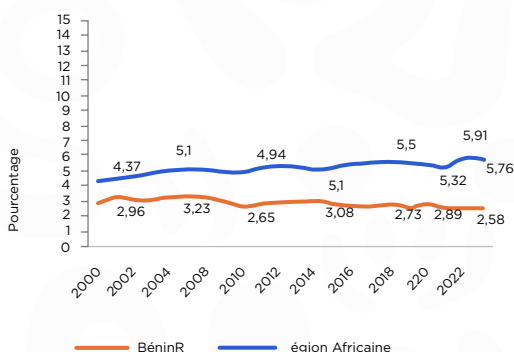
Graphique 4.1.6: Dépenses externes de santé (EXT) en % des dépenses courantes de santé (CHE) au Bénin (Source : OMS)



Graphique 4.1.8: Dépenses externes de santé (EXT) en % des dépenses courantes de santé (CHE) au Bénin (Source : OMS)



Graphique 4.1.7: Dépenses externes de santé (EXT) en % des dépenses courantes de santé (CHE) au Bénin (Source : OMS)



Graphique 4.1.9: Dépenses courantes totales de santé en % du produit intérieur brut (PIB) au Bénin, 2000-2021 (Source : OMS)





Pour améliorer le financement de la santé au Bénin, il est nécessaire d'augmenter les dépenses publiques de santé, en mobilisant davantage de ressources internes et en renforçant l'efficacité et la transparence de leur allocation et de leur gestion. Il est également indispensable de réduire les dépenses directes des ménages, en développant un système de protection sociale qui garantit l'accès à

des services de santé de qualité et abordables pour tous les citoyens, sans discrimination ni exclusion. Ces mesures requièrent une volonté politique forte et une coordination entre les différents acteurs du système de santé, ainsi qu'un appui technique et financier des partenaires au développement (OMS, 2017).

4.2 Gouvernance de la santé

La gouvernance de la santé se réfère à « l'ensemble des acteurs et des règles formelles ou informelles qui orientent le processus de prise de décision et de mise en œuvre des politiques de santé » (OMS, 2020). La gouvernance de la santé au Bénin a connu des évolutions significatives au cours des dix dernières années, mais elle reste confrontée à plusieurs défis. En ce qui concerne la politique sanitaire, le Bénin dispose d'une Politique Nationale de Santé (PNS) 2018-2030, dont la vision s'énonce ainsi qu'il suit : « Le Bénin dispose en 2030 d'un système de santé régulé, performant et résilient basé sur la disponibilité permanente de soins promotionnel préventif, curatif, ré-adaptatif et palliatif de qualité,

équitable et accessible selon le cycle de vie, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec la participation active de la population. » (PNS, 2018). La PNS s'articule autour de six axes stratégiques : développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé, prestations de service et amélioration de la qualité des soins, valorisation des Ressources Humaines en Santé, développement des infrastructures, des équipements, des produits de santé de qualité et de la médecine traditionnelle, amélioration du Système National d'Information Sanitaire (SNIS), de la promotion de la recherche et de l'innovation en santé et amélioration de financement pour une meilleure Couverture

Sanitaire Universelle (CSU). La PNS est le résultat d'un processus participatif et inclusif, qui a impliqué les différents acteurs du secteur de la santé, y compris les autorités politiques, les Partenaires Techniques et Financiers, les Organisations de la Société Civile, le secteur privé et les utilisateurs des services de santé.

Par ailleurs, le Bénin dispose de cadres de concertation nationaux et départementaux qui sont des espaces de dialogue et de coordination entre les différents acteurs du secteur de la santé, qui visent à harmoniser les interventions, à résoudre les problèmes et à partager les expériences.

Au niveau national, le cadre de concertation le plus important est la réunion semestrielle MS-PTF qui réunit le Ministre de la Santé, les membres du Cabinet, les membres du Secrétariat Général, les Directeurs centraux et techniques, les Coordonnateurs des projets/programmes, les Directeurs Généraux des Agences du Ministère de la Santé et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) du secteur. Il existe également le Comité National de suivi de l'Exécution et d'Évaluation des Projets et programmes du secteur de la santé (CNEEP) et la revue annuelle de performance. Cette dernière constitue un cadre de concertation qui réunit les représentants du Ministère de la Santé, des autres ministères concernés, des Partenaires Techniques et Financiers, des Organisations de la Société Civile, du secteur privé et des usagers. La revue annuelle de performance se tient une fois par an pour examiner les rapports d'activités ainsi que pour discuter des enjeux et des perspectives.

Au niveau départemental, il existe des Comités Départementaux de suivi de l'Exécution et d'Évaluation des Projets et programmes du secteur de la santé (CDEEP).

Au niveau local, il existe des Comités locaux de Santé (CLS), qui sont des instances de participation communautaire à la gestion des services de santé. Les CLS sont composés de représentants des collectivités locales, des prestataires de santé, des organisations communautaires et des usagers. Ils ont pour rôle de contribuer à la planification, à la supervision, au suivi et à l'évaluation des activités sanitaires au niveau des zones sanitaires. Ces réformes ont permis d'instaurer un cadre institutionnel propice à la gouvernance participative et inclusive du secteur de la santé, en associant les différents acteurs à la définition et à la mise en œuvre des politiques et programmes de santé. Elles ont également contribué à renforcer la capacité

des acteurs à s'exprimer, s'informer, se concerter et rendre des comptes sur les questions de santé.

La participation active des représentants du secteur privé à tous les cadres de concertation, à tous les niveaux de la pyramide, doit être maintenue et renforcée pour qu'ils s'approprient tous les défis du secteur et que la synergie avec le secteur privé soit améliorée.

Pour ce qui est de la redevabilité et de suivi de la performance, le Système National d'Information et de Gestion Sanitaire (SNIGS) produit des rapports périodiques annuels qui sont diffusés aux différents niveaux du système de santé et aux partenaires. Le SNIGS est également utilisé pour alimenter le Tableau de Bord Sanitaire (TBS) qui est un outil de suivi et d'évaluation de la performance du système de santé, basé sur un ensemble d'indicateurs clés. Le TBS permet de comparer les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés et de déterminer les forces et les faiblesses du système de santé.

De plus, le Bénin a engagé un processus de décentralisation du système de santé qui vise à transférer une partie du pouvoir de décision et des ressources aux collectivités territoriales (communes et départements). Ce processus s'inscrit dans le cadre de la loi n° 97-029 du 15 janvier 1999 portant organisation des communes en République du Bénin qui confère aux communes la compétence de la santé publique. La décentralisation du système de santé a pour objectifs de rapprocher les services de santé des populations, de renforcer la participation communautaire, d'améliorer la qualité et l'efficacité des prestations, et de favoriser l'innovation et la créativité. Toutefois, ces réformes ont aussi rencontré des défis et des limites, liés notamment à la faible appropriation des acteurs, au manque de moyens financiers et matériels, à l'insuffisance de coordination et d'harmonisation des interventions, et à la faible capacité de suivi et d'évaluation des résultats. Ces défis ont été mis en évidence par plusieurs études et rapports, qui ont évalué le niveau de fonctionnement et de performance des instances de gouvernance de la santé au Bénin (OMS, 2018 ; UNICEF, 2019 ; PNUD, 2020).

Parmi les principaux indicateurs de gouvernance de la santé, on peut citer :



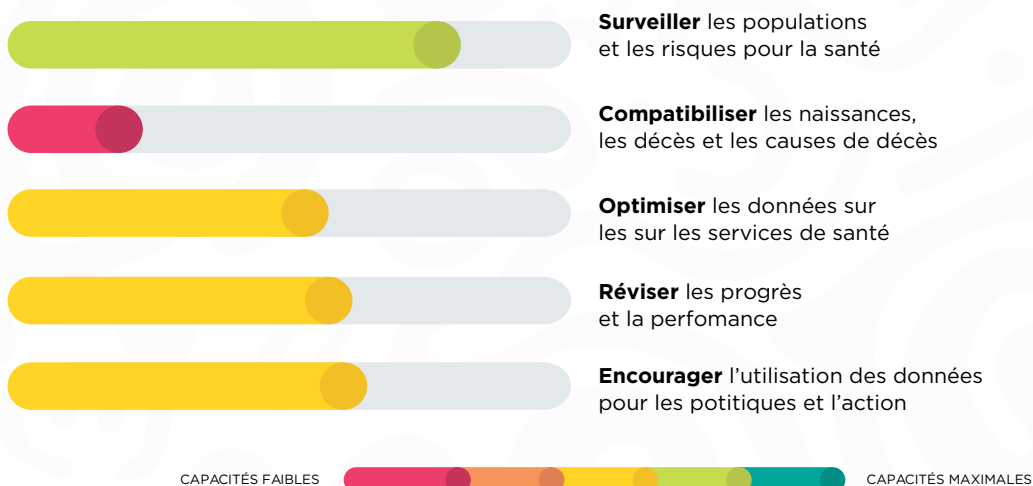
- le taux de participation des acteurs aux instances de concertation et de participation qui reflète le degré d'implication et d'engagement des acteurs dans le processus de gouvernance de la santé. Ce taux varie selon les niveaux et les catégories d'acteurs, allant de 28 % pour les usagers au niveau national à 76 % pour les Partenaires Techniques et Financiers au niveau départemental (PNUD, 2020);
- le taux de satisfaction des acteurs vis-à-vis des instances de concertation et de participation, qui mesure le degré de confiance et d'adhésion des acteurs aux instances de gouvernance de la santé. Ce taux est globalement faible, avec une moyenne de 35 % pour l'ensemble des acteurs et des niveaux. Les principaux facteurs de mécontentement sont le manque de transparence, le non-respect des décisions, le faible impact des actions, et le manque de représentativité (PNUD, 2020) ;

- le taux de mise en œuvre des recommandations issues des instances de concertation et de participation, qui évalue le degré de suivi et de réalisation des décisions prises par les instances de gouvernance de la santé. Ce taux est également faible, avec une moyenne de 29 % pour l'ensemble des acteurs et des niveaux. Les principaux obstacles à la mise en œuvre des recommandations sont en général les ressources limitées ou une faiblesse dans la coordination (PNUD, 2020).

4.3 Informations sur la santé

Le Système d'Information Sanitaire (SIS) est un élément essentiel pour le renforcement du système de santé et la réalisation des Objectifs de Développement Durable. Il permet de collecter, d'analyser, de traiter, de diffuser et d'utiliser les données sanitaires pour la planification, le suivi,

l'évaluation et la prise de décision. Au Bénin, le SIS a connu plusieurs réformes et investissements au cours des dix dernières années, visant à améliorer sa performance et sa qualité. Le graphique 3.3.1 résume la situation du SIS au Bénin en 2023 suivant l'outil d'évaluation SCORE de l'OMS.



Graphique 4.3.1: Synthèse de l'évaluation du système d'information sanitaire (suivant la méthodologie SCORE) au Bénin, 2013-2023 (Source : OMS)



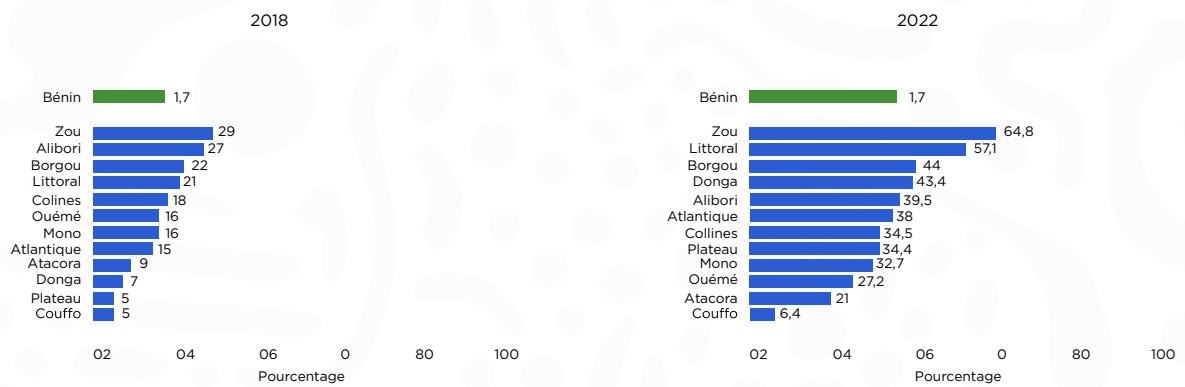
Selon le rapport d'évaluation du SIS du Bénin réalisé en 2018 par le ministère de la santé avec l'appui de l'OMS, le SIS dispose d'un cadre juridique et institutionnel défini, d'une stratégie nationale de développement et d'un plan opérationnel pluriannuel. Le SIS s'appuie sur plusieurs sources de données, notamment les rapports des formations sanitaires, les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), les registres de l'état civil et les systèmes d'information géographique. Le SIS utilise également les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) pour faciliter la collecte, le traitement, le stockage et la transmission des données. Toutefois, le SIS du Bénin présente encore des faiblesses et des défis à relever, notamment en matière de promptitude, de qualité, de complétude, de pertinence, de fiabilité et d'utilisation des données, sans oublier la disponibilité des données consolidées et validées. Le rapport d'évaluation du SIS identifie plusieurs facteurs limitant la performance du SIS, tels que le manque de coordination entre les acteurs, le déficit de ressources humaines qualifiées, le financement insuffisant, l'insuffisance des infrastructures et des équipements, la multiplicité des outils de collecte, la faible intégration des données provenant de sources différentes, et le faible niveau d'appropriation et d'utilisation des données par les décideurs.

Pour apprécier l'investissement dans le SIS au Bénin sur les dix dernières années, il convient de se référer aux indicateurs clés suivants :

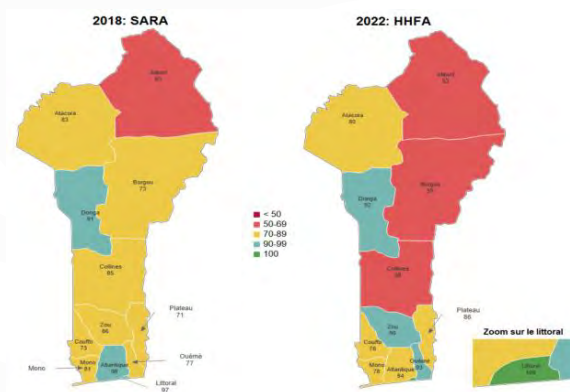
- le budget alloué au SIS par le Ministère de la Santé et les Partenaires Techniques et Financiers, qui reflète le niveau de priorité accordé au SIS et la mobilisation des ressources nécessaires à son fonctionnement. Le budget du SIS est passé de 1,4 milliard de francs CFA en 2011 à 3,2 milliards de francs CFA en 2019 (PNUD, 2020), soit une augmentation de 128 % ;
- les taux de complétude et de promptitude des rapports du SIS qui mesurent respectivement le degré de disponibilité et le degré de régularité des données sanitaires produites par les formations sanitaires. Le taux de complétude des rapports mensuels est de 95,5 % au niveau national, mais il varie selon les départements, allant de 33,3 % à 100 %. Le taux de ponctualité des rapports mensuels est de 82 % au niveau national, mais il varie également selon les départements, allant de 67 % à 95 % (SIS, 2022) ;

- le taux d'utilisation des données du SIS qui évalue le degré d'exploitation et d'application des données sanitaires pour la prise de décision, la planification, le suivi et l'évaluation des interventions de santé. Ce taux est faible, avec une moyenne de 28 % pour l'ensemble des acteurs et des niveaux. Les principaux facteurs qui limitent l'utilisation des données sont la disponibilité tardive des données consolidées et validées, le manque de capacités analytiques, le déficit de diffusion et de communication des données, et le faible niveau de participation des acteurs aux instances de revue des données (PNUD, 2020).

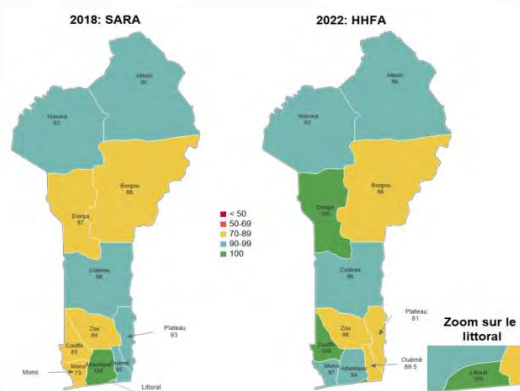
Pour ce qui concerne la cybersanté encore appelée santé numérique, le Bénin a élaboré et adopté en 2018 la stratégie nationale y relative, qui définit les orientations stratégiques pour le développement et l'intégration des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) dans le système de santé. Depuis 2022, l'A.R.S est en charge de la définition du cadre de développement de la santé numérique et sa régulation (article 40 nouveau du décret n° 2023-690 du 20 décembre 2023 portant modification du décret n° 2023-409 du 26 juillet 2023 portant attributions, organisation et fonctionnement de l'Autorité de Régulation du secteur de la Santé). Cette politique vise à améliorer la qualité, l'efficacité, l'accessibilité et la sécurité des services de santé, ainsi qu'à renforcer la gouvernance, la coordination et le suivi-évaluation du secteur. Par ailleurs, le pays a investi dans le renforcement des infrastructures et des équipements informatiques, notamment par l'installation de la fibre optique, la fourniture d'ordinateurs, de tablettes et de smartphones, et la mise en place d'un réseau VPN sécurisé. Le Bénin a également mis en œuvre des solutions de cybersanté innovantes, telles que la télé-médecine, le téléenseignement, les applications mobiles, les SMS et les centres d'appel pour faciliter l'accès et la qualité des soins, ainsi que la communication et la sensibilisation des populations.



Graphique 4.3.2: Proportion d'établissements de santé disposant d'un ordinateur avec connexion internet en % (Source SARA /HHFA, 2018/2022)



Graphique 4.3.3: Pourcentage des établissements de santé ayant une source d'eau améliorée (Source SARA /HHFA, 2018/2022)



Graphique 4.3.4: Pourcentage des établissements de santé ayant un accès à des installations sanitaires améliorées (Source SARA /HHFA, 2018/2022)

(Source





Encadré VI.1 – Enregistrement des faits d'état civil au Bénin

L'enregistrement des faits d'état civil, comprenant les naissances, les décès, les mariages et les divorces, est crucial pour la planification démographique, l'allocation des ressources et la formulation des politiques publiques. Au Bénin, ce système a connu diverses évolutions et défis au cours des dix dernières années.

Progrès dans l'enregistrement des faits d'état civil

L'enregistrement des faits d'état civil est une source essentielle d'information pour la planification, le suivi et l'évaluation des politiques publiques, notamment en matière de santé. Il permet de disposer de données fiables sur la population, la natalité, la mortalité, les causes de décès, etc. Or, au Bénin, le système d'enregistrement des faits d'état civil présente plusieurs lacunes et insuffisances, qui limitent sa fiabilité et sa couverture. Le taux d'enregistrement des naissances au Bénin était de 86,3 % en 2016, ce qui place le pays parmi les mieux classés en Afrique subsaharienne, mais loin de l'objectif de 100 % (UNICEF, 2018). En revanche, le taux d'enregistrement des décès était estimé à seulement 26,1 % en 2015 (OMS, 2018).

Au cours de la dernière décennie, le Bénin a entrepris des initiatives significatives pour améliorer l'enregistrement des faits d'état civil. Parmi ces initiatives, l'introduction des technologies numériques a été primordiale. La digitalisation des registres d'état civil a commencé à se déployer progressivement, facilitant ainsi une meilleure gestion des données et une réduction des erreurs administratives (UNICEF, 2019). En outre, des campagnes de sensibilisation menées par des organisations non gouvernementales et des organismes internationaux ont contribué à augmenter le taux de déclaration des naissances et des décès. Par exemple, une campagne soutenue par le Fonds des Nations Unies pour la Population a montré une augmentation significative des enregistrements dans les zones rurales, où les taux étaient bas (UNFPA, 2020).

Obstacles et défis persistants

Malgré les progrès, plusieurs défis entravent encore un enregistrement complet et précis des faits d'état civil au Bénin. Les infrastructures insuffisantes et le manque de personnel formé sont des problèmes récurrents. Une étude de la Banque Mondiale a révélé que de nombreuses zones rurales manquent de centres d'enregistrement adéquats, obligeant les habitants à parcourir de longues distances pour enregistrer les événements vitaux (Banque Mondiale, 2021).

De plus, des facteurs socioculturels continuent d'affecter les taux d'enregistrement, en particulier dans les communautés éloignées où les pratiques traditionnelles et le manque de sensibilisation sur l'importance de l'enregistrement civil persistent (Cissé et al., 2018).

Réformes et perspectives

Pour surmonter ces obstacles, le gouvernement béninois, en collaboration avec ses partenaires internationaux, a mis en place plusieurs réformes. L'une des initiatives majeures est le Projet de Renforcement du Système d'État Civil (PRSEC), lancé en 2020. Ce projet vise à moderniser le système d'enregistrement par l'intégration de solutions technologiques et l'amélioration des

capacités des agents d'état civil (Gouvernement du Bénin, 2020). Par ailleurs, des politiques incitatives ont été mises en place pour encourager l'enregistrement des naissances et des décès. Par exemple, la gratuité de la déclaration des naissances a été instaurée, ce qui a conduit à une augmentation des enregistrements de naissance qui est passée des 86,3 % en 2016 à 93 % en 2022. (INSTAD, 2021-2022).

Bien que le Bénin ait réalisé des progrès notables dans l'amélioration de son système d'enregistrement des faits d'état civil au cours des dix dernières années, des défis subsistent. Les efforts de digitalisation, les campagnes de sensibilisation et les réformes institutionnelles sont des étapes positives vers un système plus efficace et inclusif. Une collaboration continue entre le gouvernement, les communautés locales et les partenaires internationaux sera essentielle pour surmonter les obstacles restants et assurer un enregistrement universel et précis. En particulier, un effort plus important doit être consacré à l'obtention de l'enregistrement des décès et des causes de décès

4.4 Analyse de la situation des ressources humaines en santé

Le système de santé au Bénin reste confronté à des défis structurels majeurs en matière de ressources humaines. Les pénuries importantes, particulièrement en médecins spécialistes, sages-femmes, et infirmiers, sont aggravées par une répartition géographique inéquitable, un faible niveau de formation continue, et une motivation insuffisante des personnels de santé. Les déficits observés sont également liés à des failles dans la planification stratégique, à la faible attractivité du service public, et à l'exode vers d'autres secteurs ou pays.

Malgré ces défis, des progrès significatifs ont été réalisés. En 2023, plusieurs initiatives ont été lancées, notamment le projet LLF et le recrutement de nouveaux agents, ce qui a permis de renforcer l'offre de soins. Par ailleurs, des réformes structurantes ont été mises en œuvre, telles que la création de l'Observatoire National des Ressources Humaines en Santé (ONRHS) et la révision du Plan National de Développement Sanitaire. Le système de formation des ressources humaines a également été renforcé pour répondre aux besoins spécifiques, bien que des lacunes subsistent, notamment au niveau des infrastructures et des équipements. Les projections financières pour combler le déficit en personnel

qualifié d'ici 2030 montrent qu'un investissement de 120 millions USD est nécessaire, avec une hausse significative de l'enveloppe budgétaire prévue, qui passerait de 61,66 millions USD en 2022 à 119,23 millions USD en 2030.

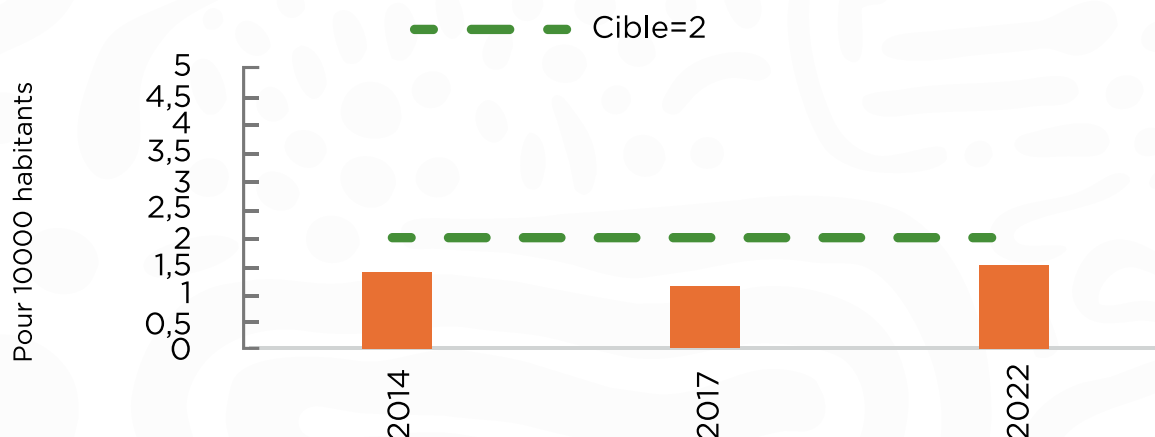
Ces efforts, bien qu'importants, nécessitent une intensification et une meilleure coordination entre les acteurs nationaux et internationaux, afin d'atteindre les objectifs de Couverture Sanitaire Universelle et de garantir des services de santé de qualité pour tous.



4.5 Infrastructures de santé

L'investissement dans les infrastructures de santé au Bénin a connu une évolution significative au cours des dix dernières années, grâce aux efforts du gouvernement et des partenaires au développement. En 2023, le nombre total de formations sanitaires dans le SNIGS est de 1857 (ASS/MS, 2023). La

densité des formations sanitaires par niveau de soins (primaire, secondaire et tertiaire) a également augmenté passant de 1,23 en 2017, à 1,47 en 2023 pour 10 000 habitants). Toutefois, cette densité reste inférieure à la norme de l'OMS, qui est de 2 pour 10 000 habitants (OMS, 2016).

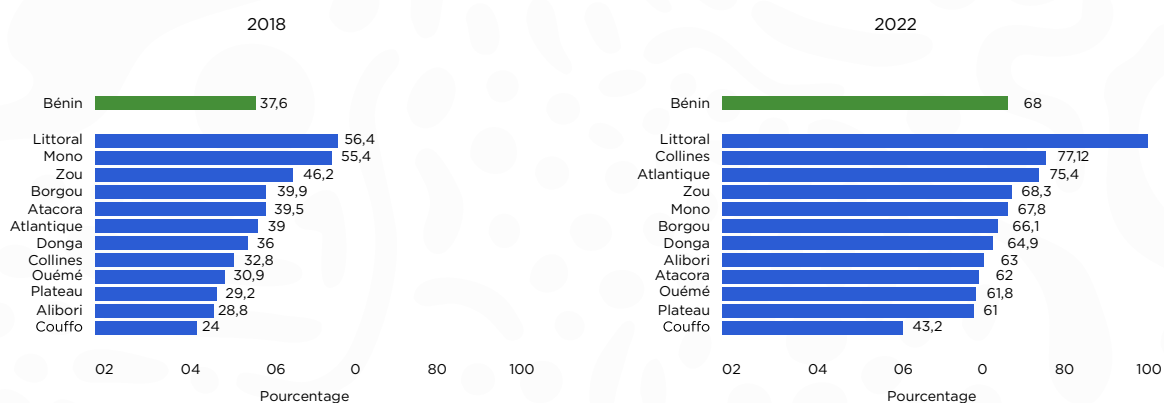


Graphique 4.5.1: Densité des formations sanitaires (par niveau de la pyramide sanitaire- primaire, secondaire et tertiaire) pour 10 000 habitants au Bénin, 2022 (Source : Annuaire Statistique)

Selon une enquête réalisée en 2024 par les délégations départementales de la Cellule de Contrôle et d'Inspection des Structures de Prestations de Soins Médicaux (CCI-SPSM) de l'Autorité de Régulation du secteur de la Santé (ARS), 244 formations sanitaires du pays sont dépourvues d'eau potable et 191 ne disposent pas d'énergie électrique. Il est souhaitable de (i) mettre en place un programme national d'extension des réseaux d'eau potable vers les formations sanitaires affectées. Ce programme pourrait inclure la construction de forages équipés de pompes solaires dans les zones éloignées où le raccordement au réseau d'eau est difficile et (ii) équiper les formations sanitaires dépourvues d'électricité de systèmes solaires photovoltaïques avec batteries de stockage. Cela permettrait de garantir une alimentation électrique continue pour les équipements médicaux essentiels, même dans les zones isolées.

Par ailleurs, l'Enquête « l'Évaluation Harmonisée des Établissements de Santé » (HHFA) réalisée en 2022 a permis d'évaluer l'indice des infrastructures des services de santé qui mesure la présence et le fonctionnement des infrastructures essentielles

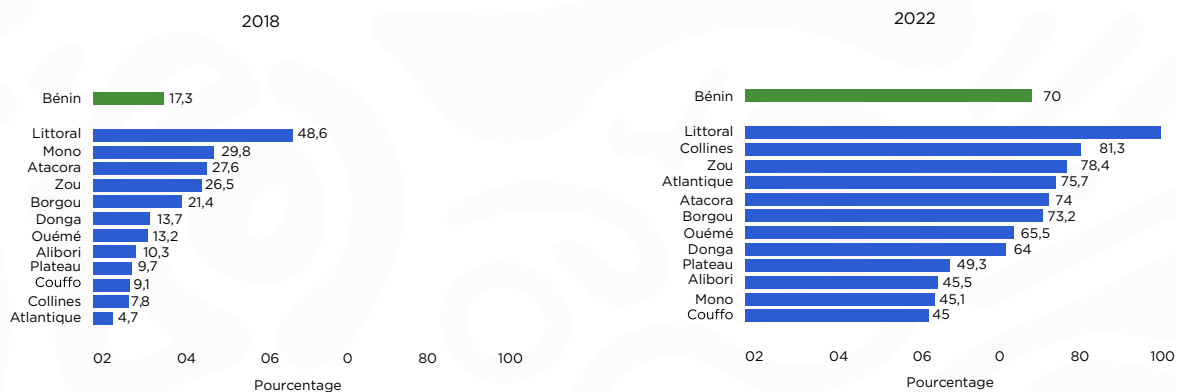
pour la prestation des services de santé. Cet indice prend en compte les indicateurs suivants : l'accès à l'eau potable, l'accès à l'électricité, la disponibilité des services d'assainissement, la disponibilité du matériel de stérilisation, la disponibilité des moyens de communication et la disponibilité du transport. L'indice global des infrastructures des services de santé au Bénin est passé de 37,6 % (SARA, 2018) à 68 % (HHFA, 2022) : ce qui signifie que plus des deux tiers des formations sanitaires ont les infrastructures nécessaires pour offrir des services de qualité en 2022 (Graphique 3.5.2). L'indice varie de 43,2 % à 100 suivant les départements. Les départements du Couffo, du Plateau, de l'Ouémé, de l'Atacora et de l'Alibori ont les scores de densité les plus faibles contrairement à celui du Littoral qui a le score le plus élevé (100 %).



Graphique 4.5.2: Indice des infrastructures des services de santé (%) par département du Bénin, 2018 et 2022 (Source : Enquête SARA 2018 et HHFA 2022)

Enfin, un autre indicateur important des infrastructures de santé est la densité des lits d'hospitalisation, qui reflète la capacité d'accueil des patients. Le score de densité de lits d'hospitalisation dans les établissements de santé publics est passé de 17,4 % (SARA, 2018) à 70 % (HHFA, 2022). Toutefois, il convient de noter que le nombre total de lits d'hospitalisation au Bénin est de 6 210, soit une densité de 5,04 lits pour 10000 habitants (Graphique 3.5.3). Ce chiffre est nettement inférieur

à la norme de l'OMS, qui est de 5 lits pour 1000 habitants (OMS, 2015). La répartition des lits d'hospitalisation par niveau de soins montre que 61 % des lits se trouvent dans les hôpitaux de zone, 25 % dans les centres hospitaliers départementaux et 14 % dans les centres de santé. Il existe également des inégalités territoriales, avec les départements du Plateau, du Couffo, des Collines et de l'Atlantique qui ont les scores de densité les plus faibles (Source : HHFA 2022).



Graphique 4.5.3: Score de densité de lits d'hospitalisation par département du Bénin, 2018 et 2022 (Source : Enquête SARA 2018 et HHFA 2022)

Les services de diagnostic de pointe, tels que la radiographie ou l'échographie, sont essentiels pour le dépistage et le traitement des maladies. Cependant, au Bénin, ces services ne sont pas disponibles dans toutes les formations sanitaires, ce qui limite l'accès à des soins de qualité pour une partie de la population. On constate que la disponibilité de la radiographie varie de 33 % (Alibori, Atlantique, Mono) à 100 % (Couffo et Plateau). La moyenne nationale est de 67 %, ce qui signifie que plus d'un tiers des établissements de santé ne disposent

pas de service de radiographie. La disponibilité de l'échographie est également faible, avec une moyenne nationale de 49 %. Ces résultats montrent que la capacité diagnostique du système de santé béninois est insuffisante et inégalement répartie sur le territoire. Il existe un besoin urgent d'améliorer l'accès aux services de diagnostic de pointe, notamment dans les régions rurales et les zones isolées, afin de réduire les disparités régionales et d'assurer une meilleure prise en charge des patients.

Tableau 4.5.1 : Disponibilité des services de diagnostic de pointe (%) par département au Bénin, 2018
(Source : Enquête SARA 2018)

Régions	Radiographie	ECG	Echographie	Scanner
Alibori	33	67	67	0
Atacora	80	20	80	20
Atlantique	33	67	67	0
Borgou	88	75	88	38
Collines	67	0	100	0
Couffo	100	33	100	0
Donga	67	67	67	33
Littoral	67	67	67	17
Mono	33	33	67	0
Ouémé	57	57	71	0
Plateau	100	0	100	0
Zou	67	33	33	33
Moyenne départementale Bénin	66	39	76	10

Le Bénin reste confronté à des défis majeurs pour assurer une couverture sanitaire universelle et répondre aux besoins de sa population. Il est donc nécessaire de poursuivre les efforts d'investissement

et d'amélioration de la qualité des infrastructures de santé en tenant compte des disparités départementales et des priorités sanitaires.

4.6 Produits de santé

Le pays a mis en place des politiques et des stratégies visant à renforcer l'accès, la qualité et la régulation des produits de santé, notamment les médicaments essentiels, les vaccins et les fournitures médicales (OMS, 2019). Le Bénin a également bénéficié de l'appui de Partenaires Techniques et Financiers, tels que l'OMS, l'UNICEF, le Fonds mondial ou Gavi, pour améliorer la disponibilité et l'utilisation rationnelle des produits de santé (OMS, 2017). D'un autre côté, le pays fait face à des défis persistants, tels que la faiblesse des capacités institutionnelles et humaines, le manque de financement adéquat, la fragmentation du système d'approvisionnement, la prévalence du marché informel et la circulation de faux médicaments (Nimpagaritse et al., 2019). Ces facteurs compromettent la sécurité, l'efficacité et la qualité des produits de santé et exposent la population à des risques sanitaires accrus (Rachidi et al., 2018).

Par ailleurs, le Bénin présente des disparités importantes au niveau des départements en termes de couverture et de qualité des services de santé, ce qui affecte l'équité d'accès aux produits de santé (OMS, 2020). Pour analyser la situation des produits de santé et des médicaments au Bénin, il est possible de se référer à plusieurs indicateurs, tels que le niveau et la structure du financement, la disponibilité et l'accessibilité aux produits, la qualité et la régulation, ou encore leur utilisation rationnelle et la pharmacovigilance. Selon les données disponibles, voici les principales tendances observées pour ces indicateurs sur les dix dernières années.

- Le niveau et la structure du financement : la majorité des dépenses de santé provient des ménages (49%), CNS 2015, ce qui entraîne un niveau élevé de paiements directs et de dépenses. Le financement des produits de santé et des médicaments repose essentiellement sur les revenus générés par leurs ventes, ce qui limite l'accès aux populations les plus pauvres et les plus vulnérables.
- La disponibilité et l'accessibilité aux produits : selon l'étude de Nimpagaritse et al. (2019), la disponibilité moyenne des médicaments essentiels dans les structures de soins publiques au Bénin était de 67,8 % en 2017, soit une amélioration significative par rapport à 2012 (42,6 %). Toutefois, cette disponibilité varie selon les régions et les niveaux de soins et reste insuffisante pour répondre aux besoins de la population. La disponibilité des médicaments essentiels dans les formations sanitaires est de

36,5 % (HHFA, 2022). Par ailleurs, le prix moyen des médicaments essentiels au Bénin était de 1,6 fois le prix international de référence en 2017, ce qui représente une diminution par rapport à 2,3 fois en 2012. Néanmoins, le coût des médicaments reste élevé pour une grande partie de la population, surtout pour les médicaments innovants. Pour ce qui concerne la disponibilité et l'accessibilité aux produits sanguins, en 2023 ; 107.296 poches de sang ont été collectées auprès des donateurs bénévoles et représentant 0,85% contre 1 à 3% (10 à 30 poches de sang collectées pour 1000 habitants) recommandé par l'OMS. Ces poches ont permis de préparer 158.481 produits et de servir 174.573 produits sanguins labiles sur les 179.783 qui ont été demandés soit un taux de satisfaction à la demande de produits sanguins de 97,10%.

- La qualité et la régulation : le Bénin a renforcé son système de régulation des produits de santé et des médicaments au cours des dix dernières années, en adoptant plusieurs textes législatifs et réglementaires, notamment la loi n° 2021-03 portant organisation des activités pharmaceutiques en République du Bénin, en créant l'Agence béninoise de régulation pharmaceutique (ABRP) par le Décret n° 2019-407 du 25 septembre 2019. Ce décret a été successivement modifié par les Décrets n° 2020-489 du 07 octobre 2020, n° 2022-278 du 09 mai 2022 et n° 2023-422 du 26 juillet 2023 portant approbation des statuts modifiés de l'ABRP désormais dénommée Agence béninoise du médicament et des autres produits de santé (ABMed). Cette réforme a permis entre autres de renforcer les capacités de contrôle et d'inspection et de conférer à l'Agence les pouvoirs de sanctions en vue d'assurer la veille législative et réglementaire du sous-secteur pharmaceutique. De plus, un Conseil de Surveillance du sous-secteur pharmaceutique a été mis en place au sein de l'Autorité de Régulation du secteur de la Santé (A.R.S) par le décret n° 2023-409 du 26 juillet 2023. Il a pour principale mission d'assurer la régulation du sous-secteur pharmaceutique ainsi que le contrôle et l'orientation de l'activité technique de l'ABMed. Toutefois, le Bénin continue de faire face à des défis majeurs, tels que le manque de personnel qualifié, la faible capacité de réglementation des produits importés ou fabriqués localement et la persistance du marché informel et des médicaments de qualité inférieure.



■ L'utilisation rationnelle et la pharmacovigilance : En 2012, le Bénin a mis en place un Comité national de pharmacovigilance, ainsi qu'un système national de notification des effets indésirables des médicaments en 2014, mais réellement fonctionnel dès 2021 grâce à la création de l'ABMed. Cette fonction réglementaire s'est rapidement développée à la faveur de la réforme du sous-secteur pharmaceutique et des crises sanitaires successives (Poliomyélite, Covid-19, Lassa, etc.). Malgré sa récente implémentation, la mise en œuvre des réformes du sous-secteur pharmaceutique a atteint 63 % selon l'outil mondial d'analyse comparative ou Global Benchmarking Tool (GBT), 2024. Le ministère de la Santé a également élaboré des guides et des protocoles thérapeutiques pour promouvoir l'utilisation rationnelle des médicaments, notamment dans le cadre de la lutte contre le paludisme, le VIH/sida ou la tuberculose. Toutefois, le Bénin souffre encore d'un manque de données fiables et actualisées sur la consommation et la prescription des médicaments, d'un faible niveau de sensibilisation et de formation des professionnels et des usagers, et d'une faible adhésion aux normes et aux recommandations internationales. Quant à la promotion de l'usage rationnel des médicaments, on note la faiblesse des dispositions réglementaires sur les bonnes pratiques de dispensation, le manque de protocoles thérapeutiques pour un certain nombre de pathologies usuelles. S'agissant de l'hémovigilance et l'utilisation rationnelles des produits sanguins, il a été mis en place des comités d'hémovigilance dans tous les hôpitaux qui sont fonctionnels et qui veillent sur la gestion et la notification des effets indésirables transfusionnels. En vue de renforcer l'utilisation rationnelle des produits sanguins, il est procédé à un renforcement périodique des capacités des utilisateurs et prescripteurs de produits sanguins. Il y a eu par ailleurs, l'élaboration et la mise à disposition des documents (manuel de procédures et guide d'hémovigilance, ...). Toutefois, il y a nécessité de mobiliser davantage de ressources afin de poursuivre les renforcements de capacité de tous les acteurs du sous- secteur transfusionnel.

Les principaux défis à relever sont, le renforcement de l'assurance qualité et de la surveillance du marché des produits de santé à travers la traçabilité des médicaments (Projet e-pharmacie), l'éradication des poches de résistance relatives au trafic des médicaments de qualité inférieure et falsifiés, le renforcement de la promotion des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle.

Quant à la promotion des médicaments de la pharmacopée traditionnelle, elle peut être évaluée par le nombre d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) accordées qui est passé de 04 en 2018 à 30 en 2023.

En conclusion, le Bénin a réalisé des progrès notables dans le domaine des produits de santé et des médicaments au cours des dix dernières années, mais il doit encore relever de nombreux défis pour garantir l'accès, la qualité et la sécurité des produits de santé pour l'ensemble de sa population. Il est donc indispensable de poursuivre les efforts de réforme, de renforcement des capacités, de mobilisation des ressources, et de coordination des acteurs, en s'appuyant sur les orientations stratégiques définies par la politique nationale de santé et les Objectifs de Développement Durable.





4.7 Prestations de soins et services

Les prestations de soins et services au Bénin sont organisées à trois niveaux :

- le niveau central, qui assure la régulation, la planification, le financement et la supervision des acteurs du système de santé ;
- le niveau intermédiaire, qui coordonne et appuie les structures sanitaires décentralisées;
- et le niveau périphérique, qui offre des services de soins de santé primaires et secondaires à la population (Bénin, 2016).

Malgré cette bonne structuration, le système de prestations de soins et services au Bénin fait face à plusieurs défis tels que : le manque de personnel qualifié, la faible couverture géographique, la mauvaise qualité des infrastructures et des équipements, le faible taux d'utilisation des services et les inégalités d'accès selon les zones géographiques, le genre, le statut socio-économique et le type de prestation (Bénin, 2018).

L'évolution du système de prestations de soins et services au Bénin sur les dix dernières années peut être évaluée à travers quelques indicateurs clés, tels que la disponibilité des services et la satisfaction des usagers.

- La disponibilité des services de santé essentiels qui mesure le pourcentage d'établissements de santé offrant un ensemble de services de base dans les domaines de la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, des maladies infectieuses, de la chirurgie et de la médecine générale. Selon les données de l'enquête SARA 2015, la disponibilité des services généraux de santé au Bénin était de 65 % en 2015 et de 64% en 2018. En 2022, ce score est estimé à 56,2 % selon l'enquête HHFA.

- En matière d'assurance et d'amélioration de la qualité des services, les formations sanitaires dotées d'un processus d'assurance qualité de routine pour tout domaine de service représentent 38,1% (HHFA 2022). Seulement 16,7 % (HHFA 2022) des établissements de santé disposent d'un système pour recueillir et examiner l'opinion des usagers/clients sur les services qui leur sont offerts. Les principaux facteurs influençant la satisfaction des patients sont : l'accueil, l'information, le respect de la confidentialité, le temps d'attente, et le coût des soins (HHFA 2022).

Le système de prestations de soins et services au Bénin a connu une évolution positive sur les dix dernières années, mais il reste encore beaucoup à faire pour améliorer l'accès, la qualité et l'efficacité des services de santé, réduire les inégalités, et garantir la satisfaction des usagers. Pour atteindre ces objectifs, il est nécessaire de renforcer les capacités du personnel de santé, d'améliorer les infrastructures et les équipements, de développer les mécanismes de financement et de protection sociale, et de promouvoir la participation et la responsabilisation des acteurs du système de santé.

De plus, les établissements de santé doivent être encouragés à mesurer la satisfaction des patients à l'aide des questionnaires mis à leur disposition concernant : l'accueil, l'information, le respect de la confidentialité, le temps d'attente, et le coût des soins.



Encadré VI.2 - Approche santé communautaire au Bénin

Le Bénin dispose depuis le 6 mai 2020 d'une nouvelle Politique Nationale de Santé Communautaire 2020-2024. Cette nouvelle politique basée sur l'approche « one health », est centrée sur les ménages et les acteurs clés que sont : les Relais Communautaires (RC) et les Agents de Santé

Communautaire qualifiés (ASCQ). La nouvelle politique de santé communautaire vise le bien-être de la population béninoise avec un accent important sur la prévention et la promotion de la santé, ceci avec la pleine participation des communautés.

Les activités communautaires proprement dites ont démarré en juin 2023 après le lancement officiel le 9 juin à Nikki. Elle a démarré par une phase pilote circonscrite à 6 communes.

Le déploiement est prévu se faire en 3 phases. Outre la phase pilote, la phase 2 assure l'extension à toutes les autres communes et la phase 3 introduit une stratégie bien définie pour les 2 communes urbaines que sont : Cotonou et Porto-Novo.

A fin juin 2024, la PNSC est complètement fonctionnelle dans 22 communes sur les 77 que compte le pays, soit 29 %.

Les autres communes sont à des phases différentes allant de l'identification des RC à leur fonctionnalité complète comprenant la formation et l'équipement.

Les deux communes urbaines ont commencé le déploiement de la politique de santé communautaire par les sensibilisations dans le cadre de l'identification des RC. Il s'agit d'un processus d'environ 2 mois et il était attendu que les RC soient complètement identifiés à fin août 2024.

Tous les Agents de santé communautaires qualifiés (ASCQ) sont recrutés et mis à la disposition des communes. Il s'agit d'un total de 566 ASCQ répartis sur toute l'étendue du territoire national.







Engageons-nous
pour un meilleur d'ici

Le
Mois de la Pré
eons-s
tur sa
och

7-25

25/10/2012/31270

RÉFÉRENCES

1. Bénin (2016). Programme d'Actions du Gouvernement 2016-2021.

2. Ministère de la Santé (2018). Rapport national sur la situation de la mortalité maternelle au Bénin en 2015.

3. OMS (2021). Global Health Observatory data repository.

4. ANMCSSP (2018). Etude sur le financement de la santé et l'extension de la couverture du risque maladie au Bénin. Cotonou : Agence Nationale de Mutualisation et de Couverture Sociale en Santé du Personnel.

5. Djossou, G., Assogba, L., Akplogan, M. et al. (2020). The impact of COVID-19 on health financing in Benin. *Health Systems & Reform*, 6(1), 1-5. [URL]

6. WHO (2010). World health report 2010: Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization.

7. WHO (2017). Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2017-2021 : Bénin. Brazzaville: Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.

8. WHO (2019). Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report. Geneva: World Health Organization.

9. OMS (2021). Global Health Expenditure Database. Consulté le 11 octobre 2021 sur [URL]

10. OMS (2018). Rapport sur la situation sanitaire mondiale 2019 : la couverture sanitaire universelle : se préparer aux urgences. Genève: OMS.

11. MESRS (2018). Politique nationale de santé 2018-2022. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique. Cotonou, Bénin.

12. OMS (2017). Financement de la santé au Bénin : Défis et opportunités pour la couverture sanitaire universelle. Organisation mondiale de la santé. Brazzaville, République du Congo.

13. OMS (2020). Gouvernance de la santé. Organisation mondiale de la santé. Genève, Suisse.

14. Bibliographie

15. MESRS (2018). Politique nationale de santé 2018-2022. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique. Cotonou, Bénin.

16. OMS (2017). Financement de la santé au Bénin : Défis et opportunités pour la couverture sanitaire universelle. Organisation mondiale de la santé. Brazzaville, République du Congo.

17. OMS (2020). Gouvernance de la santé. Organisation mondiale de la santé. Genève, Suisse.

18. OMS (2018). Evaluation du système de santé du Bénin. Brazzaville : Organisation mondiale de la santé.

19. PNUD (2020). Etude sur le fonctionnement et la performance des instances de concertation et de participation au Bénin. Cotonou : Programme des Nations unies pour le développement.



RÉFÉRENCES

20. République du Bénin (2012). Décret n° 2012-342 du 13 août 2012 portant création, organisation et fonctionnement du Conseil national de concertation et de coordination des politiques sectorielles de santé. Journal officiel de la République du Bénin, n° 18, pp. 1084-1091.

21. République du Bénin (2013). Décret n° 2013-389 du 17 octobre 2013 portant création, organisation et fonctionnement des Comités régionaux de concertation et de participation au suivi des politiques sectorielles de santé. Journal officiel de la République du Bénin, n° 21, pp. 1476-1480.

22. République du Bénin (2015). Décret n° 2015-449 du 29 septembre 2015 portant création, organisation et fonctionnement des Comités locaux de santé. Journal officiel de la République du Bénin, n° 20, pp. 1314-1320.

23. UNICEF (2019). Rapport d'étude sur l'analyse situationnelle des droits de l'enfant au Bénin. Cotonou : Fonds des Nations unies pour l'enfance.

24. Ministère de la santé du Bénin (2018). Rapport d'évaluation du système d'information sanitaire du Bénin. Cotonou : Ministère de la santé du Bénin.

25. Ministère de la santé du Bénin (2019). Rapport annuel du système d'information sanitaire du Bénin. Cotonou : Ministère de la santé du Bénin.

26. PNUD (2020). Etude diagnostique sur la gouvernance de la santé au Bénin. Cotonou : PNUD.

27. OMS (2018). Rapport sur l'état statistique mondial de 2018 : suivi des progrès accomplis pour la santé dans les objectifs de développement durable. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

28. UNICEF (2018). Bénin : situation des enfants et des femmes. Cotonou : Fonds des Nations Unies pour l'enfance.

29. UNICEF & INSTAD (2019). Evaluation du système national d'enregistrement des faits d'état civil et production des statistiques vitales au Bénin. Cotonou : Fonds des Nations Unies pour l'enfance et INSTAD.

30. UNFPA & AUC (2017). Manuel sur la planification et la mise en œuvre de l'enregistrement des faits d'état civil et des statistiques de l'état civil en Afrique. Addis-Abeba : Fonds des Nations Unies pour la population et Commission de l'Union africaine.

31. World Bank (2014). Identification for Development Strategic Framework. Washington, DC : Banque mondiale.

32. Ngnangnon, K., Tawiah, T., Nguessan, A., Djossou, F. et Salou, M. (2018). Le système de gestion des ressources humaines en santé au Bénin. Revue francophone sur la santé et les territoires, 1(4), 1-15.

33. Ouendo, E.M., Agueh, V.D., Makoutode, P., Bognon, L., Assane, H. et Mongbo, V. (2017). Evaluation de la formation des médecins au Bénin : perceptions des acteurs impliqués. Santé Publique, 29(2), 247-259.

34. OMS (2019). Profil des ressources humaines pour la santé au Bénin. Brazzaville: Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.

35. Ministère de la Santé (2017). Annuaire statistique du secteur de la santé 2017. Cotonou: Direction de la Programmation et de la Prospective.

36. OMS (2015). World health statistics 2015. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.



37. OMS (2016). Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.

38. OMS (2019). Profil sanitaire du Bénin 2019. Brazzaville : Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique.

39. Ouendo, E.M., Makoutodé, M., Paraiso, N.M., Wilmet-Dramaix, M., Dujardin, B. (2017). Situation des politiques et systèmes de santé en Afrique subsaharienne francophone : cas du Bénin. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 65(3), 191-202.

40. Ministère de la Santé (2019). Rapport de l'enquête sur la disponibilité et la capacité opérationnelle des services (SARA) au Bénin. Cotonou: Ministère de la Santé.

41. OMS (2015). World health statistics 2015. Genève: OMS.

42. Nimpagaritse, M., Yaya, S., Makoutodé, M. et al. (2019). Accès aux médicaments essentiels dans les pays à revenu faible et intermédiaire : étude multicentrique comparative au Bénin, au Burkina Faso, en République démocratique du Congo et au Maroc. *Journal international de médecine africaine*, 22(2), 6-14.

43. OMS (2017). Rapport annuel 2017 sur les activités de l'OMS au Bénin. Organisation mondiale de la santé, Bureau du Bénin.

44. OMS (2019). Plan stratégique de coopération OMS-Bénin 2019-202>>. Organisation mondiale de la santé, Bureau du Bénin.

45. OMS (2020). Profil de santé du Bénin. Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Afrique.

46. Rachidi, A., Dovonou, C.A., Kpozehouen, A. et al. (2018). Conséquences sanitaires liées à la consommation des médicaments falsifiés au Bénin : revue de la littérature. *Médecine et Santé Tropicales*, 28(4), 377-382.

47. Bénin (2016). Programme d'Actions du Gouvernement 2016-2021.

48. Bénin (2018). Rapport national sur la situation de la mortalité maternelle au Bénin en 2015





5

**SECTION V - PERFORMANCE
DU SYSTEME DE SANTÉ**

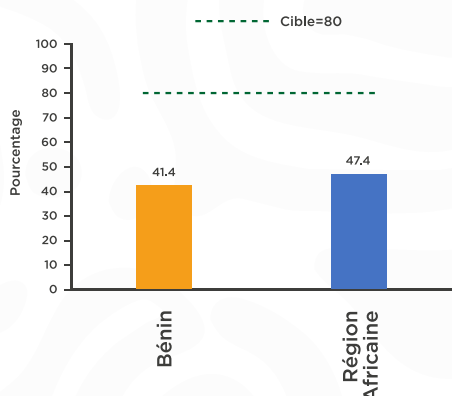
La performance du système de santé au Bénin a connu une évolution contrastée au cours des dix dernières années, selon les différents paramètres retenus pour l'évaluer. Nous présentons ci-dessous une analyse résumée de cette performance en nous appuyant sur cinq principaux domaines (Rapport

sur la performance des systèmes de santé dans la région africaine de l'OMS, OMS 2020) : l'accès aux services de santé, la demande des services de santé, la qualité des soins, la résilience et l'efficacité du système de santé.

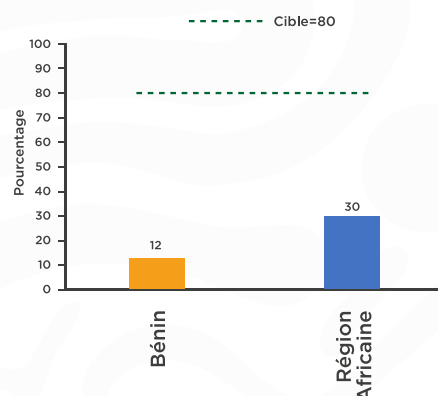
5.1 Accès aux services de santé

L'accès aux services de santé est défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme la capacité des individus et des populations à obtenir les soins dont ils ont besoin, en tenant compte de la disponibilité, de la géographie, de l'abordabilité, de l'acceptabilité et de la qualité des services (OMS, 2015). Sur ce plan, le Bénin affiche un score de 41,4 sur l'indice d'accès aux services de santé élaboré

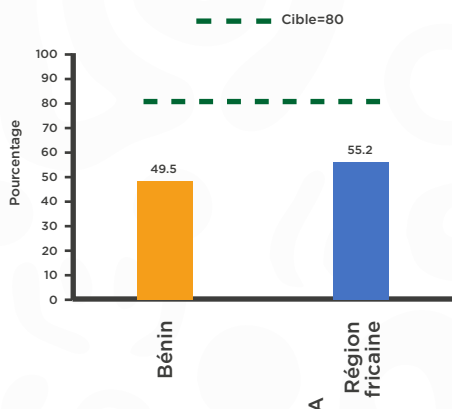
par l'Observatoire africain de la santé (iAHO) (Graphique 4.1.1), qui mesure le niveau de réalisation des Objectifs de Développement Durable (ODD) liés à la santé (iAHO, 2020). Ce score place le Bénin au 33ème rang sur 47 pays africains, ce qui témoigne d'une performance inférieure à la moyenne en Afrique et à la cible de 80.



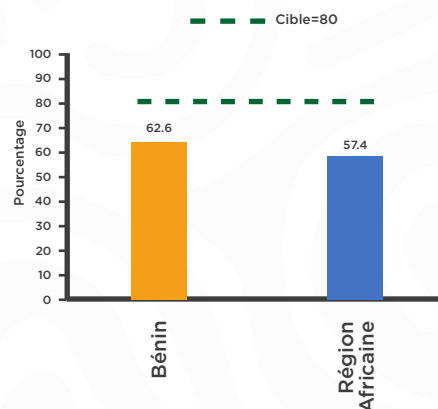
Graphique 5.1.1: Indice d'accès aux services de santé au Bénin, 2020 (Source : iAHO)



Graphique 5.1.2: Indice d'accès physique au Bénin, 2020 (Source : iAHO)



Graphique 5.1.3: Indice d'accès financier au Bénin, 2020 (Source : iAHO)



Graphique 5.1.4: Indice d'accès socio-culturel au Bénin, 2020 (Source : iAHO)



L'indice d'accès aux services de santé se décompose en trois sous-indices : l'accès physique (Graphique 4.1.2), l'accès financier (Graphique 4.1.3) et l'accès socio-culturel (Graphique 4.1.4). L'accès physique mesure la proximité spatiale des populations aux services de santé, tandis que l'accès financier mesure la capacité des populations à payer les services de santé sans subir de difficultés financières. Le Bénin obtient un score de 12 sur l'indice d'accès physique, ce qui le classe au 24ème rang continental. Malgré ce score très faible, le Bénin est dans un meilleur rang continental par rapport aux rangs des 2 autres sous-indices. Ce score indique les efforts à fournir par le gouvernement béninois pour renforcer l'offre de soins, notamment à travers la construction et la réhabilitation d'infrastructures sanitaires, la formation et le recrutement de personnel de santé et la mise en place de mécanismes de régulation et de supervision (PNUD, 2018). Toutefois, des disparités régionales et urbano-rurales persistent

dans la distribution des ressources sanitaires, ce qui limite l'accès aux services de santé pour certaines catégories de la population notamment les plus pauvres et les plus isolées (UNICEF, 2019).

L'accès socio-culturel est estimé à 62.6%, une valeur supérieure à la moyenne de la région africaine, ce qui traduit les efforts fournis pour briser les barrières socio-culturelles à l'accès aux soins de santé.

Quant à l'indice d'accès financier, le score est de 49,5%, ce qui classe le pays au 31ème rang continental. Ce score traduit les difficultés rencontrées par les ménages béninois pour faire face aux dépenses de santé, qui représentent en moyenne 37,3 % de leurs dépenses totales (INStAD, 2018), malgré l'existence de dispositifs de protection sociale, tels que l'Assurance pour le Renforcement du Capital humain (ARCH) ou le Régime d'Assurance Maladie universelle (RAMU) (OMS, 2019).

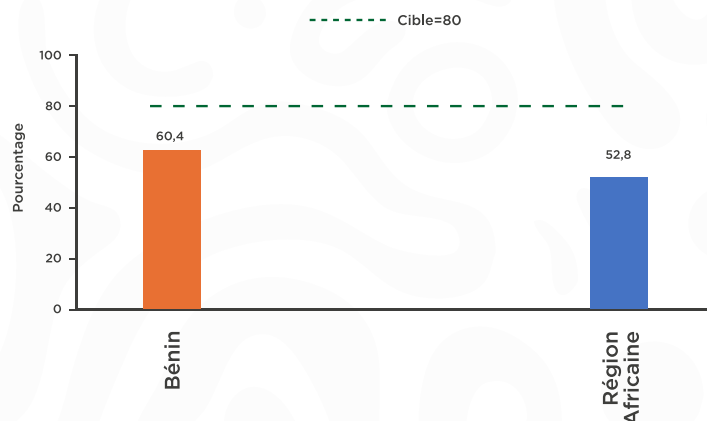
5.2 Demande des services de santé

La demande de services de santé est définie par l'OMS comme le comportement des individus et des populations vis-à-vis des soins de santé, qui dépend de leurs besoins, de leurs préférences, de leurs perceptions et de leurs attentes (OMS, 2015). La demande des services de santé est déterminée par trois indices que sont :

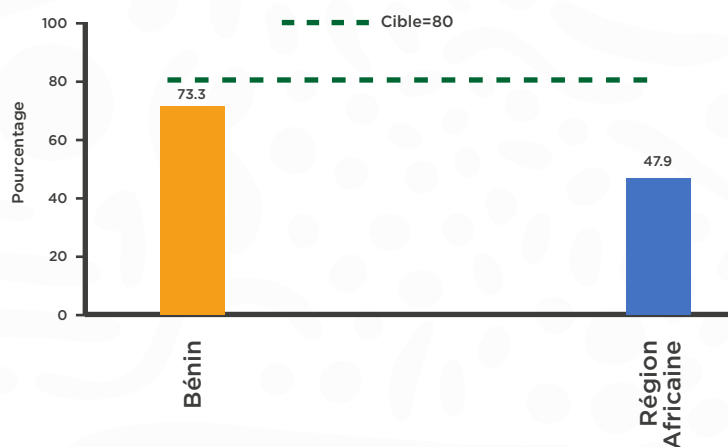
indice de la demande de services de santé (Graphique 4.2.1)

indice d'actions favorisant la santé (Graphique 4.2.2) ;

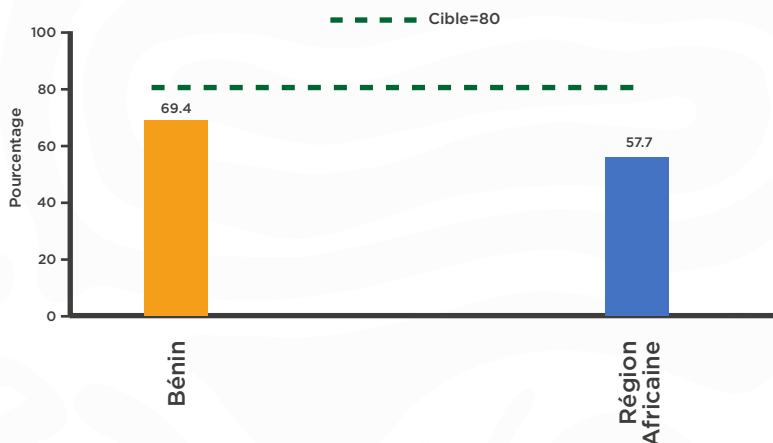
indice de recherche de soins de santé (Graphique 4.2.3).



Graphique 5.2.1: Indice de la demande de services de santé au Bénin, 2020 (Source : IAHO)



Graphique 5.2.2: Indice d'actions favorisant la santé au Bénin, 2022 (Source : iAHO)



Graphique 5.2.3: Indice de recherche de soins de santé au Bénin, 2020 (Source : iAHO)

Sur le plan de la demande des services de santé, le Bénin présente des indicateurs mitigés qui témoignent d'une faible utilisation des services de santé, mais aussi d'une amélioration progressive de certains comportements favorables à la santé.

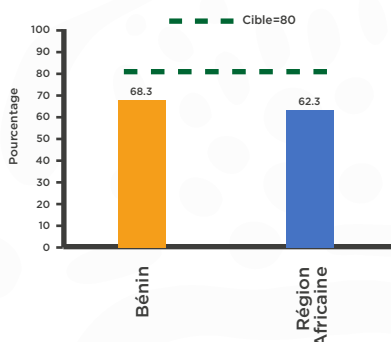
Le nombre moyen de consultations curatives, qui mesure le recours aux soins en cas de maladie, est en 2018 de 0,4 par personne et par an, ce qui est nettement inférieur à la moyenne africaine de 1,2 (Banque mondiale, 2020). Ce faible niveau de consultations curatives s'explique par plusieurs facteurs, tels que le coût élevé des soins, l'éloignement des structures sanitaires, la qualité insuffisante des services, ou encore les Pratiques traditionnelles et croyances religieuses.

Le taux de consultations préventives, qui mesure le recours aux soins pour prévenir ou dépister les maladies, est de 64,4 % pour les femmes en âge de procréer et de 59,8 % pour les enfants de moins de cinq ans en 2017-2018. Ces taux sont en hausse par rapport à la période précédente, ce qui témoigne d'une sensibilisation accrue des populations aux bénéfices des soins préventifs, notamment grâce aux campagnes de communication et aux interventions communautaires menées par les acteurs de la santé (PNUD, 2018). Parmi les soins préventifs, on peut citer la vaccination, le dépistage du VIH, le suivi prénatal, ou encore la planification familiale.

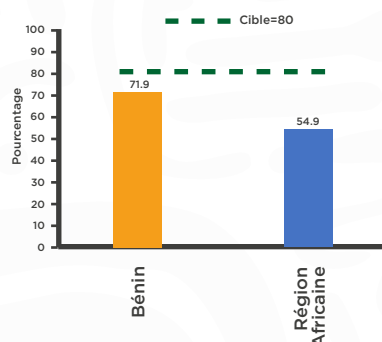
5.3 Qualité des soins

La qualité des soins est définie par l'OMS comme le degré auquel les services de santé augmentent la probabilité d'obtenir les résultats souhaités pour la santé, en tenant compte des connaissances professionnelles actuelles, des besoins et des préférences des patients, et de l'utilisation optimale des ressources (OMS, 2016). Sur ce plan, le Bénin

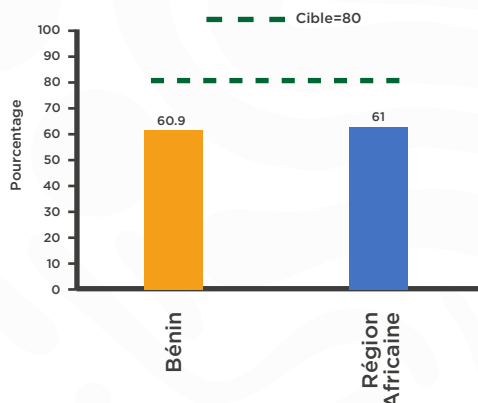
présente des résultats mitigés, qui révèlent des progrès dans certains domaines, mais aussi des défis persistants dans d'autres. De manière générale, l'indice de qualité de soins du pays est estimé à 68,3 pour un maximum de 100 en 2020 (Graphique 4.3.1) soit supérieur de 6 points par rapport à la moyenne régionale.



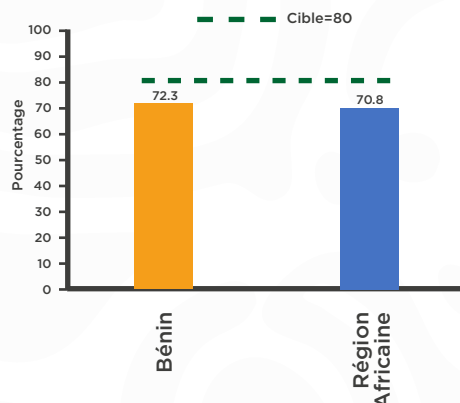
Graphique 5.3.1: Indice de qualité des soins de santé au Bénin, 2020 (Source : iAHO)



Graphique 5.3.2: Indice d'expérience des utilisateurs au Bénin, 2020 (Source : iAHO)



Graphique 5.3.3: Indice de sécurité des patients du Bénin, 2020 (Source : iAHO)



Graphique 5.3.4: Indice d'efficacité des soins au Bénin, 2020 (Source : iAHO)

L'indice d'efficacité des soins, qui mesure la capacité du système de santé à produire les résultats attendus en termes de santé, est de 72 pour un maximum de 100 en 2020 (Graphique 4.3.4), ce qui place le Bénin au 23ème rang sur 47 pays africains.

L'indice de sécurité des patients, qui mesure la capacité du système de santé à prévenir et à gérer les événements indésirables liés aux soins, est de 60,9 pour un maximum de 100 en 2020 (Graphique 4.3.3), ce qui place le Bénin au 27ème rang sur 47 pays africains. Cet indice reflète le niveau de

conformité aux normes et aux protocoles de qualité et de sécurité des soins, ainsi que le degré de vigilance et de réactivité face aux incidents et aux risques pour certaines maladies prioritaires. Au Bénin, certaines structures comme l'ABMed, le PNT, le PSLS etc. disposent d'un mécanisme de surveillance, de notification et de gestion des événements indésirables, ainsi que des programmes de formation et de renforcement des compétences du personnel de santé. Néanmoins, le Bénin souffre encore d'un manque de moyens matériels et techniques, d'une faible culture de la sécurité

des patients, et d'une insuffisance de données et d'informations sur la qualité et la sécurité des soins. Le Bénin se situe quasiment au même niveau que la moyenne régionale, mais loin des standards internationaux de bonnes pratiques.

L'indice d'expérience des utilisateurs, qui mesure la capacité du système de santé à répondre aux attentes et aux besoins des usagers des services de santé, est de 71,9 pour un maximum de 100 en 2020 (Graphique 4.3.2), ce qui place le Bénin au 8ème rang sur 47 pays africains. Cet indice témoigne du degré de confiance et de fidélisation des usagers vis-à-vis du système de santé, ainsi que de leur capacité à exprimer leurs opinions et à influencer

les décisions relatives à leur santé. Le Bénin a mis en œuvre des initiatives visant à améliorer la qualité de l'accueil, de l'écoute et du conseil des usagers, à renforcer le respect de la confidentialité et de la vie privée, et à favoriser l'implication des usagers et des communautés dans la gouvernance et le contrôle des services de santé.

Toutefois, le Bénin doit encore faire face à des problèmes de communication, de consentement éclairé, de mécanismes de plaintes et de recours des usagers. Le Bénin se situe au-dessus de la moyenne régionale (55), mais loin des normes internationales de qualité perçue.

5.4 Résilience du système de santé

La résilience du système de santé est définie par l'OMS comme la capacité du système de santé à absorber, s'adapter et se transformer face aux chocs et aux crises, tout en maintenant ses fonctions essentielles et en protégeant la population (OMS, 2019). Sur ce plan, le Bénin présente des signes de vulnérabilité, mais aussi de résistance, face aux différentes menaces qui pèsent sur la santé publique.

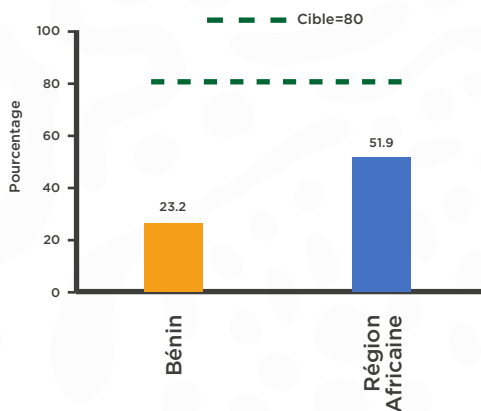
La robustesse du système de santé béninois se réfère à sa solidité structurelle et fonctionnelle, qui lui permet de résister au stress et aux chocs sans subir de dommages irréversibles. Elle peut être mesurée par l'Indice de Résilience des Systèmes de Santé (IRSS). Selon cet indice, le Bénin a un score de 0,23 sur une échelle de 0 à 1 en 2020 (Graphique 4.4.1), ce qui le place en-dessous de la moyenne régionale qui est de 0,52.

La redondance du système de santé béninois renvoie à sa capacité à disposer de ressources supplémentaires ou alternatives qui peuvent être mobilisées en cas de besoin. Elle peut être mesurée par l'Indice de Résilience Inhérente aux Systèmes de Santé (IRISS). Selon cet indice, le Bénin a un score de 0,13 sur une échelle de 0 à 1 en 2020 (Graphique 4.4.2), ce qui le place en-dessous de la moyenne régionale qui est de 0,49.

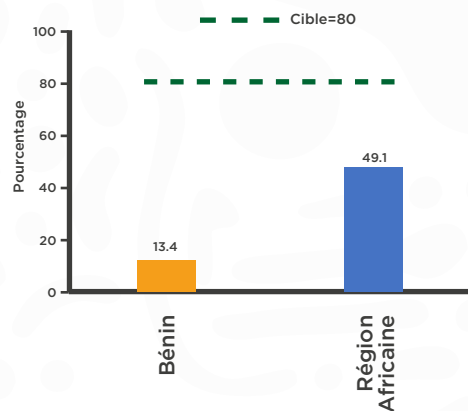
L'apprentissage du système de santé béninois se réfère à sa capacité à tirer des leçons des expériences passées et à les diffuser pour améliorer les pratiques et les politiques. Il peut être illustré par plusieurs exemples, tels que la réalisation d'une revue du Plan national de développement sanitaire 2009-2018, qui a permis d'identifier les acquis, les contraintes et les perspectives du système de santé (Ministère de la santé, 2019) ; la conduite d'une évaluation conjointe externe des capacités du Règlement Sanitaire International (RSI 2005), qui a permis de formuler des recommandations prioritaires pour renforcer la préparation et la réponse aux urgences sanitaires (OMS, 2018) ; ou encore la participation aux réseaux régionaux et internationaux d'échange de connaissances, tels que le Réseau Africain de Recherche en Politiques et systèmes de Santé (AHPSR, 2020).

La réactivité du système de santé béninois renvoie à sa capacité à répondre rapidement et efficacement aux situations de crise et à rétablir le fonctionnement normal des services de santé. Elle peut être évaluée à partir de la rapidité et de l'ampleur de la réponse apportée à la pandémie de COVID-19, qui constitue le principal choc sanitaire auquel le pays a été confronté ces dernières années.





Graphique 5.4.1: Indice de résilience des systèmes de santé au Bénin, 2020 (Source : IAHO)



Graphique 5.4.2: Indice de résilience inhérente aux systèmes de santé au Bénin, 2020 (Source : IAHO)

En conclusion, le système de santé béninois présente un niveau de résilience faible, qui s'est amélioré au cours de ces dernières années. Il demeure cependant perfectible dans certains domaines. Le Bénin a démontré sa capacité à gérer les crises et les urgences sanitaires, notamment face à la pandémie de COVID-19, mais il doit encore renforcer ses capacités à absorber les chocs et à maintenir un niveau de service satisfaisant. Pour

cela, il est nécessaire de poursuivre les efforts visant à augmenter les ressources disponibles, à améliorer la qualité et la couverture des services de santé, à renforcer la coordination et la gouvernance du système de santé, à promouvoir l'innovation, le partage d'expériences, et à impliquer tous les acteurs concernés, y compris la société civile et le secteur privé.

5.5 Efficience du système de santé

L'efficience du système de santé peut être définie comme le rapport entre les résultats obtenus et les ressources utilisées (Organisation mondiale de la Santé, 2000). L'efficience implique donc de produire le maximum de résultats avec un minimum de ressources, ou de minimiser les ressources nécessaires pour atteindre un niveau de résultats donné. Pour évaluer l'évolution de l'efficience du système de santé béninois au cours des dix dernières années, il est utile de recourir à des mesures de l'efficacité technique et de l'efficacité allocative.

L'efficacité technique concerne la meilleure utilisation de l'ensemble des ressources existantes (intrants) pour obtenir des résultats maximaux (extrants), tandis que l'efficacité allocative implique l'allocation de ressources pour fournir une

combinaison optimale de services et de biens de manière à maximiser les avantages globaux pour la société (Hollingsworth, 2003).

Une analyse de l'efficacité technique du système de santé béninois basée sur la méthode de l'enveloppement des données (DEA) a été réalisée par Akpovi et al. (2018), qui ont utilisé les données de 24 hôpitaux publics et privés pour la période 2011-2016. Les auteurs ont trouvé que l'efficacité technique moyenne des hôpitaux béninois était de 63,7 %, ce qui signifie qu'ils auraient pu réduire leurs intrants de 36,3 % sans diminuer leurs extrants. Ils ont également constaté que l'efficacité technique des hôpitaux privés était supérieure à celle des hôpitaux publics, et que l'efficacité technique augmentait

avec la taille des hôpitaux. Les principaux facteurs qui influencent l'efficacité technique selon cette méthode d'évaluation sont le taux d'occupation des lits, le taux de césarienne, le niveau de qualification du personnel et le type de gestion.

Une autre analyse de l'efficacité technique du système de santé béninois basée sur la méthode de l'analyse stochastique frontière (SFA) a été réalisée par Abiodun et al. (2019), qui ont utilisé les données de 83 établissements de santé de premier contact pour la période 2014-2017. Selon l'analyse de ces données scientifiques, l'efficacité technique moyenne des établissements de santé de premier contact béninois était de 54 %, ce qui signifie qu'ils auraient pu augmenter leurs extrants de 46 % sans accroître leurs extrants. Ils ont également constaté que l'efficacité technique variait selon les régions, les centres de santé situés dans les zones rurales étant moins efficaces que ceux situés dans les zones urbaines. Les principaux facteurs qui influencent l'efficacité technique selon cette méthode d'évaluation sont le nombre de consultations, d'accouchements, de vaccinations, la disponibilité des médicaments essentiels et le statut juridique des centres de santé.

Ces deux études montrent que le système de santé béninois présente une faible efficacité technique, ce qui implique qu'il existe un potentiel d'amélioration de la performance sans augmenter les ressources. Pour y parvenir, il faudrait renforcer la capacité de gestion des établissements de santé, améliorer la qualité des services, optimiser l'utilisation des ressources humaines et matérielles et encourager la participation du secteur privé.

En ce qui concerne l'efficacité allocative, il n'existe pas d'étude spécifique sur le système de santé béninois. Toutefois, on peut se référer aux indicateurs tels que le niveau et la composition des dépenses de santé, la couverture sanitaire universelle et les inégalités de santé. Selon les données de l'Organisation mondiale de la Santé (2020), les dépenses de santé totales par habitant au Bénin étaient en moyenne de 62\$ (soit 34.519 FCFA) en 2018, soit environ 5 % du Produit Intérieur Brut (PIB) par habitant. Ce niveau de dépense est inférieur à la moyenne régionale de 94\$ par habitant, et très loin du seuil de 86\$ par habitant recommandé par la Commission sur la santé macroéconomique et la croissance (2001) pour assurer un paquet minimum de services de santé. Les dépenses courantes de santé au Bénin sont financées principalement par les ménages à hauteur de 52,34% (CNS 2015), suivis par le gouvernement (20,23%) et les partenaires

extérieurs (20,13%) et cette structure de financement implique une faible efficacité allocative, car elle expose les ménages à un risque élevé de paiement direct et de pauvreté induite par la santé et traduit la faible capacité du gouvernement à orienter les ressources vers les priorités sanitaires. En effet, selon l'Organisation mondiale de la Santé (2020), seuls 47 % des Béninois ont accès à des services de santé essentiels. Par ailleurs, le système de santé béninois présente de fortes inégalités entre les zones urbaines et rurales, entre les régions et entre les groupes socio-économiques, en termes d'accès, de qualité et de résultats des services de santé (PNUD, 2018).

Cette faible efficacité allocative, implique le besoin de réformer le mode de financement et de gouvernance du système de santé. Pour y parvenir, il faudrait augmenter le budget public consacré à la santé, en conformité avec la Déclaration d'Abuja de 2001 qui prévoit un objectif de 15 % du budget national (Bénin, 2019). Il faudrait également accélérer la mise en place d'un mécanisme de prépaiement et de mutualisation des risques, telle que l'assurance maladie universelle, pour réduire la dépendance aux paiements directs et améliorer l'équité et la qualité des soins. En outre, il faudrait renforcer la coordination et la régulation du secteur privé, qui joue un rôle important dans la prestation des services de santé. Enfin, il faudrait aligner les ressources sur les besoins de santé de la population, en tenant compte des priorités sanitaires nationales et des Objectifs de Développement Durable.







RÉFÉRENCES

1. Abiodun, O., Akanbi, S. et Obayelu, O. (2019). Technical efficiency of primary health care system in Benin: A stochastic frontier analysis. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, 11(1), 1-10.

2. Akpovi, J., Elegbede, C.T. et Hounnankan, A> (2018). Efficiency of health system in Benin: A translog input distance function approach. *African Development Review*, 30(1), 100-111.

3. Bénin (2019). Plan national de développement sanitaire 2019-2023. Ministère de la Santé.

4. Commission on Macroeconomics and Health (2001). *Macroeconomics and health: Investing in health for economic development*. World Health Organization.

5. Hollingsworth, B. (2003). Non parametric and parametric applications measuring efficiency in health care. *Health Care Management Science*, 6(4), 203-218.

6. Organisation mondiale de la Santé (2000). *Rapport sur la santé dans le monde 2000 - Pour un système de santé plus performant*. Organisation mondiale de la Santé.

7. Organisation mondiale de la santé (2020). *Global Health Expenditure Database*.

8. PNUD (2018). *Rapport national sur le développement humain 2018 - Inégalités et développement humain au Bénin*. Programme des Nations Unies pour le Développement.

9. Banque mondiale (2020). *Indicateurs du développement dans le monde*.

10. IAHO (2020). *Indice d'accès aux services de santé*.

11. INSTAD (2019). *Enquête démographique et de santé au Bénin (EDSB-VI) 2017-2018*.

12. Ministère de la Santé (2017). *Plan national de préparation et de réponse aux urgences sanitaires au Bénin 2017-2021*.

13. Ministère de la Santé (2020). *Stratégie nationale de riposte à la Covid-19*.

14. OMS (2005). *Règlement sanitaire international (2005)*.

15. OMS (2015). *Rapport sur la santé dans le monde 2015 : Chaque femme, chaque enfant : un accès universel à la santé*.

16. OMS (2016). *Cadre de référence pour la qualité des soins : une approche axée sur les résultats pour les soins de santé maternelle et néonatale*.

17. OMS (2018). *Profil sanitaire du Bénin 2018*

18. OMS (2019). *Rapport statistique mondial sur la santé 2019*.

19. OMS (2020). *Indice de performance du Règlement sanitaire international (2005) en Afrique 2020*



RÉFÉRENCES

20. OMS (2021). Tableau de bord de la Covid-19.

21. PNUD (2018). Rapport national sur le développement humain du Bénin 2018.

22. PNUD (2020). La réponse socio-économique du système des Nations Unies au Bénin face à la pandémie de Covid-19. [URL]

23. UNFPA (2019). Rapport annuel de UNFPA au Bénin 2019.

24. UNICEF (2019). Rapport annuel de l'UNICEF au Bénin 2019.

25. Banque mondiale (2020). Indicateurs du développement dans le monde.

26. iAHO (2020). Atlas africain de la santé et de l'hospitalité.

27. INSTAD (2019). Enquête démographique et de santé (EDSB-VI) 2017-2018.

28. OMS (2006). Qualité des soins : un processus pour faire des choix éclairés.

29. OMS (2019). Rapport sur la santé dans le monde 2019 : pour une couverture sanitaire universelle.

30. PNUD (2018). Rapport national sur le développement humain au Bénin 2018.

31. UNICEF (2019). Situation des enfants dans le monde 2019.

32. AHPSR (2020). Réseau africain de recherche en politiques et systèmes de santé.

33. Akpovi, C., Hounsa, A. et Gnangnon, S.K. (2018). Analyse de l'efficacité technique des hôpitaux publics et privés au Bénin. *Revue d'économie du développement*, 26(2), 95-116.

34. Bonfrer, I., Soeters, R., Van de Poel, E. et Basenya, O. (2019). The effects of performance-based financing on the use and quality of health care in Burundi: an impact evaluation. *The Lancet Global Health*, 4(4), e196-e205.

35. Hollingsworth, B. (2003). Non-parametric and parametric applications measuring efficiency in health care. *Health care management science*, 6(4), 203-218.

36. iAHO (2020). Atlas 2022 statistiques sanitaires de la région africaine : Rapport complet 2020.

37. Kruk, M.E., Myers, M., Varpilah, S.T. et Dahn, B.T. (2015). What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *The Lancet*, 385(9980), 1910-1912.

38. L'Agence Béninoise du Service Universel des Communications Electroniques et de la Poste (2020). La plateforme numérique de gestion des données sanitaires lancée au Bénin. Disponible sur : [URL]/ [consulté le 10 janvier 2021].

39. Ministère de la Santé (2017). Plan national de préparation et de réponse aux urgences sanitaires au Bénin 2017-2021.



RÉFÉRENCES

40. Ministère de la Santé (2018). Création du centre national de pharmacovigilance au Bénin : un outil pour assurer la sécurité des médicaments

41. Ministère de la Santé (2019). Revue du plan national de développement sanitaire> (PNDS) 2009-2018.

42. Ministère de la Santé (2020). Rapport de situation COVID-19 N°42 au 22 juillet 2020.

43. OMS (2005). Règlement sanitaire international (2005).

44. OMS (2018). Evaluation conjointe externe des capacités du règlement sanitaire international du Bénin.

45. OMS (2020). Coronavirus disease (COVID-19) dashboard.

46. Organisation mondiale de la santé (2000). Rapport sur la santé dans le monde 2000 – Pour un système de santé plus performant.





6

SECTION VI - RESULTATS DU SYSTEME DE SANTÉ

Cette section montre comment le système de santé assure la disponibilité des services essentiels (planification familiale, services des soins prénataux, vaccination de routine, soins préventifs et curatifs des enfants, service de santé aux adolescents, offre de services pour les personnes âgées et les services pour les maladies non transmissibles), la couverture

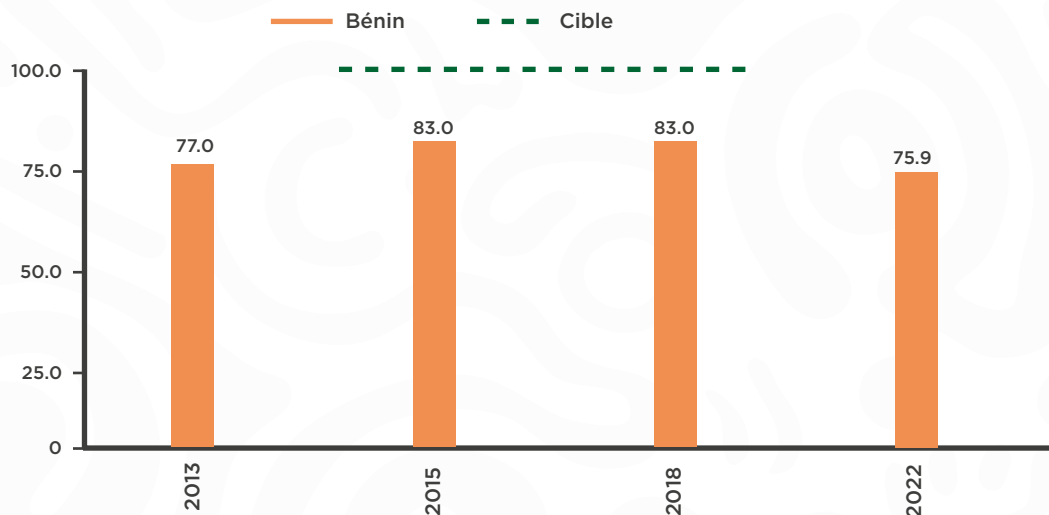
en infrastructures sanitaires liés à ces services, la couverture santé universelle et la sécurité sanitaire pour tous. Il s'agit de résultats qui indiquent la contribution du système de santé à l'impact sur la santé des populations qui seront présentés dans la section 7

6.1 Disponibilité des services essentiels

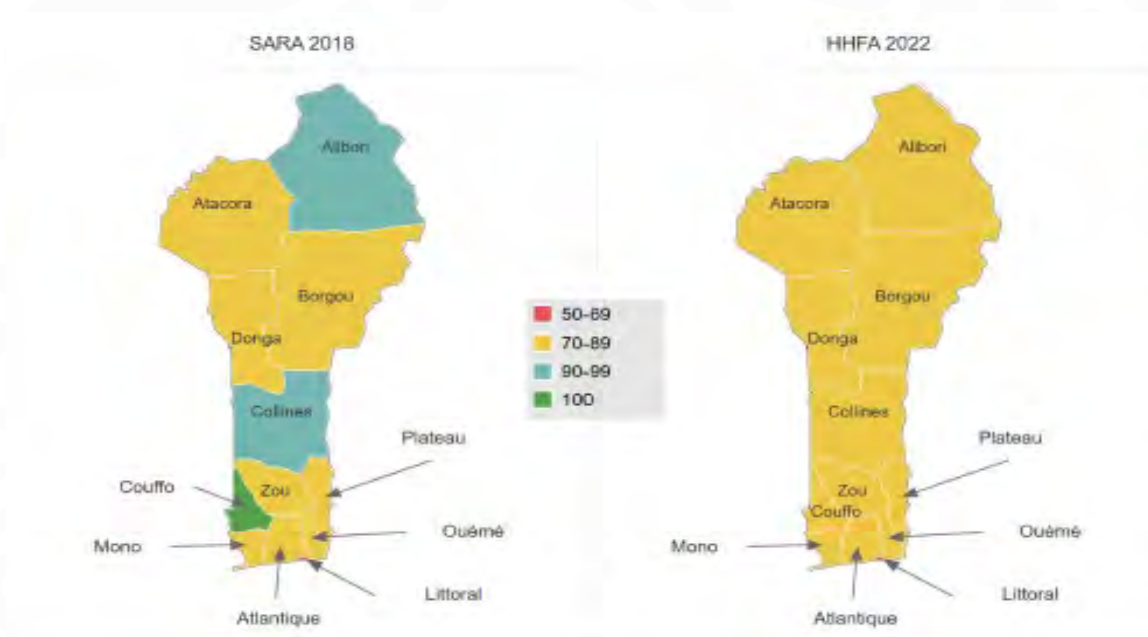
Services de planification familiale

On observe que la disponibilité des services de Planification Familiale (PF) a augmenté de manière significative entre 2013 et 2018, passant de 77 % à 83 % des établissements de santé. Selon les données de l'enquête Harmonized Health Facility Assessment (HHFA, 2022), au Bénin la disponibilité des services de PF se situe à 75,9 % en 2022 soit une baisse de

plus de 8 points par rapport à 2018 (Graphique 6.1.1). La répartition spatiale (Graphique 6.1.2) montre qu'aucune région n'atteint l'objectif de 90 % en 2022 même avec une baisse de la disponibilité dans les régions du Couffo, des Collines et de l'Alibori comparée aux résultats de 2018 enquête SARA (SARA, 2018).



Graphique 6.1.1: Pourcentage d'établissements de santé offrant des services de planification familiale, Bénin, 2013-2022 (source : SARA 2013-2018, HHFA 2022)

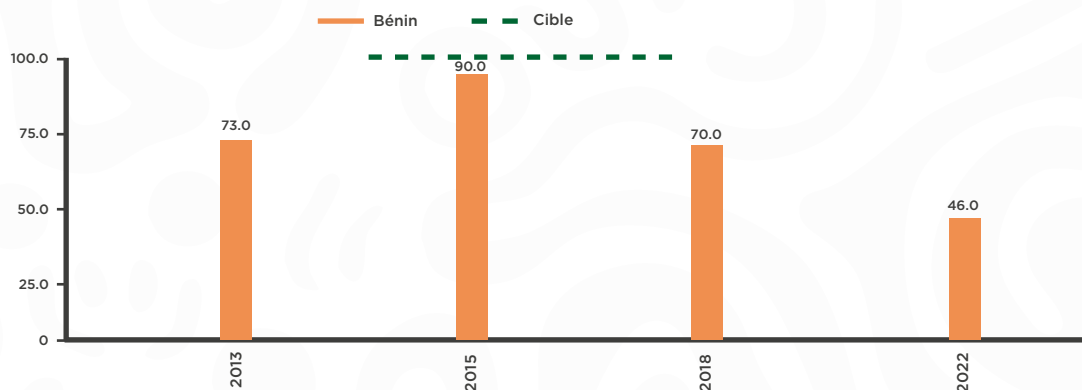


Graphique 6.1.2: Pourcentage d'établissements de santé offrant des services de planification familiale, Bénin, 2018 versus 2022 (source : SARA 2018, HHFA 2022)

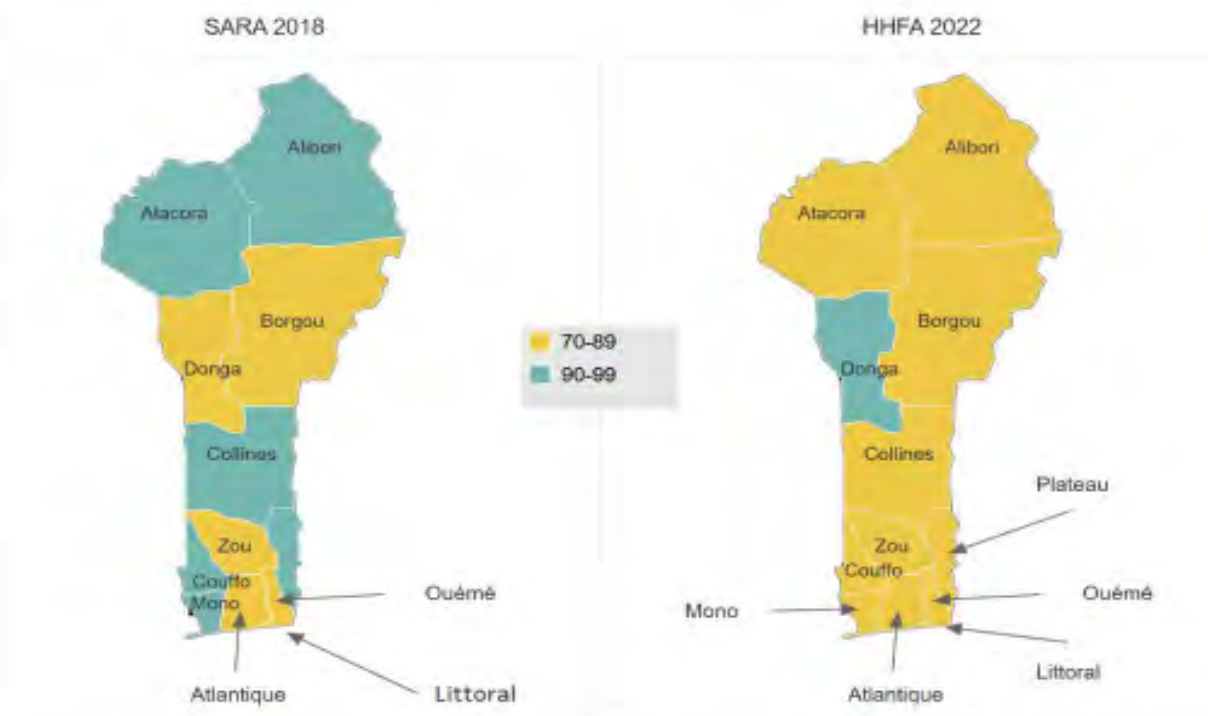
Services de soins prénataux

Les services de soins prénataux sont essentiels pour assurer la santé de la mère et de l'enfant pendant la grossesse. Ils comprennent des consultations régulières, des examens médicaux, des conseils nutritionnels, des suppléments de fer et d'acide folique, des tests de dépistage du VIH et d'autres infections ainsi que la prévention du paludisme. Selon les normes de l'OMS, une femme enceinte

devrait effectuer au moins huit (08) visites prénatales avant l'accouchement. Au Bénin, la disponibilité des services de soins prénataux dans les établissements de santé a connu une régression entre 2013 et 2022, passant de 73 % à 46 % soit une baisse de plus de 27 points. En 2022, quasiment tous les départements présentent une disponibilité inférieure à l'objectif de 90 %, excepté le département de la Donga.



Graphique 6.1.3: Pourcentage d'établissements de santé offrant des services de soins prénataux, Bénin, 2013-2022 (source : SARA 2013-2018, HHFA 2022)

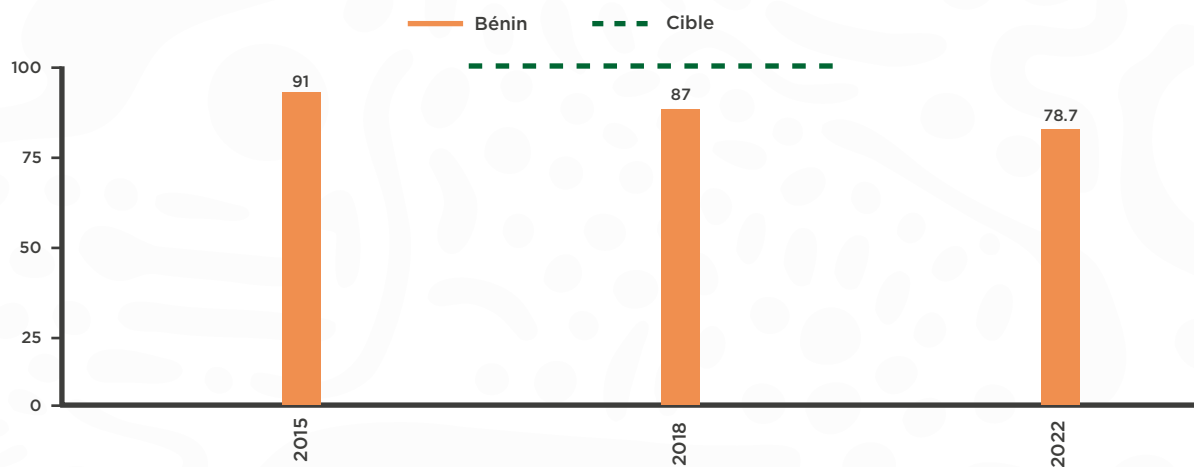


Graphique 6.1.4: Pourcentage d'établissements de santé offrant des services de soins prénataux, Bénin, 2018 versus 2022 (source : SARA 2018, HHFA 2022)

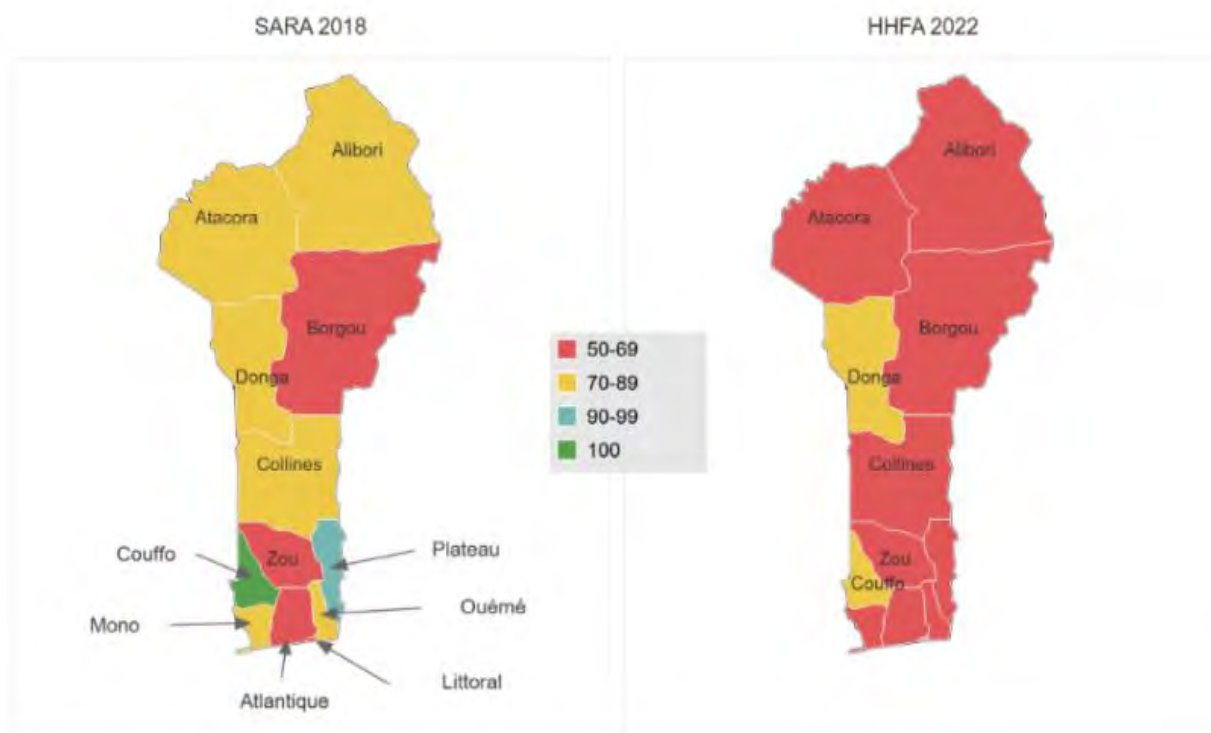
Vaccination de routine

Les Graphiques 6.1.5 et 6.1.6 présentent la disponibilité des services de vaccination de routine dans les établissements de santé au Bénin entre 2015 et 2022. On constate une baisse significative du pourcentage d'établissements offrant ces services, passant de 91 % en 2015 à 78,7 % en 2022. Exceptés les départements de la Donga et du Couffo qui ont des scores de plus de 70 %, tous les autres départements du pays ont une disponibilité des services de vaccination inférieure à 70 %. Les conséquences de la baisse de la disponibilité des services de vaccination de routine sont potentiellement graves pour la santé des enfants de moins de cinq ans au Bénin. Selon l'OMS (2017), la vaccination permet en effet d'éviter

entre 2 et 3 millions de décès par an dans le monde, et de protéger contre des maladies telles que la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la rougeole, la poliomyélite, la fièvre jaune ou la méningite. Sans une disponibilité suffisante des services de vaccination, le Bénin risque de connaître une recrudescence de ces maladies et de compromettre les progrès réalisés en matière de survie de l'enfant. Par exemple, la rougeole est responsable de 22 % des décès d'enfants dus aux maladies évitables par la vaccination au Bénin, et une couverture vaccinale inférieure à 95 % augmente le risque d'épidémies (UNICEF, 2020).



Graphique 6.1.5: Pourcentage d'établissements de santé offrant des services de vaccination de routine, Bénin, 2015-2022 (source : SARA 2015-2018, HHFA 2022)

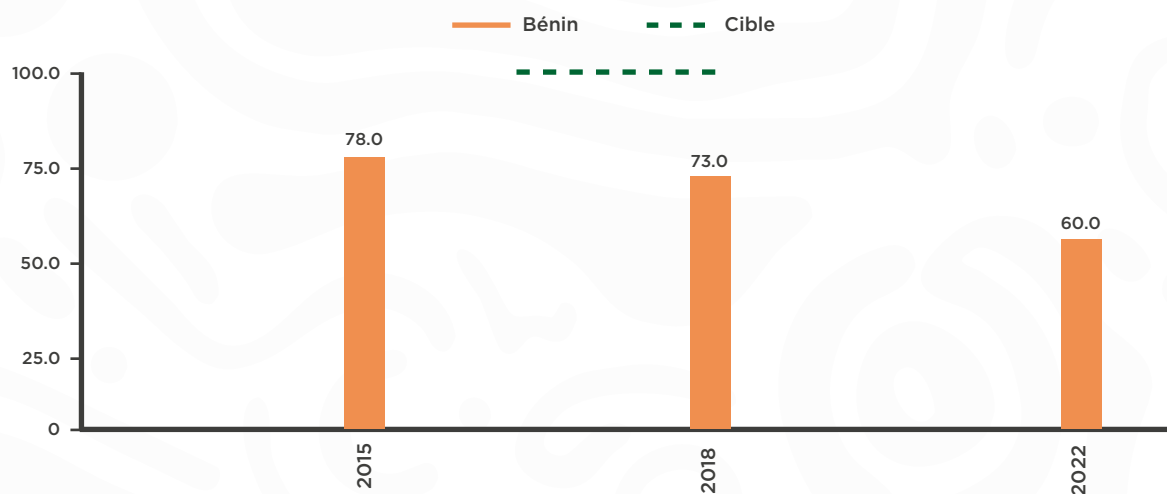


Graphique 6.1.6: Pourcentage d'établissements de santé offrant des services de vaccination de routine, Bénin, 2018 versus 2022 (source : SARA 2018, HHFA 2022)

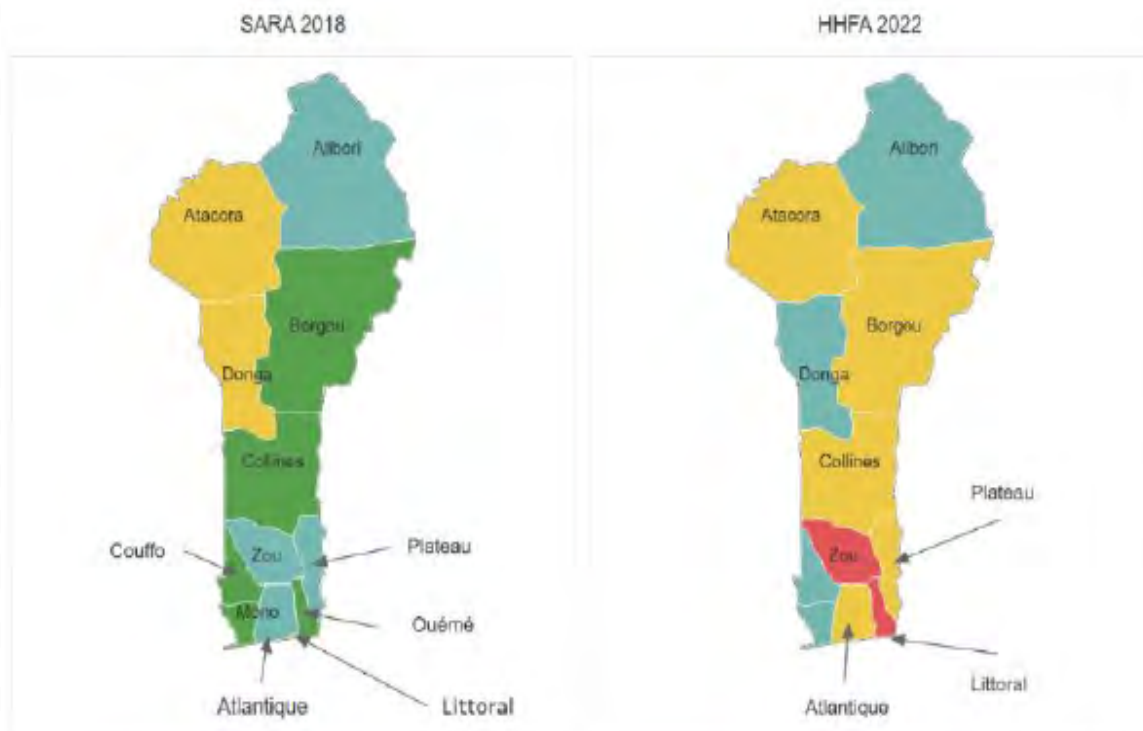
Soins préventifs et curatifs aux enfants de moins de 5 ans

L'analyse des données des enquêtes SARA devenue HHFA (SARA, 2015 - 2018 ; HHFA 2022) et de l'évaluation harmonisée des établissements de santé montrent que la disponibilité des soins préventifs et curatifs pour les enfants de moins de 5 ans au Bénin a connu une régression entre 2015 et 2022, passant de 78 % à 60 %. Plusieurs explications sont possibles dont la réorganisation des structures de soins, les défis de mise en œuvre de la nouvelle politique de santé communautaire (MS, 2022), une réallocation des ressources financières, les conditions socio-économiques des ménages, la charge de travail et la motivation du personnel de santé. L'opérationnalisation de la nouvelle politique de santé communautaire pourrait améliorer la

disponibilité des soins préventifs et curatifs pour les enfants de moins de 5 ans. Celle-ci devrait inclure des évaluations de la mise en œuvre de la politique, des ressources allouées, des infrastructures disponibles, ainsi que des retours d'expérience des professionnels de santé et des familles. De plus, on note que plusieurs départements ont régressé sur cet indicateur avec seulement quatre départements (Alibori, Donga, Couffo et Mono) atteignant un score de plus de 90 %. Par ailleurs, il existe une disparité importante entre le milieu urbain et le milieu rural, avec un avantage pour le premier. Toutefois, l'écart se réduit entre les deux milieux, ce qui témoigne des efforts déployés pour réduire les inégalités d'accès aux services de santé maternelle et infantile.



Graphique 6.1.7: Pourcentage d'établissements de santé offrant des soins préventifs et curatifs aux enfants de moins de 5 ans, Bénin, 2015-2022 (source : SARA 2015-2018, HHFA 2022)

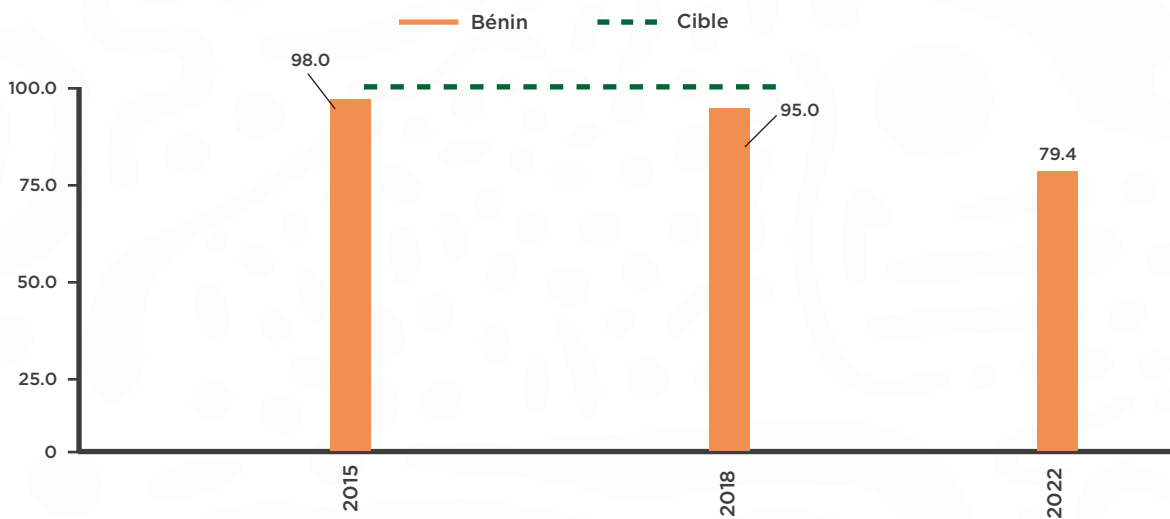


Graphique 6.1.8: Pourcentage d'établissements de santé offrant des soins préventifs et curatifs aux enfants de moins de 5 ans, Bénin, 2018 versus 2022 (source : SARA 2018, HHFA 2022)

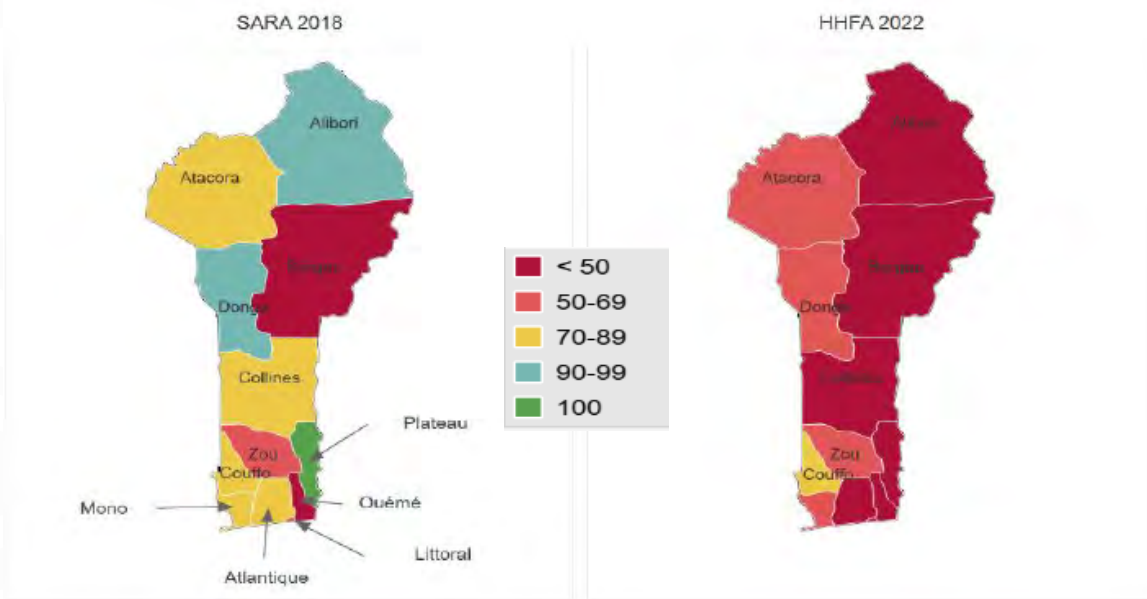
Services de santé aux adolescents

La disponibilité des services de santé aux adolescents au Bénin a connu une baisse significative au cours des dix dernières années, passant de 98% à 79,4% entre 2015 et 2022. Les services de santé aux adolescents incluent les services relatifs à la santé sexuelle et reproductive, à la prévention des grossesses précoces et non désirées, à la détection et au traitement des infections sexuellement transmissibles, à la promotion de la santé mentale, à la prévention de la violence basée sur le genre, et à la participation des jeunes aux prises de décision. En dehors du département du Couffo qui a une disponibilité estimée à plus de 70 %, tous les autres départements présentent une disponibilité inférieure à 60 %. ce constat interpelle sur l'urgence de rendre ces services accessibles

dans tous les établissements de santé pour un meilleur accompagnement des adolescents dans leur croissance. La faible disponibilité des services de santé aux adolescents au Bénin a des conséquences négatives sur la santé et le bien-être de cette tranche d'âge, qui représente environ un quart de la population totale du pays (UNFPA, 2019). De plus, les adolescents sont confrontés à des défis psychosociaux tels que le stress, l'anxiété, la dépression, la mauvaise estime de soi, la pression sociale et les conflits familiaux, qui peuvent affecter leur développement cognitif et émotionnel. Les troubles mentaux sont souvent sous-diagnostiqués et sous-traités chez les adolescents, en raison du manque de sensibilisation, de stigmatisation et de services spécialisés (OMS, 2017).



Graphique 6.1.9: Pourcentage d'établissements de santé offrant des services de santé aux adolescents Bénin, 2015-2022 (source : SARA 2015-2018, HHFA 2022)



Graphique 6.1.10: Pourcentage d'établissements de santé offrant des services de santé aux adolescents Bénin, 2018 versus 2022 (source : SARA 2018, HHFA 2022)

Offre de services pour les adultes et personnes âgées

En 2015, les personnes âgées (65 ans et plus) représentaient déjà 4,79 % de la population béninoise (OMS). En 2019, selon les projections de l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE), basées sur les données du quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH4), l'effectif des personnes âgées au Bénin est estimé à 691 183, pour une population totale de 13,4 millions, soit une proportion de 5,16 % de la population, représentant une progression de 7,73 % entre 2015 et 2019. Cette progression traduit une amélioration de l'espérance de vie à la naissance au Bénin qui est passée de 42,35 ans dans les années 70 à 65,7 ans en 2023 (INStAD, RGPH4 de 2013). La conséquence de cette situation est un accroissement des besoins spécifiques dans tous les domaines.

Au plan social, les personnes âgées constituent une population vulnérable, trop souvent négligée dans les politiques publiques qui doivent leur fournir davantage de soutien afin de garantir, à chacun, le droit de vieillir actif et en bonne santé. A défaut de structure sanitaire de prise en charge spécifique, il est institué des mécanismes pour promouvoir leurs droits et envisager le relèvement des défis liés au vieillissement de la population. Ces mécanismes visent également à investir davantage pour permettre aux personnes âgées de mener une vie longue et en bonne santé. Au Bénin, environ 30 à 40 % des personnes âgées de 60 ans et plus sont touchées par l'hypertension (EDS, 2017-2018). La prévalence estimée du diabète chez les adultes de 60 ans et plus au Bénin est d'environ 6 à 7 % selon le rapport de l'OMS en 2021 sur les données régionales actualisées. Selon l'EDS 2017-2018, le taux d'accès aux services de santé des personnes âgées reste faible, en raison des coûts et de l'éloignement des établissements de santé. Environ 60 % des personnes âgées accèdent à des soins de santé primaires. La couverture de l'assurance maladie pour les personnes âgées est faible, avec environ 5 à 10 % d'entre elles ayant accès à une assurance. Selon les rapports nationaux sur la couverture de l'assurance santé réalisés par l'OMS et la Banque Mondiale en 2018, la prévalence des troubles mentaux comme la dépression chez les personnes âgées au Bénin est estimée entre 10 à 15 % (Rapports de l'OMS, 2019). Moins de 15 % des personnes âgées au Bénin bénéficient de pension de retraite formelle

et la majorité dépend du soutien familial (Banque mondiale et INSAE, 2018-2020).

En dehors des problèmes courants de santé, les personnes âgées développent des maladies non transmissibles chroniques (diabète, insuffisance rénale, maladies cardiovasculaires, affections neurovégétatives, troubles de vision, maladies de la prostate, cancer du col de l'utérus et des seins etc.). Plusieurs facteurs influencent la vie socio-sanitaire des personnes âgées. Ils sont individuels et environnementaux. Face à cette situation, il convient de noter à ce stade que le système de santé doit développer des soins et services de santé adaptés aux besoins des personnes âgées.

La loi portant Code des Personnes et de la Famille organise juridiquement l'existence humaine depuis sa naissance jusqu'à son décès en mettant l'accent sur les droits qui lui sont attachés à chaque étape de sa vie. Des Politiques sectorielles ont été élaborées pour traduire opérationnellement cet engagement de l'État à protéger ses citoyens des aléas sociaux et à les appuyer dans leurs développements personnel et collectif. De nombreuses politiques et stratégies sectorielles déterminent des objectifs quantifiés, des axes d'intervention et des actions visant à satisfaire dans une approche holistique les besoins en protection sociale des personnes âgées. Il s'agit en particulier de la Politique Nationale pour le Vieillessement Actif et en bonne santé et de son Plan d'Action qui, en son objectif N°3, préconise l'adaptation des systèmes des soins de santé et des services sociaux de base aux besoins spécifiques des personnes âgées avec la mise en place des systèmes de soins de longue durée y compris les soins palliatifs. D'ores et déjà, dans le nouveau Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2025 - 2030), en ses AP2421, AP2422 et AP2423, il est défini les lignes stratégiques pour assurer de meilleurs services de gérontologie/gériatrie aux personnes âgées. En effet, l'AP2421 propose de développer les services cliniques pour la prise en charge des personnes âgées, l'AP2422 suggère quant à lui promouvoir l'autonomie à domicile des personnes âgées en menant des actions sociocommunautaires et l'AP2423 propose pour sa part de développer la gériatrie sociale en mettant en place des filets sociaux avec l'appui du Ministère des Affaires Sociales et de la Microfinance (MASM).



Avec cette ligne stratégique, le nouveau PNDS entend réduire l'occurrence de la fragilisation et de

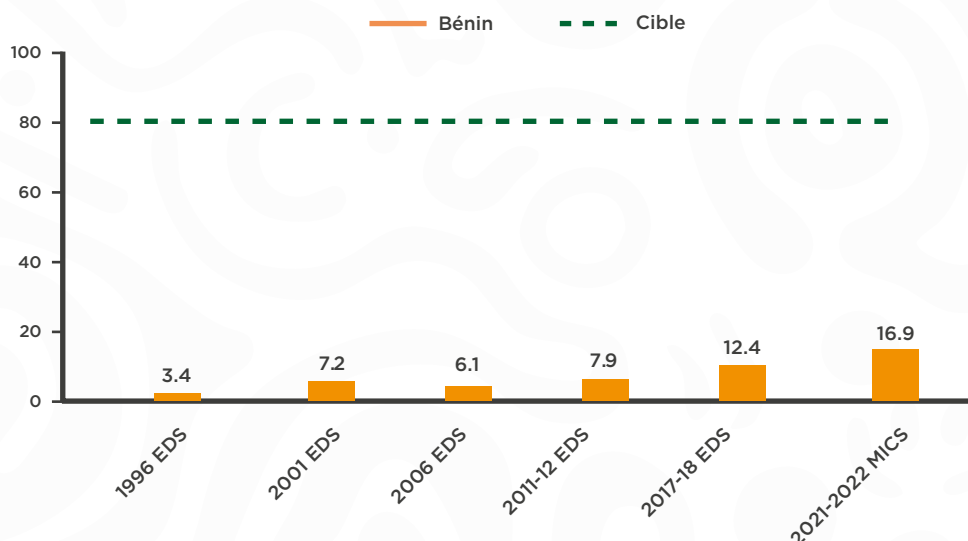
la perte d'autonomie qui sont les principaux maux qui minent les personnes âgées.

6.2 Couverture des interventions

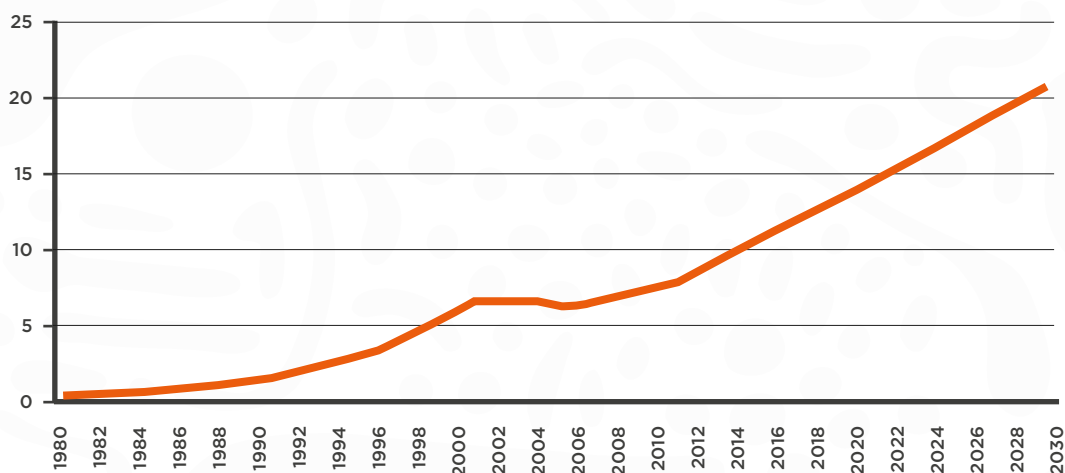
Planification familiale

Au Bénin, la prévalence de la contraception par les méthodes modernes a augmenté de manière significative ces dernières années, passant de 6,1 % en 2006 à 16,9 % (Graphique 5.2.1) en 2022 (EDS/MICS, 1996-2022). Cette augmentation s'explique par les efforts du gouvernement et de ses partenaires pour améliorer l'accès, la disponibilité et la qualité des services de planification familiale, notamment par la gratuité des contraceptifs dans ces services, la délégation de tâches aux agents de santé communautaire, la promotion de la Planification Familiale post-partum et post-abortum et des campagnes de communication et de mobilisation sociale. Selon les estimations de la « Division de la population des Nations Unies au Bénin, la tendance du recours à la contraception parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans mariées ou en union est en augmentation constante depuis 1980 et dépassera 20% en 2030» (Graphique 5.2.2).

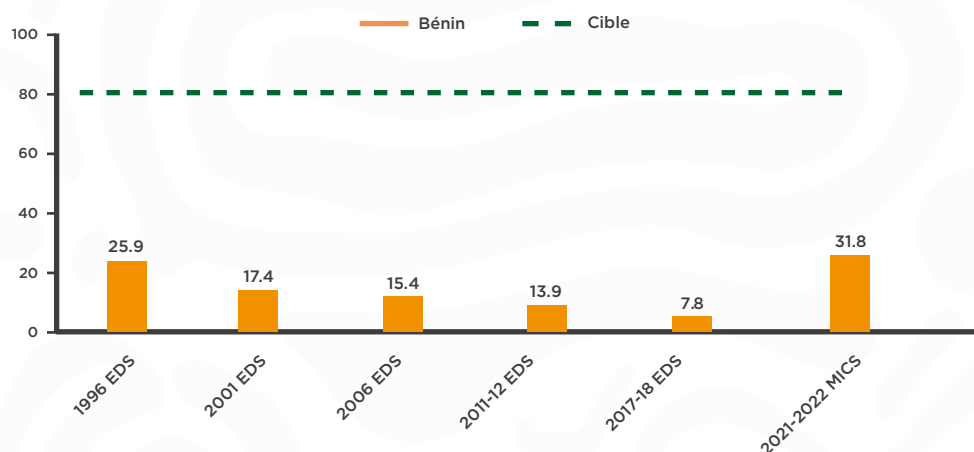
Toutefois, malgré ces avancées, le Bénin reste encore loin des moyennes régionales et mondiales en matière de Planification Familiale. Selon les estimations de la Division de la population des Nations Unies, la prévalence contraceptive par les méthodes modernes au Bénin était de 14,1 % en 2020, contre 26,7 % en Afrique subsaharienne et de 57,7 % dans le monde. En parallèle, la réponse apportée à la demande en matière de Planification Familiale par les méthodes modernes, était de 31,8 % en 2022 (Graphique 5.2.3). Ces chiffres indiquent qu'il existe encore un écart important entre les besoins et l'utilisation des méthodes modernes de Planification Familiale. En effet, la non-satisfaction des demandes pourrait expliquer la faible proportion de femmes en âge de procréer en 2022 (16,9 %, voir Graphique 6.2.1) selon les données EDS/MICS, 1996-2022, très loin de la cible de 80 %.



Graphique 6.2.1: Prévalence de la contraception (méthode moderne) parmi les femmes de 15-49 ans mariées ou en union, Bénin, 1996-2022 (Sources : EDS/MICS)



Graphique 6.2.2: Tendence de la prévalence de la contraception (méthode moderne) parmi les femmes de 15-49 ans mariées ou en union, Bénin, 1980-2030 (Source : Estimations de la Division de la population des Nations Unies)



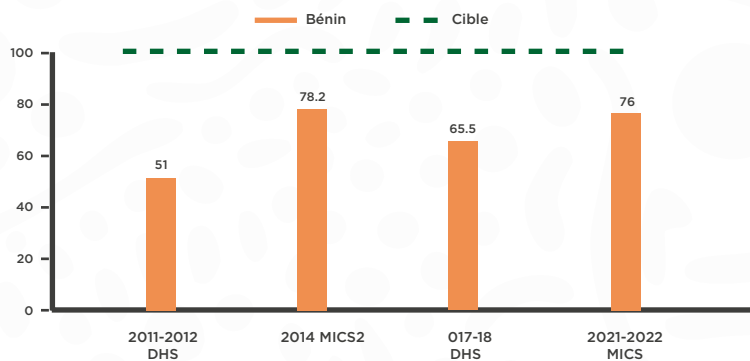
Graphique 6.2.3: Demande satisfaite en matière de planification familiale par les méthodes modernes (% de femmes mariées ayant une demande de planification familiale), Bénin, 1996-2022

Soins postnatals

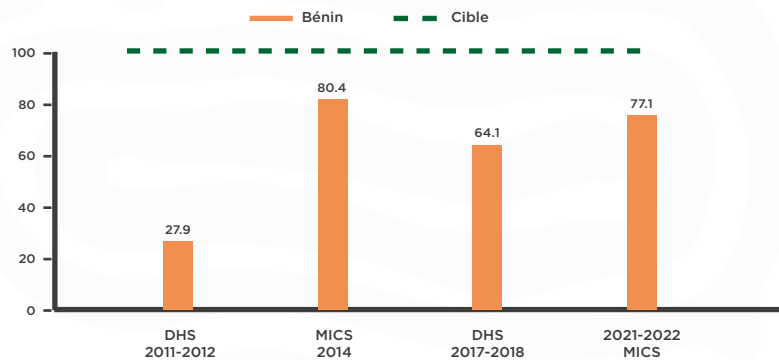
Les soins postnatals sont essentiels pour assurer la survie et le bien-être des mères et des nouveau-nés après l'accouchement. Selon l'OMS, les soins postnatals devraient comprendre au moins trois contacts de la mère et du nouveau-né avec les professionnels de santé : (1) dans les heures (2) entre le troisième et le septième jour, et (3) six semaines après la naissance (OMS, 2014). Au Bénin,

la couverture des soins postnatals a connu une amélioration notable au cours des dix dernières années, passant de 51 % à 76 % pour les femmes et de 27,5 % à 77,1 % pour les nouveau-nés entre 2011 et 2022 (Graphiques 5.2.4 et 5.2.5). Malgré ces avancées, il existe des disparités géographiques, socio-économiques et culturelles dans l'accès aux soins postnatals.





Graphique 6.2.4 : Évolution de la proportion de femmes ayant reçu des soins postnatals (soins après l'accouchement) dans les deux jours suivant la naissance de l'enfant, Bénin, 2011-2022 (Sources : EDS/MICS)

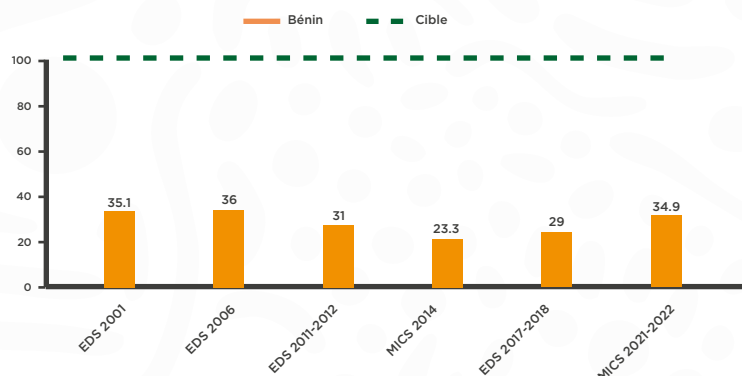


Graphique 6.2.5 : Évolution de la proportion de nouveau-nés qui ont eu un contact avec les soins postnatals dans les deux jours suivant la naissance, Bénin, 2011-2022 (Sources : EDS/MICS)

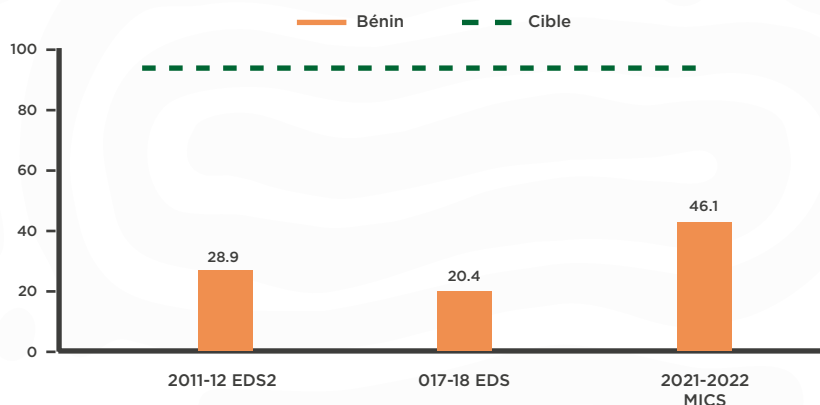
Traitement de l'Infection Respiratoire Aigüe (IRA)

L'Infection Respiratoire Aigüe (IRA) est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans dans les pays à faible revenu. La prise en charge précoce et appropriée des cas d'IRA peut réduire le risque de complications graves et de décès chez les enfants. Au Bénin, on observe que la proportion d'enfants de moins de 5 ans présentant des symptômes d'IRA pour lesquels des conseils ou un traitement ont été demandés auprès d'un établissement de santé ou d'un professionnel de santé est passée de 31 % en 2011-2012 (EDS, 2011-2012) à 29 % en 2017-2018 (EDS, 2017-2018) puis à 34,9 % (Graphique 6.2.6) en 2020-2021 (MICS, 2021-2022). Dans le même

temps, la proportion d'enfants âgés de moins de 5 ans présentant des symptômes d'IRA qui ont pris un traitement antibiotique contre la pneumonie est passée de 28,9 % en 2011-2012 à 20,4 % en 2017-2018, puis à 46,1 % en 2020-2021 (Graphique 6.2.7) Ce faible taux de couverture peut être attribué à plusieurs facteurs, tels que le manque de disponibilité et d'accessibilité des antibiotiques dans les zones rurales et périurbaines, le coût élevé des médicaments pour les familles pauvres et le retard dans la recherche de soins. Par ailleurs, il existe une disparité importante d'un département à un autre dans le traitement de l'IRA.



Graphique 6.2.6: Evolution de la proportion d'enfants de moins de 5 ans présentant des symptômes d'infection respiratoire aiguë (IRA) pour lesquels des conseils ou un traitement ont été demandés auprès d'un établissement de santé ou d'un prestataire, Bénin, 2011-2022 (

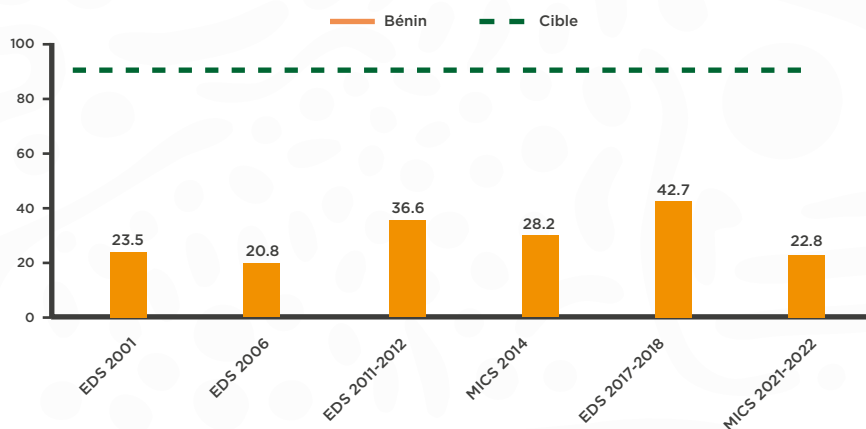


Graphique 6.2.7: Evolution de la proportion d'enfants âgés de moins de 5 ans présentant des symptômes d'IRA qui ont pris un traitement antibiotique contre la pneumonie, Bénin, 2011-2022 (Sources : EDS/MICS)

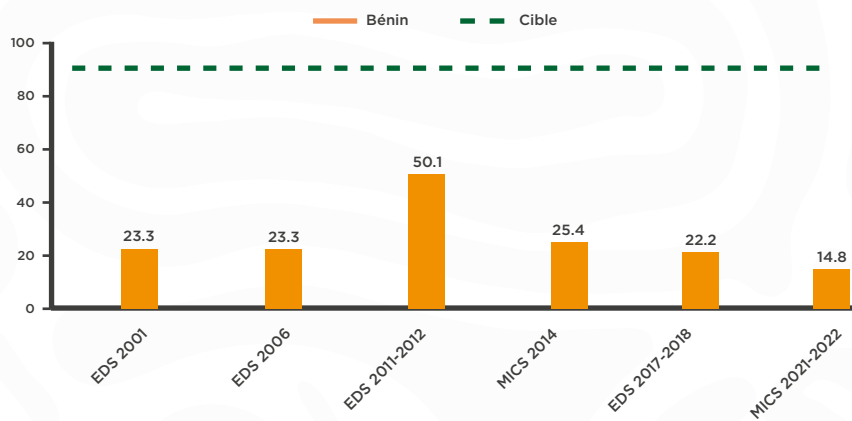
Traitement de la diarrhée

Selon l'OMS (OMS, 2017), la diarrhée est responsable de 8 % des décès d'enfants de moins de 5 ans dans le monde, soit environ 1,3 million de morts par an. La prévention et le traitement de la diarrhée reposent sur des interventions simples et efficaces, telles que l'amélioration de l'hygiène, l'accès à l'eau potable, la vaccination contre le rotavirus, la recherche de soins, l'utilisation de Solutions de Réhydratation Orale (SRO) et de zinc. On observe que la proportion d'enfants emmenés dans un établissement de santé pour la recherche de soins a augmenté dans un premier temps, passant de 36,6 % en 2011-2012 (EDS, 2011-2012) à 42,7 % en 2017-2018 (EDS, 2017-

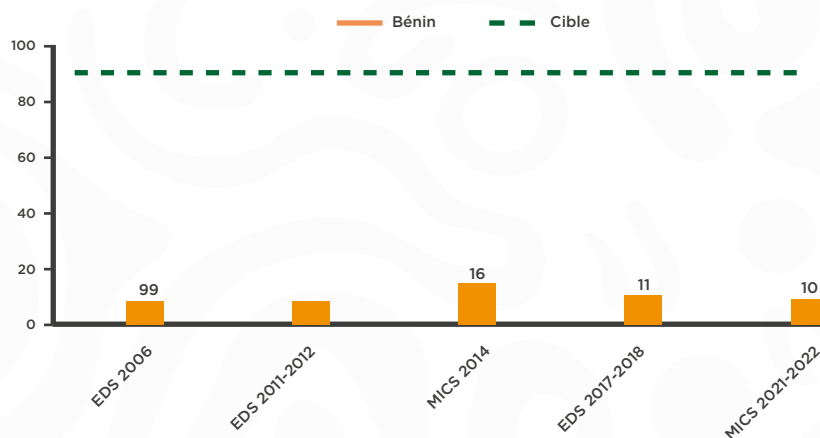
2018) avant de diminuer pour descendre à 22,8 % (Graphique 6.2.8) en 2021-2022 soit une baisse de 46,6 %. De même que la proportion d'enfants traités avec une solution de SRO (Graphique 6.2.9) a également connu une baisse importante de 70,46 %, passant de 50,1 % en 2011-2012 à 14,8 % en 2021-2022 (MICS, 2021-2022). En revanche, la proportion d'enfants traités avec une solution de SRO et du zinc (Graphique 6.2.10) est restée faible, atteignant seulement 10 % en 2022. La baisse enregistrée du traitement de la diarrhée au Bénin a eu des conséquences négatives sur la mortalité des moins de cinq ans.



Graphique 6.2.8 : Evolution de la proportion d'enfants âgés de <5 ans présentant des symptômes de diarrhée emmenés dans un établissement de santé pour la recherche de soins (%), Bénin, 2001-2022 (Sources : EDS/MICS)



Graphique 6.2.9 : Évolution de la proportion d'enfants âgés de <5 ans souffrant de diarrhée et traités avec une solution de sel de réhydratation orale (SRO) (%), Bénin, 2001-2022 (Sources : EDS/MICS)



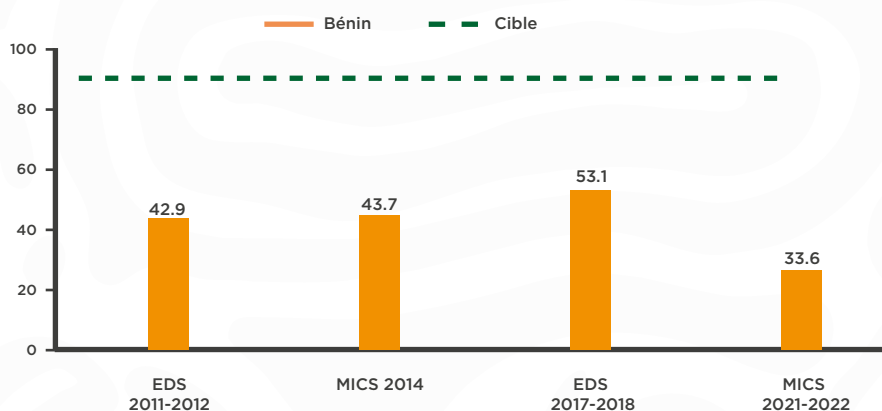
Graphique 6.2.10 : Évolution de la proportion d'enfants âgés de <5 ans souffrant de diarrhée et traités avec une solution de sel de réhydratation orale (SRO) et du zinc (%), Bénin, 2001-2022 (Sources : EDS/MICS)

Traitement de la fièvre et diagnostic du paludisme

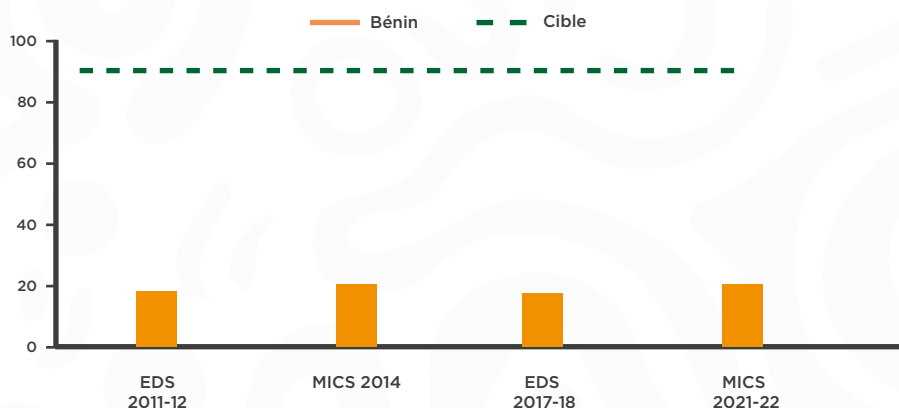
La proportion d'enfants de moins de cinq ans présentant des symptômes de fièvre emmenés dans un établissement de santé pour y être conseillés ou soignés a augmenté de manière significative, passant de 42,9 % en 2011-2012 (EDS, 2011-2012) à 53,17 % en 2017-2018 (Graphique 6.2.11) avant de diminuer à 33,6 % en 2021-2022 (MICS, 2021-2022). Cependant, le diagnostic du paludisme chez les enfants fébriles reste faible au Bénin oscillant autour de 19 % sans le dépasser sur la période de 2011-2022.

Ce faible taux de diagnostic peut s'expliquer par la non-maîtrise du calcul des paramètres de gestion

et le mauvais comportement de certains agents responsables des établissements de santé qui ne vont pas s'approvisionner à temps malgré la disponibilité de l'intrant dans les dépôts répartiteurs, ainsi que par la résistance des agents de santé et des parents à effectuer des prélèvements sanguins chez les enfants (Graphique 6.2.12). Par conséquent, le traitement du paludisme repose souvent sur des signes cliniques plutôt que sur des résultats de laboratoire, ce qui peut entraîner un surdiagnostic et un surtraitement du paludisme, et compromettre l'efficacité des médicaments antipaludiques.



Graphique 6.2.11: Enfants de moins de 5 ans présentant des symptômes de fièvre emmenés dans un établissement de santé pour y être conseillés ou soignés (%) (Sources : EDS/MICS)

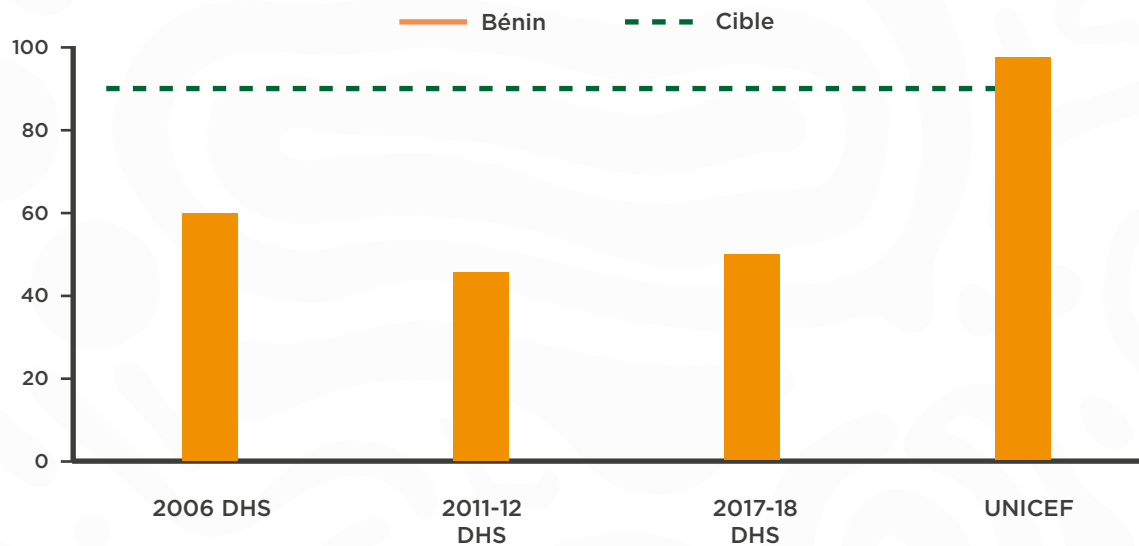


Graphique 6.2.12: Evolution du pourcentage d'enfants fébriles de moins de 5 ans qui ont reçu une piqûre au doigt ou au talon pour le test du paludisme, Bénin, 2012-2022 (Sources : EDS/MICS)

Supplémentation en vitamine A

La vitamine A est un nutriment essentiel pour le maintien de la croissance, de la vision et de la résistance aux infections chez les enfants. Une carence en vitamine A peut entraîner une morbidité et une mortalité accrues chez les enfants de moins de cinq ans, notamment à cause du paludisme, de la diarrhée et de la rougeole (OMS, 2018). Au Bénin, la prévalence de la carence en vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois était estimée à 61,1 % en 2014 (INSAE, 2015). Pour réduire ce problème de santé publique, le Bénin a mis en place des campagnes

de supplémentation en vitamine A lors des journées nationales de vaccination. On observe que la couverture de la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois est restée stagnante, faible au Bénin, oscillant autour et ne dépassant pas les 55 % environ sur la période 2011-2022 (Graphique 6.2.13). Par ailleurs, il existe encore des disparités régionales, socio-économiques et selon le statut résidentiel dans la couverture de la supplémentation en vitamine A.



Graphique 6.2.13: Couverture de la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6-59 mois, Bénin, 2006-2018 (Sources : EDS/MICS)

Couverture vaccinale

Tableau 6.2.1 : présente l'évolution de la couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois de 2012 à 2022 (WUENIC, 2023)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
BCG	96	95	96	96	88	88	88	88	88	88	88
DTPCV1	89	86	84	82	84	84	84	84	83	84	84
DTPCV3	80	77	74	74	76	76	76	76	72	76	76
HEPB_BD									21	71	75
HEPB3	80	77	74	74	76	76	76	76	72	76	76
HIB3	80	77	74	74	76	76	76	76	72	76	76
IPV1				31	62	48	60	76	71	76	76
MCV1	74	68	65	67	68	68	68	68	65	68	68
MCV2											
PCV3	67	70	69	72	73	73	73	73	68	73	73
POL3	80	73	71	72	75	75	75	75	73	75	75
RCV1								68	65	68	33
ROTAC									62	76	76
YFV	69	70	63	63	64	70	71	71	67	71	71

Prévention et prise en charge de l'infection à VIH

La prise en charge de l'infection à VIH se fait sur les sites de Prise En Charge (PEC), les sites de Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME), les Services Adaptées (SA). L'offre de services de prévention et de dépistage en direction des populations clés (TS et PPL) se fait à travers 25 ONG partenaires (financées par le Fonds Mondial) du Programme Santé de Lutte contre le Sida qui mènent des activités de sensibilisation, de prévention et de dépistage en stratégie avancée à l'aide des animateurs et pairs éducateurs, puis réorientent ces populations clés vers les centres de santé pour prise

en charge le cas échéant. Les activités de prévention et de dépistage en direction des populations clés HSH et CD (Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et Consommateurs de drogues) sont mises en œuvre par des animateurs sous la supervision de Plan International Bénin.

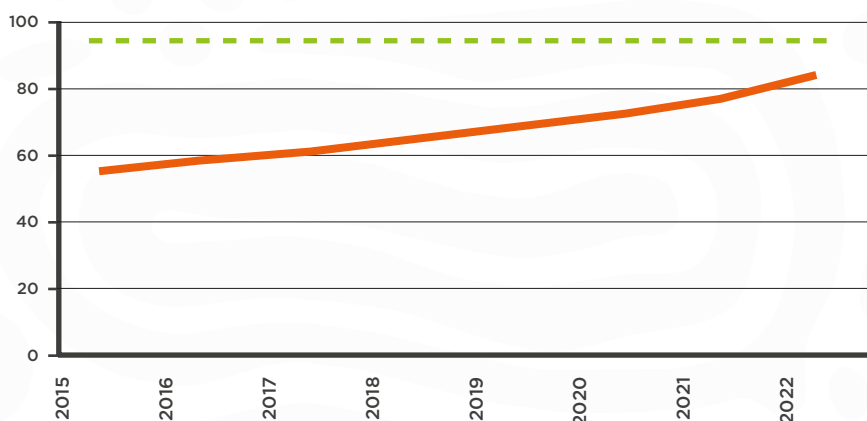
Au fil des années, le nombre de sites a augmenté passant de 143 sites des Centres de Dépistage Volontaire (CDV) en 2013 à 197 en 2023 (38 % de plus), de 582 sites PTME en 2013 (ONUSIDA, 2010-2022) à 1328 (hausse de 128 %) en 2023, et de 83



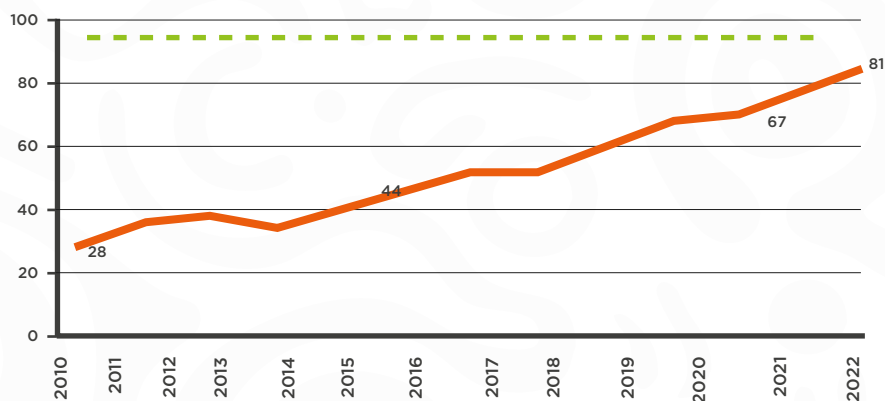
sites PEC en 2013 à 135 (63 % d'augmentation) en 2023. Ceci a permis une meilleure prise en charge et couverture des soins sur toute l'étendue du territoire national. Pour être plus proche des populations touchées par le VIH/SIDA et éviter les pertes de vue (abandon de traitement), le Bénin, au cours des années à venir compte adopter l'approche de distribution/dispensation communautaires des ARV avec une phase pilote à travers des centres communautaires qui seront créés et envisage un passage à l'échelle en cas de résultats probants.

Les graphiques ci-dessous présentent une cascade de traitements distincte de celle des « 3x95 » décrite

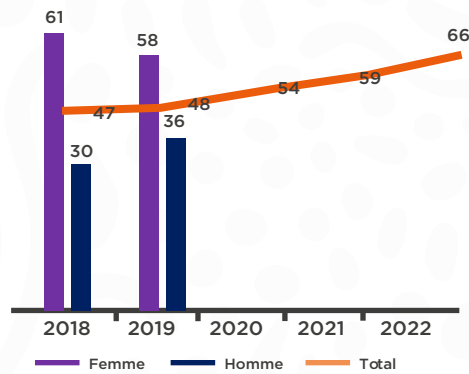
à la page 58, laquelle prend en compte l'ensemble des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) pour chaque indicateur. Par ailleurs, le graphique 6.2.17 illustre spécifiquement la couverture en antirétroviraux (ARV) chez les femmes enceintes séropositives. Pour les quatre indicateurs considérés, une progression constante est observée au fil des années. Toutefois, des efforts importants restent à consentir afin d'accroître la proportion de PVVIH connaissant leur statut sérologique, condition indispensable à une meilleure suppression de la charge virale. Cela contribuerait de manière significative à la réduction du risque de nouvelles infections (source : ONUSIDA, 2018-2022).



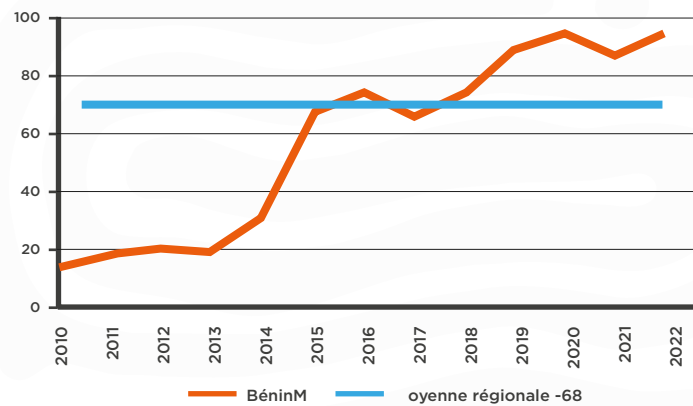
Graphique 6.2.14: Tendence de la proportion de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut (%), Bénin, 2010-2022 (Source : ONUSIDA)



Graphique 6.2.15: Tendence de la proportion de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral (%), Bénin, 2010-2022 (Source : ONUSIDA)



Graphique 6.2.16: Répartition par sexe de la suppression de la charge virale du VIH chez les personnes de plus de 15 ans (%), Bénin, 2018 -2022 (Source : ONUSIDA)



Graphique 6.2.17: Tendence de la couverture de la prévention de la transmission mère-enfant, Bénin, 2010-2022 (Source : ONUSIDA)

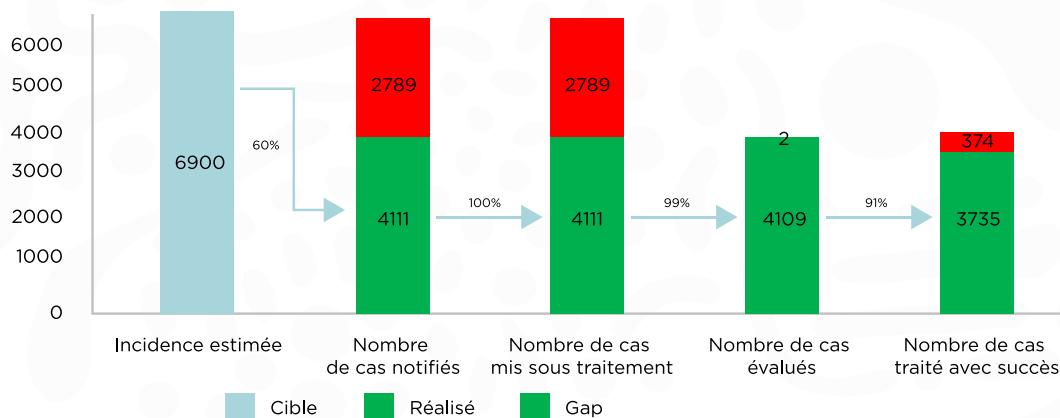
Prévention et prise en charge de l'infection à VIH (PNT, 2022), (PNT, 2023)

Le Bénin a fait de la prise en charge de la TB, une priorité absolue. A cet effet, une stratégie efficace, mise en œuvre au niveau des Centres de Dépistage et de Traitement (CDT) permet d'assurer la couverture totale du traitement de l'infection tuberculeuse au Bénin. Les différentes stratégies de prise en charge sont contenues dans le guide du PNT édition 2022.

Globalement et pour assurer la couverture totale de la maladie, le Bénin met en œuvre d'une part, un appui nutritionnel à l'endroit de la quasi-totalité des patients tuberculeux notamment les dénutris. D'autre part, une investigation autour des cas index

est effectuée pour arrêter la chaîne de transmission de la maladie. En effet, l'entourage proche des patients porteurs de tuberculose pulmonaire est le plus exposé au risque d'infection tuberculeuse. L'ensemble des interventions ont permis de maintenir une très bonne performance en matière de prise en charge de la tuberculose, avec un taux de succès thérapeutique au-delà de 90%.

Le graphique suivant présente la cascade de soins des cas de tuberculose en 2022. Il s'agit des résultats issus de la mise en œuvre de la stratégie holistique de prise en charge des cas de tuberculose au Bénin.



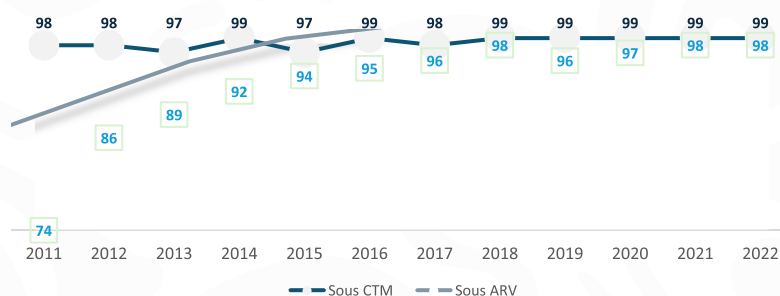
Graphique 6.2.18: Cascade de soins des cas incidents en général (Source : PNT, 2023)

Pour une incidence estimée de la TB en 2022 de 6 900 cas (OMS), 4 111 cas ont été notifiés (PNT), soit environ 60 %. La totalité des cas notifiés était mis sous traitement et 99 % étaient évalués avec 91 % de succès thérapeutique. Ces résultats très significatifs démontrent l'efficacité de la stratégie de prise en charge de cas de TB au Bénin. Toutefois, des efforts restent à faire notamment dans la prise en charge des patients présentant d'autres comorbidités.

À cet effet, tout patient tuberculeux doit être examiné systématiquement par le médecin au début du traitement. Cet examen médical initial permettra d'évaluer la gravité du tableau en identifiant les patients à risque de décès sur la base des critères. Selon le niveau de risque, le patient bénéficie en plus du traitement antituberculeux d'une prise en charge médicale renforcée (patient à risque élevé)

et/ou d'une prise en charge médicale de routine (patient à risque modéré).

Les patients les plus à risque de décès sont les co-infectés TB/VIH. Au cours de l'année 2022, 549 cas incidents de co-infection TB/VIH ont été pris en charge dont 544 ont bénéficié d'une chimioprophylaxie au CTM soit une proportion d'environ 99%. Cette proportion est demeurée presque stationnaire autour de 99 % de la cohorte 2011 à la cohorte 2022 (rapport PNT 2023). S'agissant du traitement par ARV, 538 patients sur 549 ont été mis sous traitement sur le plan national soit une proportion d'environ 98 %. Cette proportion de mise sous ARV s'est progressivement améliorée au fil des années en passant de 74 % à 98 % au cours de la même période.



Graphique 6.2.19: Évolution des proportions de patients co-infectés TB/VIH mis sous CTM et sous ARV, 2011-2022 (source : PNT, 2023)

Entre les années 2020 et 2022, les taux de guérison de TB pharmaco résistante au Bénin ont diminué par rapport aux années précédentes, passant de 83 % sur la cohorte 2020 à 76 % sur la cohorte 2021,

puis 75 % sur la cohorte 2022. Cette tendance à la baisse pourrait suggérer des défis émergents ou des changements dans l'efficacité ou l'accessibilité des traitements.

Tableau 6.2.2 : Évolution des résultats de traitement des cas de TB pharmaco résistante pris en charge, 2013-2022

Année	Guéris	Traitement terminé	Décédé	Échec	Perdu de vue	Non évalué	Total
2013	13 (93%)	0	1	0	0	0	14
2014	13 (81%)	0	2	1	0	0	16
2015	16 (84%)	0	2	1	0	0	19
2016	12 (92%)	1	0	0	0	0	13
2017	9 (82%)	0	1	0	1	0	11
2018	16 (67%)	1	4	0	3	0	24
2019	21 (88%)	0	3	0	0	0	24
2020	19 (83%)	0	2	1	1	0	23
2021	22 (76%)	1	3	0	2	1	29
2022	18 (75%)	0	4	0	0	2	24

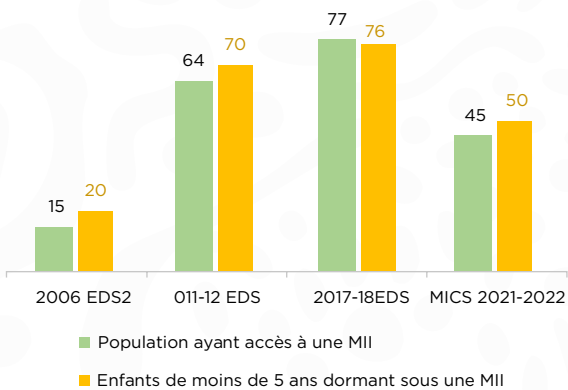
Source: PNT, 2023

Prise en charge du paludisme

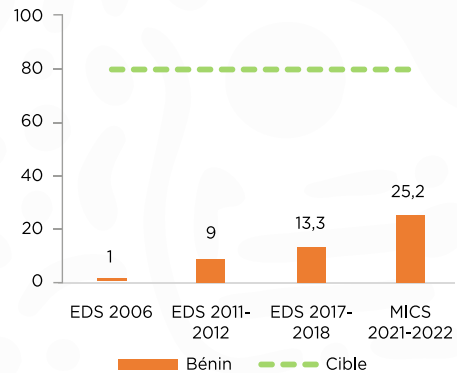
Selon le rapport mondial de l'OMS sur le paludisme (OMS rapport mondial sur le paludisme, 2023), le Bénin a enregistré environ 5 120 164 cas et 11000 décès dus au paludisme en 2022. La prévention du paludisme repose principalement sur l'utilisation de moustiquaires imprégnées à longue durée (MIILD) , qui sont distribuées gratuitement ou à prix subventionné aux populations vulnérables, notamment les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. En effet, le pourcentage de la population ayant accès à une MIILD est passé de 15 % à 77 %, entre 2006 et 2017-2018 pour ensuite descendre à 45 % (MICS, 2021-2022). Tandis que le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans dormant sous une MIILD est passé de 20 % (EDS,

2006) à 76 % (EDS, 2017-2018) pour ensuite aussi descendre à 50 % (MICS, 2021-2022). Tout porte à croire que les effets de la Covid-19 ont impacté la couverture et même l'utilisation des MIILD au Bénin d'une part et la fréquence des campagnes de distribution de masse des MIILD d'autre part. Dans le même temps, la couverture des femmes enceintes recevant une thérapie préventive intermittente contre le paludisme a augmenté sur la période allant de 1 % en 2006 à 25,2 % en 2022. Cette hausse est bien perceptible dans tous les départements (Graphiques 6.2.20 et 6.2.21). Toutefois, le pays doit maintenir des efforts pour atteindre la couverture universelle.

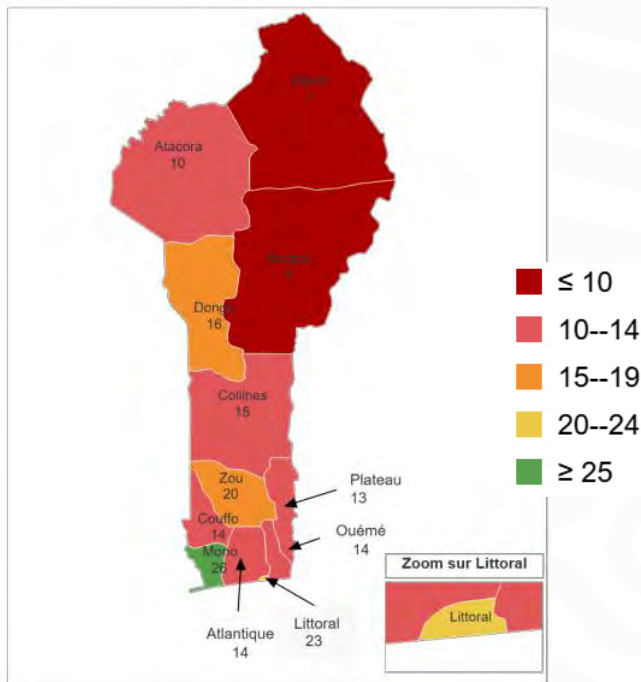




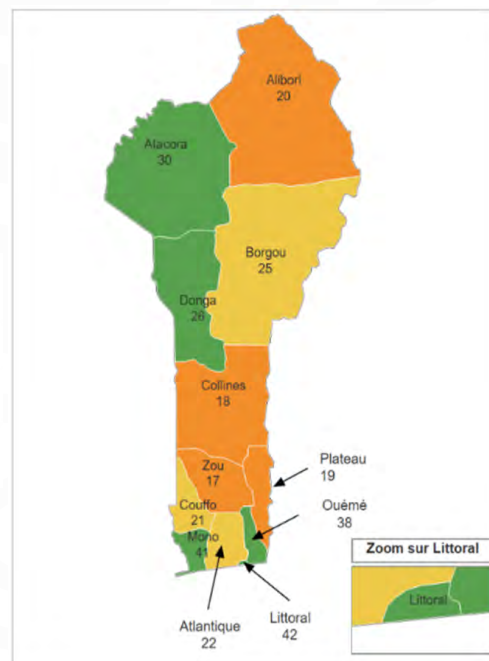
Graphique 6.2.20: Population ayant accès à une moustiquaire imprégnée d'insecticide de longue durée (MIILD), enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide de longue durée (MIILD) pour se protéger du paludisme (%), Bénin, 2006-2022 (Source:...)



Graphique 6.2.21: Évolution de la proportion de femmes enceintes recevant une thérapie préventive intermittente contre le paludisme (TPI/SP 3), Bénin, 2006-2022 (source : EDS, MICS)



Graphique 6.2.22: Proportion de femmes enceintes recevant une thérapie préventive intermittente contre le paludisme (TPI/SP 3), Bénin, 2018 (source : EDS)



Graphique 6.2.23: Proportion de femmes enceintes recevant une thérapie préventive intermittente contre le paludisme (TPI/SP 3), Bénin, 2022 (source : MICS)

Prise en charge des Maladies Non Transmissibles

Les Maladies Non Transmissibles (MNT) constituent un problème de santé publique et de développement dans le monde. Elles sont responsables des deux tiers des décès au plan mondial dont la majorité survient dans les pays en voie de développement. Les principales MNT sont les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète et les maladies respiratoires chroniques et les maladies mentales. Elles constituent un frein au développement, empêchent l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD) et amplifient les inégalités. La situation est préoccupante au Bénin avec une tendance à la hausse des facteurs de risque de MNT selon les résultats des enquêtes nationales STEPS 2008 (factsheet_Bénin Enquête STEPS, 2008) et 2015 (factsheet_Bénin Enquête STEPS, 2015). La prévention primaire, la détection précoce et la prise en charge adéquate permettent de lutter efficacement contre les MNT. Le fonctionnement optimal des systèmes de santé est vital pour la prévention et la réduction de la charge des MNT. Il existe des évidences de l'intérêt de l'intégration des principales MNT dans les soins de santé primaires. D'où l'importance de la mise en place de protocoles de prise en charge intégrée des MNT dans les établissements de santé périphériques afin de répondre efficacement aux besoins de base de la population.

Les interventions contre les MNT ciblent une cinquantaine de maladies dont principalement les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les cancers, les maladies respiratoires chroniques, la santé mentale, la drépanocytose ainsi que leurs principaux facteurs de risque communs et leurs complications. Le Plan Intégré de Lutte contre les MNT 2019-2023 propose une réponse

nationale suivant une approche globale intégrée, multisectorielle, promotionnelle, préventive et curative couvrant tous les niveaux de la pyramide sanitaire ainsi que le niveau communautaire. Depuis 2019, grâce à la mise en œuvre de l'approche de la prise en charge intégrée des maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires (WHOPEN), la prise en charge des MNT non compliquées (HTA, diabète, dépressions, asthme, arthroses, etc.) devient progressivement une réalité dans les établissements de santé périphériques avec une couverture intégrale, sur l'ensemble des départements du Bénin au premier semestre 2024. Cependant, les complications sont encore assez fréquentes en raison de la non-connaissance de leur statut pour la plupart des cas (2/3 des HTA et 97 % des diabétiques). Par ailleurs, la lutte contre les MNT chez les enfants bénéficie de trop peu d'attention et donc d'un faible financement. La lutte contre les MNT au Bénin passe par la sensibilisation pour la prévention à travers l'adoption du message 0-0-5-30-3P (0 tabac ; 0 alcool ; 5 portions de fruits et légumes par jour ; 30 minutes d'activités physiques par jour ; 3P : alimentation peu salée, peu sucrée, peu grasse) ; ce message est conçu et mis en œuvre par le Ministère de la Santé à travers le Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (PNLMNT).

Pour la prise en charge intégrée des MNT au 1er niveau de référence, le Bénin développe la stratégie PEN+ adoptée par l'OMS Région Afrique en 2022. A cet effet, des référentiels de prise en charge intégrée sont en cours de développement et prennent en compte le diabète de type 1, la drépanocytose ainsi que les accidents vasculaires cérébraux

Maladies cardio-vasculaires

La prévalence de l'Hypertension Artérielle (HTA) était de 25,2 % chez les adultes de 18 à 65 ans selon l'enquête STEPS 2015. Elle est restée élevée en 2023 quoiqu'en baisse (19,2%). Les représentations sociales des maladies au Bénin priorisent la désignation des maladies par leurs symptômes et ne favorisent pas le suivi des malades hypertendus asymptomatiques. L'HTA est souvent découverte

lors de la survenue des complications telles que les Accidents Cardio-Vasculaires (AVC), l'insuffisance rénale, l'infarctus du myocarde, etc. Ces dernières complications connaissent une fréquence de plus en plus élevée chez des sujets de plus en plus jeunes. D'où la priorité est de renforcer la prévention surtout au niveau communautaire.



Cancers

Selon le rapport mondial sur les cancers en 2022 (Globocan Bénin 2022), le nombre de cas de cancers au Bénin a été estimé à 14 999 en 2022, parmi lesquels 7 496 nouveaux cas. Au cours de la même année, le Bénin a enregistré un total de 5 069 décès dus aux cancers dont 2 470 hommes et 2 599 femmes. Les cinq cancers les plus fréquents étaient le cancer du sein (17,7 %), le cancer de la prostate (14,0 %), le cancer du col de l'utérus (9,4 %), le cancer du foie (8,3 %) et le cancer colorectal (6,6 %). Les principaux cancers chez l'homme sont ceux de la prostate, du foie et le cancer colorectal. Chez la femme, les cancers gynécologiques et mammaires représentent plus de la moitié des cas (54,2 %).

La surveillance des cancers est assurée grâce aux registres des cancers de Cotonou (depuis 2014) et de Parakou (depuis 2018). La plupart des cancers sont découverts à un stade tardif impliquant une prise en charge lourde et onéreuse et une mortalité très élevée. Les actions visent le renforcement du dépistage précoce, surtout pour les cancers gynécologiques et mammaires, ainsi que les cancers des enfants, de même que le renforcement de l'arsenal thérapeutique.

Diabète

Selon l'enquête STEPS 2023, la prévalence de l'hyperglycémie à jeun était de 2,9 %, comme en 2008. Cette prévalence augmente en fonction de l'âge avec des disparités importantes selon les départements. De plus, 97% des personnes diabétiques ne le savent pas et ne le découvrent qu'à l'occasion d'une complication grave souvent

irréversible. Le diabète, en tandem avec l'HTA sont aujourd'hui de véritables tueurs silencieux. D'où l'intérêt de la prévention aussi bien au niveau national et communautaire ainsi que dans les établissements de premier contact.

Maladies respiratoires chroniques

La prévalence de l'asthme se situait autour de 7 % chez les enfants de 10 à 14 ans en milieu scolaire à Cotonou. Une étude préliminaire de l'impact de la fumée de biomasse chez les femmes exposées a

rapporté une prévalence de la bronchite chronique à 10 % et celle de la broncho pneumopathie chronique obstructive (BPCO) à 3,2 % (STEPS, 2015).



Autres Maladies Non Transmissibles

Les autres Maladies Non Transmissibles les plus fréquentes sont la cécité, les affections bucco dentaires, la drépanocytose, les troubles mentaux,

les déficiences visuelles, les affections neurologiques (épilepsie), les traumatismes.

Cécité

La cécité touche plus de 300 millions de personnes dans le monde et plus particulièrement les adultes de cinquante ans et plus. Selon l'enquête RAAB chez les adultes de 50 ans et plus dans 5 départements du nord en 2024, sa prévalence était de 5,2%. De même, la baisse sévère (5,2%), modérée (17,2%) ou légère (9,3%) de l'acuité visuelle touche plus d'un adulte de 50 ans et plus sur trois. Les principales causes de cécité sont la cataracte (71,7%), le glaucome (11,7%) et les opacités cornéennes (5,8%).

Grâce à diverses initiatives soutenues par les partenaires tels que la Fondation Claudine TALON, Christian Blind Mission (CBM), Lions Club, etc., les populations du Bénin bénéficient de campagnes régulières de dépistage et de prise en charge gratuite de la cataracte. Ainsi, entre 2021 et 2023, environ 5 000 personnes ont été opérées gratuitement (PNLMNT, 2021-2022).

Affections bucco-dentaires

L'enquête sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles au Bénin en 2015 (enquête STEPS, 2015) a montré que plus de 94 % des adultes ont une douleur ou un inconfort des dents ou de la bouche. La carie dentaire, l'affection bucco-dentaire la plus courante, touche 60 à 90 % des enfants scolarisés dans le monde et près de 100 % des adultes. Les enfants sont plus vulnérables avec pour corollaire l'absentéisme scolaire. Cette importance des affections bucco-dentaires est en grande partie due à la mauvaise hygiène dentaire car, toujours selon l'enquête STEPS 2015, 99,5 % des Béninois se brossent une seule fois par jour, au lieu de deux fois, avec une technique de brossage des dents mal maîtrisée.

Les besoins en soins bucco-dentaires des populations sont élevés alors que l'accès est limité. En 2015, plusieurs départements n'avaient ni chirurgiens-dentistes, ni structures de soins bucco-dentaires.

Pour pallier ce déficit, le Ministère de la Santé organise chaque année depuis 2019 des tournées foraines de soins bucco-dentaires avec comme objectif de soigner environ 2000 personnes sur 5 ans.



Drépanocytose

La drépanocytose est la maladie génétique la plus répandue au Bénin. La prévalence du trait drépanocytaire « S » est estimée entre 16 et 25 % et celle de l'hémoglobine C à 10 %. Environ 5 % de la population présente une des formes majeures de la drépanocytose (SS, SThal et SC).

Les principaux centres de prise en charge de la drépanocytose sont la Clinique Universitaire des Maladies du Sang (CUMAS) du CNHU-HKM, le Centre de Prise en charge Médicale Intégrée du Nourrisson et de la Femme Enceinte atteinte de Drépanocytose (CPMI-NFED) au CNHU-HKM de Cotonou avec des antennes à Parakou et à Abomey. Au Bénin en 2022, la prévalence du trait drépanocytaire « S » est de 22,3 % et celle de l'hémoglobine C de 10,21 %. La population touchée par la drépanocytose SS et SC est estimée à environ 4 %. Comparée aux données antérieures, la mortalité liée à la drépanocytose est en baisse. Aux urgences de pédiatrie du CNHU-HKM, 13 enfants sur 16 présentant un AVC sont drépanocytaires de forme SS et 5,1 % des enfants de moins de cinq (05) ans admis en 2019, sont atteints de drépanocytose. Ainsi, certaines complications, notamment hématologiques, rénales et ophtalmiques surviennent précocement chez les patients atteints de drépanocytose.

La file active des patients suivis est en nette progression et dépasse les capacités d'accueil des centres. Ainsi, l'ex CPMI-NFED disposait d'une file active d'environ 7500 sujets atteints de drépanocytose dont 6000 environ au siège (CNHU-HKM), 1000 à Abomey et 500 à Parakou. Les principaux défis liés à la prise en charge de la drépanocytose sont entre autres : la définition des référentiels de prise en charge à tous les niveaux ; l'amélioration de la capacité d'accueil et des offres de soins dans les services de lutte contre la drépanocytose ; l'amélioration de la prévention et de la surveillance.

Pour relever ces défis, le gouvernement a décidé de l'intégration de ces antennes aux hôpitaux qui les abritent et de concevoir le modèle pour rendre disponible la prise en charge de la drépanocytose dans tous nos hôpitaux. De même, un centre de référence de prise en charge de la drépanocytose est en construction à Porto-Novo, au sein duquel la greffe de moëlle serait disponible. Par ailleurs, le dépistage est de plus en plus vulgarisé grâce à la disponibilité d'un test de dépistage rapide à la SoBAPS.

Santé mentale

La santé mentale s'impose de nos jours comme une priorité majeure de santé publique à l'échelle mondiale. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) reconnaît que les troubles mentaux — notamment la dépression, l'anxiété ou les troubles bipolaires — constituent une composante essentielle des maladies non transmissibles, en raison de leur forte prévalence et de leur impact significatif sur la qualité de vie et la productivité.

La remontée et l'analyse des données de santé mentale ne sont pas encore une réalité dans le système de santé. Les données holistiques fiables sur la part de morbidité liée à la santé mentale ne sont pas disponibles. Cependant, les publications

disponibles (dont celle de Francis Tognon et al, Annales Médico-Psychologiques, 2020 ; 178 : 908-912) montrent que les affections mentales les plus fréquentes lors des enquêtes en communauté sont : la dépression, la crise suicidaire, les états d'agitation, la confusion mentale, les troubles anxieux (trouble panique, anxiété généralisé, troubles obsessionnels, troubles phobiques), les troubles bipolaires, les états délirants aigus, la schizophrénie, les délires paranoïaques, les troubles de la personnalité, les addictions comportementales, les addictions chimiques, les troubles de la gravido puerpéralité (dépression gravidique et post natale, psychose du post partum).



L'offre des services de santé mentale est très faiblement disponible (4 %) dans les établissements de santé selon l'enquête HHFA en 2022. En effet, dans le secteur public, nous dénombrons 4 structures de prise en charge : le Centre National Hospitalier Universitaire Psychiatrique de Cotonou (CNHU PC), la Clinique Universitaire de Santé Mentale du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoucou Maga, le service de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Départemental Borgou Alibori, l'Unité de Pédopsychiatrie du CHU MEL. Au sein de ces structures, il est décompté en 2022 : trois (03) pédopsychiatres dont une bientôt à la retraite, huit (08) psychiatres d'Adultes dont quatre (04) déjà admis à la retraite et un (01) qui sera admis à la retraite en 2025. Ils sont soutenus par deux internes en médecine des hôpitaux universitaires du Bénin dont l'un en psychiatrie d'adultes et l'autre en pédopsychiatrie.

Dans le secteur privé, il y a, à ce jour, deux jeunes psychiatres qui exercent dans des cliniques entre Cotonou et Abomey-Calavi. Une Clinique psychiatrique est installée à cheval entre la commune de Djrègbé et celle de Porto-Novo sans oublier le centre psychiatrique de Glo-Djigbé tenu par l'un des premiers psychiatres exerçant au Bénin. Il existe aussi un réseau de centres organisés par l'ONG Saint Camille qui tend à couvrir l'ensemble du territoire pour offrir des soins de santé primaire en santé mentale sans toutefois disposer d'une ressource humaine qualifiée à cet effet. Cependant, l'expérience de ce réseau doit être capitalisée dans le processus d'amélioration du dispositif national.

La mise en œuvre et la généralisation du paquet Mental Health Gap Action Programme (MHGap) de l'OMS serait une solution pour avancer vers la couverture universelle en santé mentale. Et le premier pas vers cette couverture serait de doter l'ensemble des hôpitaux de zone du territoire national d'au moins un médecin spécialiste en santé

mentale (psychiatre ou pédopsychiatre). Le DES de psychiatrie existant à Cotonou, il y a à ce jour en dehors des deux (02) psychiatres sortis il y a un an et qui sont toujours au pays, dix-sept (17) médecins béninois en spécialisation dont trois (3) qui devaient normalement finir leur formation en décembre 2024, trois (03) autres en décembre 2025, sept (07) en décembre 2026 et trois (03) en décembre 2027. Leur déploiement dans les Hôpitaux de Zone et les Centres Hospitaliers Départementaux conjurerait grandement le problème de couverture nationale.

Par ailleurs, une attention particulière est portée sur la pédopsychiatrie au Bénin. Les facteurs déterminants chez les enfants et les adolescents incluent les facteurs environnementaux, biologiques, socio-culturels et psychologiques. Bien que le Bénin ait formé plusieurs pédopsychiatres, le pays fait face à un déficit d'infrastructures adaptées, malgré les efforts de spécialistes et d'associations telles que Saint-Camille-de-Lellis. Les troubles psychiques chez les enfants comprennent la dépression, l'autisme, les troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), les troubles anxieux, ainsi que la schizophrénie, entre autres. Ces pathologies nécessitent des soins intégrés.

La médecine traditionnelle joue également un rôle important dans les soins en santé mentale au Bénin. Elle possède une nomenclature bien maîtrisée et jugée pertinente par certains praticiens de la psychiatrie conventionnelle. Plusieurs tradithérapeutes continuent de prendre en charge des malades mentaux à travers le pays, contribuant ainsi à compléter l'offre de soins en santé mentale sur le territoire béninois.

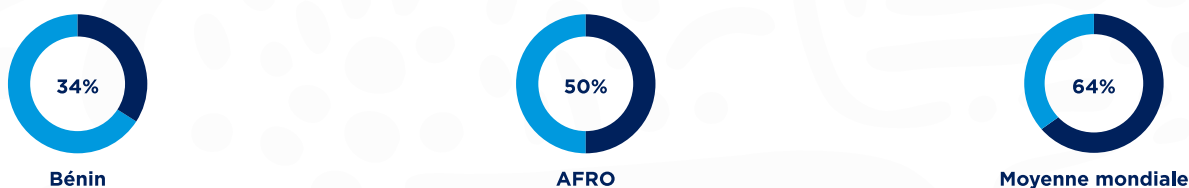
Des perspectives d'amélioration de la qualité des soins existent, notamment à travers l'élaboration de référentiels cliniques, de formation et de gestion adaptés au contexte béninois.



6.3 Sécurité sanitaire

La sécurité sanitaire est la capacité d'un système de santé de prévenir, détecter et répondre aux menaces sanitaires d'origine humaine, animale ou environnementale, qu'elles soient naturelles, accidentelles ou intentionnelles. Le Règlement Sanitaire International (RSI) est un instrument juridique international qui vise à renforcer la

sécurité sanitaire mondiale en définissant les droits et obligations des États parties ainsi que le rôle de l'Organisation Mondiale de la Santé dans la gestion des urgences de santé publique de portée internationale (USPPI). Le Bénin a adhéré au RSI en 2007 et s'est engagé à développer et à

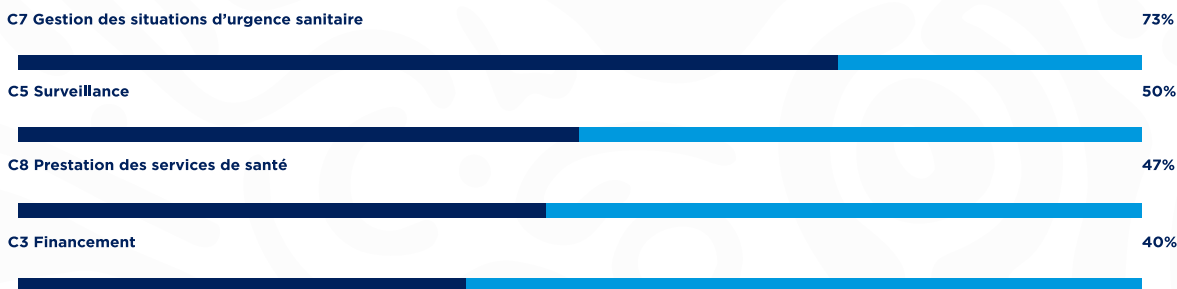


Graphique 6.3.1: Moyenne des capacités RSI du Bénin comparée à la Région et au niveau global, 2023 (Source : OMS)

maintenir les capacités requises pour faire face aux USPPI. Le processus de suivi suppose l'évaluation et la mise en œuvre de 8 capacités qui comprennent : la surveillance sanitaire, les services de laboratoire, la coordination, la communication sur les risques, la réponse rapide, la préparation, les points d'entrée et la législation. En effet, les dangers peuvent être biologiques (la zoonose), liés à la sécurité sanitaire des aliments ou autres risques infectieux, chimiques,

radiologiques ou nucléaires (Programme OMS EMRO du RSI 2005).

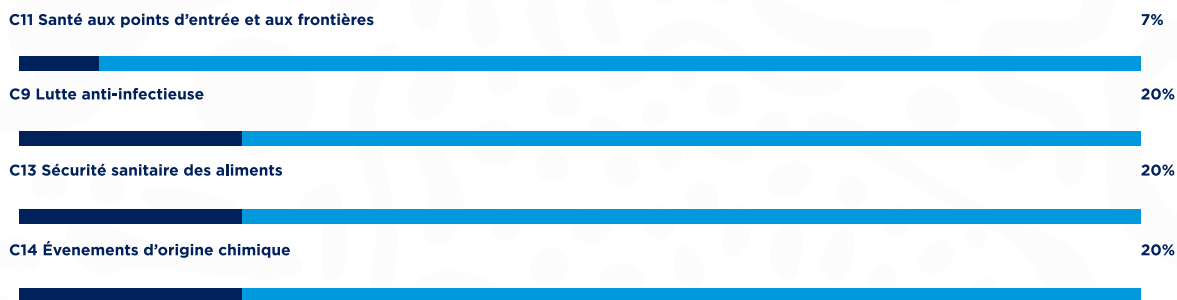
Selon les résultats consolidés de l'auto-évaluation des capacités du RSI en 2023, le Bénin se situe autour de 37 % contre 57 % pour la moyenne régionale, 62% pour la moyenne mondiale (Graphique 6.3.1). Le Bénin se distingue par sa performance forte dans le domaine de la gestion des situations d'urgence



Graphique 6.3.2: Principales forces des capacités RSI, Bénin, 2023 (Source : OMS)

sanitaire (RSI Bénin, 2023), des résultats moyens en ce qui concerne la surveillance, les prestations de services de santé et un score encourageant quant au financement (Graphique 6.3.2).

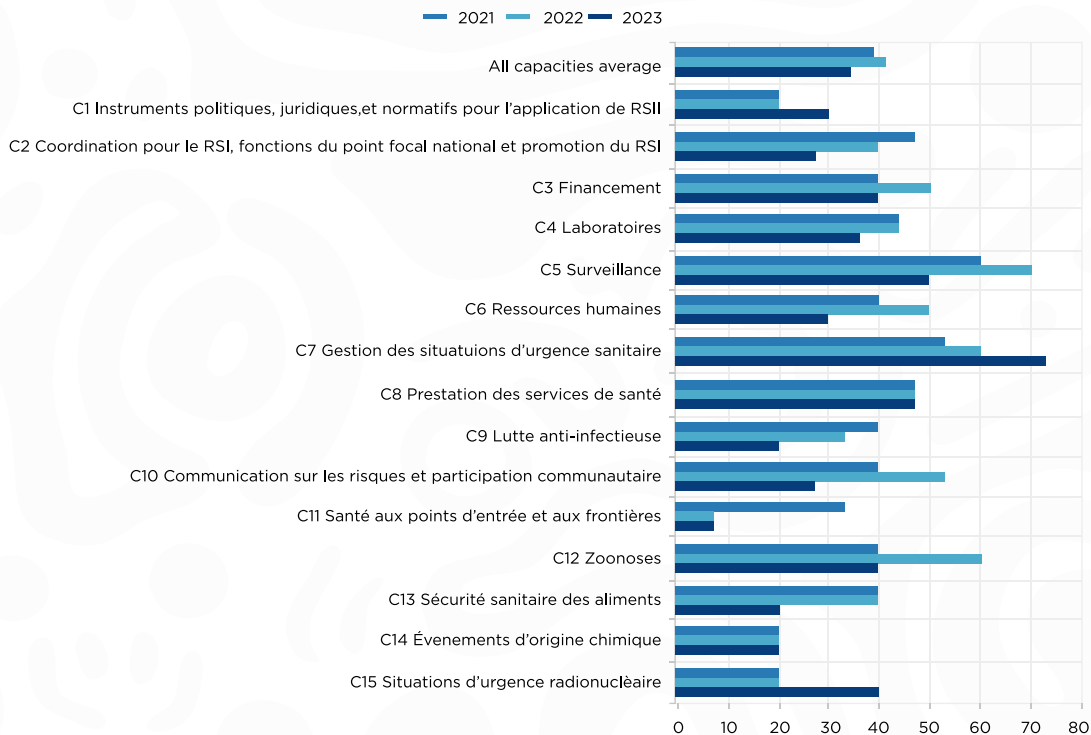
Par contre, les capacités présentant des scores faibles sont : la santé aux points d'entrée et aux frontières, la lutte anti-infectieuse, la sécurité sanitaire des aliments et les événements d'origine chimique (Graphique 6.3.3).



Graphique 6.3.3: Principaux défis des capacités RSI, Bénin, 2023 (Source : OMS)

Le score des capacités RSI du Bénin a connu une évolution contrastée entre 2021 et 2023, (Graphique 6.3.4) avec une dégradation prononcée en 2023. En effet, la pandémie de Covid-19 a révélé les vulnérabilités existantes. Le Bénin a bénéficié de l'appui technique et financier des partenaires pour mettre en œuvre son plan national d'action sanitaire, qui vise à atteindre les objectifs du Règlement

sanitaire international (RSI). Le Bénin doit renforcer ses capacités en améliorant l'infrastructure et l'équipement des points d'entrée, en renforçant les capacités de diagnostic et de traitement des maladies infectieuses, en établissant des normes et des contrôles de qualité pour la sécurité sanitaire des aliments et en développant des plans de gestion des incidents chimiques (OMS, 2017).



Graphique 6.3.4: Score des capacités RSI, Bénin, 2021-2023 (Source : OMS)

RÉFÉRENCES

1. OMS (2017). Vaccination : Pourquoi est-ce important ?

2. UNICEF (2020). Le Bénin doit renforcer la couverture vaccinale pour lutter efficacement contre la rougeole.

3. OMS (2017). Santé mentale des adolescents. Genève: OMS.

4. UNFPA (2019). Rapport annuel 2019. New York: UNFPA.

5. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique. (2015). Enquête nationale sur la carence en vitamine A et l'anémie chez les nourrissons et les enfants de moins de cinq ans au Bénin en 2014.

6. OMS. (2018). Vitamine A.

7. OMS. (2020). Rapport sur le paludisme dans le monde 2020. Genève, Suisse: OMS.

8. (<https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.01.009>; Francis Tognon et al, Parakou 2020)

9. (HHFA, 2022) Evaluation harmonisée des établissements de santé au Bénin.

10. STEP 2015 sur MNT

11. EDS , 2011-2012

12. EDS, 2017-2018

13. MICS, 2021-2022

14. OMS 2017 Selon l'OMS (2017), la diarrhée est responsable de 8 % des décès d'enfants de moins de 5 ans dans le monde, soit environ 1,3 million de morts par an.

15. RSI Benin, 2023,

16. OMS rapport mondial sur le paludisme, 2023

17. MS, 2022 <https://www.gouv.bj/article/2576/phase-pilote-nouvelle-politique-nationale-sante-communautaire-avancee-significative-vers-acces-equitable-soins-benin/>





7

**SECTION VII - IMPACT
SUR LA SANTÉ**

L'impact sur la santé mesure l'effet des interventions de la santé publique sur l'état de santé et le bien-être d'une population. Il comprend généralement la mortalité, la morbidité, l'incapacité, la qualité de vie et les inégalités de santé. Les indicateurs d'impact sur la santé sont utiles pour évaluer l'efficacité des politiques et des programmes de santé, ainsi que pour identifier les besoins et les priorités sanitaires (OMS, 2010).

L'analyse des indicateurs d'impact sur la santé montre que le Bénin a réalisé des progrès dans la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme. Cependant, le Bénin doit encore relever de nombreux défis, tels que la persistance des

inégalités de santé entre les localités et les groupes socio-économiques (Banque mondiale, 2020). Il en est de même pour les disparités entre les genres indépendamment de l'âge.

Concernant l'espérance de vie au Bénin, bien qu'une amélioration ait été observée entre 2016 et 2022, il persiste des inégalités entre les hommes et les femmes (Bénin, 2015-2022 Source : INStAD).

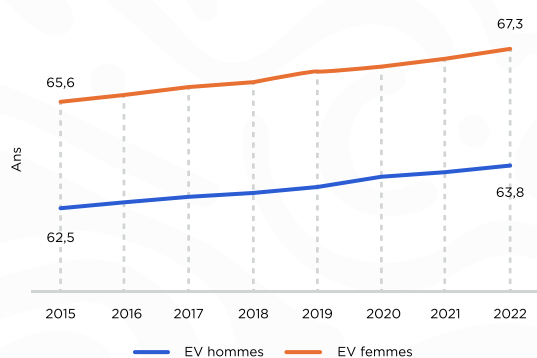
Par ailleurs, la coexistence de maladies infectieuses et de maladies non transmissibles ne cesse d'être confirmée avec le temps, démontrant la part croissante de ces dernières (Bénin, 2010 vs 2021 Source : IHME).

7.1 Espérance de vie et fécondité

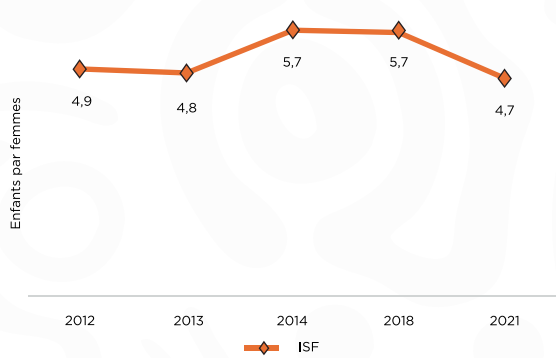
L'espérance de vie à la naissance est un indicateur clé de la santé et du développement d'une population. Elle représente le nombre moyen d'années qu'un nouveau-né peut espérer vivre, en supposant que les taux de mortalité par âge restent constants dans le temps. L'espérance de vie en bonne santé à la naissance, quant à elle, tient compte non seulement de la survie, mais aussi de la qualité de

vie, en mesurant le nombre moyen d'années qu'une personne peut espérer vivre sans incapacité (OMS, 2021).

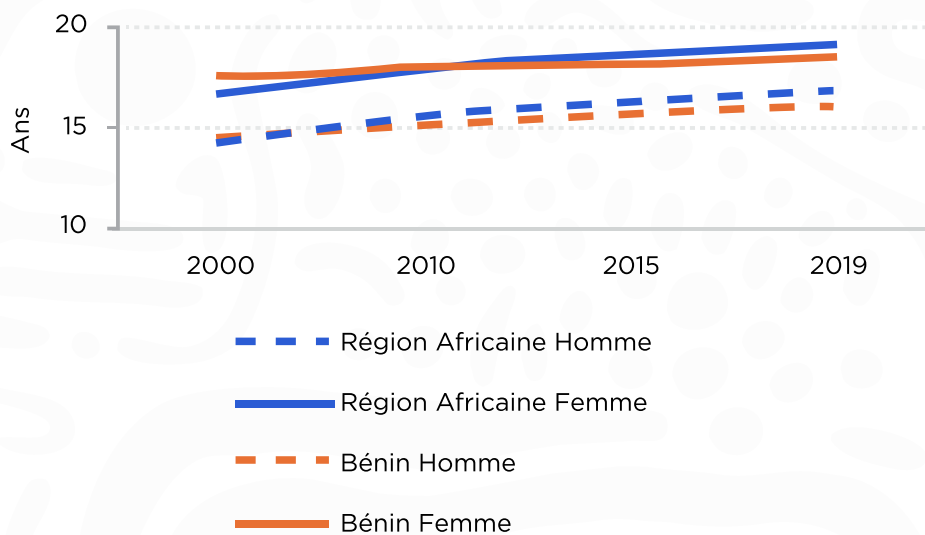
Au Bénin, l'espérance de vie à la naissance connaît une augmentation significative, passant de 64,1 ans à 65,5 ans entre 2015 et 2022, selon les estimations de l'INStAD (Graphique 7.1.1).



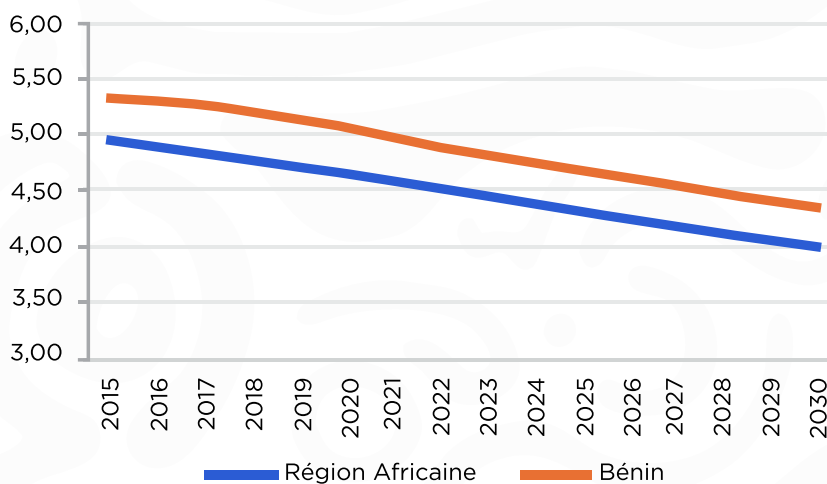
Graphique 7.1.1: Tendence par sexe de l'espérance de vie à la naissance (années), Bénin, 2015-2022 (Source : INStAD)



Graphique 7.1.2: Indice Synthétique de fécondité (naissances vivantes par femme), Bénin, 2015-2030 (Source : INStAD)



Graphique 7.1.3: Évolution de l'espérance de vie à 60 ans (années) par sexe, Bénin versus Région Africaine, 2000-2019 (Source : GHO)



Graphique 7.1.4: Tendence du taux de fécondité (naissances vivantes par femme), Bénin versus Région Africaine, 2015-2030 (Source : UNDESA, 2022)

Selon l'INStAD, l'espérance de vie des femmes au Bénin en 2022 est de 67,3 ans, contre 63,8 ans pour les hommes.

L'indice synthétique de fécondité est un autre indicateur démographique et sanitaire essentiel, qui mesure le nombre moyen d'enfants qu'une femme

aurait au cours de sa vie reproductive, si elle suivait les taux de fécondité par âge observés dans une période donnée. La fécondité a un impact direct sur la croissance et la structure de la population, ainsi que sur la santé maternelle et infantile, l'éducation, l'emploi et le développement socio-économique (UNFPA, 2020). Au Bénin, le taux de fécondité est resté élevé. Il est passé de 4,9 à 5,7 en 2014, avant de chuter à nouveau à 4,7 en 2021 (MICS 2021-2022). Ce niveau de fécondité est sensiblement égal à la moyenne régionale de l'Afrique, qui est de 4,6 enfants par femme en 2020, et supérieur au seuil de remplacement de 2,1 enfants par femme, qui assure le maintien de la population à long terme. Ce taux de fécondité encore élevé au Bénin pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs, tels que le faible niveau d'alphabétisation ou de scolarisation des femmes, le faible niveau de pratique contraceptive, les facteurs économiques et les facteurs socio-culturels.

Il existe des disparités de fécondité selon le niveau d'alphabétisation ou de scolarisation, le milieu de résidence, et le département. Selon l'INStAD (EDSB-V, 2021), les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction ont une fécondité de 5,2 enfants par femme, contre 3,3 enfants par femme pour celles ayant un niveau secondaire ou plus. Les femmes vivant en milieu rural ont une fécondité de 5,1 enfants par femme, contre 4,1 enfants par femme pour celles vivant en milieu urbain. Les différences départementales sont également marquées, allant de 3,1 enfants par femme dans le Littoral à 6,6 enfants par femme dans les Collines et le Couffo.

En conclusion, le Bénin a connu des progrès en matière d'augmentation de l'espérance de vie et

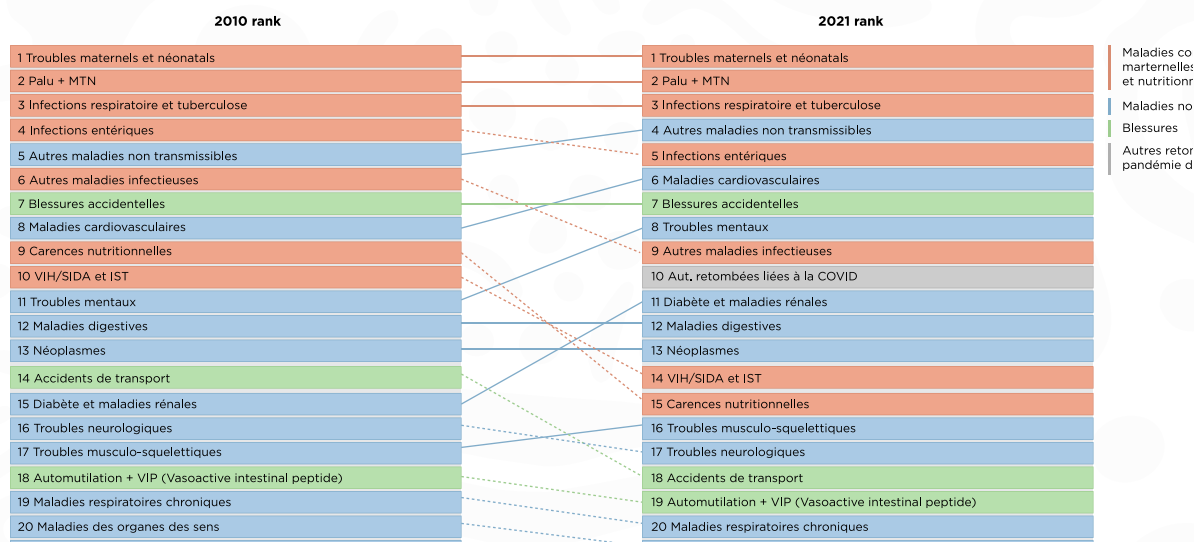
de baisse de la fécondité au cours des dernières années, mais il reste confronté à des défis importants pour améliorer la santé et le bien-être de sa population. Le Bénin doit renforcer ses efforts pour réduire les inégalités entre les groupes sociaux et les localités et pour assurer l'accès universel aux services de santé de qualité, notamment en matière de santé reproductive. Il doit également poursuivre la promotion de l'éducation des filles, de l'autonomisation des femmes et le respect des droits humains, afin de favoriser une transition démographique harmonieuse et durable.

L'espérance de vie à 60 ans au Bénin (Graphique 7.1.3) a légèrement augmenté entre 2010 et 2019, passant de 16,8 ans à 17,4 ans pour les hommes et de 18,3 ans à 19,1 ans pour les femmes. Ainsi, il existe un écart entre les 2 sexes, les femmes ayant une espérance de vie à 60 ans supérieure de 1,7 an à celle des hommes en 2019. Ces résultats montrent que le Bénin a réalisé des progrès en matière de longévité et de qualité de vie des personnes âgées, mais qu'il reste du chemin à parcourir pour rattraper le niveau régional. Plusieurs facteurs peuvent influencer l'espérance de vie à 60 ans, lorsqu'ils sont adoptés très tôt. Il s'agit de l'accès aux soins de santé, la prévention et le traitement des maladies chroniques, les conditions de vie, le statut socio-économique, les comportements de santé et les facteurs environnementaux (OMS, 2015). Pour améliorer la situation, le Bénin devrait, promouvoir des modes de vie sains et actifs, renforcer son système de santé, protéger les droits et la dignité des personnes âgées et garantir leur accès aux services sociaux de base (UNFPA, 2020).

7.2 Morbidité

D'après les données de l'OMS, le Bénin présente une double charge de morbidité, avec une coexistence de maladies transmissibles et non transmissibles. Les principales causes de morbidité et de mortalité sont les maladies infectieuses et parasitaires, telles que le paludisme, les infections respiratoires

aiguës, le VIH/Sida, la tuberculose, les maladies diarrhéiques, les hépatites virales et les Maladies Tropicales Négligées. Ces maladies représentent environ 65 % du total des années de vie ajustées sur l'incapacité (DALYs) au Bénin en 2019 (OMS, 2020).



Graphique 7.2.1: Évolution du fardeau de la maladie (DALYS), Bénin, 2010 vs 2021 (Source : IHME)

Par ailleurs, le Bénin fait face à une augmentation progressive des Maladies Non Transmissibles, comme les maladies cardiovasculaires, le diabète, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et les troubles mentaux. Ces maladies sont liées à des facteurs de risque modifiables, tels que le tabagisme, la consommation nocive d'alcool, la sédentarité, l'obésité, la pollution atmosphérique et la mauvaise alimentation. Selon l'OMS, les maladies non transmissibles sont responsables de 30 % des DALYs (Distability Adjusted Life Years ou années de vie ajustées sur l'incapacité) au Bénin en 2019 et de 39 % des décès (OMS, 2021).

Le Bénin dispose d'un Programme Elargi de Vaccination (PEV) depuis 1979, qui vise à protéger la population contre les maladies à potentiel épidémique, telles que la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la tuberculose, la rougeole, la poliomyélite, la fièvre jaune, l'hépatite B, la méningite à *Haemophilus influenzae* de type B, les pneumocoques et les diarrhées à rotavirus. L'analyse de l'évolution du nombre de nouveaux cas de maladies évitables par la vaccination montre une tendance générale à la baisse du nombre de cas de la plupart des maladies, sauf pour la diphtérie

qui a connu une flambée épidémique en 2018. Le nombre de cas de rougeole a également augmenté en 2019, après une période de faible incidence entre 2010 et 2018. Cependant, aucun nouveau cas n'a été diagnostiqué en 2022 (Tableau 7.2.1). Le Bénin a été certifié libre de poliovirus autochtone depuis 2015. Le nombre de cas de fièvre jaune, de coqueluche et de tétanos néonatal est resté relativement faible tout au long de la période, reflétant une couverture vaccinale satisfaisante.

Ces résultats montrent que le Bénin a réalisé des progrès notables dans la prévention des maladies évitables par la vaccination, grâce à l'amélioration de l'accès et de la qualité des services de vaccination. Cependant, des défis subsistent, tels que le respect de la chaîne du froid, le renforcement de la surveillance épidémiologique, la mobilisation des ressources financières et la sensibilisation des communautés à l'importance de la vaccination. Il est donc nécessaire de poursuivre les efforts pour renforcer le PEV et cibler les populations les plus vulnérables et les plus difficiles à atteindre, afin de réduire davantage le poids des maladies évitables par la vaccination au Bénin.

Tableau 7.2.1. Évolution du nombre de nouveaux cas de maladies évitables par la vaccination, Bénin, 2005 et 2022

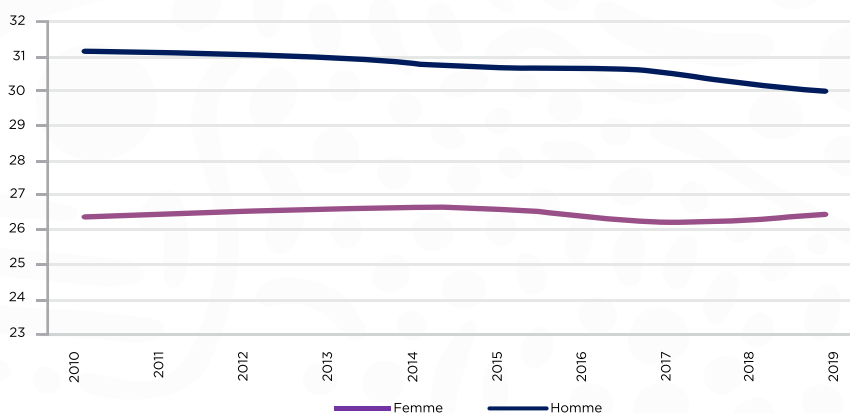
	2015		2022	
	Bénin	Région Africaine	Bénin	Région Africaine
Syndrome de rubéole congénitale	0	78	0	5
Diptérie	0	1654	0	910
Rougeole	55	52758	323	97185
Tétanos neonatal	63	1289	7	1060
Coqueluche	0	7565	0	4637
Polio	0	18	0	65
Rubéole	40	5302	30	10310
Fièvre jaune	0	35	0	203

(Source : Global Health Observatory (GHO))

Le tableau 7.2.1 montre l'évolution des nouveaux cas des maladies infectieuses évitables au Bénin en 2015 et en 2022 (chiffres de l'observatoire global de la santé, OMS 2015, OMS 2022)

Les Malformations Cardiaques Congénitales (MCC) sont des anomalies du développement du cœur et des gros vaisseaux présentes dès la naissance. Elles peuvent entraîner une insuffisance cardiaque, des infections pulmonaires, des troubles du rythme ou des complications neurologiques. La Graphique 7.2.2

montre la tendance de la prévalence par sexe des MCC au Bénin entre 2010 et 2022. On observe que les filles sont moins touchées que les garçons, avec une prévalence moyenne de 26,5 cas pour un (01) million de naissances chez les filles contre 30 cas pour un (01) million de naissances chez les garçons sur la période étudiée. La différence de prévalence entre les sexes pourrait s'expliquer par des facteurs génétiques, hormonaux ou environnementaux, mais les mécanismes exacts restent à élucider (Hoffman et al., 2013).

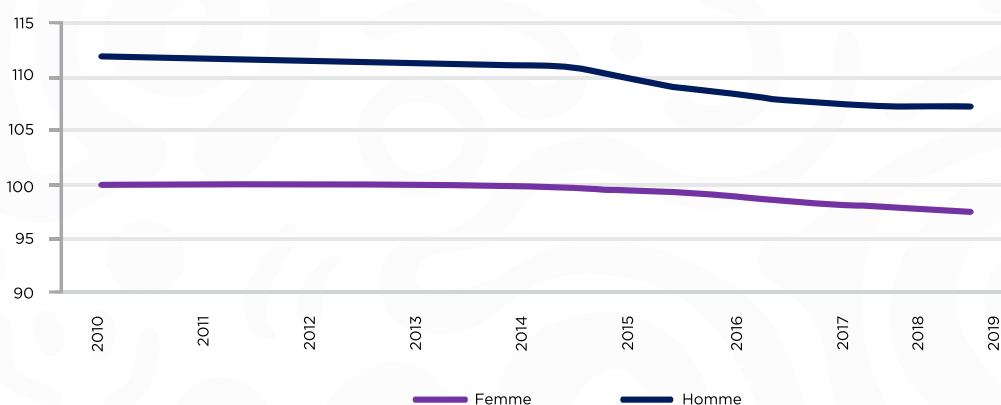


Graphique 7.2.2 : Tendence de la prévalence par sexe des malformations cardiaques congénitales (pour 1 million de naissances), Bénin, 2010-2019 (Source : IHME)

Les malformations congénitales sont des événements rares mais graves, qui peuvent affecter la survie et la qualité de vie des enfants concernés. Il s'agit le plus souvent d'anomalies chromosomiques. Parmi ces anomalies, on distingue les anomalies qui touchent le nombre des chromosomes de celles qui concernent leur structure. Les causes de ces anomalies sont souvent multifactorielles, impliquant des facteurs génétiques, maternels, environnementaux ou inconnus (OMS, 2016). La prévention des naissances avec malformations congénitales ou des anomalies repose sur une approche intégrée, qui combine le dépistage prénatal, le conseil génétique, la prise en charge médicale et chirurgicale, le soutien psychosocial et l'éducation sanitaire (OMS, 2016).

La tendance de la prévalence des naissances (Graphique 7.2.3) avec des défauts ou des anomalies

au Bénin entre 2010 et 2019 est en baisse. Parmi les types d'anomalies les plus fréquents au Bénin, on trouve les malformations du système nerveux, qui représentent 28,9 % de la prévalence totale en 2019, suivies par les malformations du système musculo-squelettique (23,8 %), les anomalies chromosomiques (19,5 %), les malformations du système génito-urinaire (9,9 %) et les malformations du système digestif (8,7 %). Les malformations du système circulatoire, qui incluent les malformations cardiaques congénitales, ne comptent que pour 4,2 % de la prévalence totale, ce qui est nettement inférieur à la moyenne mondiale de 21,8 % (l'Institute for Health Metrics and Evaluation ou IHME, 2020). Cette différence pourrait s'expliquer par une sous-déclaration ou un sous-diagnostic des malformations cardiaques au Bénin, qui sont souvent asymptomatiques à la naissance et nécessitent des examens spécialisés pour être détectées.



Graphique 7.2.3 : Tendence de la prévalence des naissances avec des défauts/Anomalies (pour 1 million de naissances), Bénin, 2010-2019 (Source : IHME)



En conclusion, le Bénin doit relever le défi de la double charge de morbidité, qui constitue une menace pour le développement économique et social du pays. Pour ce faire, il est nécessaire de renforcer les capacités du système de santé,

d'améliorer l'accès et la qualité des services de soins, de promouvoir la participation communautaire, et de coordonner les actions avec les partenaires nationaux et internationaux.

7.3 Mortalité par cause

Le Bénin a connu une transition épidémiologique au cours des dix dernières années, avec une diminution de la mortalité due aux maladies infectieuses et une augmentation de celle due aux Maladies Non Transmissibles. Selon l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), les principales causes de

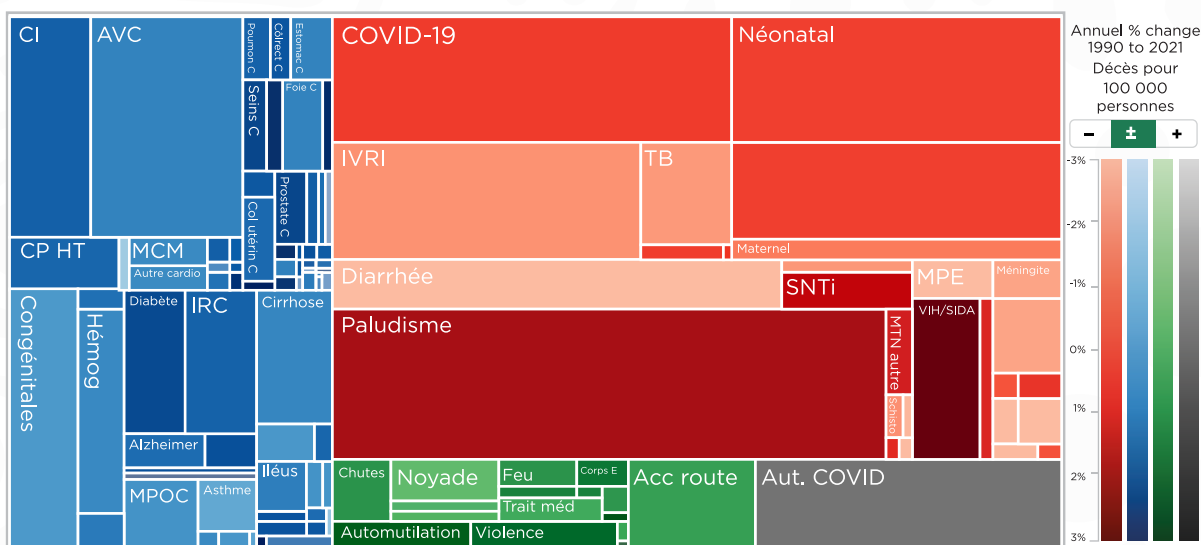
décès au Bénin en 2021 (Graphique 7.3.1) sont le paludisme, les maladies cardiovasculaires, les infections respiratoires inférieures, le VIH/sida, les accidents vasculaires cérébraux, les maladies diarrhéiques, la tuberculose, les accidents de la route, le diabète et les affections néonatales.

Cause	2011 rank	2021 rank	Évolution du nombre de décès pour 100 000 habitants, entre 2011 et 2021
Paludisme	2	●	↓ -11,3
Troubles néonataux	1	●	↓ -40,1
COVID-19	•	●	↑ +68,7
IVRI	3	●	↓ -36,1
Accident vasculaire cérébral	5	●	↓ -5,5
Maladies diarrhéiques	4	●	↓ -29,4
La cardiopathie ischémique	8	●	↑ +1,4
Malformations congénitales	6	●	↓ -8,8
VIH/SIDA	11	●	↓ -4,1
Accidents de route	12	●	↓ -2,8

Graphique 7.3.1: Dix principales causes de décès (pour 100 000 habitants) au Bénin en 2021 et évolution de la mortalité entre 2011 et 2021 tous âges confondus (Source : IHME)

Concernant le paludisme, les données de routine du Bénin issues des annuaires statistiques sanitaires des années 2013, 2018 et 2022 rapportent une baisse de 2 % entre 2013 (26 % du poids des décès) et 2018 (24 % du poids total des décès) contre une baisse de 5,8 % entre 2018 et 2022 (16,2 % du poids total des décès). Cependant, ces baisses en pourcentage pourraient masquer la hausse en valeur du nombre de décès liés au paludisme (2058 en 2013, 2251 en 2018, 3562 en 2022).

Le Graphique 7.3.2 montre que la mortalité liée, aux infections des voies respiratoires inférieures, aux maladies diarrhéiques et à la tuberculose a diminué entre 2011 et 2021, tandis que celle liée aux maladies cardiovasculaires, au paludisme, au VIH/sida, aux accidents vasculaires cérébraux, aux accidents de la route, au diabète et aux affections néonatales a augmenté.



Graphique 7.3.2: Poids des causes de décès au Bénin en 2021 et évolution de la mortalité entre 2011 et 2021 tous âges confondus (Source : IHME)

Ces tendances reflètent les changements dans les facteurs de risque, tels que l'augmentation de la population âgée (> 60 ans), l'urbanisation, la pollution de l'air, le tabagisme, l'alcoolisme chronique, l'obésité et le manque d'activité physique. Pour réduire l'incidence de la maladie au Bénin, il est nécessaire de mettre en œuvre des politiques et des programmes multisectoriels, basés sur des données

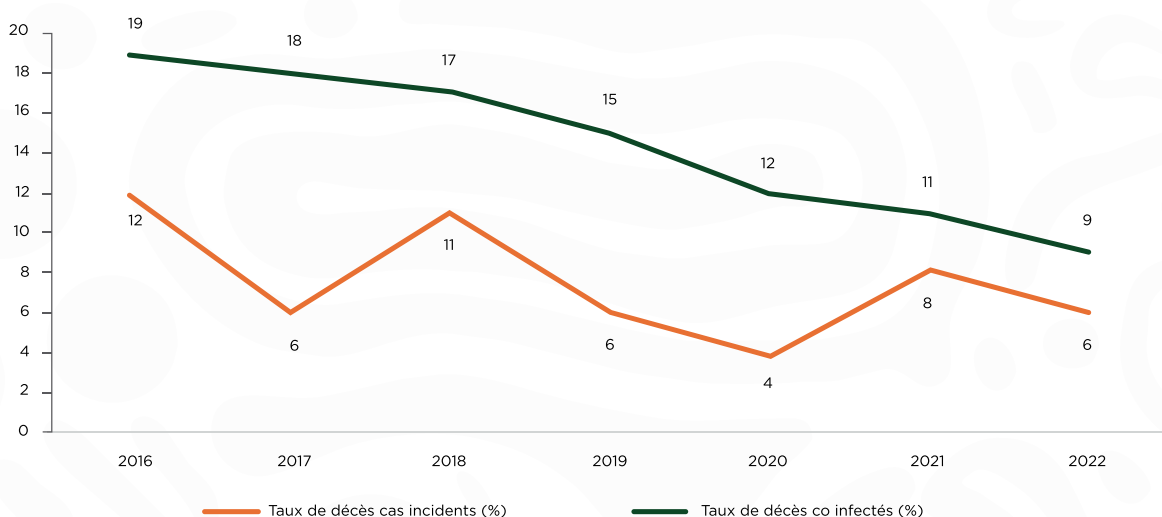
probantes, qui visent à éliminer ou à contrôler les causes évitables de décès et de morbidité. Il est également essentiel de renforcer le système d'information sanitaire, qui permet de suivre les indicateurs de santé, de surveiller les épidémies, d'évaluer l'efficacité des interventions et d'orienter les décisions en matière de santé publique.

Mortalité liée à la tuberculose

La mortalité liée à tuberculose reste un défi continu dans la stratégie contre la tuberculose au Bénin. Le taux de décès des cas incidents de tuberculose a nettement régressé et est passé de 12 % en 2016 à 6% en 2022 (source rapport PNT 2022).

Le taux de décès des cas co-infectés TB-VIH a également régressé et est passé de 19 % en 2016 à 9 % en 2022 (source : rapport PNT 2022).

Malgré les résultats obtenus ces dernières années, le taux de décès lié à la tuberculose reste encore critique notamment chez les cas de co-infection TB/VIH. Au niveau départemental, le taux de décès des patients co-infectés TB-VIH connaît de fortes disparités allant de 0 % (Alibori, Collines, Plateau, Zou) à 23 % (Borgou). (Source PNT 2022)



Graphique 7.3.3: Tendence des taux de décès des cas incidents et des cas co-infectés de tuberculose, 2016-2022 (source : PNT, 2022)

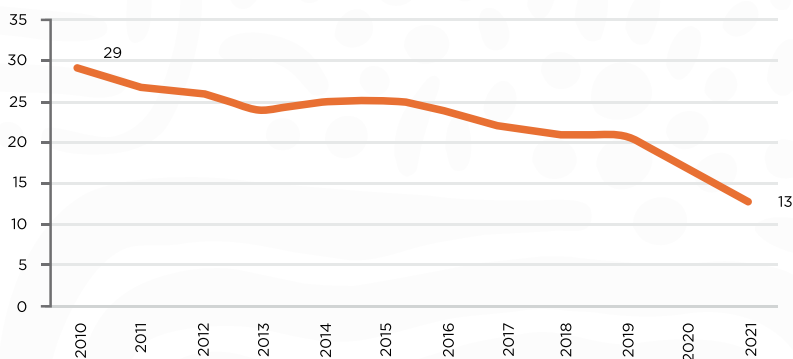
Mortalité liée au SIDA

La mortalité liée au SIDA reflète l'impact de l'épidémie sur la population et la réponse nationale à la lutte contre le VIH. Le Graphique 7.3.1 montre l'évolution du taux de mortalité lié au SIDA au Bénin, de 2010 à 2021, selon les estimations de l'ONUSIDA. On peut observer que le taux de mortalité a diminué de manière significative, passant de 29,5 décès pour 100 000 habitants en 2010 à 13,2 décès pour 100 000 habitants en 2021, soit une baisse de 55,2%.

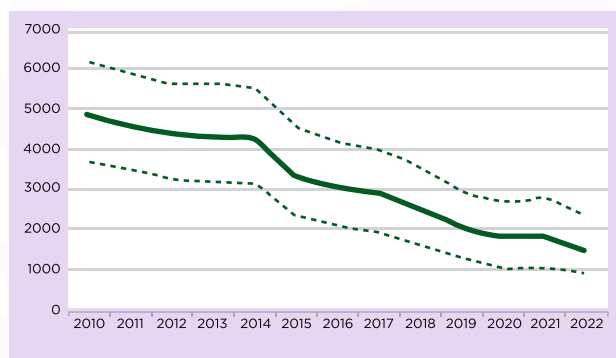
Cette tendance à la baisse s'explique principalement par l'augmentation de la couverture du traitement antirétroviral, qui est passée de 32% en 2010 à 87% en 2022 chez les adultes vivant avec le VIH. Le traitement antirétroviral permet de réduire la charge virale, de restaurer le système immunitaire, de prévenir les infections opportunistes et de réduire les nouvelles infections.

Malgré ces progrès, la mortalité liée au SIDA reste un problème de santé publique au Bénin, qui nécessite des efforts soutenus et coordonnés de la part des acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH. Parmi les défis à relever, on peut citer la persistance des comportements à risque, les barrières socioculturelles et juridiques qui limitent l'accès aux services de santé des personnes vivant avec le VIH

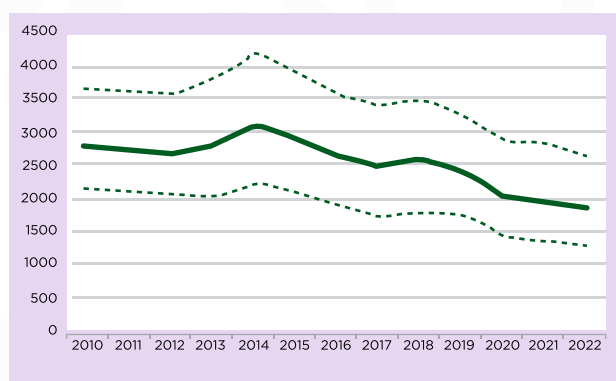
ou des populations vulnérables. Le Bénin doit donc renforcer sa riposte nationale au VIH, en s'appuyant sur les recommandations de l'ONUSIDA et les bonnes pratiques internationales, afin de réduire davantage la mortalité liée au SIDA et atteindre les Objectifs de Développement Durable.



Graphique 7.3.4: Evolution du taux de mortalité lié au SIDA (pour 100 000 habitants) au Bénin, de 2010 à 2021 (Source : iAHO)



Nombre de nouvelles infections au VIH



Nombre de décès dus au VIH



Mortalité due au paludisme

Le paludisme est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité au Bénin, en particulier chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Selon les données de l'Annuaire des Statistiques Sanitaires 2022, le taux de mortalité dû au paludisme a augmenté de 5 % entre 2010 et 2021,

passant de 15 à 16 pour 100 000 habitants, ainsi que l'incidence du paludisme de 36 %, passant de 162 à 221 pour 1 000 habitants à risque. Cette situation pourrait s'expliquer par l'amélioration de la remontée des données dans le système d'information sanitaire (rapportage et complétude).

Mortalité liée aux Maladies Non Transmissibles

Les Maladies Non Transmissibles (MNT) sont la principale cause de décès au Bénin, représentant 37 % de la mortalité totale en 2016 (OMS, 2018). Parmi les MNT, les plus fréquentes sont les maladies cardiovasculaires (17 % de la mortalité due aux MNT), le cancer (14 %), les maladies respiratoires chroniques (5 %) et le diabète (1 %) (OMS, 2018). Ces maladies sont liées à des facteurs de risque évitables tels que le tabagisme, la consommation abusive d'alcool, l'alimentation non équilibrée et la sédentarité, ainsi qu'à des facteurs de risque inhérents à l'âge, au sexe et aux antécédents familiaux.

La mortalité liée aux MNT a augmenté de façon constante au cours des dix dernières années, passant de 31 % de la mortalité totale en 2007 à 37 % en 2016 (OMS, Observatoire Mondial de la Santé, 2018). Cette tendance est conforme à celle observée dans la région africaine, où les MNT sont responsables de 31 % des décès en 2016, contre 28 % en 2010 (OMS, 2019). Le Bénin se situe au-dessus de la moyenne régionale pour la mortalité due aux MNT et se rapproche de la moyenne mondiale, qui est de 41 % (OMS, 2019).

L'analyse par sexe montre que les hommes sont plus exposés aux MNT que les femmes, avec un taux de mortalité de 48 % contre 28 % en 2016 (OMS, 2018). Cette différence peut s'expliquer par une prévalence plus élevée du tabagisme, de la consommation d'alcool et de l'hypertension artérielle chez les hommes que chez les femmes (OMS, 2018). En

outre, les hommes ont tendance à consulter moins souvent les services de santé et à recevoir des soins de moindre qualité que les femmes (UNFPA, 2017). L'analyse par tranche d'âge montre qu'en 2016 (OMS, 2018) que les MNT touchent principalement les personnes âgées, avec un taux de mortalité de 61 % chez les plus de 70 ans, contre 15 % chez les 15-49 ans et 6 % chez les moins de 15 ans. Toutefois, il convient de noter que les MNT constituent également une menace importante pour les groupes d'âge intermédiaires, représentant la majorité de la population active (15-64 ans) qui contribuent au développement économique et social du Bénin. En effet, les MNT sont responsables, au Bénin, de 37 % des décès prématurés (avant l'âge de 65,5 ans en 2022, selon les estimations de l'INStAD), ce qui représente une perte de productivité et de revenus pour les individus, les familles et la société (OMS, 2019).

Au Bénin, les MNT constituent une préoccupation majeure en raison de leur fréquence et des décès qu'elles entraînent. La mortalité prématurée liée aux MNT est de 49,4 % chez les hommes et de 36,4 % chez les femmes. Ces MNT incluent des maladies telles que l'hypertension artérielle, le diabète et les maladies cardiovasculaires. Pourtant, des actions sont entreprises pour sensibiliser la population afin de prévenir ces maladies.

Il est essentiel de continuer à investir dans la prévention et la sensibilisation pour améliorer la santé et réduire les risques liés aux MNT.







56

AIRFRANK KEM

107



Encadré VII.1 – Surmortalité liée à la Covid-19 et leçons apprises

La pandémie de COVID-19 a touché le monde entier, avec des conséquences sanitaires, économiques et sociales importantes. Le Bénin, pays d'Afrique de l'Ouest, a enregistré son premier cas le 16 mars 2020 et a adopté des mesures de prévention et de riposte, telles que le port du masque, le maintien de l'ouverture des frontières et la mise en place d'un fonds de solidarité. Toutefois, le pays a également connu une augmentation de la mortalité, qui pourrait être liée à la COVID-19 ou à d'autres causes indirectes. Ce document vise à analyser la surmortalité observée au Bénin pendant la période de la COVID-19 et à tirer les principales leçons de cette crise sanitaire pour le pays.

La surmortalité se définit comme le nombre de décès supplémentaires par rapport à la moyenne historique pour une période donnée. Elle peut être due à la COVID-19, mais aussi à d'autres facteurs, tels que l'interruption des services de santé, la réduction de l'accès aux soins, la hausse de la pauvreté ou la détérioration des conditions de vie. Au Bénin, les données officielles sur la mortalité sont limitées et peu fiables, ce qui rend difficile l'estimation de la surmortalité. Néanmoins, quelques sources permettent d'avoir une idée de l'ampleur du phénomène.

- Selon le ministère de la Santé, le Bénin a enregistré 123 décès dus à la COVID-19 entre le 16 mars 2020 et le 23 mai 2021, soit un taux de létalité de 1,1 %, inférieur à la moyenne mondiale de 2,1 % (ministère de la Santé, 2021).
- Selon l'Institut national de la statistique et de l'analyse économique (INSAE), le nombre de décès enregistrés dans les communes du Bénin a augmenté de 11,6 % entre 2019 et 2020, passant de 85 168 à 95 057, soit une surmortalité de 9 889 décès. Cette hausse concerne surtout les hommes, les personnes âgées de plus de 60 ans et les régions du sud du pays (INSAE, 2021).
- Selon une étude menée par l'Université d'Abomey-Calavi, le nombre de décès dans les ménages de Cotonou, la capitale économique du Bénin, a augmenté de 40 % entre avril et août 2020 par rapport à la même période en 2019, passant de 1641 à 2297, soit une surmortalité de 656 décès. Parmi ces décès, 40 % étaient liés à des symptômes respiratoires, ce qui suggère une possible sous-déclaration des cas de COVID-19 (Université d'Abomey-Calavi, 2020).

La surmortalité observée au Bénin pendant la période de la COVID-19 révèle les faiblesses du système de santé et les vulnérabilités de la population. Elle appelle à tirer les leçons de cette crise sanitaire et à renforcer la résilience du pays face aux futures pandémies. Parmi les principales leçons, on peut citer:

- l'importance d'améliorer le système d'information sanitaire, notamment le recueil, le traitement et la diffusion des données sur la mortalité, afin de mieux mesurer l'impact de la COVID-19 et d'adapter les stratégies de prévention et de prise en charge ;
- l'urgence de renforcer les capacités du système de santé, notamment la disponibilité et la qualité des ressources humaines, matérielles et financières, mais aussi la gestion des données de qualité ; afin de garantir l'accès aux soins essentiels pour tous, y compris les personnes atteintes de la COVID-19 ou d'autres maladies chroniques ou aiguës ;
- la pertinence de promouvoir la participation communautaire, notamment en impliquant les acteurs locaux, les leaders d'opinion, les médias et les Organisations de la Société Civile, afin de sensibiliser la population aux gestes barrières, de lutter contre les fausses informations et de favoriser l'adhésion aux mesures sanitaires.

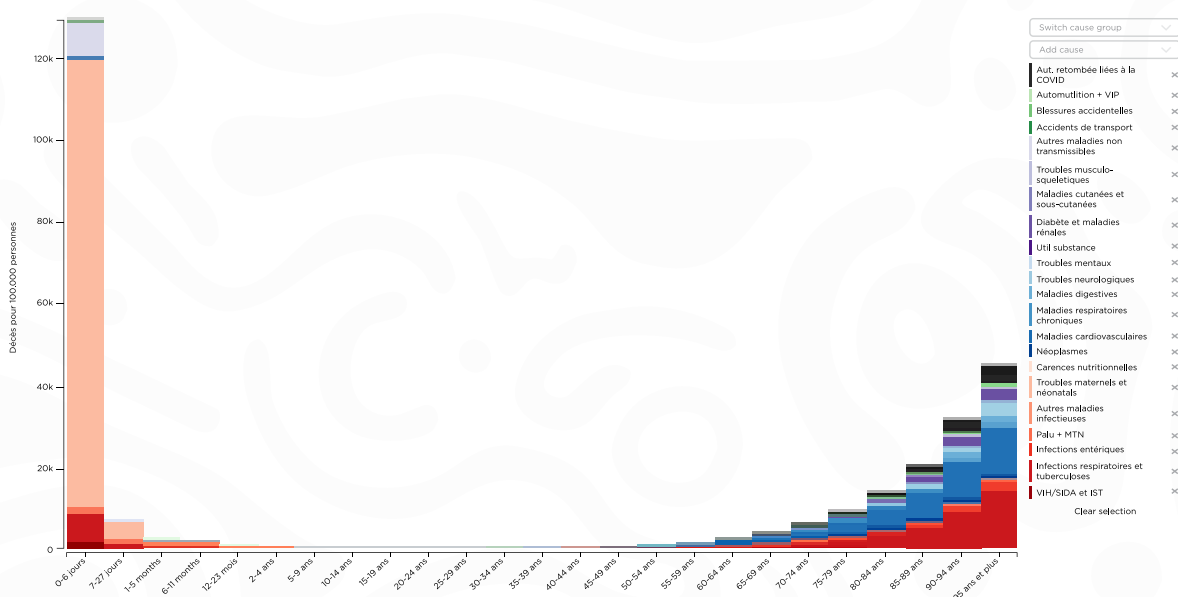
L'opportunité de renforcer la coopération régionale et internationale, notamment en partageant les expériences, les bonnes pratiques, les ressources et les innovations, afin de faire face à la COVID-19 de manière solidaire et coordonnée.

La COVID-19 a entraîné une augmentation notable du nombre de décès au Bénin, mais les données disponibles ne permettent pas de mesurer précisément l'effet de la pandémie. Cette situation sanitaire a mis en évidence les difficultés que le pays doit surmonter pour assurer la santé et le bien-être de sa population. Elle a aussi permis de repérer les axes d'amélioration et les possibilités de changement pour augmenter la capacité du Bénin à faire face aux éventuelles futures pandémies.

7.4 Mortalité par âge

La mortalité est plus visible dans les tranches d'âge de 0 à 5 ans et chez les adultes à partir de 50 ans (Graphique 7.4.1). De même, la mortalité chez

les hommes reste supérieure à celle des femmes (Graphique 7.4.2).

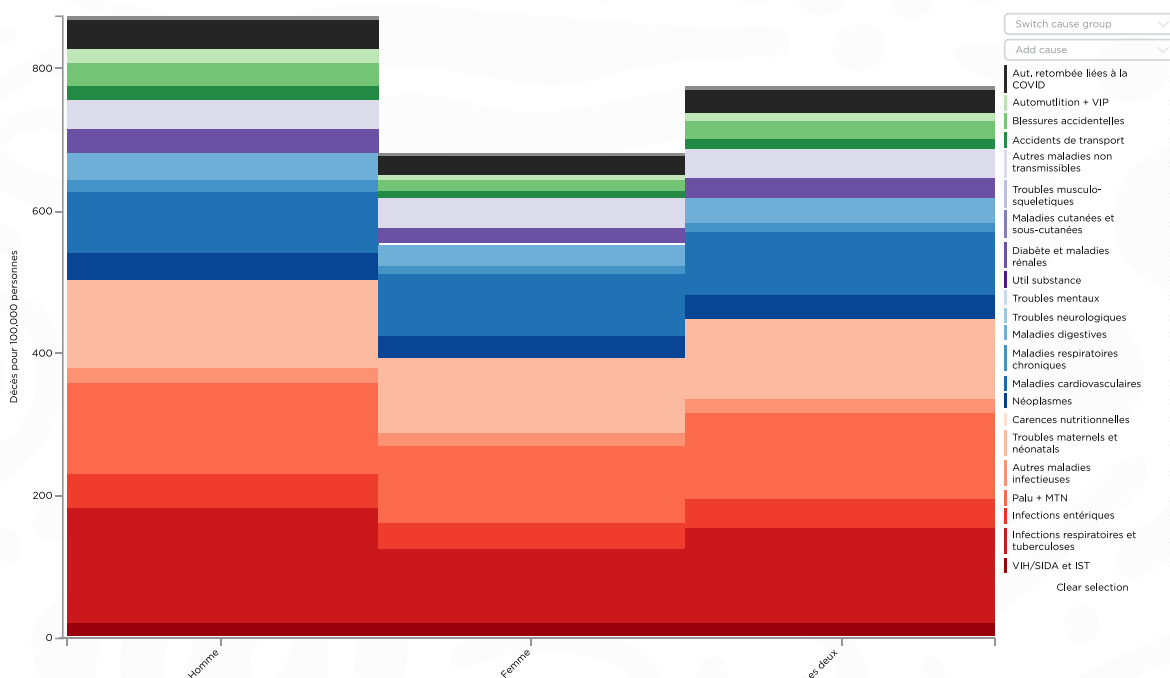


Graphique 7.4.1: Répartition de la mortalité par tranche d'âge au Bénin, 2021 (Source : IHME)



La mortalité au Bénin présente des disparités importantes selon le sexe. Comme le montre le Graphique 7.4.2, le taux de mortalité chez les hommes est nettement plus élevé que chez les femmes, quel que soit le groupe d'âge. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette différence de mortalité par sexe. D'une part, les hommes sont plus exposés à des risques professionnels, tels que les accidents de travail, les maladies respiratoires liées à la pollution ou les infections transmises par les animaux (Olivier de Sardan et al., 2017). D'autre part, les hommes ont un accès plus limité aux services de santé que

les femmes, en raison de barrières socio-culturelles (tradition, religion, stigmatisation sociale, éducation, information, etc.), financières ou géographiques. Ils consultent moins souvent un médecin, se soignent davantage par l'automédication ou les pratiques traditionnelles et ont tendance à négliger les symptômes ou les signes d'alerte (Gnanih et al., 2018). Enfin, les hommes sont plus susceptibles de consommer de l'alcool, du tabac ou d'autres substances nocives pour la santé, ce qui augmente le risque de maladies cardiovasculaires, de cancers ou de cirrhoses (OMS, 2016).



Graphique 7.4.2: Répartition de la mortalité par sexe au Bénin, 2021 (Source : IHME)

Selon les résultats de l'enquête MICS de 2021, la mortalité néonatale (28 premiers jours de vie) dans la période la plus récente de cinq ans est estimée à 23 pour 1000 naissances vivantes, tandis que la mortalité post-néonatale (29 jours à 5 ans) est estimée à 22 pour 1000 naissances vivantes.

La mortalité infantile au cours des cinq années précédant l'enquête était de 45 pour 1000 naissances vivantes, et la mortalité infanto-juvénile

de 80 décès pour 1000 naissances vivantes pour la même période. Ainsi, les décès des enfants de moins d'un an représentent 56 % des décès des enfants de moins de 5 ans.

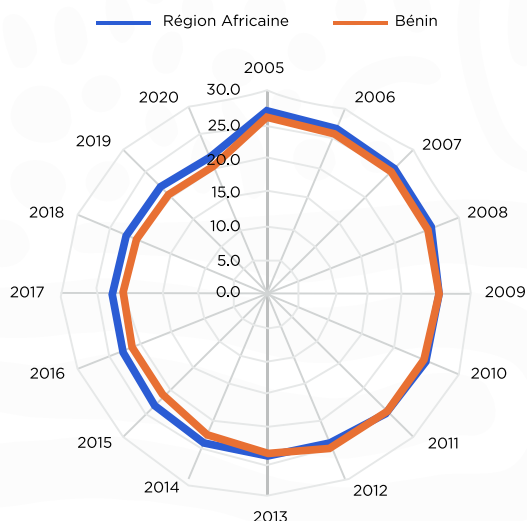
Les résultats montrent également une tendance à la baisse au niveau national, au cours du dernier quart de siècle, avec une mortalité infanto-juvénile se situant à 97 pour 1000 au cours de la période de 20-24 ans précédant l'enquête, et à 80 pour 1 000



naissances vivantes au cours de la période la plus récente de cinq ans.

Le Graphique 7.4.3 montre les taux de mortalité (nombre de décès fœtaux pour 1000 naissances vivantes et mortinaissances combinées) pour la région africaine en général et pour le Bénin, entre

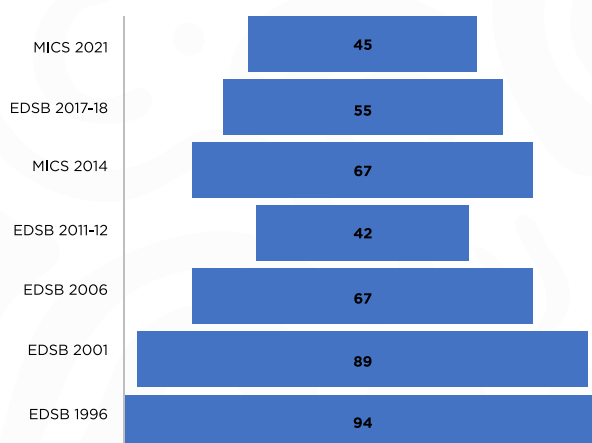
2005 et 2020 en particulier. Le taux de mortalité au Bénin est légèrement inférieur à la moyenne de la région africaine (20.3 contre 21.7 pour 1 000 naissances). Cela peut indiquer que le Bénin a réussi à améliorer ses conditions de santé néonatale de manière plus efficace que la moyenne régionale.



Graphique 7.4.3: Taux de mortalité (pour 1 000 naissances totales), Bénin versus Région Africaine, 2005-2020 (Source : UNICEF, 2023)

L'analyse de la mortalité par âge au Bénin sur les dix dernières années montre que le pays a connu une baisse significative du taux de mortalité infantile (Graphique 7.4.4), qui est passé de 96 pour 1000 naissances vivantes en 1996 à 55 en 2018 après avoir atteint 42 en 2012, soit une augmentation

de 31 % entre 2012 et 2018, selon les enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) (INSTAD, 2019). Cette situation suggère que des efforts sont nécessaires pour maintenir les acquis notamment la vaccination.

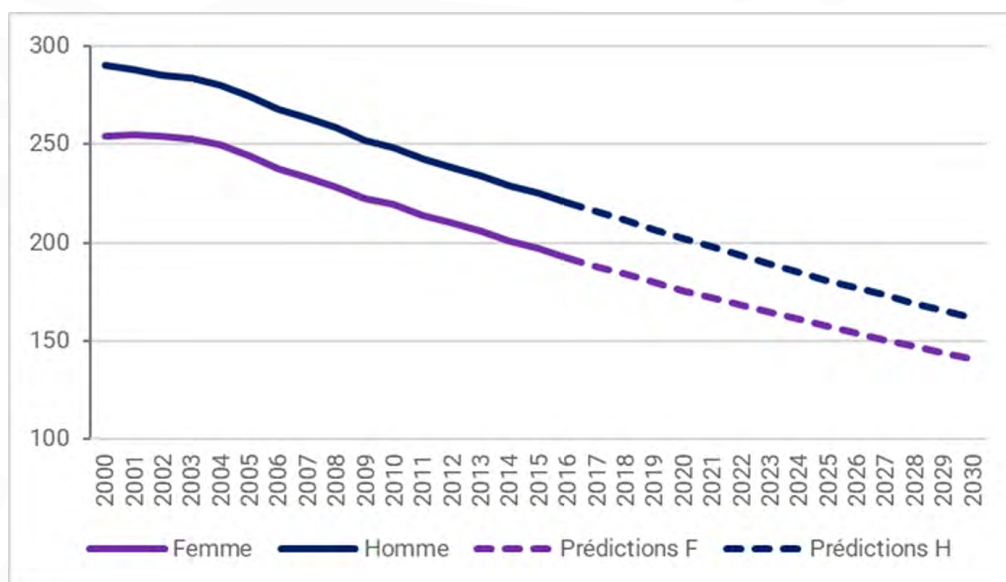


Graphique 7.4.4: Evolution du taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes) au Bénin, 1996-2021 (Source : EDSB et MICS)



La mortalité des adolescents (10-19 ans) (Graphique 7.4.5) n'a pas connu de changement notable au cours de la même période. Le taux de mortalité des adolescents est resté décroissant avec une légère diminution de l'écart entre les sexes. Entre 2000 et 2016, le taux de mortalité des adolescentes a diminué de 62 points (24 %), passant de 254 à 192 pour 100 000 adolescentes, alors que celui des adolescents masculins a diminué de 69 points (25 %), passant de 290 à 221 pour 100 000 adolescents. Bien que le taux de mortalité ait diminué pour les deux sexes, les adolescents continuent de présenter un taux plus élevé que les adolescentes (221 versus 192). Cette persistance de l'écart suggère que les garçons continuent de faire face à des risques plus

élevés ou à des défis spécifiques en matière de santé. Les prévisions montrent une amélioration continue de la mortalité des adolescents, mais l'attention doit demeurer focalisée sur les différences de sexe et sur la nécessité d'interventions ciblées pour réduire davantage les taux, particulièrement pour les garçons. En effet, le taux de mortalité chez les hommes diminue à un rythme légèrement plus lent que celui des femmes. En 2030, le taux pour les adolescents devrait être de 162, tandis que pour les adolescentes, il serait de 141. Cela indique des progrès significatifs dans la réduction des risques spécifiques aux garçons, mais il reste encore une différence à combler.



Graphique 7.4.5: Tendence par sexe du taux de mortalité des adolescents (pour 100 000 adolescents), 2000-2016 et prédictions jusqu'à 2030 (Source : IAHO)

Le Graphique 7.4.6 rapporte les données sur les taux de mortalité des adultes, mesurés en probabilité de mourir entre 15 et 60 ans pour 1 000 habitants, pour la région africaine en général et le Bénin, concernant les femmes et les hommes, entre 2000 et 2016.

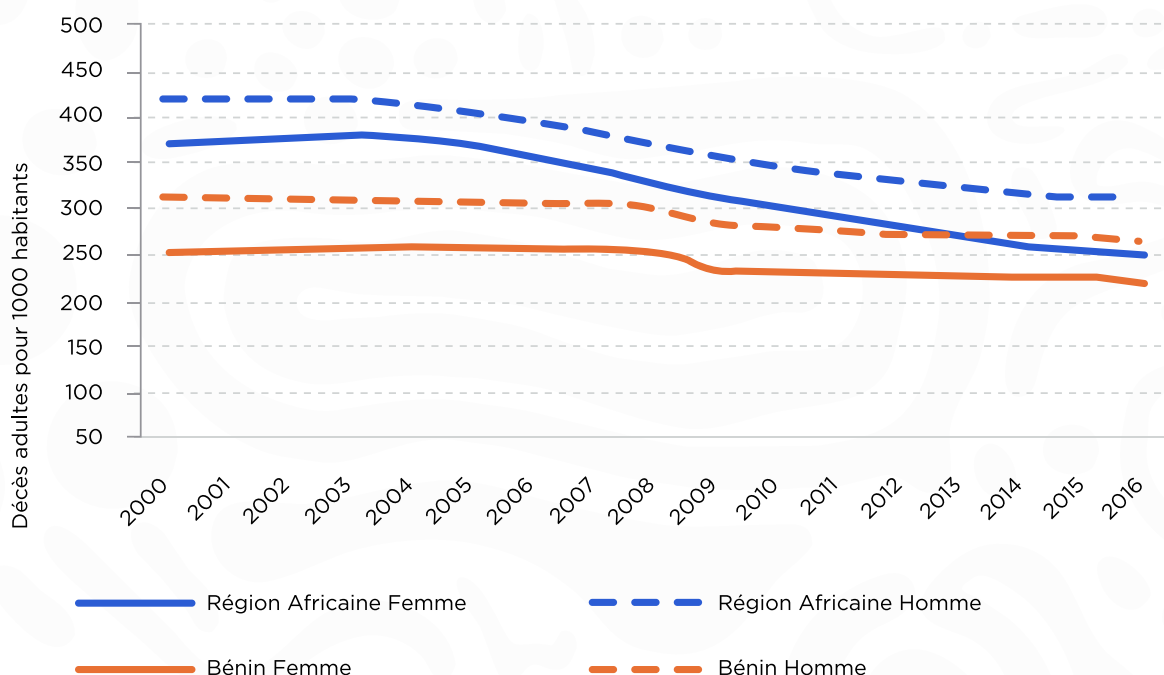
Le taux de mortalité des femmes dans la région africaine diminue progressivement de 371 en 2000 à 248 en 2016. Le taux de mortalité des hommes diminue également, passant de 424 en 2000 à 306 pour 1000 habitants en 2016. Le taux de mortalité des femmes au Bénin diminue de 254 en 2000 à 220 pour 1000 habitants en 2016, alors que celui des hommes passe de 313 en 2000 à 265 pour

1000 habitants en 2016, montrant également une baisse notable, mais encore une fois, le taux reste plus élevé chez les hommes comparés à celui des femmes. Finalement, le Graphique 7.4.6 montre une tendance globale à la baisse des taux de mortalité des adultes au Bénin et dans la Région africaine, avec une amélioration plus prononcée au Bénin comparés à la région africaine en général, tout en maintenant des différences significatives entre les sexes.

Le taux de mortalité des adultes est passé de 280 pour 1000 habitants en 2008 à 286 en 2016, avec un écart plus marqué entre les sexes (321 pour les

hommes et 253 pour les femmes) (OMS, 2018). Cette tendance est préoccupante, car elle indique que le Bénin ne progresse pas suffisamment vers la réalisation des Objectifs de Développement Durable (ODD) relatifs à la réduction de la mortalité prématurée due aux MNT, aux accidents de la route et aux autres causes évitables (ONU, 2019). Plusieurs facteurs peuvent expliquer la persistance de la mortalité des adolescents et des adultes au Bénin,

notamment le faible accès aux services de santé de qualité, le faible niveau de prévention et de dépistage des MNT, et les inégalités socioéconomiques et géographiques qui affectent l'état de santé de la population (IAHO, 2020 ; OMS, 2019 ; UNFPA, 2017). Il est donc nécessaire de renforcer les politiques et les interventions visant à améliorer la santé des adolescents et des adultes au Bénin.



Graphique 7.4.6: Tendence par sexe du taux de mortalité des adultes (probabilité de mourir entre 15 et 60 ans pour 1 000 habitants), Bénin comparé à la Région Africaine (Source : OMS Global Health Observatory)



Un gouvernement qui
opprime les cantines
scolaires est un gou-
vernement qui
respecte les droits
des enfants

B
L
N

RÉFÉRENCES

1. Banque mondiale (2020). Profil santé : Bénin. Washington, DC : Banque mondiale.
2. OMS (2010). Indicateurs de base pour l'évaluation des systèmes nationaux de santé. Genève : OMS.
3. OMS (2020). World Health Statistics 2020. Genève : OMS.
4. OMS (2021). Espérance de vie en bonne santé.
5. UNDESA (2022). World Population Prospects 2022. New York : UNDESA.
6. UNICEF (2020). The State of the World's Children 2020. New York : UNICEF.
7. Banque mondiale (2020). Bénin : Aperçu.
8. INSTAD (2019). Enquête Démographique et de Santé du Bénin 2017-2018 (EDSB-V).
9. OMS (2021). Espérance de vie en bonne santé.
10. UNDESA (2022). World Population Prospects 2021.
11. UNFPA (2020). Fécondité.
12. OMS (2021). Global Health Observatory.
13. UNFPA (2020). Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and a Challenge.
14. WHO (2015). World Report on Ageing and Health.
15. OMS (2020). Profil sanitaire du Bénin.
16. UNDESA (2022). World population prospects 2021.
17. Ministère de la Santé (2016). Plan pluriannuel complet du programme élargi de vaccination 2016-2020. Cotonou : Ministère de la Santé.
18. OMS (2020). Profil sanitaire du Bénin 2019. Brazzaville : Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.
19. OMS (2021). Causes of death 2000-2019. Genève : OMS.
20. Hoffman JI, Kaplan S, Liberthson RR. Prevalence of congenital heart disease. Am Heart J. 2004;147(3):425-439.
21. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results. Seattle, United States: IHME, 2020.



RÉFÉRENCES

22. Hoffman JI, Kaplan S, Liberthson RR. (2013). Prevalence of congenital heart disease. *American Heart Journal*, 147(3), 425-439.

23. IHME. (2020). *Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results*. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).

24. Ministère de la Santé du Bénin. (2009). *Plan national de santé génésique 2009-2018*. Cotonou, Bénin: Ministère de la Santé du Bénin.

25. WHO. (2016). *Birth defects*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

26. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *GBD Compare*. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2021. Disponible sur : [URL]/. (Consulté le 16/10/2021).

27. Ministère de la Santé du Bénin. *Plan National de Développement Sanitaire 2018-2022*. Cotonou : Ministère de la Santé du Bénin, 2018. Disponible sur : [URL]. (Consulté le 16/10/2021).

28. ONUSIDA (2020). *Bénin : vue d'ensemble de la situation et de la réponse au VIH*. Disponible sur : [URL] [Consulté le 13 octobre 2021].

29. ONUSIDA (2021). *Statistiques : Bénin*. Disponible sur : [URL]/ [Consulté le 13 octobre 2021].

30. OMS (2020). *Tuberculose et VIH*. Disponible sur : [URL] [Consulté le 13 octobre 2021].

31. OMS (2018). *Profil sanitaire du Bénin*. Genève : Organisation mondiale de la santé.

32. OMS (2019). *Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2019*. Genève: Organisation mondiale de la santé.

33. UNFPA (2017). *État de la population mondiale 2017*. New York : Fonds des Nations unies pour la population.

34. INSTAD (2021). *Rapport sur l'évolution de la mortalité au Bénin en 2020*. Cotonou: INSTAD.

35. Ministère de la Santé (2021). *Situation épidémiologique de la COVID-19 au Bénin*.

36. Université d'Abomey-Calavi (2020). *Étude sur la mortalité dans les ménages de Cotonou pendant la période de la COVID-19*. Cotonou: Université d'Abomey-Calavi.

37. INSTAD (2019). *Enquête démographique et de santé du Bénin 2017-2018*. INSTAD, Cotonou.

38. iAHO (2020). *Profil de santé des adolescents au Bénin*.

39. OMS (2017). *Profil de santé de l'enfant et de la mère : Bénin*. Organisation mondiale de la santé, Genève.

40. OMS (2018). *Profil sanitaire du Bénin 2018*. Organisation mondiale de la santé, Genève.

41. OMS (2019). *Maladies non transmissibles au Bénin*. Organisation mondiale de la santé, Genève.



RÉFÉRENCES

40. OMS (2018). Profil sanitaire du Bénin 2018. Organisation mondiale de la santé, Genève.

42. ONU (2019). Les objectifs de développement durable : rapport 2019. Organisation des Nations unies, New York.

43. UNFPA (2017). Rapport annuel 2017 du Fonds des Nations Unies pour la population au Bénin. Fonds des Nations Unies pour la population, Cotonou.

44. UNICEF (2019). Situation des enfants et des femmes au Bénin. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Cotonou.


45. Gnanih, Z., Ahouandjinou, M., Hougbe, F., Salamon, R. et Prual, A. (2018). Les déterminants de l'utilisation des services de santé par les hommes au Bénin. Santé Publique, 30(4), 473-480.

46. Olivier de Sardan, J.-P., Rid>de, O., Souley, H., Diarra, A. et Moha, M. (2017). Les pathologies de la brousse chez les hommes au Niger : Une approche socio-anthropologique. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 201(4-5), 789-800.

47. OMS (2016). Rapport sur la santé dans le monde 2016 : Travailler pour la couverture sanitaire universelle. Genève: OMS.



CONCLUSION GÉNÉRALE

An aerial photograph of a city, likely in Benin, showing a dense residential area with many small buildings. In the foreground, a large, modern building with a prominent entrance and a parking lot is visible. The building has a sign that reads "INTERNATIONAL DE CALAIS". The overall scene is captured in a dark, blue-tinted style.

Les données du secteur de la santé du Bénin passées au peigne fin en 2023, mettent en lumière des avancées notables dans les domaines du financement, de la gouvernance, du renforcement des ressources humaines, de l'amélioration des infrastructures sanitaires et de la disponibilité des produits de santé essentiels. Ces efforts permettent d'envisager un système plus performant, équitable et résilient.

Toutefois, des défis demeurent et concernent les inégalités persistantes d'accès aux soins, la nécessité d'une meilleure répartition et d'une allocation adéquate des ressources, l'urgence de la transformation numérique du système de santé, ainsi que le renforcement des dispositifs de suivi et d'évaluation des interventions.

Par ailleurs, les enjeux liés à la transition épidémiologique, à l'émergence de nouvelles maladies et aux risques environnementaux requièrent des réponses stratégiques adaptées, intégrant une approche multisectorielle. La réussite de cette transformation dépendra largement de la capacité des parties prenantes — institutions publiques, partenaires techniques et financiers, secteur privé et société civile — à agir de manière concertée et durable. Dans ce contexte, l'Autorité de Régulation du Secteur de la Santé (A.R.S) occupe une position centrale pour impulser, encadrer et suivre la mise en œuvre des réformes. Le renforcement de son leadership est essentiel pour garantir un accès équitable à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire.

En définitive, la transformation du système de santé béninois exige un engagement politique fort, une volonté continue d'adaptation aux mutations contextuelles et une mobilisation collective soutenue. Ce rapport constitue à cet égard un outil stratégique pour guider les décisions, prioriser les interventions et faire progresser de manière concrète la réalisation du droit à la santé pour tous au Bénin.

TABLE DES GRAPHIQUES

Graphique 1.1.1: Taille de la population (en milliers), pour les deux sexes (Source : INStAD, Projections révisées, 2022)	20
Graphique 1.1.2: Évolution de la taille de la population (en milliers), par sexe (Source : INStAD, Projections révisées, 2022)	20
Graphique 1.1.3: Pyramide des âges de la population (en milliers), (Source : INStAD, projections démographiques de 2014 à 2063 et perspectives de la demande sociale de 2014 à 2030 au Bénin)	21
Graphique 1.1.4: Taux de croissance démographique (%), de 2015 à 2030 (Source: INStAD, projection révisées, 2022)	21
Graphique 1.1.5: Densité de la population (habitants par Km ²) (Source: INStAD, Estimations basées sur les projections révisées, 2022)	21
Graphique 1.2.1: Croissance du PIB à prix constant 2015-2022 (%) (Source : INStAD, 2022)	22
Graphique 1.2.2: Évolution de l'incidence de la pauvreté monétaire entre 2019 et 2022 selon le milieu de résidence (Source : INStAD, 2022)	23
Graphique 1.2.3: Accès à l'électricité 2017-2021 (% de la population) (Source : INStAD)	23
Graphique 1.2.4: Taux d'alphabétisation (% de personnes âgées de 6 ans ou plus) (Source : INStAD)	23
Graphique 1.2.5: Population utilisant au moins des services d'eau potable de base (%), 2012-2021 (Source : INStAD)	24
Graphique 1.4.1: Pollution atmosphérique aux particules fines (PM _{2,5}), exposition annuelle moyenne (Source : Banque Mondiale, 2022)	27
Graphique 1.4.2: Proportion de la population ayant une dépendance principale aux combustibles propres (%) (Source : Banque Mondiale, 2022)	28
Graphique 1.4.3: Émissions de CO ₂ (tonnes métriques par habitant) (Source : Banque Mondiale, 2022)	28
Graphique 2.0.1. Années de vie en bonne santé perdues en raison d'un handicap (pour 100 000 personnes) par groupe d'âge (les deux sexes) et par groupe de risques, Bénin, 2021 (Source : IHME)	40
Graphique 2.1.1: Insécurité alimentaire modérée et sévère dans la population, Bénin, 2013-2022 (Source : INStAD)	41
Graphique 2.1.2: Consommation alimentaire inadéquate (pauvre ou limite), Bénin, 2013-2022 (Source : INStAD)	41
Graphique 2.4.1: Prévalence de l'allaitement maternel exclusif chez les nourrissons âgés de six mois ou moins, Bénin, 1996-2022 (Source : EDS, MICS)	44
Graphique 2.4.2: Évolution de la prévalence par sexe de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans (%), Bénin, 1996-2022 (Source : EDS, MICS)	44
Graphique 2.4.3: Prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer (15-49 ans) (%), Bénin, 2001 à 2017-2018 (Source : INStAD)	45
Graphique 2.4.4: Evolution de la proportion de femmes (âgées de 15 à 49 ans) consultées au moins quatre fois pendant leur grossesse par un prestataire, Bénin, 2001-2022 (Source : INStAD, EDSB et MICS)	45
Graphique 2.4.5: Tendance par sexe de la prévalence normalisée de l'obésité chez les adultes, (%), Bénin versus Région Africaine (Source : iAHO)	45
Graphique 2.4.6: Consommation du tabac (15-49 ans) par sexe, (%), Bénin (Source : INStAD)	46
Graphique 2.4.7: Distribution par sexe de la prévalence d'une activité physique insuffisante chez les adultes âgés de 18 ans et plus, (%), Bénin versus Région Africaine (Source : iAHO)	47
Graphique 2.4.8: Tendance par sexe de la prévalence du tabagisme actuel (taux standardisé pour l'âge) (%), Bénin, 2000-2030 (Source : GHO)	48
Graphique 2.4.9: Tendance de la consommation moyenne d'alcool par habitant (15 ans et plus) au cours d'une année civile en litres d'alcool pur, Bénin de 2000 à 2019 (Source : Banque Mondiale)	49
Graphique 2.4.10: : Évolution de la prévalence de l'infection à VIH au sein des populations clés et dans la population générale, 2008-2022 (source : ESDG, 2008-2022)	50
Graphique 2.5.1 : Répartition des officines de pharmacie par département en 2022	52
Graphique 2.5.2: Répartition des établissements de santé autorisés fonctionnels par catégorie en 2022	53
Graphique 3.1.1: Évolution du ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) estimé par les enquêtes nationales, Bénin, 1992-2018 (Sources : RGPH, MICS, EDS)	67
Graphique 3.1.2: tendance actuelle et scénarios de prédictions jusqu'en 2023 du ratio de mortalité maternelle au Bénin, 2015-2030, Source : UN MMEIG, 2021	68



TABLE DES GRAPHIQUES

Graphique 3.1.3: Tendence actuelle et scénarios de prédictions	68
Graphique 3.2.1: Tendence de la proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié, Bénin, 2001-2022 (Sources : RGPH, MICS, EDS, iAHO)	69
Graphique 3.2.2: Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié par Département du Bénin, 2018 (Sources : EDS 2018)	69
Graphique 3.2.3: Proportion (en %) d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié par Département du Bénin, 2022 (Sources : MICS 2021-22)	69
Graphique 3.3.1: Évolution du taux de mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes) estimé par les enquêtes nationales, Bénin,1992-2022 (Source : EDS, MICS, DHS)	70
Graphique 3.3.2: Mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes) estimé par les enquêtes nationales, Bénin, 2018 (Source : EDS)	70
Graphique 3.3.3: Mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes) estimé par les enquêtes nationales, Bénin, 2022 (Source : MICS)	70
Graphique 3.3.4: Tendence actuelle du taux de mortalité infanto-juvénile au Bénin, 2015-2030, et scénarios de prédictions jusqu'en 2030 (Source : UN IGME, 2021)	71
Graphique 3.3.5: Tendence actuelle du taux de mortalité infanto-juvénile au Bénin, 2015-2030, et scénarios de prédictions jusqu'en 2030 (Source : MICS, EDS)	71
Graphique 3.3.6: Évolution du taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes) estimé par les enquêtes nationales, Bénin,1992-2018 (Source : MICS, DHS)	71
Graphique 3.3.7: Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes) estimé par les enquêtes nationales, Bénin, 2018 (Source : EDS)	72
Graphique 3.3.8: Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes) estimé par les enquêtes nationales, Bénin, 2022 (Source : MICS)	72
Graphique 3.3.9: Tendence de la mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes) estimé par UN IGME, Bénin, 2015-2022 et prédictions jusqu'en 2030	72
Graphique 3.3.10: Tendence de la mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes) estimé par les sources nationales, Bénin, 2015-2022 et prédictions jusqu'en 2030	73
Graphique 3.4.1: Tendence par sexe du nombre des nouvelles infections par le VIH pour 1 000 habitants, Bénin, 2000-2022 (Source : ONUSIDA 2024)	74
Graphique 3.4.2: Tendence de l'incidence du VIH pour 1 000 habitants, Bénin, 2010-2020 (Sources : GHO/iAHO)	74
Graphique 3.4.3: Couverture des traitements antirétroviraux chez les enfants de 0 à 14 ans, 2000-2023 et projections jusqu'en 2030 (Source : ONUSIDA, 2024)	75
Graphique 3.4.4: Évolution de la file active des PVVIH (adultes et enfants) des sites de 2014 à 2022 au Bénin (Rapport Monitoring PSLs)	76
Graphique 3.4.5: Évolution de la couverture de traitement des PVVIH(adultes et enfants) de 2014 à 2022 au Bénin (rapport monitoring PSLs)	76
Graphique 3.4.6: Évolution du nombre de nouvelles infections au VIH	76
Graphique 3.4.7: Évolution du nombre de décès dus au VIH de	76
Graphique 3.4.8: Évolution de la prévalence du VIH au sein des populations clés entre 2017 à 2021 au Bénin (Enquêtes de Surveillance de Deuxième Génération ESDG, 2017 et 2021)	77
Graphique 3.5.1: Tendence de l'incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants, 2010-2022 et projections jusqu'à 2030 (Source : OMS)	78
Graphique 3.5.2: Taux de succès thérapeutique du traitement (%) pour les nouveaux cas de tuberculose, Bénin versus Région Africaine, 2007-2020 (Source : OMS)	78
Graphique 3.5.3: Répartition des cas incidents de tuberculose selon le sexe et les tranches d'âge en 2022 (source: PNT, 2022)	79
Graphique 3.5.4:Tendance du taux de notification de la tuberculose (pour 100 000 habitants), Bénin, 2000-2018 (Sources : iAHO 2020 ; OMS)	80
Graphique 3.5.5: Tendence du taux de mortalité lié à la tuberculose (pour 100 000 habitants), Bénin, 2017-2021 (source : iAHO)	80
Graphique 3.6.1: Tendence du taux de mortalité due au paludisme (pour 100 000 habitants), Bénin versus Région Africaine, 2000-2021 (Source : OMS/GHO)	82
Graphique 3.6.2: Tendence de l'incidence du paludisme (pour 1000 habitants à risque), Bénin, 2000-2021 (Source : La Banque Mondiale)	82
Graphique 3.7: Tendence sur le nombre de personnes nécessitant des interventions contre les maladies tropicales négligées (MTN) et tendance de la fréquence par rapport à la valeur régionale des interventions contre les MTN, Bénin, 2010-2021 (Source : OMS/GHO)	83



TABLÉ DES GRAPHIQUES

Graphique 3.8.1: Indice de CSU Bénin, 2000-2021 (Source : OMS)	84
Graphique 3.10.1: Tendances de la proportion de femmes en âge de procréer (âgées de 15 à 49 ans) dont les demandes de planification familiale sont satisfaites par des méthodes modernes (%), Bénin, 1996-2018 (Source : EDS, MICS)	88
Graphique 3.10.2: Tendances du taux de fertilité chez les adolescents (nombre de naissance pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans) (Source : Banque Mondiale)	88
Graphique 3.11.1: Distribution par sexe du taux de mortalité attribuable à la pollution de l'air ambiant et des ménages (pour 100 000 habitants), Bénin comparé à la Région Africaine, 2016 et 2019 (Source : iAHO)	90
Graphique 3.11.2: Distribution par sexe du taux de mortalité attribué à l'exposition à des services WASH non sécurisés (pour 100 000 habitants),	90
Graphique 3.11.3: Évolution du taux de mortalité attribué à un empoisonnement non intentionnel (pour 100 000 habitants) par sexe, Bénin, 2000 à 2019 (Source : iAHO)	91
Graphique 4.1.1: Évolution de la contribution des ménages de 2012 à 2015 (Source : Comptes nationaux de santé du Bénin de 2012 à 2015)	102
Graphique 4.1.2: Statistiques clés de financement de la santé au Bénin & Principales sources de financement 2000-2021 (Source : Global Health Expenditure Database ; OMS)	103
Graphique 4.1.3: Dépenses courantes de santé au Bénin (Dépenses par habitants et Dépenses en % du PIB), 2000-2020 (Source : OMS)	104
Graphique 4.1.4: Dépenses publiques du Gouvernement et dépenses directes des ménages au Bénin, 2000-2020 (Source : OMS)	104
Graphique 4.1.5: Part du Budget de la santé dans le budget de l'Etat au Bénin, 2015-2022 (Sources : DGAE, ASS 2022)	104
Graphique 4.1.6: Dépenses externes de santé (EXT) en % des dépenses courantes de santé (CHE) au Bénin (Source : OMS)	105
Graphique 4.1.7: Dépenses externes de santé (EXT) en % des dépenses courantes de santé (CHE) au Bénin (Source : OMS)	105
Graphique 4.1.8: Dépenses externes de santé (EXT) en % des dépenses courantes de santé (CHE) au Bénin (Source : OMS)	105
Graphique 4.1.9: Dépenses courantes totales de santé en % du produit intérieur brut (PIB) au Bénin, 2000-2021 (Source : OMS)	105
Graphique 4.3.1: Synthèse de l'évaluation du système d'information sanitaire (suivant la méthodologie SCORE) au Bénin, 2013-2023 (Source : OMS)	108
Graphique 4.3.2: Proportion d'établissements de santé disposant d'un ordinateur avec connexion internet en % (Source SARA /HHFA, 2018/2022)	110
Graphique 4.3.3: Pourcentage des établissements de santé ayant une source d'eau améliorée (Source SARA /HHFA, 2018/2022)	110
Graphique 4.3.4: Pourcentage des établissements de santé ayant un accès à des installations sanitaires améliorées (Source SARA /HHFA, 2018/2022)	110
Graphique 4.5.1: Densité des formations sanitaires (par niveau de la pyramide sanitaire- primaire, secondaire et tertiaire) pour 10 000 habitants au Bénin, 2022 (Source : Annuaire Statistique)	113
Graphique 4.5.2: Indice des infrastructures des services de santé (%) par département du Bénin, 2018 et 2022 (Source : Enquête SARA 2018 et HHFA 2022)	114
Graphique 4.5.3: Score de densité de lits d'hospitalisation par département du Bénin, 2018 et 2022 (Source : Enquête SARA 2018 et HHFA 2022)	114
Graphique 5.1.1: Indice d'accès aux services de santé au Bénin, 2020 (Source : iAHO)	128
Graphique 5.1.2: Indice d'accès physique au Bénin, 2020 (Source : iAHO)	128
Graphique 5.1.3: Indice d'accès financier au Bénin, 2020 (Source : iAHO)	128
Graphique 5.1.4: Indice d'accès socio-culturel au Bénin, 2020 (Source : iAHO)	128
Graphique 5.2.1: Indice de la demande de services de santé au Bénin, 2020 (Source : iAHO)	129



TABLÉ DES GRAPHIQUES

Graphique 5.2.2: Indice d'actions favorisant la santé au Bénin, 2022 (Source : iAHO)	130
Graphique 5.2.3: Indice de recherche de soins de santé au Bénin, 2020 (Source : iAHO)	130
Graphique 5.3.1: Indice de qualité des soins de santé au Bénin, 2020 (Source : iAHO)	131
Graphique 5.3.2: Indice d'expérience des utilisateurs au Bénin, 2020 (Source : iAHO)	131
Graphique 5.3.3: Indice de sécurité des patients du Bénin, 2020 (Source : iAHO)	131
Graphique 5.3.4: Indice d'efficacité des soins au Bénin, 2020 (Source : iAHO)	131
Graphique 5.4.1: Indice de résilience des systèmes de santé au Bénin, 2020 (Source : iAHO)	133
Graphique 5.4.2: Indice de résilience inhérente aux systèmes de santé au Bénin, 2020 (Source : iAHO)	133
Graphique 6.1.1: Pourcentage d'établissements de santé offrant des services de planification familiale, Bénin, 2013-2022 (source : SARA 2013-2018, HHFA 2022)	141
Graphique 6.1.2: Pourcentage d'établissements de santé offrant des services de planification familiale, Bénin, 2018 versus 2022 (source : SARA 2018, HHFA 2022)	142
Graphique 6.1.3: Pourcentage d'établissements de santé offrant des services de soins prénataux, Bénin, 2013-2022 (source : SARA 2013-2018, HHFA 2022)	142
Graphique 6.1.4: Pourcentage d'établissements de santé offrant des services de soins prénataux, Bénin, 2018 versus 2022 (source : SARA 2018, HHFA 2022)	143
Graphique 6.1.5: Pourcentage d'établissements de santé offrant des services de vaccination de routine, Bénin, 2015-2022 (source : SARA 2015-2018, HHFA 2022)	144
Graphique 6.1.6: Pourcentage d'établissements de santé offrant des services de vaccination de routine, Bénin, 2018 versus 2022 (source : SARA 2018, HHFA 2022)	144
Graphique 6.1.7: Pourcentage d'établissements de santé offrant des soins préventifs et curatifs aux enfants de moins de 5 ans, Bénin, 2015-2022 (source : SARA 2015-2018, HHFA 2022)	145
Graphique 6.1.8: Pourcentage d'établissements de santé offrant des soins préventifs et curatifs aux enfants de moins de 5 ans, Bénin, 2018 versus 2022 (source : SARA 2018, HHFA 2022)	146
Graphique 6.1.9: Pourcentage d'établissements de santé offrant des services de santé aux adolescents Bénin, 2015-2022 (source : SARA 2015-2018, HHFA 2022)	147
Graphique 6.1.10: Pourcentage d'établissements de santé offrant des services de santé aux adolescents Bénin, 2018 versus 2022 (source : SARA 2018, HHFA 2022)	147
Graphique 6.2.1: Prévalence de la contraception (méthode moderne) parmi les femmes de 15-49 ans mariées ou en union, Bénin, 1996-2022 (Sources : EDS/MICS)	149
Graphique 6.2.2: Tendance de la prévalence de la contraception (méthode moderne) parmi les femmes de 15-49 ans mariées ou en union, Bénin, 1980-2030 (Source : Estimations de la Division de la population des Nations Unies)	150
Graphique 6.2.3: Demande satisfaite en matière de planification familiale par les méthodes modernes (% de femmes mariées ayant une demande de planification familiale), Bénin, 1996-2022	150
Graphique 6.2.4 : Évolution de la proportion de femmes ayant reçu des soins postnatals (soins après l'accouchement) dans les deux jours suivant la naissance de l'enfant, Bénin, 2011-2022 (Sources : EDS/MICS)	151



TAB | DES GRAPHIQUES

Graphique 6.2.5: Évolution de la proportion de nouveau-nés qui ont eu un contact avec les soins postnatals dans les deux jours suivant la naissance, Bénin, 2011-2022 (Sources : EDS/MICS)	151
Graphique 6.2.6: Evolution de la proportion d'enfants de moins de 5 ans présentant des symptômes d'infection respiratoire aiguë (IRA) pour lesquels des conseils ou un traitement ont été demandés auprès d'un établissement de santé ou d'un prestataire, Bénin, 2011-2022	152
Graphique 6.2.7: Evolution de la proportion d'enfants âgés de moins de 5 ans présentant des symptômes d'IRA qui ont pris un traitement antibiotique contre la pneumonie, Bénin, 2011-2022 (Sources : EDS/MICS)	152
Graphique 6.2.8: : Evolution de la proportion d'enfants âgés de <5 ans présentant des symptômes de diarrhée emmenés dans un établissement de santé pour la recherche de soins (%), Bénin, 2001-2022 (Sources : EDS/MICS)	153
Graphique 6.2.9: Évolution de la proportion d'enfants âgés de <5 ans souffrant de diarrhée et traités avec une solution de sel de réhydratation orale (SRO) (%), Bénin, 2001-2022 (Sources : EDS/MICS)	153
Graphique 6.2.10: Évolution de la proportion d'enfants âgés de <5 ans souffrant de diarrhée et traités avec une solution de sel de réhydratation orale (SRO) et du zinc (%), Bénin, 2001-2022 (Sources : EDS/MICS)	153
Graphique 6.2.11: Enfants de moins de 5 ans présentant des symptômes de fièvre emmenés dans un établissement de santé pour y être conseillés ou soignés (%) (Sources : EDS/MICS)	154
Graphique 6.2.12: Evolution du pourcentage d'enfants fébriles de moins de 5 ans qui ont reçu une piqûre au doigt ou au talon pour le test du paludisme, Bénin, 2012-2022 (Sources : EDS/MICS)	154
Graphique 6.2.13: Couverture de la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6-59 mois, Bénin, 2006-2018 (Sources : EDS/MICS)	155
Graphique 6.2.14: Tendence de la proportion de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut (%), Bénin, 2010-2022 (Source : ONUSIDA)	157
Graphique 6.2.15: Tendence de la proportion de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral (%), Bénin, 2010-2022 (Source : ONUSIDA)	157
Graphique 6.2.16: Répartition par sexe de la suppression de la charge virale du VIH chez les personnes de plus de 15 ans (%), Bénin, 2018 -2022 (Source : ONUSIDA)	158
Graphique 6.2.17: Tendence de la couverture de la prévention de la transmission mère-enfant, Bénin, 2010-2022 (Source : ONUSIDA)	158
Graphique 6.2.18: Cascade de soins des cas incidents en général (Source : PNT,2023)	159
Graphique 6.2.19: Évolution des proportions de patients coinfectés TB/VIH mis sous CTM et sous ARV, 2011-2022 (source : PNT, 2023)	159
Graphique 6.2.20: Population ayant accès à une moustiquaire imprégnée d'insecticide de longue durée (MIILD), enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide de longue durée (MIILD) pour se protéger du paludisme (%), Bénin, 2006-2022 (Sour	161
Graphique 6.2.21: Évolution de la proportion de femmes enceintes recevant une thérapie préventive intermittente contre le paludisme (TPI/SP 3), Bénin, 2006-2022 (source : EDS, MICS)	161
Graphique 6.2.22: Proportion de femmes enceintes recevant une thérapie préventive intermittente contre le paludisme (TPI/SP 3), Bénin, 2018 (source : EDS)	161
Graphique 6.2.23: Proportion de femmes enceintes recevant une thérapie préventive intermittente contre le paludisme (TPI/SP 3), Bénin, 2022 (source : MICS)	161



TABLE DES GRAPHIQUES

Graphique 6.3.1: Moyenne des capacités RSI du Benin comparée à la Région et au niveau global, 2023 (Source : OMS)	167
Graphique 6.3.2: Principales forces des capacités RSI, Benin, 2023 (Source : OMS)	167
Graphique 6.3.3: Principaux défis des capacités RSI, Benin, 2023 (Source : OMS)	168
Graphique 6.3.4: Score des capacités RSI, Benin, 2021-2023 (Source : OMS)	168
Graphique 7.1.1: Tendence par sexe de l'espérance de vie à la naissance (années), Bénin, 2015-2022 (Source : INStAD)	171
Graphique 7.1.2: Indice Synthétique de fécondité (naissances vivantes par femme), Bénin, 2015-2030 (Source : INStAD)	171
Graphique 7.1.3: Évolution de l'espérance de vie à 60 ans (années) par sexe, Bénin versus Région Africaine, 2000-2019 (Source : GHO)	172
Graphique 7.1.4: Tendence du taux de fécondité (naissances vivantes par femme), Bénin versus Région Africaine, 2015-2030 (Source : UNDESA, 2022)	172
Graphique 7.2.1: Évolution du fardeau de la maladie (DALYS), Bénin, 2010 vs 2021 (Source : IHME)	174
Graphique 7.2.2: : Tendence de la prévalence par sexe des malformations cardiaques congénitales (pour 1 million de naissances), Bénin, 2010-2019 (Source : IHME)	176
Graphique 7.2.3: Tendence de la prévalence des naissances avec des défauts/ Anomalies (pour 1 million de naissances), Bénin, 2010-2019 (Source : IHME)	176
Graphique 7.3.1: Dix principales causes de décès (pour 100 000 habitants) au Bénin en 2021 et évolution de la mortalité entre 2011 et 2021 tous âges confondus (Source : IHME)	177
Graphique 7.3.2: Poids des causes de décès au Bénin en 2021 et évolution de la mortalité entre 2011 et 2021 tous âges confondus (Source : IHME)	178
Graphique 7.3.3: tendance des taux de décès des cas incidents et des cas co-infectés de tuberculose, 2016-2022 (source : PNT, 2022)	179
Graphique 7.3.4: : Evolution du taux de mortalité lié au SIDA (pour 100 000 habitants) au Bénin, de 2010 à 2021 (Source : iAHO)	180
Graphique 7.4.1: Répartition de la mortalité par tranche d'âge au Bénin, 2021 (Source : IHME)	185
Graphique 7.4.2: Répartition de la mortalité par sexe au Bénin, 2021 (Source : IHME)	186
Graphique 7.4.3: Taux de mortinatalité (pour 1 000 naissances totales) , Bénin versus Région Africaine, 2005-2020 (Source : UNICEF,2023)	187
Graphique 7.4.4: Evolution du taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes) au Bénin, 1996-2021 (Source : EDSB et MICS)	187
Graphique 7.4.5: Tendence par sexe du taux de mortalité des adolescents (pour 100 000 adolescents), 2000-2016 et prédictions jusqu'à 2030 (Source : iAHO)	188
Graphique 7.4.6: Tendence par sexe du taux de mortalité des adultes (probabilité de mourir entre 15 et 60 ans pour 1 000 habitants), Bénin comparé à la Région Africaine (Source : OMS Global Health Observatory)	189





ARS AUTORITÉ
DE RÉGULATION DU
SECTEUR DE LA SANTÉ
PRÉSIDENTE DE LA RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

**Lot 147, parcelle « B »
Quartier Guinkomey Immeuble
CHABI Féri Djimy 9C5H+RW7**