



RÉPUBLIQUE DU BÉNIN
MINISTÈRE DE LA SANTÉ



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU DE PAYS AU BÉNIN

STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LE BÉNIN

2016-2019

PRÉFACE

La troisième génération de la Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays (SCP) concrétise le programme majeur de réforme adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé pour renforcer la capacité de l'OMS et faire en sorte que ses prestations répondent mieux aux besoins du pays. Elle reflète le douzième programme général de travail de l'OMS au niveau du pays, vise à assurer une pertinence accrue de la coopération technique de l'OMS avec les États Membres et met l'accent sur l'identification des priorités et des mesures d'efficience dans l'exécution du budget programme de l'OMS. Cette génération de SCP tient compte du rôle des différents partenaires, y compris les acteurs non étatiques, dans la fourniture d'un appui aux gouvernements et aux communautés.

La troisième génération des SCP s'inspire des leçons tirées de la mise en œuvre des SCP de première et de deuxième génération, de la stratégie en faveur des pays (politiques, plans, stratégies et priorités) et du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF). Les SCP sont également en adéquation avec le contexte sanitaire mondial et l'orientation vers la couverture sanitaire universelle, car elles intègrent les principes de l'alignement, de l'harmonisation et de l'efficacité formulés dans les déclarations de Rome (2003), de Paris (2005), d'Accra (2008) et de Busan (2011) sur l'efficacité de l'aide. La troisième génération des SCP prend également en considération les principes qui sous-tendent le mécanisme « Harmonisation pour la Santé en Afrique » (HHA) et les Partenariats internationaux pour la santé et initiatives apparentées (IHP+), reflétant ainsi la politique de décentralisation et renforçant la capacité de prise de décision des gouvernements afin d'améliorer la qualité des programmes et des interventions de santé publique.

Élaboré dans le cadre d'un processus de consultation avec les principaux intervenants dans le domaine de la santé au niveau du pays, le document de SCP met en exergue les résultats attendus du Secrétariat de l'OMS. En droite ligne de la stratégie qui place un accent renouvelé sur les pays, la SCP doit servir de plateforme pour communiquer l'action de l'OMS dans le pays ; formuler le plan de travail de l'OMS en faveur du pays ; entreprendre le plaidoyer, mobiliser des ressources et assurer la coordination de l'action avec les partenaires ; et façonner le volet santé de l'UNDAF et des autres plateformes de partenariats pour la santé dans le pays.

Je salue le rôle moteur efficace et effectif joué par le gouvernement dans la conduite de cet exercice important d'élaboration de la SCP. Je demande également à tous les membres du personnel de l'OMS, et particulièrement au Représentant de l'OMS, de redoubler d'efforts pour assurer une mise en œuvre efficace des orientations programmatiques fournies dans le présent document, en vue d'obtenir de meilleurs résultats sanitaires susceptibles de contribuer à la santé et au développement en Afrique.

Dr Matshidiso Moeti
Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique

Avant-propos

La Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Bénin couvre la période allant de 2016 à 2019 et coïncide avec le premier cycle de cinq ans de la mise en œuvre du programme relatif aux objectifs de développement durable (ODD), qui vise à garantir l'accès universel aux services de santé de qualité d'ici 2030. Les principaux responsables du ministère de la Santé du Bénin et des experts de l'OMS réunis en décembre 2015 dans le cadre du Forum national sur les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et l'internalisation des ODD ont évalué conjointement, et en toute responsabilité, le niveau d'atteinte des OMD relatifs à la santé. Ils ont aussi internalisé les objectifs de développement durable en se donnant pour mission d'accélérer la progression du Bénin vers la couverture sanitaire universelle. La Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Bénin, qui a tenu compte des recommandations de cet important forum national, a retenu quatre priorités stratégiques, ainsi que des domaines d'action et autres approches stratégiques qui guideront l'action de l'OMS au Bénin. Ces priorités stratégiques consistent à :

- 1) accélérer la réduction du fardeau des maladies transmissibles ;
- 2) soutenir le développement et la mise en œuvre des politiques sectorielles, des stratégies et des programmes qui visent à prévenir et à contrôler les maladies non transmissibles, autant que leurs facteurs de risque, afin d'inverser la charge croissante liée à ces maladies ;
- 3) améliorer les indicateurs de santé tout au long de la vie et promouvoir des comportements sains ;
- 4) apporter un appui technique de qualité au pays pour lui permettre de se doter d'un système de santé performant, parfaitement outillé pour répondre aux besoins des populations en matière de soins de santé de qualité, capable de promouvoir les droits de l'homme, l'équité et le genre, et résilient en cas d'urgences.

La Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Bénin, qui a bénéficié d'une large concertation avec tous les acteurs et partenaires du secteur de la santé, énonce notre vision à moyen terme qui sous-tend et facilite notre coopération technique avec le pays en vue d'améliorer les résultats sanitaires en faveur des populations béninoises.

La présente Stratégie de Coopération place un accent particulier sur la mise en œuvre du Programme de transformation du Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine et sur ses implications au niveau du pays. Celles-ci ont été identifiées lors de la retraite du personnel de la Représentation de l'OMS au Bénin, qui a eu lieu en novembre 2015 et dont le but consistait à impulser le changement managérial nécessaire pour accroître la performance de l'OMS au Bénin avec une équipe qui a adopté des valeurs axées sur les résultats. L'équipe de l'OMS au Bénin, petite par sa taille mais grande par ses responsabilités et qui s'appuie sur un personnel compétent, est déterminée à accompagner le Bénin dans son développement sanitaire.

La mise en œuvre de la présente Stratégie de Coopération constitue, pour tous les membres du personnel de l'OMS au Bénin, une opportunité de réaffirmer leur engagement à fournir le meilleur conseil politique et stratégique possible, à faciliter le dialogue politique autour des questions de santé, de soutenir les réformes nécessaires au renforcement du système de santé et d'œuvrer aux côtés du gouvernement et des populations en vue d'obtenir les meilleurs résultats sanitaires pour tous.

Dr Pierre M'Pelé
Représentant résident de l'OMS au Bénin

Sommaire

| | |
|---|----|
| PRÉFACE ----- | 2 |
| Avant-propos----- | 3 |
| Sommaire----- | 4 |
| Liste des abréviations et acronymes----- | 6 |
| Résumé d'orientation ----- | 8 |
| Section 1. Introduction----- | 10 |
| Section 2. Défis en matière de santé et de développement----- | 13 |
| 2.1 Contexte macroéconomique, politique et social ----- | 13 |
| 2.2 Déterminants majeurs de la santé----- | 14 |
| 2.3 Situation sanitaire des populations----- | 15 |
| 2.3.1 Charge globale des maladies ----- | 15 |
| 2.3.2 Charge des maladies transmissibles ----- | 16 |
| 2.3.3 Charge des maladies non transmissibles ----- | 17 |
| 2.3.4 La santé tout au long de la vie ----- | 18 |
| a) État nutritionnel des mères et de leurs enfants ----- | 18 |
| b) Mortalité maternelle ----- | 18 |
| c) Mortalité néonatale, infantile, infanto-juvénile ----- | |
| d) Planification familiale ----- | |
| 2.3.5 Préparation aux situations d'urgence et assistance humanitaire----- | |
| 2.4 Réponse nationale face aux défis sanitaires----- | 21 |
| 2.4.1 Politiques et processus nationaux de développement ----- | 21 |
| 2.4.2 Politiques, stratégies et plans sanitaires nationaux ----- | 21 |
| 2.4.3 Organisation du système de santé ----- | 22 |
| 2.4.4 Prestations des services et qualité des soins----- | 23 |
| 2.4.5 Ressources humaines en santé ----- | 24 |
| 2.4.6 Produits de santé et technologies médicales----- | 24 |
| 2.4.7 Gestion de l'information sanitaire ----- | 24 |
| 2.4.8 Financement de la santé ----- | 25 |
| 2.4.9 Leadership et gouvernance dans le secteur de la santé----- | 25 |
| 2.5 Contributions du Bénin au programme mondial d'action sanitaire ----- | 26 |
| Section 3. Coopération pour le développement et le partenariat ----- | 27 |
| 3.1 État des lieux de l'aide au Bénin----- | 27 |
| 3.2 Analyse des parties prenantes et des principaux partenaires selon leurs domaines d'intervention dans la santé au Bénin ----- | 27 |
| 3.3 Coordination et efficacité de l'aide au Bénin----- | 28 |
| 3.4 Situation des réformes du système des Nations Unies et du processus de l'UNDAF--- | 29 |

| | |
|---|----|
| Section 4. Revue de la coopération de l’OMS au cours du précédent cycle de la SCP----- | |
| 4.1 Réalisations et produits de la mise en œuvre du SCP2----- | |
| 4.2 Recueil de la perception des partenaires sur la mise en œuvre de la SCP2 ----- | |
| Section 5. Agenda stratégique de la coopération de l’OMS ----- | 36 |
| 5.1 Note méthodologique ----- | 36 |
| 5.2 Priorités stratégiques et domaines d’action prioritaires de la SCP 2016-2019 ----- | 36 |
| 5.3 Validation de l’agenda stratégique de la SCP3 2016-2019 ----- | 44 |
| 5.3.1 Validation des priorités de la SCP avec les priorités du 12 ^e PGT----- | 44 |
| 5.3.2 Validation des priorités de la SCP3 2016-2019 avec les domaines prioritaires du PNDS 2009-2018 ----- | 47 |
| 5.3.3 Validation de la SCP3 2016-2019 avec les priorités de l’UNDAF 2014-2018----- | 49 |
| Section 6. Mise en œuvre du programme stratégique : implications pour le Secrétariat ----- | |
| 6.1. Rôle de la Représentation de l’OMS dans la mise en œuvre du programme stratégique----- | |
| 6.2. Utilisation de la SCP3 2016-2019 ----- | 52 |
| 6.3. Suivi et évaluation de la SCP3 2016-2019----- | 52 |
| Annexes----- | 54 |

Liste des abréviations et acronymes

| | |
|--------------|--|
| AFVP | Association française des Volontaires du Progrès |
| AMCES | Association médicale professionnelle en santé |
| ANAPRAMETRAB | Association nationale des Praticiens de Médecine traditionnelle du Bénin |
| APD | Aide publique au développement |
| ARV | Antirétroviraux |
| BAD | Banque africaine de développement |
| BCP | Bilan commun de pays |
| BM | Banque mondiale |
| CAME | Centrale d'achat des médicaments essentiels |
| CBRST | Centre béninois de Recherche scientifique et technique |
| CCS | Complexe communal de Santé |
| CDTT | Centre départemental de traitement de la tuberculose |
| CDV | Conseil dépistage volontaire |
| CHD | Centres hospitaliers départementaux |
| CNEEP | Comité national pour le suivi, l'exécution et l'évaluation des projets et programmes |
| CNHU | Centre national hospitalier et universitaire |
| COGES | Comité de gestion pour la santé |
| CREDESA | Centre régional pour le développement de la santé |
| CRS | Catholic Relief Service |
| CSA | Centre de santé d'arrondissement |
| CSC | Centre de santé de commune |
| CSSP | Centre de santé de sous-préfecture |
| DDSP | Direction départementale de la santé publique |
| DEPOLIPO | Déclaration de politique en matière de population |
| DOTS | Traitement de courte durée sous observation directe |
| DPP | Directeur de la programmation et de la prospective |
| EDSB | Enquête démographique et de Santé au Bénin |
| EEZS | Équipe d'encadrement de zone sanitaire |
| ENIAB | École nationale des infirmières et infirmiers adjoints du Bénin |
| FAO | Fonds des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture |
| FMI | Fonds monétaire international |
| FNUAP | Fonds des Nations Unies pour la population |
| FSS | Faculté des Sciences de la santé |
| GAVI | Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination |
| GTZ | Coopération technique allemande |
| HCR | Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés |
| Hib | Haemophilus influenzae |
| HTA | Hypertension artérielle |
| HZ | Hôpitaux de zone |
| IDEE | Institut de Développement et d'Études endogènes |
| IDH | Indice de développement humain |
| IEC | Information, éducation et communication |
| INMES | Institut national médico-social |
| INSAE | Institut national de statistiques et de l'analyse économique |
| IRSP | Institut régional de santé publique |
| ISBA | Institut des sciences biomédicales avancées |
| IST | Infections sexuellement transmissibles |
| MAEIAF | Ministère des Affaires étrangères, de l'Intégration Africaine et de la Francophonie |
| MCDI | Medical Care Development International |
| MEHU | Ministère de l'Environnement, de l'Habitat et de l'Urbanisme |

| | |
|----------|--|
| MFE | Ministère de la Famille et de l'Enfant |
| MILD | Moustiquaires imprégnées de longue durée |
| MISP | Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité Publique |
| MS | Ministère de la Santé |
| MSF | Médecins sans frontières |
| NEPAD | Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique |
| OMD | Objectifs du Millénaire pour le développement |
| ODD | Objectifs de développement durable |
| OMS | Organisation mondiale de la Santé |
| ONG | Organisation non gouvernementale |
| ONUSIDA | Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida |
| OOAS | Organisation Ouest Africaine de la Santé |
| ORSEC | Organisation de secours en cas de catastrophe |
| PAG | Programme d'action du gouvernement |
| PAM | Programme alimentaire mondial |
| PAS | Programme d'ajustement structurel |
| PCIME | Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant |
| PEV | Programme élargi de vaccination |
| PIB | Produit intérieur brut |
| PIP | Programme d'investissements publics |
| PNLS | Programme national de lutte contre le SIDA |
| PNT | Programme national contre la tuberculose |
| PNUD | Programme des Nations Unies pour le développement |
| PPTE | Pays pauvres et très endettés |
| PSMT | Plan stratégique à moyen terme |
| PSSN | Politiques et stratégies sanitaires nationales |
| PVVIH | Personnes vivant avec le VIH |
| RBM | Faire reculer le paludisme |
| RESNAUP | Réseau en santé et nutrition de l'Atlantique urbain et périphérie |
| RGPH4 | Quatrième Recensement général de la population et de l'habitation |
| ROBS | Réseau des ONG béninoises de santé |
| SCP | Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays |
| SCRP | Stratégie de croissance pour la réduction de la pauvreté |
| SIMR | Surveillance Intégrée de la Maladie et Riposte |
| SNIGS | Système national d'information et de gestion sanitaires |
| OS | Objectif stratégique |
| SONU | Soins obstétricaux et néonataux d'urgence |
| SOU | Soins obstétricaux d'urgence |
| SSP | Soins de santé primaires |
| TDR | Test de diagnostic rapide |
| UE | Union européenne |
| UNDAF | Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement |
| UNICEF | Fonds des Nations Unies pour l'enfance |
| USAID | Agence américaine pour le développement international |
| UVS | Unité villageoise de santé |
| VIH/sida | Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome de l'immunodéficience acquise |
| ZS | Zone sanitaire |

Résumé d'orientation

L'utilité d'établir la Stratégie de Coopération comme base de travail est un processus qui se trouve désormais à sa troisième génération. La démarche méthodologique interactive adoptée entre les différentes parties prenantes du pays en vue de l'élaboration de ce document donne plus de visibilité aux interventions de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

La troisième génération de la Stratégie de Coopération (SCP3) de l'OMS avec le Bénin, qui couvre la période 2016-2019, intègre les priorités des réformes engagées et les objectifs de développement durable (ODD).

Non seulement la Stratégie de Coopération avec le Bénin 2016-2019 intègre les priorités des réformes en cours au sein de l'Organisation, y compris le Programme de transformation du Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine, mais cette SCP3 tient aussi compte des options de politique et stratégiques du secteur de la santé pour les cinq prochaines années. Elle constitue donc le cadre de référence pour l'action de l'Organisation mondiale de la Santé au Bénin et pour sa collaboration avec les autres partenaires au développement.

Les priorités stratégiques, les principaux domaines d'action et les approches stratégiques qui vont guider la coopération de l'OMS avec le Bénin pour les cinq prochaines années se présentent comme suit :

1. **La lutte contre les maladies transmissibles** : il s'agira d'alléger le fardeau des maladies transmissibles (VIH/sida, tuberculose, paludisme, maladies tropicales négligées et maladies à prévention vaccinale).
2. **La lutte contre les maladies non transmissibles (MNT)** : il faudra soutenir l'élaboration et la mise en œuvre des politiques sectorielles, des stratégies et des programmes, y compris la recherche et la production de données, le suivi et l'évaluation de la situation et des tendances sanitaires afin de prévenir et de contrôler les maladies non transmissibles, ainsi que leurs facteurs de risque, le but étant d'arrêter et d'inverser la charge croissante liées aux maladies non transmissibles au Bénin.
3. **L'amélioration des indicateurs de santé tout au long de la vie et la promotion des comportements sains** : il importera d'élargir l'accès aux interventions hautement efficaces afin d'améliorer la santé du nouveau-né, de la mère et de l'adolescent, en collaboration étroite avec les parties prenantes, les partenaires bilatéraux et multilatéraux, les communautés, les institutions de recherche, les secteurs public et privé, en vue de garantir l'équité et la responsabilisation mutuelle.
4. **Le renforcement du système de santé** : il consistera à édifier un système de santé performant capable de répondre aux besoins des usagers, dispensant des soins de qualité, résilient en cas d'urgences et de catastrophes et résolument orienté vers l'instauration de la couverture sanitaire universelle, qui procède des droits de l'homme (notamment du droit à la santé), de l'équité et de l'égalité entre les sexes.
5. **Une équipe de l'OMS performante et axée sur la performance** : il s'agira de faire en sorte que l'équipe de l'OMS soit efficace et redevable, autrement dit capable de mobiliser des ressources et des partenaires afin de répondre aux priorités sanitaires nationales.

Le processus de suivi-évaluation de cette nouvelle Stratégie de Coopération 2016-2019 s'efforcera de montrer les résultats obtenus grâce aux changements apportés durant la mise en

œuvre de la stratégie, en ayant comme base les plans de travail biennaux. Les leçons apprises serviront à l'élaboration et la budgétisation de plans biennaux subséquents.

Section 1. Introduction

Ces dernières années, des changements importants sont survenus dans l'environnement sanitaire aux niveaux mondial, régional et national, dans un contexte marqué par des inégalités croissantes, par la concurrence pour l'accès aux ressources naturelles limitées et par la crise financière. Conformément à sa mission qui est d'amener tous les peuples du monde au niveau de santé le plus élevé possible, l'OMS a engagé un processus de réformes qui s'est traduit par l'adoption du douzième programme général de travail (PGT) 2014-2019, dont les six priorités de leadership permettent de répondre aux différents défis sanitaires mondiaux, à savoir :

- a) Faire progresser la couverture sanitaire universelle ;
- b) S'attaquer au travail inachevé et aux défis à venir, accélérer la réalisation des OMD actuels liés à la santé en incluant l'achèvement de l'éradication de la poliomyélite et de certaines maladies tropicales négligées ;
- c) Relever le défi des maladies non transmissibles, de la santé mentale, de la violence et des traumatismes, et des handicaps ;
- d) Appliquer les dispositions du Règlement sanitaire international (RSI, 2005) : veiller à ce que tous les pays puissent satisfaire aux prescriptions en matière de capacités prévues par le RSI ;
- e) Améliorer l'accès à des produits médicaux de qualité, efficaces, sans risque et abordables (médicaments, vaccins, produits diagnostiques et autres technologies sanitaires) ;
- f) Agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé en tant que moyen de réduire les inégalités en santé au sein des pays et entre eux-ci.

Dans la Région africaine de l'OMS, le Programme de transformation 2015-2020 s'est fixé comme objectif de faire évoluer l'Organisation dans la Région pour qu'elle devienne le véritable chef de file du développement sanitaire en Afrique et qu'elle se pose en gardienne fiable et efficace des avancées obtenues par l'Afrique en matière de santé. Ce Programme repose sur les quatre axes stratégiques prioritaires suivants : i) des valeurs prônant la production des résultats ; ii) une orientation technique intelligente ; iii) des opérations stratégiques répondants aux attentes ; et iv) une communication et des partenariats efficaces.

Au niveau national, le contexte sanitaire reste marqué par la faible réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile, la persistance des maladies infectieuses, la très forte augmentation des maladies non transmissibles, la menace persistante de flambées épidémiques et d'autres urgences ou catastrophes, et les faibles performances du système de santé. À l'issue des états généraux de la santé organisés en 2007, le Bénin a adopté une nouvelle vision pour le secteur de la santé à l'horizon 2025, à savoir : « [disposer] d'un système de santé performant basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles ou collectives, pour l'offre et la disponibilité permanentes de soins de qualité, soins équitables et accessibles aux populations de toutes catégories, fondées sur les valeurs de solidarité et de partage de risques pour répondre à l'ensemble des besoins de santé du peuple béninois ». En application des recommandations de ces assises, le Bénin s'est doté d'un plan décennal national de développement, dénommé Plan national de développement sanitaire, qui couvre la période 2009-2018 (PNDS 2009-2018).

La politique de l’OMS en faveur des pays¹ aligne les interventions de l’Organisation sur les besoins des États Membres à l’échelle nationale. La Stratégie de Coopération de l’OMS avec les Pays constitue la pierre angulaire de cette politique et reflète la vision à moyen terme de l’OMS en ce qui concerne sa coopération technique avec un État Membre donné, dans le cadre général de la gestion axée sur les résultats². La SCP définit également le cadre d’élaboration des plans de travail et budgets biennaux, ainsi que les orientations relatives au fonctionnement du bureau de l’OMS au Bénin et à sa collaboration avec les autres niveaux de l’Organisation et les partenaires pour accompagner efficacement le Bénin dans la concrétisation de ses options stratégiques en matière de développement sanitaire.

Compte tenu des défis de développement actuels, l’Assemblée générale des Nations Unies a adopté les objectifs de développement durable en septembre 2015. L’objectif 3, intitulé « *Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge* », concerne directement le secteur de la santé. Le Bénin est déterminé à souscrire à ces engagements internationaux et a opté pour une politique visant la couverture sanitaire universelle de ses populations, moyennant le renforcement de son système de santé et la promotion des soins de santé primaires.

Après les deux premiers cycles de choix stratégiques de coopération entre l’OMS et le Bénin, la troisième génération de la Stratégie de Coopération de l’OMS avec le Bénin constitue l’instrument choisi par l’OMS pour s’aligner sur les priorités nationales et promouvoir le partenariat, en s’appuyant sur les principes de l’alignement, de l’harmonisation et de l’efficacité énoncés dans la Déclaration de Paris sur l’efficacité de l’aide.

Cette troisième Stratégie de Coopération prend en compte les fonctions essentielles et les avantages comparatifs de l’OMS et s’inspire des principes et valeurs inscrits dans le préambule de la Constitution de l’OMS, notamment le droit fondamental à la santé, l’équité, la justice sociale et l’égalité entre les sexes.

Le processus d’élaboration de cette stratégie de nouvelle génération comprenait la mise en place d’un comité technique constitué de cinq (5) membres du personnel. L’évaluation de la SCP de deuxième génération s’est effectuée dans le cadre d’une approche participative et interactive avec les autres cadres du ministère de la Santé.

La seconde étape concernait la conception des outils de collecte d’informations sur la mise en œuvre de la précédente SCP. Cette collecte d’informations a été faite auprès des partenaires de l’OMS au sein du système des Nations Unies, ainsi qu’auprès du secteur public et des organisations de la société civile intervenant dans le secteur de la santé, afin de recueillir leur perception des activités de l’OMS au Bénin.

Les résultats de cette enquête ont été analysés et discutés avec nos partenaires pour servir de base de définition des axes stratégiques et priorités de la nouvelle stratégie de coopération de troisième génération.

¹World Health Organization. WHO Country Focus Policy. From developing Country Cooperation Strategies to assessing WHO’s contribution to national health agenda Roadmap 2006-2013. Geneva, Switzerland, 2008.

²World Health Organization. WHO country cooperation strategies. Guide 2014. Geneva, Switzerland, 2015.

Après plusieurs séances internes de collation et de synthèse, le processus d'approbation s'est poursuivi par trois importantes assises de concertation avec les principales parties prenantes et les partenaires techniques et financiers du secteur de la santé au Bénin.

Trois consultations successives ont ainsi été organisées : d'abord avec les chefs des agences du système des Nations Unies ; puis avec divers responsables dans des institutions des Nations Unies ; enfin avec des acteurs nationaux que sont les cadres du ministère de la Santé aux trois niveaux de la pyramide sanitaire, dans le cadre d'un grand forum qui a aussi réuni des membres d'ONG nationales et internationales intervenant dans le domaine de la santé, tout comme les syndicats et des représentants d'organisations de la société civile.

À l'issue des discussions menées au cours de ces rencontres sur la SCP3, on peut retenir quelques points majeurs, notamment :

- la prise en compte de la problématique des changements climatiques et de leurs conséquences sur notre environnement et la santé en général ;
- l'importance des interventions de l'OMS au niveau opérationnel, même si ses fonctions essentielles sont surtout d'ordre normatif et stratégique. Une telle démarche se justifie par la prévalence croissante des maladies à potentiel épidémique, des maladies émergentes ou réémergentes et des maladies non transmissibles ;
- les efforts de mobilisation de ressources additionnelles pour permettre au pays de relever les grands défis qui interpellent le secteur de la santé.

C'est après que les différents amendements recueillis ont été intégrés dans la version finale de la stratégie de troisième génération 2016 qu'un forum national de lancement a été organisé. Le document de stratégie a été officiellement remis au ministre de la Santé le 17 Mai 2016 par le Représentant de l'OMS.

Section 2. Défis en matière de santé et de développement

2.1 Contexte macroéconomique, politique et social

Sur la base des résultats du 4^e Recensement général de la population et de l'habitat qui a eu lieu en 2013, le Bénin compte 10 008 749 habitants résidents en 2016. Les femmes représentent 51,2 % de la population totale. Les enfants de moins de cinq ans représentent 18 % de la population du pays, et les femmes en âge de procréer 23,8 %.

Situation politique. Après la période militaro-marxiste des années 70-90, le Bénin s'est doté d'une nouvelle constitution en 1990 instituant une démocratie parlementaire dont les principales institutions sont la présidence de la République, l'Assemblée nationale, la Cour suprême, la Cour constitutionnelle, la Haute Autorité de l'Audiovisuel et de la Communication, la Haute Cour de Justice et le Conseil économique et social. Le Bénin jouit d'une relative stabilité politique avec une coexistence sans heurts des pouvoirs exécutif, législatif et judiciaire, même si l'on note de temps à autre une fronde des organisations syndicales, couplée à quelques difficultés relatives notamment à l'indépendance de la justice vis-à-vis du pouvoir exécutif.

Situation économique. Le Bénin est un pays essentiellement agricole. Le secteur primaire relatif à l'agriculture occupe 47 % de la population active. Le secteur secondaire contribue à hauteur de 13 % seulement au produit intérieur brut (PIB), contre 55 % pour le secteur tertiaire (activités portuaires comprises) et 32 % pour le secteur primaire. On note une faible diversification de l'économie béninoise – le coton étant le seul produit d'exportation –, et sa très forte dépendance à l'égard du Port de Cotonou constitue un facteur de fragilité. En 2015, le taux de croissance estimatif du PIB se situait à 5,2 %. Les tensions liées au déficit budgétaire et à la balance des paiements expliquent la modicité des ressources que l'État a allouées au secteur de la santé, lesquelles ressources varient entre 6 % et 8 % du budget général annuel de l'État. Les ménages supportent 42,2 % des dépenses de santé, ce qui limite leur accès aux soins et aux services de santé. Au Bénin, 53,9 % de la population dépense moins d'un dollar par jour et 35,2 % des habitants vivent sous du seuil de pauvreté, avec de fortes inégalités croissantes entre les sexes et les régions.

Figure 1. Carte politique et administrative du Bénin

Selon l'édition 2015 du Rapport 2015 sur le développement humain, le Bénin se classe au 166^e rang sur 196 pays, avec un indice de développement humain (IDH) de 0,48 – en légère progression. L'indice de pauvreté monétaire était de 40,3 % en 2015.

Le pays compte douze départements subdivisés en 77 communes, 546 arrondissements comprenant 3743 villages et quartiers de ville. Le Bénin dispose de trente-quatre (34) zones sanitaires. Chaque zone sanitaire couvre une à quatre communes, et est dotée d'un hôpital de zone qui sert de structure de première référence pour une population de 200 000 à 250 000 habitants environ.

CARTE POLITIQUE ET ADMINISTRATIVE DU BÉNIN



2.2 Déterminants majeurs de la santé

La pauvreté, le faible niveau d'instruction (*avec un taux net de scolarisation ajusté de 67,4 % et un taux d'alphabétisation des 15 ans et plus se situant à 43,1 %*), les catastrophes naturelles et d'origine humaine, le faible accès à une eau potable ou améliorée (*72,1 % selon les chiffres de l'INSAE, 2014*) et à un assainissement satisfaisant, les comportements à risque en matière de santé, constituent autant de facteurs qui déterminent notamment la santé de la population béninoise.

On note une faiblesse et une instabilité de la croissance économique qui est passée de 4,5 % entre 2006 et 2008 à 3,2 % en 2011, puis à 5,2 % en 2015. La proportion des ménages en insécurité alimentaire au Bénin a presque triplé en cinq ans pour se situer à 33,6 %.

Le Bénin a réalisé des progrès importants dans l'accès à l'éducation et l'équité sur le plan du genre : 9 enfants sur 10 vont à l'école et l'écart entre filles et garçons s'est réduit de deux points. D'autres formes de disparités demeurent et ont tendance à s'aggraver en termes d'accès, de maintien, d'achèvement et de transition au secondaire. La réalisation du droit à l'identité reste un autre défi à relever, car seulement 4 enfants sur 10 du quintile le plus pauvre ont des actes de naissance, contre 8 sur 10 dans le quintile le plus riche.

La violence basée sur le genre est un phénomène qui met en danger la vie des victimes, leur santé, ainsi que le respect de leurs droits fondamentaux en tant que personne humaine. En effet, 69 % des femmes ont subi des violences au moins une fois dans leur vie. Malgré une amélioration du cadre juridique, des défis restent à relever en ce qui concerne la protection des femmes, des filles et des garçons. En effet, ceux-ci sont encore victimes de violations

telles que les violences sexuelles et physiques, le mariage précoce (en effet, 35 % des 15-19 ans sont en union), l'infanticide, l'excision et d'autres pratiques culturelles néfastes qui affectent leur droit au développement.

Selon le Centre national de Sécurité routière (CNSR), en 2014 au Bénin, 6986 accidents se sont produits, impliquant 11 484 véhicules et faisant 795 décès et 2444 blessés graves. Le Bénin a adhéré à la Décennie d'action sur la Sécurité routière 2011-2020 et le pays a élaboré son Plan national d'Action sur la Sécurité routière 2011-2020 afin de réduire de 50 % le nombre d'accidents sur la voie publique dus aux conducteurs de taxis motos « Zémidjans » et de porter à 60 % le nombre de motocyclistes qui utilisent le casque au Bénin.

Le Bénin fait actuellement face à plusieurs défis environnementaux. Il existe une faible maîtrise des risques climatiques et des catastrophes naturelles (inondations, sécheresse, etc.). On note une dégradation continue des ressources naturelles nécessaires à la production économique et culturelle (érosion, désertification et déboisement, perte de biodiversité, appauvrissement des terres de culture, etc.). Le gouvernement travaille sur la réduction des risques de catastrophe et l'adaptation aux changements climatiques, ainsi que sur la préparation de réponses rapides, efficaces et efficientes aux effets néfastes et pervers des changements climatiques.

2.3 Situation sanitaire des populations

Le profil épidémiologique du Bénin est encore caractérisé par la prédominance des maladies transmissibles qui représentent plus de 70 % de la morbidité générale.

2.3.1 Charge globale des maladies

Ces cinq dernières années, le profil épidémiologique du Bénin se caractérise par une prédominance des maladies transmissibles qui sévissent sous forme endémo-épidémique, avec en tête le paludisme (39,7 %), suivi par les infections respiratoires aiguës (12,4 %), les autres affections gastro-intestinales (6,4 %) et les diarrhées (3,0 %), selon les données de 2013. On observe cependant une transition épidémiologique marquée par l'émergence des maladies non transmissibles liées à l'urbanisation, à la sédentarité et aux changements dans le mode d'alimentation. Il s'agit des maladies cardiovasculaires. En 2008, une enquête STEPS a montré que 27,5 % des Béninois étaient hypertendus ; 4,6 % diabétiques ; et que la prévalence du tabagisme s'établissait à 2,6 % et l'obésité chez les femmes à 30 %.

Tableau 1. Évolution du profil épidémiologique de 2009 à 2014

| Tableau 1. Evolution du profil épidémiologique de 2009 à 2014 | | | | | | |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Affections | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| Paludisme | 43,10 % | 44,50 % | 47,10 % | 41,40 % | 39,70 % | 40,80 % |
| IRA | 13,90 % | 13,20 % | 12,70 % | 12,30 % | 12,40 % | 12,90 % |
| Autres affections gastro-intestinales | 9,30 % | 7,00 % | 6,30 % | 6,50 % | 6,40 % | 6,60 % |
| Traumatismes | 7,20 % | 5,10 % | 5,40 % | 5,30 % | 3,50 % | 4,60 % |
| Anémies | 5,40 % | 4,30 % | 3,00 % | 5,00 % | 4,70 % | 3,90 % |

| | | | | | | |
|-----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Diarrhée | 4,00 % | 3,10 % | 4,80 % | 2,80 % | 3,00 % | 2,80 % |
| Autres affections dermatologiques | 3,20 % | 2,10 % | 2,00 % | 2,10 % | 2,00 % | |
| HTA | 2,10 % | 1,10 % | 1,50 % | 1,50 % | 1,50 % | 1,40 % |

Source : Annuaire des Statistiques Sanitaires DPP/MS

2.3.2 Charge des maladies transmissibles

VIH/sida. Le Bénin fait partie des pays dits à épidémie généralisée de faible prévalence. Celle-ci s'est stabilisée autour de 2 % de 2002 à 2005 avant de passer et de stagner à 1,2 % depuis 2006, selon l'EDSB III et l'EDSIV (2011-2012). D'après le rapport national de suivi de la déclaration politique sur le VIH/sida 2014, la prévalence est estimée à 1,60 %. À la fin du mois de décembre 2015, la file active des adultes et enfants sous antirétroviraux (ARV) comptait 33 602 sujets VIH-positifs. La prévalence du VIH chez les femmes enceintes a baissé de plus de 25 % en 10 ans, passant de 2,1 % en 2005 à 1,6 % en 2014.

Tuberculose. Le nombre de cas de tuberculose – quelle qu'en soit la forme – et de nouveaux cas de TPB+ se sont globalement stabilisés ces dix dernières années (3957 cas en 2013 et 3977 cas en 2014). La prévalence de la co-infection TB/VIH tourne autour de 16 % depuis 2006. Le Bénin est confronté à un problème de sous-dépistage. Selon les estimations de l'OMS, le taux de détection serait de 54 %.

Paludisme. Entre 2004 et 2014, il est noté une stagnation de l'incidence du paludisme avec de légères tendances à la hausse autour de 170 cas pour 1000 habitants. Une baisse de cette mortalité a été notée en 2013 et 2014, avec environ 20 cas pour 100 000 habitants. Les défis à relever par le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) comprennent l'atteinte et le maintien de l'accès universel aux interventions majeures de contrôle du paludisme ; la fonctionnalité intégrale du système d'information ; l'absence de rupture de stocks des intrants de lutte contre le paludisme (CTA, TDR, SP et les MIILD) ; et la mobilisation interne de ressources financières.

Maladies tropicales négligées. Les maladies tropicales négligées sont une cause majeure de handicap et de perte de productivité au sein des populations les plus défavorisées. Parmi les maladies tropicales recensées par l'OMS, le Bénin a retenu dix, à savoir la lèpre, l'ulcère de Buruli, le pian, la filariose lymphatique, l'onchocercose, la schistosomiase, la trypanosomiase humaine africaine, la dracunculose, le trachome et les géohelminthiases. Environ cinq millions de personnes au Bénin sont à risque d'être infectées par une ou plusieurs maladies tropicales négligées. Le Bénin a été certifié exempt de transmission de la dracunculose en 2009 et l'onchocercose est maintenue sous le seuil d'élimination. Le pays a atteint le seuil d'élimination de la lèpre, même si des poches de résistance subsistent avec une prévalence supérieure à 1 pour 10 000 habitants. Les malades atteints d'une infirmité de degré 2 constituent 20 % des patients, posant la problématique de la détection précoce des cas. La détection précoce des cas d'ulcère de Buruli s'est améliorée, même si elle reste importante (99 cas d'invalidités pour 378 malades).

Autres maladies transmissibles. Les maladies à prévention vaccinale bénéficient d'une surveillance plus active. À partir de 2009, le Bénin n'a pas enregistré de cas d'infection par le poliovirus sauvage (PVS) jusqu'en 2013, grâce à la vaccination systématique contre la poliomyélite et aux multiples passages des campagnes de vaccination de masse. Le taux de paralysies flasques aiguës (PFA) non poliomyélitiques est passé de 2,4 cas pour

100 000 enfants de moins de 15 ans en 2010 à 4,1 cas pour 100 000 enfants en fin 2013. La faible couverture en VAR (70 % selon l'EDS 4) justifie les nombreux foyers d'épidémie de rougeole enregistrés ces cinq dernières années : 33 foyers en 2013 ; 27 foyers en 2014 ; et 1 foyer en 2015.

2.3.3 Charge des maladies non transmissibles

Les maladies non transmissibles constituent de nos jours une préoccupation majeure par leur fréquence et les décès qu'elles entraînent. La mortalité prématurée liée aux maladies non transmissibles est de 49,4 % chez les hommes, contre 36,4 % chez les femmes. À l'instar des autres pays de la région, le Bénin est affecté par le trafic de stupéfiants et d'autres substances psychotropes.

L'enquête nationale de dépistage des facteurs de risque de MNT (STEP, 2008) a révélé les données suivantes : a) le tabagisme affecte 16 % des personnes sondées (25,2 % des hommes et 6,7 % des femmes) ; b) la consommation nocive d'alcool est observée chez 2,9 % des enquêtés et concerne 4,6 % des hommes, contre 1,2 % des femmes ; c) s'agissant de la consommation des fruits et légumes et de la pratique d'une activité physique, l'enquête a montré que 78 % des personnes ne consomment pas suffisamment de fruits et légumes et 9 % ne s'adonnent pas à l'activité physique.

Au plan national la prévalence de l'hypertension artérielle est estimée à 27,50 %, alors que la glycémie à jeun est élevée chez 2,6 % des personnes sondées et l'hypercholestérolémie touche 1,8 % des personnes interrogées. Au Bénin, la prévalence du diabète sucré était de 2,6 % en 2008. La prévalence des maladies cardiovasculaires est estimée à 27,5 %, et 75 % des sujets touchés ignoraient leur état.

Au Bénin, selon les résultats de Globocan 2012, l'incidence standardisée du cancer du col de l'utérus est de 27,6 nouveaux cas pour 100 000 femmes, avec un taux de mortalité de 17,8 décès pour 100 000 femmes. Selon le rapport 2014 de l'OMS sur les cancers, celui du sein a une incidence standardisée de 30,2 cas pour 100 000 femmes. Au Bénin comme dans la plupart des pays de la Région africaine, les enjeux et défis concernent : i) la faible disponibilité de données en temps réel et complètes sur la morbidité et la mortalité par cancer du col de l'utérus ; ii) la lourde charge économique et psychosociale due au cancer, avec son impact sur les malades, leurs familles et la collectivité ; iii) l'insuffisance, voire l'inexistence d'informations au niveau de la population et des prestataires sur les méthodes de prévention et de prise en charge du cancer du col de l'utérus ; et iv) la faible capacité de prévention secondaire et tertiaire.

Les affections respiratoires chroniques, dont l'asthme chez les enfants de 10 à 14 ans en milieu scolaire, affichent une prévalence de 7 % environ. Les maladies bucco-dentaires, y compris le noma, constituent également des problèmes de santé.

Les cancers les plus fréquents ces cinq dernières années au CNHU-HKM de Cotonou se présentent comme suit :

Tableau 2. Indicateurs de cas de cancers en milieu hospitalier

| Femme | Homme | Enfant |
|--------------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| Sein : 32,5 %, | Prostate : 18,2 % | Hémopathies : 38 % |
| Col de l'utérus : 16,8 % | Hémopathies : 15,4 % | Néphroblastome : 16,9 % |
| Hémopathies : 6,8 % | Cancer primitif du foie : 13,90 % | Enfants : ND |

2.3.4 La santé tout au long de la vie

a) État nutritionnel des mères et de leurs enfants³

Selon l'enquête MICS 2014, un enfant de moins de cinq ans sur trois est trop petit pour son âge : retard de croissance 34 % ; sous la forme sévère, le retard de croissance touche 12 % des enfants de moins de cinq ans. La malnutrition est la cause sous-jacente pour plus de 46 % de décès de jeunes enfants en 2012, contre 43 % en 2006.

Les habitudes alimentaires sont peu favorables à une croissance optimale du nourrisson et du jeune enfant. En effet, le taux d'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois est faible (43 %) et 10 % d'enfants entre 6 et 9 mois n'ont pas encore reçu d'aliments de complément.

On peut constater selon l'EDSB-IV que la prévalence de l'anémie chez les enfants de 6-59 mois en 2012 est de 58,3 %, dont 3 % de cas sévères. Chez les femmes de 15 à 49 ans, la prévalence de l'anémie est de 41,5 % en 2012, dont 8,5 % sont modérées et 0,5 % sont sévères. Par ailleurs, on note que l'anémie est plus prononcée en milieu rural (61,15 % des enfants et 54,87 % des femmes).

Les fortes proportions de faible poids de naissance (13 %), de retard de croissance (43 %) et le taux élevé d'anémie chez ceux de 6 à 59 mois (78 %) posent un réel problème de survie chez les enfants de moins de cinq ans, de qualité de la santé à l'âge adulte et de la qualité de la réussite sociale en termes de performance académique et de productivité économique.

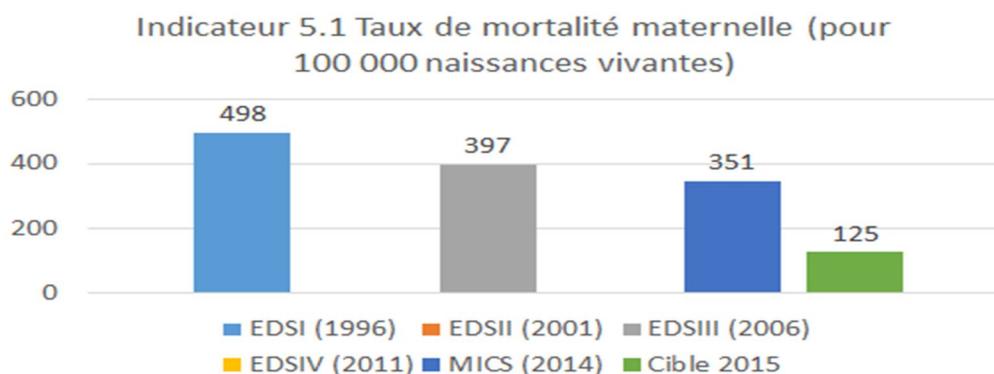
b) Mortalité maternelle

Figure°2. Taux de mortalité maternelle selon les enquêtes démographiques et de santé du Bénin, 1996-2011 et MICS 2014

³ Enquête Démographique et de Santé du Bénin EDSB IV 2011-2012, Rapport Préliminaire.

OMD 5 Améliorer la santé maternelle

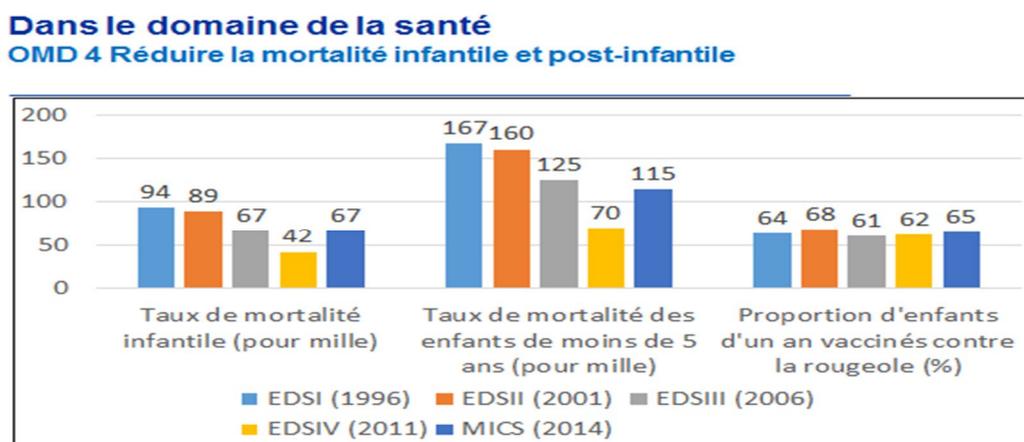
Cible 5.A. Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle



La figure ci-dessus donne une tendance de la mortalité maternelle qui, malgré les efforts, reste élevée.

Au nombre des causes directes liées à la mortalité maternelle, on peut citer les hémorragies, l'éclampsie et les avortements qui connaissent une ampleur croissante et sont pratiqués dans de mauvaises conditions, surtout chez les jeunes.

Figure°3. Taux de mortalité néonatale, infantile selon les enquêtes démographiques et de santé du Bénin, 1996-2011 et MICS 2014



c) Mortalité néonatale, infantile, infanto-juvénile

Comme indiqué dans la figure ci-dessus, la mortalité infantile reste élevée, avec néanmoins des disparités entre le milieu urbain et le milieu rural.

d) Planification familiale

Bien que le niveau de fécondité au Bénin affiche une tendance à la baisse depuis 1982, il reste néanmoins élevé. L'indice synthétique de fécondité est passé de 5,7 enfants par femme en 2006 à 4,9 enfants par femme en 2011. Les causes du niveau élevé de la fécondité sont, entre autres, la faible prévalence de la contraception (6,2 % en 2006 et 9 % en 2011), le taux élevé des besoins non satisfaits en matière de planification familiale (30 % en 2006, 33 % en 2012) et la précocité du mariage chez les jeunes. Les adolescentes de 15-19 ans contribuent pour 21 % à la fécondité. Les avortements non médicalisés représentent 15 % du nombre total des décès maternels au Bénin. Le faible niveau de la planification familiale s'explique par le faible pouvoir décisionnel de la femme par rapport à la fécondité ; il se justifie aussi par l'analphabétisme, le manque d'information et la faible disponibilité ou accessibilité des services de santé de la reproduction.

2.3.5 Préparation aux situations d'urgence et assistance humanitaire

Les catastrophes naturelles les plus courantes sont les inondations, les incendies et les feux de brousse. Le Bénin fait aussi face à l'afflux de réfugiés des pays voisins et se prépare aux conséquences éventuelles des troubles sociaux internes. La gestion de ces catastrophes est coordonnée par l'Agence nationale de Prévention et de Protection civile organisée en groupe organique sous tutelle du ministère de l'Intérieur, de la Sécurité publique et des Cultes. Selon une étude conjointe OMS/Ministère de la Santé menée en 2008, moins de 50 % des zones sanitaires sondées sont capables de répondre aux urgences, faute d'infrastructures adéquates, de ressources humaines qualifiées ou encore parce qu'elles ne disposent pas d'un plateau technique approprié.

2.4 Réponse nationale face aux défis sanitaires

Face aux défis sanitaires, la réponse nationale est fonction des politiques et des stratégies mises en œuvre.

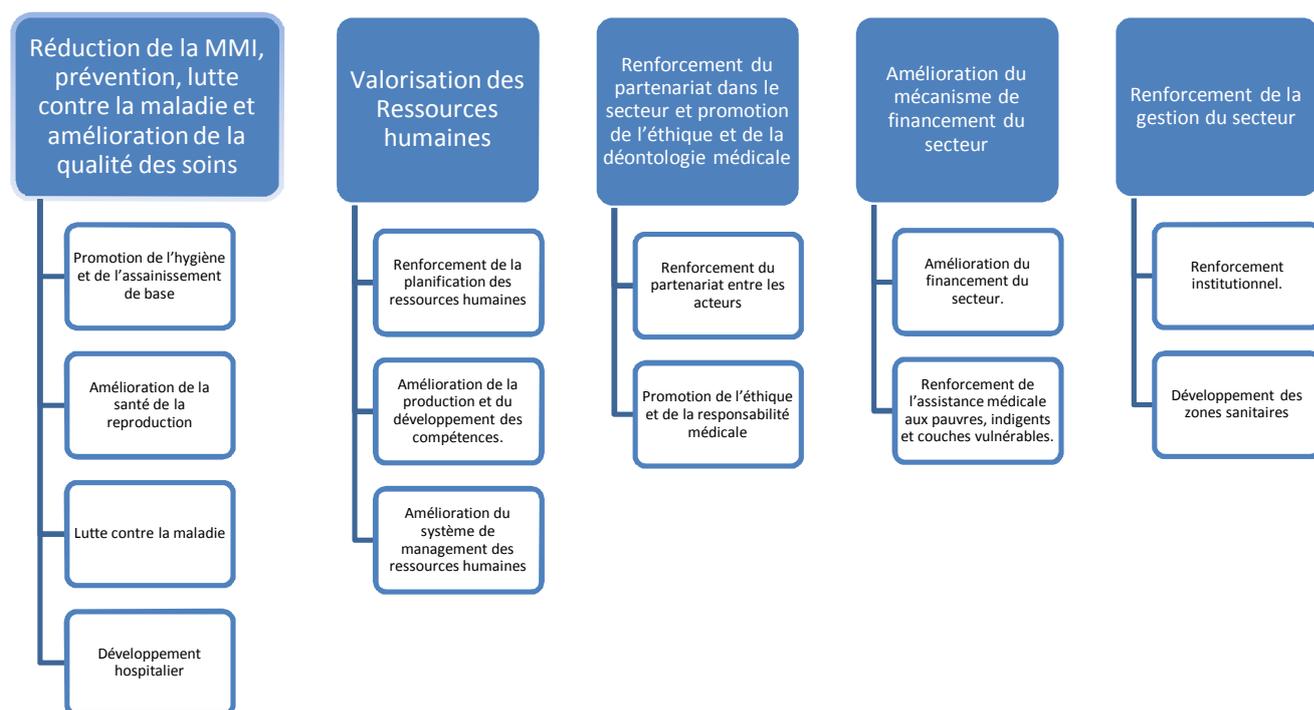
2.4.1 Politiques et processus nationaux de développement

De 2003 à 2005, le Bénin a élaboré et mis en œuvre la Stratégie de réduction de la pauvreté (SRP1), qui a servi de cadre stratégique de référence et de dialogue avec les partenaires techniques et financiers. La SRP1 a été suivie par la Stratégie de croissance pour la réduction de la pauvreté (SCRP 2) pour la période 2007-2009, qui a permis de maintenir le taux de croissance économique autour de 4 % en moyenne et d'enregistrer des résultats probants dans le secteur social. La stratégie (SCRP 2011-2015) est le résultat d'un large processus participatif qui a permis de mettre en œuvre des politiques de croissance économique accélérée et de redistribution susceptibles de contribuer à une forte réduction de la pauvreté et de donner une impulsion à la marche du Bénin vers l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Un certain nombre de mesures doivent être prises à cet effet, notamment : la promotion de l'économie locale afin de réduire la pauvreté en milieu rural ; la maîtrise de la croissance démographique ; la réduction des inégalités entre les hommes et les femmes ; le renforcement de la protection sociale ; le renforcement des infrastructures de base ; et le renforcement de la politique de microcrédit afin d'élargir l'accès des pauvres, et surtout des femmes, au crédit.

2.4.2 Politiques, stratégies et plans sanitaires nationaux

Le Bénin s'est doté d'un document de Politique sanitaire nationale en 2008 et d'un Plan national de Développement sanitaire (PNDS 2009-2018), qui est périodiquement décliné en plans triennaux de développement. Le PNDS compte quatre domaines stratégiques intégrant des programmes et sous-programmes, comme l'illustre la figure ci-après.

Figure°4. Domaines et programmes du PNDS 2009-2018



Le Bénin s'est aussi doté des documents de politiques, stratégies et plans ci-après : le Plan stratégique national de Développement de Ressources humaines (PNSDRH 2009-18) ; la Politique nationale de santé communautaire ; la Politique nationale de l'assurance qualité des soins et services de santé au Bénin ; la Plan directeur (2013-2017) du sous-secteur pharmaceutique du Bénin ; la Stratégie nationale de financement de la santé ; la Stratégie nationale de la réduction de la mortalité maternelle et infantile 2009-2018 ; le Plan stratégique national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2015-2017 ; le Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2015-2019 ; le Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2011-2015, étendu jusqu'en 2018 ; le Plan stratégique intégré de lutte contre les maladies non transmissibles 2014-2018 ; et le Plan stratégique de SIMR, Règlement sanitaire international (SIMR/RSI) ; et le plan pluriannuel complet du PEV (PPAC 2014-18).

2.4.3 Organisation du système de santé

Le système de santé du Bénin est organisé sous une forme pyramidale à trois niveaux d'offre des soins et services de santé, à savoir : i) le niveau périphérique, représenté par les zones sanitaires regroupant les formations sanitaires qui desservent une ou deux communes, et qui bénéficient d'un hôpital de référence de premier niveau ; ii) le niveau intermédiaire, représenté par le Centre hospitalier départemental, qui est le deuxième niveau de référence ; et iii) les centres nationaux hospitaliers universitaires, qui constituent le niveau de référence tertiaire.

Malgré une couverture en infrastructures sanitaires satisfaisante, estimée à 88,3 %, des disparités régionales perdurent, et les populations doivent parcourir en moyenne sept kilomètres pour accéder à un centre de santé. Outre le faible taux de fréquentation des formations sanitaires (50,40 % en 2014, alors que le seuil attendu était de 60 %), le système de référence est peu opérationnel et doit être repensé.

2.4.4 Prestations des services et qualité des soins

L'offre des soins et services de santé sont donnés dans les différentes structures selon leurs attributions depuis le niveau le plus périphérique jusqu'aux niveaux de références nationales. La fragmentation des systèmes de santé axés sur les soins curatifs, ne permet pas d'assurer convenablement l'intégration et la continuité des soins. Néanmoins, le pays dispose d'une Centrale d'achat de médicaments essentiels (CAME) et d'un Laboratoire national de contrôle de qualité (LNCQ) qui assurent l'approvisionnement des formations sanitaires publiques et privées en médicaments. Un programme de bonne gouvernance (GGM) dans le secteur pharmaceutique est en cours de mise en œuvre au Bénin. L'insuffisance des plateaux techniques ou de technologies de pointe motive des évacuations sanitaires souvent très onéreuses à l'extérieur du pays qui grèvent lourdement le budget de l'État.

Tableau°3. Principaux indicateurs de couverture des soins

| Indicateurs | Taux de couverture | Source |
|--|--------------------|---------------------------|
| Taux de couverture vaccinale en Penta3 | 62 % | Revue externe du PEV 2014 |
| Pourcentage d'enfants complètement vacciné | 35 % | Revue externe du PEV 2014 |
| Prévalence contraceptive | 17,9 % | MICS 2014 |
| Soins prénataux (pourcentage des femmes de 15 à 49 ans ayant reçu des soins prénataux par un personnel de santé qualifié | 82,8 % | MICS 2014 |
| Accouchements assistés | 77,2 % | MICS 2014 |
| Pourcentage d'établissements disposant des capacités de diagnostic | 51 % | SARA 2015 |
| Pourcentage de la disponibilité des 24 molécules traceuses standard de l'OMS dans les formations sanitaires | 41 % | SARA 2015 |

Un programme de télémédecine incluant la cybersanté est en gestation au Bénin afin d'élargir l'accès des populations vivant loin des centres hospitaliers à des services spécialisés et de contribuer au renforcement des capacités des personnels de santé.

Dans la dispensation des soins, le partenariat public-privé s'est surtout développé entre le secteur étatique et le secteur privé à but non lucratif, notamment avec certains hôpitaux qui sont intégrés dans le système national pour jouer le rôle de référence et de contre-référence. Si divers protocoles d'accord sont signés entre les organisations non gouvernementales et le gouvernement par l'intermédiaire du ministère de la Santé, la réglementation de l'exercice de la profession en clientèle privée doit être revue, compte tenu de l'installation anarchique des structures de santé privées et de certaines pratiques qui ne respectent pas parfois l'orthodoxie du métier.

La médecine et la pharmacopée traditionnelles constituent pour la population béninoise le recours de première intention avant les centres de santé. Le ministère de la Santé dispose d'un Programme national de la Pharmacopée et de la Médecine traditionnelles, qui tente de réguler les actions dans le sous-secteur.

2.4.5 Ressources humaines en santé

Le Bénin fait face à une grave pénurie de personnels de santé, en quantité comme en qualité, et à une mauvaise répartition géographique des agents de santé, qui semblent au demeurant peu motivés. Les principaux ratios personnel de santé/population se situent en deçà des normes préconisées par l'OMS, à savoir 1,5 médecin pour 10 000 habitants, ainsi que 2,4 personnels infirmiers et 2,9 sages-femmes pour 5000 habitants. Cette crise de ressources humaines s'explique par le gel du recrutement des agents de santé depuis les années 1980, en dépit d'une timide reprise en 2000, et aussi par les départs à la retraite sans remplacement. Ce déficit en ressources humaines explique en partie la faible performance du système de santé et le faible niveau des indicateurs de l'état de santé des populations.

Il faut noter que le Bénin dispose d'institutions de formation de ressources humaines pour la santé, dont les projections ne sont pas toujours en adéquation avec les besoins du pays en personnel qualifié.

2.4.6 Produits de santé et technologies médicales

Le pays a opté pour les médicaments essentiels sous nom générique depuis les années 1980, mais plus de la moitié de la population n'a pas accès aux médicaments essentiels. Cette situation oblige les ménages à consacrer entre 60 % et 90 % de leurs dépenses de santé à l'achat de médicaments. Malgré l'existence d'une centrale d'achat de médicaments essentiels pour approvisionner les populations en médicaments, des pénuries s'observent par moments, obligeant les populations à s'approvisionner sur les marchés des produits de qualité douteuse, comme en témoignent les saisies régulières de médicaments contrefaits sur les marchés ou aux frontières du pays. Une liste nationale des médicaments essentiels (LNME) est actualisée tous les deux ans.

2.4.7 Gestion de l'information sanitaire

Le système de santé du Bénin dispose d'un système d'information sanitaire qui produit régulièrement des données. Le plan de suivi et d'évaluation du PNDS est le mécanisme principal à l'aune duquel sera appréciée la performance du système de santé ; il dispose de multiples sous-systèmes qui l'alimentent et qu'il convient d'améliorer.

Le Système national d'information et de gestion sanitaire du Bénin (SNIGS) collecte la plus grande partie des statistiques sanitaires du Bénin, avec le concours des sous-systèmes nationaux ou spécifiques aux programmes et projets retenus dans le secteur de la santé. L'informatisation et la remontée des données suivant la structuration de la pyramide sanitaire permettent au secteur d'éditer tous les ans un annuaire statistique. Un mécanisme de contrôle de la qualité des données est mis en place pour assurer la production en temps voulu et l'exhaustivité des données enregistrées, mais elle n'est toujours pas satisfaisante. Si, au niveau opérationnel, il y a comme une forte tendance à utiliser les données pour réorienter les actions entreprises, les décisions du niveau national se fondent très peu sur les indicateurs générés par le système, surtout au moment de l'allocation des ressources.

2.4.8 Financement de la santé

Le Bénin consacre 4,6 % de son PIB à la santé et environ 8,34 % des dépenses publiques à la santé, contre 9,24 % en moyenne pour les pays d'Afrique subsaharienne. Les ressources de l'État allouées annuellement au secteur de la santé évoluent en dents de scie et ne dépassent guère les 8 % du budget général de l'État. Et pourtant, 15 % de ces ressources devraient être affectées à la santé conformément à l'engagement pris par les chefs d'État et de gouvernement africains dans la Déclaration d'Abuja, en 2001. Selon l'Atlas des dépenses de santé 2010 établi par l'OMS, le Bénin consacre US \$275 millions à la santé, soit US \$31 par habitant. Ce chiffre est en dessous du minimum préconisé (US \$44). Les ressources disponibles actuellement ne sont pas affectées en priorité à des interventions à haut impact. En outre, les capacités organisationnelles et institutionnelles des secteurs de la santé et des finances ne favorisent pas la consommation de ces ressources disponibles.

Les principales sources qui contribuent au financement de la santé sont⁴ : les ménages (52 %), l'État (31 %), les collectivités locales (moins de 1 %), et les partenaires techniques et financiers (16 %). Les ménages effectuent des paiements directs auprès des établissements de soins aussi bien publics que privés.

En vue d'améliorer l'accès aux soins de santé, le Bénin a mis en place un mécanisme de subvention permettant la gratuité de la prise en charge de certaines maladies (infection à VIH, tuberculose, insuffisance rénale, paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes, cas d'évacuation sanitaire) ou de certaines catégories vulnérables de la population comme les personnes démunies.

La stratégie de financement basé sur les résultats (FBR) est également mise en œuvre dans le cadre du renforcement de la performance du système de santé, afin de motiver davantage les agents de santé à dispenser des soins et services de meilleure qualité.

L'avènement du régime d'assurance maladie universelle (RAMU) amènera à envisager la mise en commun des différents mécanismes existants pour justement assurer la couverture universelle. Dans ce cadre, le Bénin devra élaborer une politique de financement de la santé.

2.4.9 Leadership et gouvernance dans le secteur de la santé

La gouvernance du secteur est assurée par un cabinet, onze directions centrales et six directions départementales de la santé. Le rôle moteur du gouvernement dans la négociation et le consensus est bien reconnu, même si l'on constate parfois que les pouvoirs publics se retrouvent en position de faiblesse et manquent de leadership dans la prise de décision, dans les négociations avec les bailleurs de fonds et dans la gouvernance des ressources humaines pour la santé.

La coordination des actions au niveau central souffre d'une incohérence liée au nombre élevé d'acteurs et parfois d'une vacance trop prolongée de postes stratégiques, pour diverses raisons. Le défi à relever consiste essentiellement à harmoniser et aligner les actions menées par toutes les parties concernées du secteur de la santé, à chaque niveau des soins.

⁴ Comptes nationaux de la Santé 2003, DPP/MS, mars 2006.

2.5 Contributions du Bénin au programme mondial d'action sanitaire

Le Bénin s'est engagé à respecter et à promouvoir les principes et les valeurs de la Déclaration du Millénaire pour le développement, les accords internationaux relatifs aux droits de l'homme, à l'égalité entre les sexes et au développement humain durable, et à contribuer à la réalisation des objectifs qui y sont inscrits, y compris les objectifs liés à la santé.

Le Bénin a ratifié et intégré à sa législation un nombre important d'instruments internationaux de protection des droits de l'homme, notamment, la Déclaration universelle des Droits de l'Homme, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), la Convention relative au droit de l'enfant. Le Bénin a signé un engagement en faveur de la Stratégie 2.0 du Secrétaire général des Nations Unies pour la Santé de la Femme, de l'Enfant et de l'Adolescent 2016-2030.

Le document d'application du RSI existe depuis 2005, avec des évaluations tous les deux ans. L'avènement de l'épidémie de la fièvre hémorragique virale Ebola en Afrique de l'Ouest et l'apparition de la fièvre hémorragique Lassa au Bénin en 2014 et 2016 ont induit des progrès notables : mise en place du Centre d'opération des urgences de santé publique ; surveillance sanitaire aux frontières ; et d'autres domaines d'intervention telles que le renforcement des laboratoires et de la coordination.

Section 3. Coopération pour le développement et le partenariat

3.1 État des lieux de l'aide au Bénin

Considéré comme un secteur social de choix dans le cadre de l'atteinte des OMD, le secteur de la santé bénéficie de l'appui de nombreux partenaires, sous forme d'aide aux projets et en fonds communs. En 2013, l'aide publique au développement (APD) nette versée au Bénin est de 632,58 millions de dollars américains.

3.2 Analyse des parties prenantes et des principaux partenaires selon leurs domaines d'intervention dans la santé au Bénin

Le secteur de la santé au Bénin est animé par différents acteurs, dont les principaux sont :

- les **agents de l'État** : ils sont constitués des agents permanents de l'État (professionnels de la santé, gestionnaires ou personnels de soutien), mais aussi des personnels travaillant dans les 77 communes que compte le pays, qui œuvrent dans des secteurs connexes à celui de la santé ;
- les **partenaires internationaux** : il s'agit des intervenants extérieurs au pays qui fournissent un appui technique, matériel ou financier au secteur de la santé du Bénin ;
- les **acteurs non étatiques** : il s'agit d'intervenants du secteur privé lucratif et confessionnel et des praticiens de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles. La contribution financière de nombre de ces partenaires du pays se fait en dehors du mécanisme de financement de l'État. Les domaines d'intervention des principaux partenaires du pays sont résumés dans le tableau ci-après.

Tableau^o4. Cartographie des interventions des partenaires au développement du secteur de la santé au Bénin (2013-2014)

| Partenaires actifs de la santé | Domaines des services de santé | | | | | | | | | Domaines des services de santé | | | | | Services connexes | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-------|-------|-------|-------|-----|-------|-------|-------|--------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------------------|-------|-------|-------|
| | H I V | T U B | M A L | N C D | N T D | R H | M C H | D P R | V P D | O S D | H R H | I N F | F I N | L & G | H P T | N U T | H P R | W S H |
| BAD | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CF | | | | | | | ✓ | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | |
| DANIDA | | | | ✓ | | ✓ | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | | | | |
| DFID | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | |
| UE | | | | | | ✓ | ✓ | | | | ✓ | | | | | | | |
| FRANCE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GAVI | | | | | | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | ✓ | ✓ | | | | |
| GDC-GIZ | | | | | | | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | | | |
| GDC-KFW | | | | | | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | ✓ | |
| GFATM | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | |
| SFI | | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | |
| ITALIE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| JICA | ✓ | | | | | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | | ✓ | | | | |
| SUISSE | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | |
| ONUSIDA | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UNFPA | | | | | | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | |
| UNICEF | ✓ | | ✓ | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | |
| PAM | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | |
| OMS | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| BANQUE MONDIALE | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | ✓ | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| USG-CDC | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | ✓ | | | | | | | | | | |

| Partenaires actifs de la santé | Domaines des services de santé | | | | | | | | | Domaines des services de santé | | | | | | Services connexes | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-------|-------|-------|-------|-----|-------|-------|-------|--------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------------|-------|-------|
| | H I V | T U B | M A L | N C D | N T D | R H | M C H | D P R | V P D | O SD | H R H | I N F | F I N | L & G | H P T | N U T | H P R | W S H |
| USG autres | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| USG-USAID | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | | |

3.3 Coordination et efficacité de l'aide au Bénin

La coordination de l'aide au développement du Bénin incombe au ministère de l'Économie et des Finances et au ministère du Développement et de la Prospective, qui coordonne les actions gouvernementales. Le développement du secteur de la santé au Bénin a bénéficié d'importants apports techniques et financiers de la part des partenaires techniques et financiers dans le cadre d'une approche bilatérale ou multilatérale. Mais après l'élaboration du plan décennal de développement (PNDS 2009-2018), le premier accord a été signé en novembre 2010 par six partenaires du pays, sous la coordination de l'Organisation mondiale de la Santé.

Les parties signataires de ce module pour le pays ont convenu d'utiliser un rapport commun d'analyse de situation élaboré par l'un d'entre eux et un seul rapport de mise en œuvre des activités avec un alignement sur les mécanismes de gestion administrative et financière du pays. Dès lors, le pays a élaboré un plan unique de suivi et d'évaluation du PNDS. L'ouverture d'un compte bancaire unique pour les fonds destinés au RSS permet de minimiser les coûts de transaction et les doublons de financement de certaines activités et constitue le premier pas concret vers l'application des principes de la Déclaration de Paris.

Le Bénin a mis en place un dispositif de suivi et d'évaluation des performances se renforçant progressivement et qui comprend :

- i) la cellule de suivi des programmes économiques et financiers (CSPEF), qui assure le suivi de la mise en œuvre de la SCRП dans toutes ses composantes sur la base d'une matrice des indicateurs de suivi des performances ;
- ii) l'Observatoire du changement social (OCS), qui évalue l'impact de ce dispositif de suivi ;
- iii) la Direction générale du Budget (DGB) et les directions de la programmation et de la prospective (DPP) des ministères sectoriels ;
- iv) le Comité de pilotage du cadre de réforme de la gestion budgétaire axée sur les résultats, qui se réunit deux fois l'an pour faire le point sur la mise en œuvre du plan de réforme et les revues annuelles de la performance ;
- v) un cadre de concertation du ministère de la Santé avec les partenaires au développement du secteur, qui se réunit tous les six mois et qui a été établi par décret à l'issue de la table ronde des bailleurs de fonds en 1995 (CNEEP/CDEEP).

Des réunions mensuelles et trimestrielles des partenaires techniques et financiers intervenant dans la santé sont organisées sous l'égide du Représentant de l'OMS, qui en assure le leadership. Certaines réunions mensuelles sont élargies aux responsables du secteur ou aux ONG selon les besoins. Les concertations trimestrielles conjointes des partenaires techniques et financiers avec le ministère de la Santé constituent le principal cadre de concertation et de coordination de l'ensemble des partenaires à l'action sanitaire. Le cadre partenarial du secteur de la santé connaît des faiblesses liées notamment au nombre élevé de structures spécifiques de pilotage et de coordination impliquant presque les mêmes acteurs, et au manque d'un

système de communication et d'échange efficace entre ces différentes structures. Pour remédier à cette situation, le ministère de la Santé a instauré la revue annuelle du secteur de santé en 2010 afin de renforcer la cohérence et la pertinence entre la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation, particulièrement du PNDS.

Enfin, d'autres mécanismes de concertation intersectorielle ont été mis en place visant des domaines spécifiques tels que : le groupe thématique ONUSIDA, le groupe des partenaires sur la nutrition et la délégation générale du Comité interministériel de lutte contre l'abus des stupéfiants et substances psychoactives (CILAS).

3.4 Situation des réformes du système des Nations Unies et du processus de l'UNDAF

Dans le cadre de la collaboration avec les autres acteurs du secteur de la santé au Bénin, et hormis la présidence tournante adoptée par les partenaires techniques et financiers du secteur de la santé, l'OMS joue pleinement son rôle de chef de file en coordonnant activement le développement du partenariat et la mobilisation de ressources en appui au gouvernement du Bénin. Cette implication se manifeste de la manière suivante :

- un rôle de conseiller auprès du gouvernement du Bénin (ministère de la Santé) ;
- une coordination du partenariat pour la santé dans le pays ;
- une participation active dans les activités des institutions du système des Nations Unies.

Le système des Nations Unies (SNU) au Bénin travaille de façon concertée à accompagner le Bénin dans l'élaboration de diverses stratégies telles que la Stratégie de croissance pour la réduction de la pauvreté mise en œuvre au titre du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF, 2014-2018). Ce plan s'inscrit dans la mise en œuvre de la réforme des Nations Unies et constitue une réponse commune du SNU aux problèmes de développement identifiés au terme de plusieurs analyses communes de la situation, dont celles réalisées dans le cadre du suivi des progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement en 2010 (Revue 2000 + 10), et celles effectuées dans le cadre du bilan commun de pays en 2012.

Les six effets retenus dans l'UNDAF offrent aux institutions du SNU, sous le leadership du coordonnateur résident, l'occasion d'opérationnaliser leur volonté d'être « unies dans l'action ». Ils permettent de développer des programmes conjoints capables d'apporter une assistance multisectorielle aux problèmes multiformes du Bénin.

Au sein du système des Nations Unies, l'OMS contribue à l'« Unicité dans l'action » et participe aux travaux des groupes thématiques pour l'élaboration du bilan commun du pays par le système des Nations Unies. L'Organisation participe en outre à certains groupes techniques de travail, notamment sur suivi conjoint de la mise en œuvre du volet santé/nutrition de l'UNDAF, sur le sida, la protection sociale ou encore sur le genre.

Le projet UNODC-OMS est un prototype d'une approche interagences. L'UNODC n'étant pas représentée au Bénin, elle collabore avec le PNUD qui joue le rôle de relais, et travaille avec l'OMS pour produire des résultats dans le secteur négligé de la prise en charge des dépendances vis-à-vis des drogues. De même, l'Initiative Muskoka financée par la France permet aux agences du SNU que sont l'OMS-AMPSi, l'UNICEF et l'UNFPA de travailler

dans une approche commune pour accélérer l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) 4, 5 et 6 au Bénin.

Section 4. Revue de la coopération de l’OMS au cours du précédent cycle de la SCP

La présente SCP3 2016-2019 entre l’OMS et le Bénin est basée sur les résultats d’une évaluation de la SCP2 2009-2013, et intègre les opinions des partenaires gouvernementaux, les observations des membres de la société civile et des ONG, tout en prenant en compte les propositions des partenaires bilatéraux, multilatéraux et internes au système des Nations Unies.

La revue a consisté en l’organisation de réunions et de groupes de travail entre conseillers pour i) dégager les réalisations et les produits de santé de l’OMS au cours de la SCP2 et ii) proposer une analyse sur le modèle Forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM). La revue a également permis des entretiens avec les partenaires du secteur de la santé et ceux d’autres secteurs avec lesquels l’OMS a eu à collaborer.

4.1 Réalisations et produits de la mise en œuvre du SCP2

Le tableau 5 ci-après résume les principaux résultats obtenus par le Bénin au cours de la période de mise en œuvre de la SCP2 (2009-2013).

Tableau 5. Principaux résultats découlant de la mise en œuvre de la SCP2 2009-2013

| DOMAINE | RÉSULTATS OBTENUS |
|---------------------------------|---|
| Politique et système de santé | <ul style="list-style-type: none"> • Relecture de la politique sanitaire • PNDS 2009-2018 élaboré ainsi que son plan unique de suivi et évaluation : deux plans triennaux consécutifs de développement de la santé élaborés et mis en œuvre • Élaboration du Plan stratégique des ressources humaines en santé 2009-2018 et du profil-pays des ressources humaines en santé • Observatoire des ressources humaines en santé lancé et rendu fonctionnel • Plan de renforcement du SNIGS élaboré • Programme de télémédecine en cours de développement • Plateforme RSS mise en place. • Plan unique de suivi et évaluation du PNDS élaboré • Stratégie nationale de financement de la santé en cours d’élaboration • Plan de bonne gouvernance dans le sous-secteur pharmaceutique élaboré et en cours de mise en œuvre • Différentes requêtes du Bénin rédigées et soumises aux bailleurs de fonds (GAVI, Banque mondiale, Fonds mondial). |
| Santé de la mère et de l’enfant | <ul style="list-style-type: none"> • Plan d’accélération des OMD 4 et 5 centrés sur l’offre des services SMNE élaboré • Document des Normes et Standards de la Santé Familiale révisé • Stratégie de réduction de la mortalité maternelle et néonatale évaluée • Plan stratégique de survie de l’enfant 2011-2015 élaboré. • Guide national, modules de formation en audit des décès maternels |

| DOMAINE | RÉSULTATS OBTENUS |
|--|---|
| | <p>et néonataux élaborés, ainsi que les guides et standards de l'avortement médicalisé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stratégie nationale multisectorielle de santé sexuelle et de reproduction/VIH/sida des adolescents et jeunes 2011-2015 disponible • Feuille de route de la redevabilité dans le cadre sur l'intégration du genre dans les politiques et programmes SMI élaborée • 13 meilleures pratiques en santé génésique ont été documentées • Enquête sur l'évaluation de la disponibilité et de la préparation des services (SARA) réalisée et son rapport final validé • Élaboration des sous-comptes nationaux de SMNE-SR • Institutionnalisation des SONU, des audits des décès maternels, néonataux et des décès évités de justesse et la notification obligatoire de chaque décès dans un délai de 24 heures • Élaboration du Plan stratégique de lutte contre le cancer, y compris le cancer du col de l'utérus. |
| Lutte contre les maladies à prévention vaccinale | <ul style="list-style-type: none"> • Vaccin contre les infections à pneumocoque introduit dans le PEV de routine • Sites sentinelles de surveillance des méningites bactériennes pédiatriques (PBM) mis en place en juillet 2011 • Absence de poliovirus sauvage d'avril 2009 à décembre 2013 • Gestion renforcée du PEV : i) amélioration de la capacité de stockage du dépôt central, ii) renforcement des capacités de 35 agents responsables PEV du niveau central et départemental sur la gestion de la logistique du PEV • Immunité des populations renforcée : i) appui à l'organisation de la campagne de suivi contre la rougeole ; ii) accompagnement du projet pilote de soutien à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des activités de vaccination systématique dans 10 communes à faible performance, en collaboration avec l'UNICEF. |
| Renforcement de la surveillance intégrée des maladies et la riposte | <ul style="list-style-type: none"> • Révision de la liste des maladies prioritaires • Capacités minimales requises en vertu du Règlement sanitaire international (RSI) évaluée et arrimée à la SIMR • Détection rapide des épidémies de choléra et de méningite permettant une prise en charge efficace. La létalité est désormais faible (0 à 1,2 %) • Disponibilité du vaccin MenAfriVac, ce qui permet de mieux contrôler la méningite cérébro-spinale. |
| Prise en charge sanitaire des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux | <ul style="list-style-type: none"> • Création et gestion des brigades sanitaires dans 55 communes sur les 77 touchées par les inondations de 2010 (situation exceptionnelle et risque important, car le niveau d'inondation était inédit et la population exposée se chiffrait à 680 000 personnes dans un contexte marqué par une grève dans le secteur de la santé) ; • Surveillance des maladies à potentiel épidémique pendant une période de six mois dans les communes inondées • Élaboration i) du Plan de contingence interagences ; ii) du Plan de contingence national chaque année. |

| DOMAINE | RÉSULTATS OBTENUS |
|--|--|
| et économiques | |
| Promotion de la santé et protection de l'environnement | <ul style="list-style-type: none"> • Document de Politique nationale de promotion de la santé élaboré • Loi antitabac du Bénin élaborée, et transmise au gouvernement après l'avis de non-objection de la Cour suprême • Plan national sur la décennie 2011-2020 pour la sécurité routière élaboré • Plan national intégré de communication pour la survie élaboré • Document d'analyse de la situation et évaluation des besoins (ASEB) depuis l'année 2012 élaboré, sur la base d'un document générique conçu par l'OMS/AFRO • Évaluation de l'intégration du genre dans les documents stratégiques du ministère de la Santé, y compris dans les programmes • Enquête nationale sur la prévalence de l'épilepsie réalisée. |
| Maladies transmissibles | <ul style="list-style-type: none"> • Le Bénin certifié exempt de la transmission de la dracunculose en 2010 • Onchocercose maintenue sous le seuil d'élimination • Système intégré de surveillance de la trypanosomiase humaine africaine actif dans les départements de l'Atacora et de la Donga • Plan directeur de lutte contre les maladies tropicales négligées 2012-2016 élaboré, validé et lancé officiellement • Seuil d'élimination de la lèpre atteint • Détection précoce des cas d'ulcère de Buruli améliorée. Essai clinique en cours actuellement à Pobè en vue d'améliorer la prise en charge de cette maladie • Faible prévalence du pian en 2013 révélée par l'enquête épidémiologique dans la zone sanitaire Zè-Allada-Toffo. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • VIH/sida. Prévalence du VIH stable à 1,2 %, ce qui maintient le Bénin dans les pays à épidémie généralisée de faible prévalence ; la file active au 30 juin 2015 comprenait 30 935 patients sous ARV régulièrement suivis. En 2015, 97 % des enfants nés des mères séropositives sous ARV n'ont pas contracté le VIH grâce à la PTME ; le diagnostic précoce du VIH a été offert à 75 % des enfants nés de mères séropositives en 2015, contre 25 % en 2012 ; la prévalence du VIH chez les femmes enceintes a baissé de plus de 25 % en 10 ans, passant de 2,1 % en 2005 à 1,6 % en 2014. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Tuberculose. Le taux de succès thérapeutique chez les nouveaux cas de tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmés (TPB+) est d'au moins 90 % depuis 2009. La prévalence de la co-infection TB/VIH vogue autour de 16 % depuis 2006. La prise en charge de la co-infection TB/VIH est de 95 % chez les patients tuberculeux VIH-positifs, et 86 % d'entre eux reçoivent des traitements antirétroviraux (ARV). Le Bénin est confronté à un problème de sous-dépistage. Selon les estimations de l'OMS, le taux de détection serait de 54 %. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Paludisme. Maintien du paludisme comme première cause de |

| DOMAINE | RÉSULTATS OBTENUS |
|---------|--|
| | <p>consultation dans la population générale. Selon le rapport de l'EDS IV de 2011-2012, la prévalence de la fièvre chez les enfants de moins de cinq ans est réduite sensiblement (passant de 29 % en 2006 à 9 % en 2011, et la proportion d'enfants ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action (MIILDA) est de 71 % en milieu urbain et rural, contre 46,5 % en 2006 ; la nouvelle politique de lutte contre le paludisme favorisant des interventions techniques pour l'amélioration de la prévention et de prise en charge du paludisme, surtout chez les femmes enceintes et les jeunes enfants, a aussi été adoptée. Distribution gratuite en octobre 2014 de 5 663 220 MIILDA, avec une couverture de 96,2 % des ménages. Les proportions d'enfants de moins de cinq ans et de femmes enceintes dormant sous une moustiquaire sont de 70 % et de 71 %, respectivement. Les tests de diagnostic rapides (TDR) ont été introduits dans les formations sanitaires en 2008 et au niveau communautaire en 2013. D'après, les données de routine, 86,2 % des cas de paludisme notifiés ont été testés au second trimestre, contre 83,9 % au premier trimestre 2015.</p> |

4.2 Recueil de la perception des partenaires sur la mise en œuvre de la SCP2

Pour compléter les résultats de la revue, une enquête qualitative a été réalisée auprès des partenaires multilatéraux, bilatéraux et des organisations non gouvernementales et des échanges ont eu lieu entre les membres du personnel technique en service au bureau de pays.

Dans le cadre de sa collaboration avec les autres partenaires du secteur de la santé, l'OMS est perçue comme la coordonnatrice des partenaires techniques et financiers en sa qualité de chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé. Son appui technique à la définition des politiques, des stratégies, des directives, des normes et des standards et à la mobilisation des ressources au profit du secteur est reconnu.

Pour mener à bien ses activités d'appui, le bureau de l'OMS au Bénin disposait en 2015 d'un effectif de 25 membres du personnel : 10 administrateurs nationaux de programmes et 15 membres du personnel de la catégorie des services généraux. Les programmes techniques et l'équipe administrative ont été réorganisés dans le cadre d'un reprofilage avec des regroupements de fonctions et des attributions de nouvelles tâches.

Les **forces** comprennent : i) les bonnes relations de travail ; ii) l'existence des cadres qualifiés au niveau du ministère de la Santé ; iii) le leadership dans la lutte contre la maladie, y compris la Surveillance Intégrée de la Maladie et Riposte (SIMR) ; iv) l'appui institutionnel, financier et technique conséquent fourni par l'OMS dans les domaines ci-après : disponibilité de l'expertise de l'OMS aux trois niveaux de l'Organisation, renforcement des compétences des acteurs et des services de santé, renforcement de la collaboration entre les institutions de formation de personnels de santé et la présence de l'IRSP au Bénin comme cadre régional de formation continue des agents de santé, et assistance permanente de l'OMS à la gestion des situations d'urgence sanitaire.

Les **faiblesses** ont trait : i) à la complexité des procédures d'obtention et de justification des fonds alloués aux activités ; ii) à l'insuffisance de fonds catalytiques ; iii) à l'insuffisance de

l'appui de l'OMS au développement de la pharmacopée et de la médecine traditionnelles, tant en milieu hospitalier que dans les secteurs public et privé ; et iv) au développement de ressources humaines qualifiées dans le domaine de la pharmacie et de l'économie de la santé.

Les **opportunités** évoquées sont notamment : i) l'existence d'un fort engagement politique en faveur de la santé ; ii) la présence de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) qui s'occupe de l'élaboration des plans, de l'exécution et du suivi ; iii) l'implication de l'UEMOA dans la promotion de la couverture sanitaire universelle dans la sous-région d'Afrique de l'Ouest ; iv) la collaboration entre les partenaires au développement de la santé ; et v) la multiplicité des sources de financement du secteur de la santé.

Les **menaces** à la coopération sont : i) la baisse constante de l'aide au développement qui se traduit par une faible prévisibilité des ressources ; ii) la stagnation des ressources propres de l'OMS, ce qui suppose un engagement plus soutenu dans la mobilisation de ressources ; iii) les lacunes constatées dans les procédures de gestion des ressources allouées par les partenaires ; iv) le risque de suspension de certaines subventions extérieures ; v) la faiblesse de l'implication des organisations de la société civile et du secteur privé dans la planification, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des activités du secteur de la santé ; et vi) la perception de l'OMS comme un bailleur de fonds.

Section 5. Agenda stratégique de la coopération de l’OMS

5.1 Note méthodologique

L’analyse de la situation sanitaire, les résultats de la revue de la précédente SCP et les consultations menées avec les différentes parties prenantes nous ont permis d’identifier quatre priorités stratégiques qui vont guider la coopération de l’OMS avec le Bénin pour la période 2016-2019. Cet agenda stratégique est une interface entre les priorités de leadership du douzième programme général de travail de l’OMS et les choix en matière de développement sanitaire déclinés dans le PNDS 2009-2020.

Chaque priorité stratégique apporte une contribution spécifique à la réalisation d’au moins une priorité sanitaire du pays, et la réalisation de chaque priorité stratégique relève de la responsabilité conjointe du gouvernement et de l’OMS.

Les domaines d’action pour chaque priorité stratégique définissent les efforts et les approches stratégiques sur lesquels le bureau de l’OMS au Bénin devra se concentrer pour produire des résultats conformes aux fonctions essentielles de l’OMS, en tirant par ailleurs profit des avantages comparatifs de l’Organisation.

Fonctions essentielles de l’OMS

1. jouer le rôle de chef de file dans les domaines essentiels pour la santé et créer des partenariats lorsqu’une action conjointe est nécessaire;
2. fixer les priorités de la recherche et inciter à acquérir, appliquer et diffuser des connaissances utiles;
3. fixer des normes et des critères, et encourager et suivre l’application;
4. définir des politiques conformes à l’éthique et fondées sur des données probantes;
5. fournir un appui technique, se faire l’agent du changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles;
6. surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances en matière de santé.

5.2 Priorités stratégiques et domaines d’action prioritaires de la SCP 2016-2019

La troisième Stratégie de Coopération de l’OMS avec le Bénin vise à soutenir activement les politiques et stratégies adoptées récemment par le gouvernement béninois en vue d’atteindre les objectifs de développement durable. La SCP3 se veut le reflet des réformes en cours au sein de l’Organisation et intègre les options politiques et stratégiques du secteur de la santé pour les cinq prochaines années. Elle constituera aussi le cadre de référence pour le travail de l’ensemble de l’Organisation avec le Bénin et ses autres partenaires au développement.

Les priorités stratégiques, les principaux domaines d’action et les approches stratégiques qui vont guider la coopération de l’OMS avec le Bénin pour les cinq prochaines années se présentent comme suit :

- **Maladies transmissibles.** Réduire le fardeau des maladies transmissibles (VIH/sida, tuberculose, paludisme, maladies tropicales négligées et maladies à prévention vaccinale) et prendre en compte l’impact causé par le changement climatique.

- **Maladies non transmissibles.** Soutenir le développement et la mise en œuvre des politiques sectorielles, des stratégies et des programmes, y compris la recherche et la production de données, le suivi et l'évaluation de la situation et des tendances sanitaires afin de prévenir et de contrôler les maladies non transmissibles, ainsi que leurs facteurs de risque de façon à arrêter et inverser la charge croissante due aux maladies non transmissibles au Bénin.
- **Amélioration des indicateurs de santé tout au long de la vie et promotion des comportements sains.** Favoriser l'accès aux interventions hautement efficaces en vue d'améliorer la santé du nouveau-né, de la mère et de l'adolescent, en collaboration étroite avec toutes les parties prenantes, les partenaires bilatéraux et multilatéraux, les communautés, les institutions de la recherche, le secteur public et privé, afin de garantir l'équité et la responsabilisation mutuelle.
- **Renforcement du système de santé.** Apporter un appui technique à l'édification d'un système de santé performant fondé sur les soins de santé primaires et capable de répondre aux besoins des usagers, dispensant des soins de qualité, résilient aux situations d'urgence et de catastrophe, résolument orienté vers la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle et respectueux des droits de l'homme (qui favorise l'expression du droit à la santé), de l'équité et de l'égalité entre hommes et femmes.
- **Équipe OMS performante et orientée vers la performance** et des valeurs axées sur les résultats. Former une équipe dynamique, efficace, s'appuyant sur un mécanisme interactif de communication, redevable et capable de fournir une assistance technique intelligente, de qualité et à même de mobiliser des ressources et des partenaires pour répondre aux défis et priorités nationales en matière de santé.

Tableau 6. Approches stratégiques retenues par domaines et priorité stratégique

| Priorité stratégique 1 – Maladies transmissibles | |
|--|--|
| Domaines d'action prioritaires | Approches stratégiques |
| <p>VIH/sida, hépatite, tuberculose et paludisme – Accroître la disponibilité et l'efficacité des interventions essentielles de lutte</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Appuyer la mise en œuvre de la stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH 2016-2019 consistant à mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030 • Hépatite : aider à développer une approche intégrée pour prévenir et combattre l'hépatite virale. • Tuberculose : soutenir la mise en œuvre de la stratégie Halte à la tuberculose • Paludisme : soutenir la mise en œuvre de la stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 • Appui au renforcement des capacités pour la prévention, le diagnostic et le traitement du VIH/sida, de l'hépatite, de la tuberculose et du paludisme • Fournir les normes et des standards pour le renforcement des systèmes de prestation de services, la gestion intégrée de lutte contre le VIH/sida, l'hépatite, la tuberculose, le paludisme • Améliorer le suivi de la lutte contre le VIH/sida, l'hépatite, la tuberculose, le paludisme • Appuyer la recherche opérationnelle sur la prise en charge du VIH/sida, de l'hépatite virale, de la tuberculose et du paludisme, afin de promouvoir de nouvelles approches de gestion de ces quatre maladies • Renforcer les capacités de mise en œuvre intensifiée de la stratégie Halte à la tuberculose en vue de la mise à échelle des soins et du contrôle de la tuberculose, particulièrement de la co-infection TB/VIH, de la tuberculose à bacilles multirésistants ou de la tuberculose à bacilles ultrarésistants, du dépistage des populations à haut risque et de la prise en charge intégrée de la tuberculose au niveau communautaire |
| <p>Maladies tropicales négligées – Apporter un appui à la mise en œuvre et au suivi des interventions de lutte contre les MTN</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Apporter un appui technique à la mise en œuvre de la chimiothérapie préventive et à la prise en charge des cas de MTN cibles • Renforcer les capacités nationales en matière de suivi-évaluation et de rapportage • Renforcer les stratégies de communication |
| <p>Maladies à prévention vaccinale – Apporter un appui à la mise en œuvre et suivi du Plan d'action national 2020, en mettant l'accent sur : les populations à faible couverture vaccinale, la mise en œuvre et le suivi des activités visant l'élimination de la rougeole et de la rubéole ; la mise en œuvre d'interventions contre les hépatites ; l'introduction et le suivi de nouveaux vaccins et de nouvelles technologies ; la recherche pour lever les principaux obstacles à la vaccination</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Apporter une assistance technique au pays dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre des plans de renforcement de la vaccination dans toutes les zones sanitaires à faible couverture vaccinale • Appuyer le pays dans la mise en œuvre du Plan mondial de la décennie vaccinale • Appuyer le renforcement des capacités des acteurs de la vaccination dans le cadre de l'introduction des nouveaux vaccins et de nouvelles technologies pour la vaccination • Apporter une assistance technique en vue de l'accélération du contrôle et de l'élimination des maladies à prévention vaccinale : rougeole, tétanos néonatal, fièvre jaune, hépatite B |

| | |
|--|---|
| <p>Éradication de la poliomyélite : i) assister le pays dans la mise en œuvre effective du plan d'éradication de la poliomyélite et l'obtention de la précertification de l'éradication de la poliomyélite ; ii) contribuer à l'introduction du vaccin injectable contre la poliomyélite en remplacement du vaccin antipoliomyélitique oral</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Appuyer la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des activités de vaccination de masse contre la polio • Fournir un appui technique et financier au renforcement de la surveillance des cas de paralysie flasque aiguë, la mise en œuvre du plan de riposte vaccinale à toute importation de cas de poliovirus sauvage et d'émergence de CVDPV et aux comités nationaux dans la préparation des rapports pour examen par la Commission régionale de certification • Fournir un appui technique et financier à l'élaboration du plan, des directives et la formation du personnel sur le retrait du VPO (vaccin antipoliomyélitique oral) et l'introduction du VPI (vaccin antipoliomyélitique inactivé) |
| <p>Priorité stratégique 2 – Maladies non transmissibles</p> | |
| <p>Domaines d'action prioritaires</p> | <p>Approches stratégiques</p> |
| <p>Maladies non transmissibles (MNT)– Soutenir le développement, la mise en œuvre et le suivi des stratégies et plans multisectoriels de lutte contre les MNT</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Fournir un appui technique afin d'élaborer un plan d'action national multisectoriel conforme au Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles (2013-2020) |
| <p>Santé mentale – Soutenir le développement, la mise en œuvre et le suivi de stratégies d'accès aux services de santé mentale et de lutte contre l'abus de substances psychoactives</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les capacités du pays à élaborer et mettre en œuvre des politiques et plans nationaux conformes au Plan d'action mondial pour la santé mentale 2013-2020 • Contribuer par une approche interagences à améliorer le service pour les populations vulnérables • Contribuer au plaidoyer et à la sensibilisation des jeunes pour lutter contre l'usage de drogues • Soutenir le programme interministériel de lutte intégrée contre l'abus de substances psychoactives et les maladies mentales et infectieuses liées à la toxicomanie |
| <p>Violence et blessures ou traumatismes – Apporter un appui au développement et à la mise en œuvre de politiques, stratégies et plans multisectoriels contre les violences et les blessures ou traumatismes</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Élaborer et mettre en œuvre le plan et les programmes multisectoriels de prévention des traumatismes, l'accent étant mis sur la réalisation des cibles de la Décennie d'action pour la sécurité routière (2011-2020) • Fournir un appui technique pour la mise en œuvre de politiques et des programmes en vue de réduire les facteurs de risque de violence et de traumatismes chez l'enfant, les femmes et les jeunes. |

| Priorité stratégique 3 – Améliorer les indicateurs de santé tout au long de la vie et promouvoir les comportements sains | |
|---|--|
| Domaines d'action prioritaires | Approches stratégiques |
| <p>Santé génésique, de la mère, du nouveau-né et de l'adolescent et vieillissement – Promouvoir l'accès aux interventions hautement efficaces et la disponibilité des soins de qualité en vue d'améliorer la santé du nouveau-né, de la mère et de l'adolescent en étroite collaboration avec toutes les parties prenantes, les autres secteurs de développements concernés, les communautés, les instituts de la recherche, le secteur public et privé, les partenaires bilatéraux et multilatéraux afin de promouvoir l'équité et la responsabilisation mutuelle. Promouvoir le vieillissement en bonne santé.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer le dialogue stratégique en faveur de prestations de services adaptées aux besoins de chaque cible, éliminer les goulots d'étranglement relatifs à l'offre et à la demande des services de santé maternelle et infanto-juvénile à chaque niveau du système des soins et la coordination multisectorielle des interventions • Apporter un appui technique à l'élargissement des interventions efficaces de suivi de la grossesse, des soins néonataux essentiels et des soins post-partum dans les 24 heures qui suivent la naissance • Renforcer les capacités de généralisation des soins de qualité qui améliorent la santé et le développement de l'enfant, y compris la prise en charge intégrée de la pneumonie, de la diarrhée et du paludisme • Soutenir les actions du pays pour répondre aux besoins non satisfaits en matière de santé génésique et de soins de santé génésique des adolescents • Soutenir l'élaboration des politiques et des stratégies qui aident à vieillir en restant actif et en bonne santé et qui facilitent l'accès aux soins • Accompagner le pays dans l'édification d'un partenariat national solide en faveur de la santé génésique et de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent • Mobiliser davantage des partenaires et des ressources pour améliorer la santé des personnes âgées |
| <p>Nutrition – Œuvrer à l'amélioration de la nutrition tout au long de la vie</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre l'appui au pays pour lui permettre d'atteindre les six cibles mondiales de la nutrition identifiées par l'Assemblée mondiale de la Santé et devant être mises en œuvre d'ici 2025 (résolution WHA65.6) • Apporter un soutien au renforcement de la plateforme multisectorielle de la surveillance nutritionnelle, à la promotion de l'allaitement maternel, à l'amélioration de la nutrition de la femme enceinte et allaitante durant la fenêtre d'opportunité de 1000 jours • Renforcer le dialogue intersectoriel et la coordination multisectorielle afin de renforcer le système de surveillance nutritionnelle • Apporter un appui technique à l'élaboration des politiques, à la planification stratégique, à la définition des normes de prestation des services relatifs à la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant |
| <p>Intégration de la dimension genre et droits de l'homme – Assurer la prise en compte de l'égalité hommes-femmes, de l'équité et des droits de l'homme dans le développement des politiques, la planification</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Élargir le partenariat de l'OMS avec les associations, les ONG et d'autres structures de la société civile afin de lutter contre la violence exercée sous la forme de pratiques sociales néfastes telles que les mutilations sexuelles féminines, le harcèlement sexuel, les viols, les mariages précoces |

| | |
|--|--|
| stratégique et opérationnelle des programmes du pays | <p>ou forcés, entre autres.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre en compte l'égalité hommes-femmes, l'équité et les droits de l'homme dans la planification stratégique et opérationnelle et le suivi courants des programmes de l'OMS et du pays • Assurer le leadership dans la réorientation des actions relevant du domaine de la santé vers la réduction de l'iniquité en poursuivant la définition du profil national sur le genre et la santé. • |
| Priorité stratégique 4. Renforcement du système de santé | |
| Domaines d'action prioritaires | Approches stratégiques |
| <p>Ressources humaines en santé – Soutenir les efforts en collaboration étroite avec les autres partenaires afin d'améliorer la production, la motivation, la fidélisation et la répartition équitable des ressources humaines pour la santé.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Apporter un appui technique au développement des ressources humaines pour la santé (RHS) et assurer une répartition équitable de ces ressources dans le système de santé • Mettre à jour régulièrement le profil pays des RHS et faire fonctionner l'Observatoire des RHS • Développer des outils, normes et standards en matière de RHS pour le Bénin • Renforcer les capacités des acteurs du niveau communautaire et mettre à contribution leurs potentialités pour revitaliser la mise en œuvre des soins de santé primaires (SSP) • Fournir un appui technique et financier à la revitalisation du plan de relance des SSP établi par le ministère de la Santé • Impliquer les agents du secteur privé confessionnel dans le processus de renforcement des capacités. |
| <p>Financement de la santé – Appuyer le développement d'une stratégie nationale de financement de la santé pour faciliter la réalisation de la couverture sanitaire universelle</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Entreprendre le plaidoyer en faveur de la mobilisation de toutes les parties prenantes pour un financement adéquat de la santé • Apporter un appui à la gouvernance, au monitoring et au suivi des ressources financières et matérielles du secteur de la santé • Développer une stratégie de financement de la santé et assurer le suivi de sa mise en œuvre afin de converger vers la couverture sanitaire universelle |
| <p>Services de santé de qualité centrés sur la personne utilisant des produits essentiels, les nouvelles technologies et un système d'information sanitaire opérationnel – Soutenir les efforts nationaux à définir des politiques et stratégies afin d'offrir des soins et des services de qualité centrés sur la personne avec un mécanisme adéquat d'information</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Aider à l'organisation de l'offre des soins et services de qualité dans les formations sanitaires du Bénin • Soutenir la mise en place de système de référence et de contre-référence performant pour une prise en charge adéquate des urgences • Soutenir l'introduction des nouvelles technologies et de la télémédecine dans le système de santé afin d'assurer une meilleure prise en charge de cas • Soutenir la mise en place d'un mécanisme d'approvisionnement pour garantir la disponibilité des médicaments et produits médicaux de qualité • Apporter un appui technique à la mise en œuvre du plan stratégique de développement du Système national d'information de gestion sanitaire (SNIGS) dans la prise de décision |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Soutenir le développement de mécanismes robustes de suivi-évaluation et de rapportage au niveau du secteur de la santé en utilisant les nouvelles techniques de l'information |
| <p>Déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé – Appuyer la prise en compte des déterminants sociaux, économiques et environnementaux dans les documents de politique et les programmes de santé, ainsi que dans les autres secteurs de développement</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les capacités des acteurs de l'environnement à évaluer les facteurs de risque de l'environnement sur la santé en se référant à des bases factuelles, aux recommandations au plan international et à la législation en vigueur au Bénin • Renforcer les capacités et promouvoir la collaboration intersectorielle en matière de prise en compte des déterminants socioéconomiques de la santé dans la mise en œuvre des programmes • Faciliter le monitoring des progrès et des améliorations de la redevabilité moyennant la collecte, l'analyse et la dissémination des données socioéconomiques désagrégées de la santé • Amener les acteurs de la santé et des secteurs connexes (en particulier ceux qui travaillent dans l'environnement) à connaître et à appliquer les principes recommandés par le Règlement sanitaire international (2005) |
| <p>Réduction du risque liés aux catastrophes – Fournir un appui au pays dans la préparation et la surveillance des premières manifestations des maladies à potentiel épidémique et des urgences, et assurer la sécurité sanitaire des populations.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les capacités d'analyse et de cartographie des risques de vulnérabilité (VRAM), la gestion des risques de catastrophe (DRM) et l'évaluation de la sécurité sanitaire des hôpitaux aux différents échelons de la pyramide sanitaire • Soutenir la préparation et la surveillance des poussées épidémiques, les urgences aiguës de santé publique, ainsi que la gestion effective des aspects sanitaires des crises humanitaires pour contribuer à la sécurité sanitaire du pays. |
| <p>Réponse aux épidémies, pandémies crises – Soutenir le pays à développer et à mettre à jour les plans d'action annuels pour endiguer des événements sanitaires en conformité avec le Règlement sanitaire international (2005).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Soutenir le pays à développer et à mettre à jour les plans d'action annuels pour endiguer des événements sanitaires, en conformité avec le Règlement sanitaire international (RSI, 2005) • Appuyer l'édition des normes et des standards sur la gestion des maladies à potentiel épidémique et pandémique et promouvoir la collaboration intersectorielle afin de prévenir et de contrôler les épidémies • Assurer le leadership pour coordonner les actions des différents partenaires dans la réponse aux crises épidémiques • Appuyer le pays pour l'atteinte des conditions minimales requises pour l'application du RSI. |
| <p>Gouvernance de la santé – Aider le ministère de la Santé à s'approprier et à renforcer ses capacités à coordonner selon sa vision les buts et les objectifs poursuivis</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Appui technique au renforcement de capacité du ministère de la Santé pour la gouvernance et la coordination des actions au niveau du secteur de la santé • Promouvoir la gouvernance en faveur de la santé à travers des approches comme « La santé dans toutes les politiques » dans la perspective de la couverture sanitaire universelle. |

| Priorité stratégique 5. Équipe de l’OMS performante et orientée vers les résultats | |
|--|---|
| Domaines d’action prioritaires | Approches stratégiques |
| Mettre en place un système d’évaluation de la performance à tous les niveaux | <ul style="list-style-type: none"> • Évaluer les performances du personnel sur la base des indicateurs clés de performance (KPI) • Mettre en place un mécanisme de suivi de l’atteinte des produits et des réalisations convenues avec le ministère de la Santé. |
| Fonctionnement du CSU : procédures managériales et de gestion | <ul style="list-style-type: none"> • Réaliser des audits et contrôles internes réguliers • Mise en œuvre des activités selon les normes et les procédures. |
| Renforcer les partenariats stratégiques et mettre en place un mécanisme efficace de mobilisation des ressources et les aligner sur les priorités | <ul style="list-style-type: none"> • Aligner les ressources financières et matérielles sur les priorités • Recruter le personnel en fonction des besoins et renforcer ses capacités. |
| Gestion stratégique de l’information | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les bases de données en réalisant des enquêtes par programme • Renforcer les capacités des utilisateurs du GSM par des formations par les pairs • Renforcer la circulation de l’information et de la communication à tous les niveaux • Renforcer la communication externe par le biais des communiqués de presse, des notes aux médias et des bulletins d’information ; créer et animer la présence de l’OMS sur les réseaux sociaux. |
| Coordination et intégration les programmes à travers des équipes réactives, solidaires et inclusives | <ul style="list-style-type: none"> • Formation du personnel et application des principes du team building • Renforcer la collaboration et la mise en œuvre d’activités conjointes entre les programmes |

5.3 Validation de l'agenda stratégique de la SCP3 2016-2019

5.3.1 Validation des priorités de la SCP avec les priorités du 12^e PGT

Tableau^o7. Les liens entre les domaines prioritaires de la SCP, les réalisations attendues du douzième PGT, ainsi que les cibles des objectifs de développement durable sont illustrés dans le tableau ci-dessous.

| Priorité stratégique | Domaines d'action prioritaires | Produits du douzième PGT et du budget programme 2016-2017 | Cible ODD |
|---|---|---|-------------------|
| Maladies transmissibles | VIH/sida, hépatite virale, tuberculose, paludisme | • Prévention et contrôle VIH/sida, hépatite virale | 3.3 |
| | | • Prévention et contrôle de la tuberculose | 3.3 |
| | | • Élimination du paludisme | 3.3 |
| | Maladies tropicales négligées | • Contrôle des maladies tropicales négligées, TDR | 3.3 |
| | Maladies à prévention vaccinale | • Plan d'action mondiale vaccination, élimination de la rougeole et de la rubéole, nouveaux vaccins | 3.2 ; 3.3 |
| | Éradication de la polio | • Gestion à long terme du risque de poliomyélite et surveillance | 3.3 |
| Maladies non transmissibles | Maladies non transmissibles | • Prévention des facteurs de risque, prise en charge des MNT, politiques et plans multisectoriels | 3.4 |
| | Santé mentale | • Plan d'action santé mentale, continuité des services de santé mentale | 3.4 |
| | | • Désordres causés par l'alcool et l'abus de substances psychoactive | 3.4 |
| | Violence et blessures ou traumatismes | • Prévention blessures chez l'enfant | 4a ; 3.2 |
| | | • Prévention violences chez les femmes, les enfants et les jeunes | 5.2 ; 16.1 ; 16.2 |
| | | • Violences involontaires, sécurité routière | 11.2 |
| Améliorer les indicateurs de santé tout au long de la vie | Santé génésique et santé de la mère, du nouveau-né et de l'adolescent et vieillissement | • Santé maternelle, prénatale et post-partum | 3.1 |
| | | • Santé sexuelle et génésique | 5.6 |
| | Nutrition | • Normes et standards, guides nationaux de nutrition | 2.1 |
| | | • Double fardeau de la nutrition | 2.2 |
| | | • Risques de santé publique liés à l'alimentation | 3.3 ; 3.4 |

| Priorité stratégique | Domaines d'action prioritaires | Produits du douzième PGT et du budget programme 2016-2017 | Cible ODD |
|--|---|--|--------------------------------------|
| | Intégration de la dimension du genre et droits de l'homme | <ul style="list-style-type: none"> Intégration du GED dans les politiques et programmes de santé | 4.5 ; 4a ; 5.2 ; 5.3 ; 5.6 ; 17.18 |
| Renforcement du système de santé | Ressources humaines en santé | <ul style="list-style-type: none"> Les politiques, les financements et les ressources humaines nécessaires | 3.7 ; 3.8 |
| | Financement de la santé | <ul style="list-style-type: none"> Les politiques, les financements et les ressources humaines nécessaires | 3.7 ; 3.8 |
| | Services de santé de qualité centrés sur la personne utilisant des produits essentiels, les nouvelles technologies et un système d'information sanitaire opérationnel | <ul style="list-style-type: none"> L'accès à des médicaments et des technologies sanitaires sûres, efficaces et de qualité | 3.7 ; 3.8 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Système d'information sanitaire et bases factuelles | 16.9 ; 17.18 |
| | Déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé | <ul style="list-style-type: none"> Santé dans toutes les politiques | 1.3 ; 8.5 ; 8.8 ; 10.2 ; 10.7 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Réduction des inégalités en santé | 10.4 ; 11.1 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Risques environnementaux de santé, intégrant l'eau et l'assainissement | 6.1 ; 6.2 ; 11.5 ; 11b ; 11.7 ; 12.5 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Promotion de l'agenda sanitaire dans l'agenda environnementale et de développement durable | 7.1 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Risques environnementaux en lien avec le changement climatique | 13.3 |
| | Réduction du risque lié aux catastrophes | <ul style="list-style-type: none"> Réponse aux situations de crise sanitaire | 3.4 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Réponse aux catastrophes naturelles | 11.5 |
| | Réponse aux épidémies, pandémies crises | <ul style="list-style-type: none"> Préparation pour la réponse aux épidémies et pandémies | 3.3 |
| <ul style="list-style-type: none"> Préparation à la pandémie grippale, plan d'action mondiale sur la résistance aux antimicrobiens. | | 3.4 | |
| Gouvernance de la santé | <ul style="list-style-type: none"> Tous les pays disposent de politiques, stratégies et plans de santé nationaux complets actualisés. | | |
| Équipe de l'OMS performante et orientée vers la | Mettre en place un système d'évaluation de la performance a tous les | <ul style="list-style-type: none"> Une plus grande cohérence de l'action sanitaire mondiale, l'OMS jouant le rôle de chef de file qui permet aux nombreux acteurs différents de | |

| Priorité stratégique | Domaines d'action prioritaires | Produits du douzième PGT et du budget programme 2016-2017 | Cible ODD |
|-----------------------------|---|--|------------------|
| performance | niveaux | contribuer activement et efficacement a la santé de toutes les populations. | |
| | Fonctionnement du CSU : procédures managériales et de gestion | <ul style="list-style-type: none"> • Gestion et administration efficaces et efficientes | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • L'OMS agit de façon responsable et transparente et dispose d'un cadre de gestion des risques et de cadres d'évaluation qui fonctionnent bien. | |
| | Renforcer les partenariats stratégiques et mettre en place un mécanisme efficace de mobilisation de ressources et aligner lesdites ressources sur les priorités | <ul style="list-style-type: none"> • Alignement du financement et de l'allocation des ressources sur les priorités et les besoins sanitaires des États Membres dans un cadre de gestion axé sur les résultats | |
| | Gestion de l'information | <ul style="list-style-type: none"> • Une meilleure compréhension des activités de l'OMS par le public et les parties prenantes. | |
| | Coordination et intégration les programmes grâce à des équipes réactives, solidaires et inclusives | <ul style="list-style-type: none"> • Une plus grande cohérence de l'action sanitaire mondiale, l'OMS jouant un rôle de chef de file permettant aux nombreux acteurs différents de contribuer activement et efficacement a la santé de tous les peuples. | |

5.3.2 Validation des priorités de la SCP3 2016-2019 avec les domaines prioritaires du PNDS 2009-2018

La SCP3 est alignée sur les priorités du Plan national de développement sanitaire, comme l'illustre le tableau ci-après.

Tableau 8. Principaux domaines de la SCP3 2016-2019 selon les priorités du PNDS du Bénin

| Priorités stratégiques de la SCP3 | Domaines Prioritaires de la SCP3 | Domaines prioritaires du PNDS | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-------------------------------|---|---|---|---|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|
| | | Résultats attendus | | | | | Investissements en santé | | | | | | | | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| Maladies transmissibles | VIH/sida, tuberculose, paludisme | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Maladies tropicales négligées | ✓ | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | |
| | Maladies à prévention vaccinale | ✓ | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | |
| | Éradication de la poliomyélite | ✓ | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | |
| Maladies non transmissibles | Maladies non transmissibles | | ✓ | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | |
| | Santé mentale | | ✓ | | | | | | ✓ | ✓ | | | | | | | | | |
| | Violence et blessures ou traumatismes | | ✓ | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | |
| Améliorer des résultats de la santé et de manière à vivre sainement tout au long de la vie | Santé génésique et santé de la mère, du nouveau-né et de l'adolescent et de l'adulte et de l'âge avancé | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | Nutrition | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | Intégration de la dimension du genre et droits de l'homme | ✓ | | | | ✓ | | | | ✓ | | | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | | |
| Renforcement du système de santé | Ressources humaines pour la santé | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Financement de la santé | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Services de santé de qualité | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Déterminants sociaux, économiques et | | | | | | ✓ | | | | | | | | ✓ | | | | |

| Priorités stratégiques de la SCP3 | Domaines Prioritaires de la SCP3 | Domaines prioritaires du PNDS | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------------------|---|---|---|---|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|
| | | Résultats attendus | | | | | Investissements en santé | | | | | | | | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| | environnementaux de la santé | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Réduction du risque lié aux catastrophes. | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | ✓ | |
| | Réponse en cas d'épidémies, de pandémies et de crises | | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | ✓ | |
| | Gouvernance de la santé | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | ✓ | |
| Équipe de l'OMS performante et orientée vers la performance tout au long de la vie | Mettre en place un système d'évaluation de la performance à tous les niveaux | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Fonctionnement du CSU : procédures managériales et de gestion | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Partenariats stratégiques et mobilisation de ressources | | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | ✓ | |
| | Gestion de l'information | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Coordination et intégration les programmes | | | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | |

Notes. Résultats de la prestation de services : 1 – réduction de la mortalité maternelle et infantile ; 2 = valorisation des ressources humaines ; 3 = partenariat et éthique ; 4 = financement du secteur ; 5 = gouvernance du secteur ; - Investissements dans la santé : 1 = hygiène et assainissement de base ; 2 = santé de reproduction ; 3 = lutte contre la maladie ; 4 = développement hospitalier ; 5 = ressources humaines ; 6 = production et développement compétences ; 7 = administration des ressources humaines ; 8 = partenariat ; 9 = éthique et responsabilité médicale ; 10 = financement du secteur ; 11 = assistance médicale aux pauvres et indigents ; 12 = renforcement institutionnel ; 13 = développement des zones sanitaires

5.3.3 Validation de la SCP3 2016-2019 avec les priorités de l'UNDAF 2014-2018

L'alignement de la SCP3 sur les priorités du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF) est indiqué dans le tableau ci-après.

Tableau 9. Principaux domaines de la SCP3 2016-2019 en relation avec les priorités de l'UNDAF

| Priorités stratégiques de la SCP3 | Domaines prioritaires de la SCP3 | Domaines prioritaires de l'UNDAF | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|----------------------------------|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-------------------|-----|--------------------|-----|-------------|-----|-----|-----|-----|-------------------------|-----|-----|
| | | Croissance | | | | Santé | | | Éducation de base | | Protection sociale | | Gouvernance | | | | | Environnement et climat | | |
| | | 1.1 | 1.2 | 1.3 | 1.4 | 2.1 | 2.2 | 2.3 | 3.1 | 3.2 | 4.1 | 4.2 | 5.1 | 5.2 | 5.3 | 5.4 | 5.5 | 6.1 | 6.2 | 6.3 |
| Maladies transmissibles | VIH/sida, tuberculose et paludisme | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | |
| | Maladies tropicales négligées | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | |
| | Maladies à prévention vaccinale | | | | | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | |
| | Éradication de la poliomyélite | | | | | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | |
| Maladies non transmissibles | Maladies non transmissibles | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| | Santé mentale | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | |
| | Violence et blessures ou traumatismes | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | |
| Améliorer les résultats sanitaires de manière à vivre sainement tout au long de la vie | Santé génésique et santé de la mère, du nouveau-né et de l'adolescent et vieillissement | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | | | | |
| | Nutrition | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | ✓ | | | | | | | |
| | Intégration de la dimension du genre et droits de l'homme | | | | | | ✓ | | | | ✓ | ✓ | | ✓ | | | ✓ | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Renforcement du système de santé | Ressources humaines en santé | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Financement de la santé | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Services de santé de qualité | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | |
| | Déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé | | | | | | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | ✓ | ✓ | |

| Priorités stratégiques de la SCP3 | Domaines prioritaires de la SCP3 | Domaines prioritaires de l'UNDAF | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----------------------------------|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-------------------|-----|--------------------|-----|-------------|-----|-----|-----|-----|-------------------------|-----|-----|
| | | Croissance | | | | Santé | | | Éducation de base | | Protection sociale | | Gouvernance | | | | | Environnement et climat | | |
| | | 1.1 | 1.2 | 1.3 | 1.4 | 2.1 | 2.2 | 2.3 | 3.1 | 3.2 | 4.1 | 4.2 | 5.1 | 5.2 | 5.3 | 5.4 | 5.5 | 6.1 | 6.2 | 6.3 |
| | Réduction du risque lié aux catastrophes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ✓ |
| | Réponse en cas d'épidémies, de pandémies et de crises | | | | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | |
| | Gouvernance de la santé | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | ✓ | | |
| Équipe de l'OMS performante et orientée vers la performance tout au long de la vie | Mettre en place un système d'évaluation de la performance a tous les niveaux | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | ✓ | | |
| | Fonctionnement du CSU : procédures managériales et de gestion | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Partenariats stratégiques et mobilisation des ressources | | | | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | ✓ |
| | Gestion de l'information | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Coordination et intégration les programmes | | | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ |

Notes. Résultats de l'UNDAF : 1.1 = emploi et entrepreneuriat ; 1.2 = microentreprises ; 1.3 = production agropastorale ; 1.4 = sécurité alimentaire ; 2.1 = interventions hautement efficaces ; 2.2 = offre des services de santé ; 2.3 = comportements favorables à santé ; 3.1 = éducation ; 3.2 = éducation des groupes marginalisés ; 4.1= lois et protection des droits ; 4.2 = prévention des abus, des violences ; 5.1= réformes administratives, économiques et institutionnelles ; 5.2 = planification, de programmation, suivi-évaluation des politiques ; 5.3= prérogatives constitutionnelles ; 5.4= processus électoraux ; 5.5= l'accès des populations vulnérables à la justice ; 6.1= ressources naturelles, énergétiques ; 6.2= protection gestion durable écosystèmes ; 6.3= résilience face aux changements climatiques.

Section 6. Mise en œuvre du programme stratégique : implications pour le Secrétariat

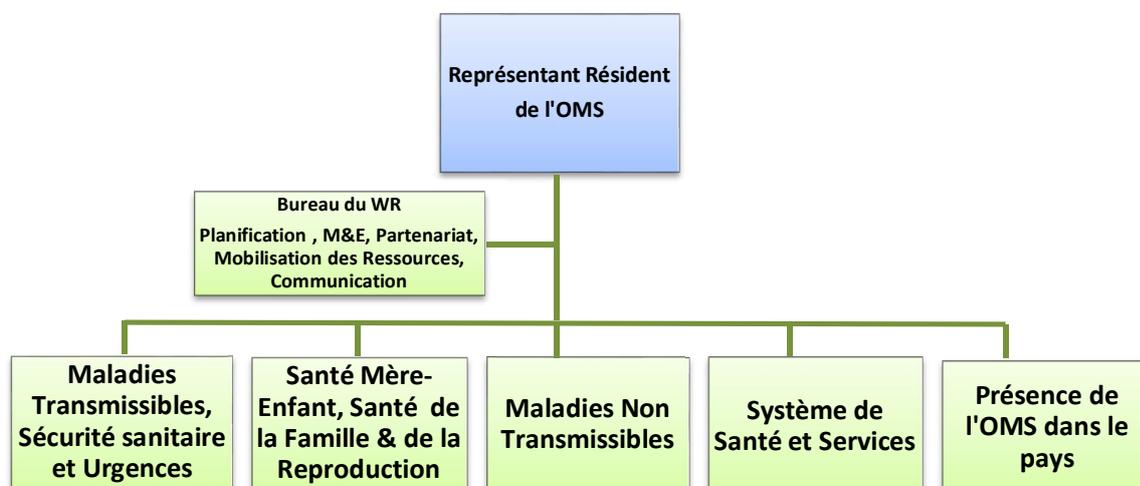
6.1. Rôle de la Représentation de l'OMS dans la mise en œuvre du programme stratégique

En qualité de conseiller politique et technique du gouvernement, le bureau de pays de l'OMS au Bénin ne ménagera aucun effort pour la mobilisation des partenaires techniques et financiers en vue de la mise en œuvre du PNDS et des plans subséquents qui en découlent. La Représentation de l'OMS exercera le mandat de l'Organisation selon ses fonctions essentielles en s'appuyant sur le douzième programme général de travail. Elle s'attèlera à :

- faciliter la mobilisation de l'ensemble des partenaires au développement sanitaire autour du PNDS pour soutenir sa mise en œuvre de la politique nationale de santé ;
- jouer pleinement son rôle de chef de file des partenaires techniques et financiers en ce qui concerne l'élaboration des politiques et stratégies et la planification des réponses à apporter aux situations d'urgences et catastrophes dans le pays sur le plan de la santé publique ;
- apporter son appui au développement des normes et standards applicables dans le secteur de la santé au Bénin,
- apporter son appui technique au renforcement des capacités afin d'assurer un changement durable et d'inverser les tendances actuelles ;
- soutenir le plan stratégique du SNIGS et la recherche en santé en vue de la production des informations fiables nécessaires à la prise de décision ; et
- soutenir l'évaluation des politiques et des stratégies mises en œuvre à travers les revues conjointes périodiques des plans triennaux et annuels.

La structure de l'organisation du bureau de pays est conçue de manière à faciliter la mise en œuvre de l'agenda stratégique et est alignée sur l'organigramme du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique afin d'obtenir le maximum d'appui technique du niveau régional et interpays, comme l'illustre la figure ci-après.

Figure°5. Organigramme du Bureau de la représentation de l'OMS au Bénin



Le Représentant de l’OMS (WR) assume la coordination et la responsabilité des activités du bureau de l’OMS au Bénin pour la mise en œuvre de l’agenda stratégique en s’appuyant sur les priorités stratégiques, les domaines d’action prioritaires et la détermination des résultats à atteindre.

Le bureau de pays collabore étroitement avec les autres niveaux de l’Organisation (l’équipe d’appui interpays, le Bureau régional et le Siège) et reçoit leur appui multiforme en fonction des besoins du pays et en complément de l’expertise dont il dispose.

La mise en œuvre de la présente SCP intervient dans le contexte et l’esprit des objectifs de développement durable. Pour ce faire, l’OMS ajustera ses actions pour proposer des stratégies novatrices s’articulant essentiellement autour des aspects suivants :

- la collaboration accrue avec les acteurs non étatiques, y compris le secteur privé ;
- la collaboration accrue avec des secteurs autres que la santé (agriculture, éducation, industrie et commerce, entre autres) afin d’influencer l’action sur les déterminants socioéconomiques de la santé ;
- le plaidoyer en faveur de la gouvernance sanitaire en intégrant la santé dans toutes les politiques et dans tous les programmes sectoriels ;
- un accent particulier sur l’amélioration de la qualité des services (accessibilité, décentralisation, échelonnement) et des soins (rationalisation, intégration, continuité, globalité) pour soutenir la marche vers la couverture sanitaire universelle ;
- la mise en place d’un système de suivi pour apprécier les progrès réalisés en direction de la couverture sanitaire universelle et, surtout, pour mesurer la qualité des services et des soins.

6.2. Utilisation de la SCP3 2016-2019

La SCP fera l’objet d’une large diffusion chez les partenaires gouvernementaux et chez les partenaires techniques et financiers du pays pour que son contenu soit bien compris de tous.

Sur base des domaines prioritaires et des approches stratégiques, l’équipe de l’OMS s’attèlera, en collaboration avec le ministère de la Santé, à définir les principales réalisations et produits à atteindre pour répondre aux défis auxquels le pays est confronté. Ces réalisations et produits attendus serviront de base pour l’élaboration des plans d’action biennaux et l’évaluation de la performance de l’équipe.

6.3. Suivi et évaluation de la SCP3 2016-2019

Le processus de suivi et d’évaluation de la Stratégie de Coopération s’efforcera de montrer les résultats atteints en termes de changement apportés sur la période de mise en œuvre de la stratégie en ayant comme base les plans de travail biennaux. Les leçons apprises serviront à l’élaboration et à la budgétisation de plans biennaux subséquents. Ainsi, les plans biennaux seront mis en œuvre, suivis et évalués sur les plans opérationnel et stratégique, selon les principes de base que sont l’efficacité, l’équité et l’efficience, et conformément aux procédures de gestion de l’OMS.

Une revue à mi-parcours de la SCP3 sera effectuée pour apprécier les progrès accomplis, ainsi que les difficultés rencontrées et pour réajuster les approches stratégiques en fonction de l'évolution du contexte national et des problèmes rencontrés dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

Une revue finale est prévue pour évaluer les résultats engrangés et la contribution de l'OMS à la mise en œuvre du programme national d'action sanitaire. La revue finale analysera également la pertinence des priorités stratégiques et leur alignement sur le Plan national de développement sanitaire, l'utilisation de la SCP pour la planification opérationnelle et le travail quotidien de l'OMS, la cohérence entre la SCP et l'UNDAF et l'analyse de la coopération de l'OMS avec les partenaires.

Les différents niveaux de suivi et d'évaluation se centreront surtout sur l'analyse sur la base des domaines prioritaires et des approches stratégiques, des principales réalisations et des produits – élaborés conjointement avec le ministère de la Santé – que l'on doit atteindre pour répondre aux défis sanitaires du pays. Ces réalisations et produits attendus servent de base à l'élaboration des plans d'action biennaux et à l'évaluation de la performance de l'équipe.

| Domaine | Produits et réalisations | Réalisés | En cours | Non réalisés |
|----------------|---------------------------------|-----------------|-----------------|---------------------|
| | | | | |

Annexes

Annexe 10. Indicateurs de base du Bénin

| Région de l'OMS | Bénin |
|--|------------------|
| Groupe de revenu selon la classification de la Banque mondiale | |
| INDICATEURS DE SANTÉ ACTUELS | |
| Population totale en milliers (2016) | 10 008 749 |
| Ratio de la population de moins de 15 ans (2016) | 46,74 % |
| Ratio de la population de plus de 60 ans (année) | 4,4 % |
| Espérance de vie à la naissance (année) : totale (hommes, femmes) | 63,84 ans |
| Taux de mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes (année) | 68,1 |
| Taux de mortalité chez les moins de cinq ans pour 1000 naissances vivantes (année) | 106,3 |
| Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes (année) | 335,3 |
| Taux de couverture vaccinale par le DTC3 chez les enfants âgés de 1 an (Revue externe du PEV 2014) | 62 % |
| Pourcentage d'enfants compétemment vaccinés (Revue externe du PEV 2014) | 35 % |
| Proportion des accouchements (dans une institution de soins) effectués en présence d'agents de santé qualifiés (année) | 87,9 % |
| Nombre de médecins pour 1000 habitants (année) | 0,16 |
| Nombre d'infirmières et de sages-femmes pour 1000 habitants (année) | 0,63 |
| Total des dépenses en santé en pourcentage du PIB (année) | 4,59 % |
| Dépenses publiques générales pour la santé en pourcentage du total des dépenses publiques (année) | ND |
| Taux de croissance du PIB estimé en 2015 : (source : DGAE/MEFPD, 2015) | 5,2 % |
| Dépenses publiques courantes de santé en proportion des dépenses totales de santé | 23,98 % |
| Dépenses privées en santé en proportion des dépenses totales de santé (année) | ND |
| Taux (%) d'alphabétisation chez les adultes (15 ans et +) (année) | 43,1 % |
| Population utilisant une source d'eau potable améliorée (année) | 58 % |
| Population utilisant des installations d'assainissement améliorées (année) | 40,3 % |
| Indice de pauvreté humaine (IPH 2015) | 36,6 |
| Incidence de pauvreté monétaire (2015) | 40,3 |
| Rang selon l'Indice de développement humain : 166 ^e en 2014 | 0,48 |
| Rang selon l'indicateur sexospécifique du développement humain, sur 148 pays (année) | ND |
| Rang selon l'indicateur du développement humain, sur 196 pays (2014) | 166 ^e |

Annexe 11. Principaux domaines d'intervention selon les partenaires du secteur

| Principaux domaines d'intervention selon les partenaires | |
|--|--|
| Domaine intervention | Partenaires |
| Appui institutionnel et planification du développement des zones sanitaires | UNICEF ; OMS ; UE ; Coopération belge ; Coopération chinoise ; Coopération française (AFD) ; Banque islamique de développement |
| Réduction de la mortalité maternelle et infantile ; malnutrition | UNICEF ; Coopération suisse ; Coopération française (AFD) ; Banque mondiale ; UNFPA, USAID, GAVI, OMS |
| Renforcement du système de santé | OMS ; UNICEF ; GAVI ; Fonds mondial ; Banque mondiale ; Banque africaine de développement |
| Santé génésique, planification et prévention ; transmission des IST ou du VIH/sida | UNFPA ; OMS ; USAID ; UNICEF ; ONUSIDA ; Coopération française (AFD), Fonds mondial |
| Eau, hygiène et assainissement | Coopération allemande (GTZ) ; Coopération danoise |
| Ressources humaines et offre des soins et services de santé | OMS ; CTB ; APEFE ; Coopération japonaise (JICA) |
| Interventions à base communautaire | UNFPA ; UNICEF ; Banque africaine de développement ; Coopération suisse ; Fondation Raoul ; Terre des Hommes ; Plan Bénin ; Catholic Relief Services |
| Financement de la santé, RAMU et mutuelles de santé | OMS ; Coopération suisse ; Banque africaine de développement |
| Lutte contre la maladie, vaccination | OMS ; UNICEF ; GAVI ; Coopération japonaise, Banque africaine de développement, USAID, Coopération française. |

Annexe 12. Structure du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement

| Les six effets définis par l'UNDAF | Produits | Structures de mise œuvre |
|---|--|--|
| Priorités et objectifs nationaux pour le développement : accélération durable de la croissance et de la transformation de l'économie et renforcement du capital humain | | |
| Effet 1. D'ici à fin 2018, les populations rurales et périurbaines, notamment les jeunes et les femmes dans les communes d'intervention accroissent leur revenu et améliorent leur sécurité alimentaire | Produit 1.1. Les jeunes et les femmes ont davantage de capacités, compétences et facilités d'installation pour l'auto-emploi et l'entrepreneuriat agricole la mise en œuvre de micro-, petites et moyennes entreprises en milieu rural et péri-urbain | MAEP, PNUD, MCMEJF, MEF, BIT, FAO, ONUDI, UNICEF, UNFPA, ONUSIDA, PAM, UNCDF |
| | Produit 1.2. Le gouvernement, les collectivités locales et les OSC mettent en place un environnement propice à l'émergence et au développement du secteur de la micro finance, de la microentreprise et PME/PMI et à la création d'emplois | |
| | Produit 1.3. Les institutions nationales et locales, les populations pauvres et les groupes vulnérables disposent de capacités accrues pour améliorer la production agricole, pastorale et halieutique et pour accéder aux sources de financement appropriées | |
| | Produit 1.4. Les populations pauvres et les groupes vulnérables disposent de capacités accrues (filets de protection sociale ; transfert des revenus, techniques et technologies appropriés) pour assurer leur sécurité alimentaire et accéder au marché | |
| Priorités et objectifs nationaux pour le développement : renforcement du capital humain | | |
| Effet 2. D'ici à fin 2018, les enfants de moins de 5 ans, les adolescents, les femmes en âge de procréer et ceux et celles en situation de crise ont accès et utilisent de façon équitable les interventions hautement efficaces de qualité en santé, y compris la nutrition, la planification familiale, le VIH, les MNT, l'assainissement de base et les communautés adoptent des pratiques favorables à la santé dans les communes d'intervention | Produit 2.1. Les institutions et les acteurs des niveaux national et départemental, zones sanitaires et des collectivités locales ont des capacités accrues pour la planification, la coordination et le suivi de la mise en œuvre des paquets d'intervention hautement efficaces de qualité | OMS ; Min de l'Eau, MEHU, MAEP, Famille, Communes, UNICEF, UNFPA, PAM, ONUSIDA, UNCDF |
| | Produit 2.2. Les zones sanitaires retenues ont la capacité d'offrir les paquets d'interventions hautement efficaces de qualité, y compris la nutrition, la planification familiale, le VIH, les MNT et l'assainissement de base. | |
| | Produit 2.3. Les communautés des communes d'intervention ont des capacités accrues pour l'adoption des comportements favorables à la santé | |
| Priorités et objectifs nationaux pour le développement : renforcement du capital humain | | |
| Effet 3. D'ici à fin 2018, les filles et les garçons de 3 à 17 ans dans les communes d'intervention, notamment les enfants les plus défavorisés, ont accès à une éducation de base de qualité et acquièrent un niveau de compétence leur évitant le retour à l'analphabétisme. | Produit 3.1. Les acteurs du système éducatif aux niveaux central, déconcentré et décentralisé ont des capacités accrues pour la planification, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des politiques et stratégies de développement du secteur éducation, y compris les situations d'urgence. | MEMF, UNICEF, Min de l'enseignement secondaires, Famille, Communes, PAM, UNFPA, UNESCO, ONUSIDA, UNCDF |
| | Produit 3.2. Le gouvernement au niveau central et déconcentré et les acteurs (y compris les associations des parents d'élèves) de l'éducation des communes d'intervention ont des capacités accrues pour assurer l'accès, le maintien et les performances scolaires des enfants notamment des groupes marginalisés. | |
| Priorités et objectifs nationaux pour le développement : renforcement du capital humain et promotion de la qualité de la gouvernance | | |
| Effet 4. D'ici à fin 2018, les enfants et les femmes, notamment les plus vulnérables, ont accès et utilisent davantage les services de protection contre les abus, les violences et l'exploitation, et les communautés adoptent des pratiques sociales conformes aux droits humains dans les communes d'interventions. | Produit 4.1. Les acteurs institutionnels des communes d'intervention sont plus aptes à offrir les services, de prise en charge des victimes de protection de qualité et à mettre en œuvre les lois et politiques existantes en matière de protection des droits. | Min Famille, UNFPA, Min Justice, MDAEP, MS, Communes, UNICEF, PNUD, ONUSIDA, UNHCR, OMS |
| | Produit 4.2. Les populations des communes d'intervention sont plus aptes à utiliser les services de protection et à participer à la prévention des abus, des violences et de l'exploitation des plus vulnérables | |

| Les six effets définis par l'UNDAF | Produits | Structures de mise œuvre |
|--|--|--|
| <p>Effet 5. D'ici à fin 2018, les institutions nationales et locales appliquent davantage les bonnes pratiques et principes de gouvernance inclusive, transparente et redevable.</p> | <p>Produit 5.1. Le gouvernement et les communes d'intervention disposent de capacités accrues pour conduire les réformes administratives, économiques et institutionnelles et pour mettre en œuvre des politiques et programmes de développement.</p> | <p>MRAI, PNUD, Assemblée nationale, Primature, MDGLAAT, Min Justice, MTFP, MDAEP, MEF, Communes, FAO, UNCDF, UNICEF, UNFPA, ONUSIDA, UNHCR</p> |
| | <p>Produit 5.2. Les processus et les capacités nationaux, locaux et sectoriels de planification, programmation budgétisation, suivi-évaluation et de gestion macro-économique sont renforcés.</p> | |
| | <p>Produit 5.3. L'assemblée nationale et les autres institutions de l'Etat disposent de capacités nécessaires pour mieux assurer leurs prérogatives constitutionnelles.</p> | |
| | <p>Produit 5.4. Les institutions, les OSC et les médias disposent davantage de capacités pour participer au processus de développement inclusif et pour mieux conduire les processus électoraux</p> | |
| | <p>Produit 5.5. Les acteurs clés de la justice dans les communes d'intervention sont aptes à mettre en œuvre les procédures et mécanismes appropriés facilitant l'accès des populations vulnérables à la justice.</p> | |
| <p>Priorités et objectifs nationaux pour le développement: Développement équilibré et durable de l'espace nationale</p> | | |
| <p>Effet 6. D'ici à fin 2018, les institutions et les populations des communes d'intervention assurent une meilleure gestion de l'environnement, des ressources naturelles et énergétiques, du cadre de vie, ainsi que des conséquences des changements climatiques, des crises et catastrophes naturelles.</p> | <p>Produit 6.1. Les institutions et les populations sont outillées pour mieux gérer les ressources naturelles, énergétiques et le cadre de vie.</p> | <p>MEHU, PNUD, MIPC, MAEP, Min Eau, MTP, Communes, FAO, PNUE, FEM, UNCDF, UNICEF, UNFPA, FIDA, PAM, OCHA, UNHCR, ONUSIDA, ONU-HABITAT, AIEA, ONUDI</p> |

UNDAF au Bénin : Six groupes d'effets et produits.