

Enquête sur la collecte des données dans le secteur de la santé

Rapport de Pays République du Bénin

Octobre 2012

Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA)

KRI International Corp.

TAC International Inc.

HM
JR
12-108

Enquête sur la collecte des données dans le secteur de la santé

Rapport de Pays République du Bénin

Octobre 2012

Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA)

KRI International Corp.

TAC International Inc.

Le taux de change

1 dollar US = 79,45 yens

1 FCFA = 0,153 yens

(Le taux de change de la JICA en Juillet 2012)

Ce rapport a été préparé pour soutenir le fonctionnement de la JICA dans les pays, en matière de santé par la programmation stratégique. Le contenu, cependant, pourrait avoir besoin d'être complété avec des informations plus récentes et plus détaillées de la part des lecteurs, étant donné que ce rapport est principalement basé sur une étude documentaire et non sur une étude de terrain, à l'exception de certains pays.

Préface

Contexte

La situation actuelle autour du secteur de la santé dans les pays en développement a évolué surtout après l'entrée dans le 21^{ème} siècle. Sur la base des recommandations du concept de "Macroéconomie et Santé"¹, l'aide au développement pour la santé a considérablement augmenté afin accélérer les efforts pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) d'ici 2015. L'aide au développement pour la santé a fortement augmenté, passant de 10,9 à 21,8 milliards de dollars américains en 2007². En outre l'aide au développement a été harmonisée par le cadre commun élaboré au cours des trois forums de haut niveau qui se sont déroulés consécutivement à Rome (2003), à Paris (2005) et à Accra (2008).

Indépendamment de ces changements d'environnement, favorables pour le secteur de la santé dans les pays en développement, les résultats ne semblent toujours pas atteindre le niveau escompté dans bon nombre d'entre eux. De nombreux pays en développement en particulier les pays de l'Afrique sub-saharienne ne pourront pas réaliser certains de leurs OMD 4 (Réduire la mortalité infantile), 5 (Améliorer la santé maternelle) et 6 (Combattre le VIH / sida, le paludisme et d'autres maladies) d'ici à 2015. Par conséquent, quand bien même que mobiliser d'avantage d'argent pour la santé est cruciale pour les pays à faible revenu qui cherchent à se rapprocher de la couverture universelle³; de «Plus d' Argent pour la Santé⁴», il est tout aussi important d'obtenir des gains substantiels pour la santé à partir des ressources disponibles; de «Plus d' Argent pour la Santé⁵». L'efficacité est une mesure de la qualité et/ou de la quantité de la production des services pour un niveau donné d'intrants, et améliorer l'efficacité doit également être considéré comme un moyen d'étendre la couverture pour le même coût et l'amélioration des résultats de santé.

Considérant cette situation autour du secteur de la santé dans les pays en développement, la JICA dans un mouvement récent de changement de ses activités relatives à son aide au développement, travaille depuis sur la base des travaux d'analyse situationnels des pays. Cela consiste à une étude analytique au niveau global et à l'ensemble des secteurs visant à clarifier l'orientation de l'aide de la JICA dans chaque pays par la recherche portant sur les domaines de préoccupation prioritaires et sur la cartographie de l'aide. Le but de l'Enquête sur la collecte des données dans le secteur de la santé est de contribuer aux efforts des travaux d'analyse de la JICA. Dans le passé, les efforts d'analyses de la JICA étaient concentrés sur l'objectif de planification des projets, avec comme conséquence, les informations recueillies dans ce genre de travaux d'analyse étaient naturellement limitées qu'à ces projets particuliers. Par conséquent, il apparaît donc important pour la JICA de procéder à un examen critique de base du secteur de la santé des pays dans le but de recueillir des renseignements complets et d'analyser le secteur de la santé dans son ensemble afin de mieux comprendre la situation sanitaire du pays et identifier les problèmes et questions prioritaires du système de santé à aborder.

¹ L'OMS annonçait "Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development" en Décembre, 2000. Ceci considère la santé comme étant un droit humain intrinsèque ainsi qu'un point de départ centrale pour la réduction de la pauvreté et pour le développement socio-économique, et le processus contribue à placer la santé au centre du plus vaste agenda de développement des pays.

² Ravishankar N., Gubbins P. Cooley J.R., et. al; June 2009; Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007; the Lancet 373:2113-2132.

³ Selon l'OMS, la couverture universelle se définit comme veiller à ce que toutes les personnes aient accès aux services nécessaires de promotion de la santé, de santé préventives, curatives et de réadaptation, de qualité suffisante pour être efficace, tout en veillant à ce que l'utilisation de ces services n'expose pas l'utilisateur à des difficultés financières. (http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/index.html)

⁴ Dans le Rapport sur la Santé Mondiale 2010 (OMS), le rapport la préconise avec les trois suggestions concrètes suivantes comme exigences: 1) Accroître l'efficacité du recouvrement des recettes, 2) Revoir les priorités des budgets publics, et 3) Avoir les financements innovants. Comme quatrième suggestion, il préconise d'accroître l'aide au développement et la faire fonctionner au mieux pour la santé.

⁵ Le Rapport sur la Santé Mondiale 2010 suggère aussi que les besoins d'amélioration de l'efficacité dans les systèmes de santé et l'élimination de l'inefficacité / déchets va permettre aux pays pauvres d'améliorer la disponibilité et la qualité des services.

Les objectifs de l'étude

La clé d'une formulation d'un bon projet est d'avoir effectué des examens critiques approfondis du secteur. De bons examens critiques du secteur et des analyses de qualités nous aident à comprendre la situation sanitaire et ses déterminants ainsi que la capacité d'exécution des projets de santé dans les pays. Ils nous aident aussi à contribuer aux pays en identifiant les projets réalisables dans le contexte des priorités et en élaborant des politiques nécessaires et la planification stratégique pour les prestations de services de santé. Il est également nécessaire de mener ces genres d'études portant sur l'examen critique du secteur de la santé de manière régulière afin de développer et mettre en œuvre des projets de santé efficaces et efficients. Sur la base de cette pensée, la JICA a décidé de mener des études d'examens critiques sectoriels de 23 pays sélectionnés. Les objectifs des examens critiques sectoriels sont de donner des recommandations à la JICA sur l'orientation de son aide pour le secteur de la santé dans chaque pays et d'améliorer les approches stratégiques et l'efficacité de la coopération de l'aide.

La structure du rapport

Le rapport de l'enquête sur la collecte des données dans le secteur de la santé est composé de 7 chapitres. Le chapitre 1 est le résumé de la situation socio-économique de chaque pays. Le chapitre 2 est une analyse de la politique nationale de santé, les approches stratégiques et les plans. Le chapitre 3 décrit la situation sanitaire de chaque pays pour montrer les problèmes de santé prioritaires en utilisant des informations sanitaires et les données. Le chapitre 4 est une analyse de la fonction de prestation de services de santé de chaque pays et le chapitre 5 est une analyse d'autres fonctions du système de santé du pays à savoir: les ressources humaines pour la santé, les systèmes d'information sanitaires, les produits médicaux essentiels et les technologies, y compris les établissements de santé, le financement de la santé, le leadership et la gouvernance. Le chapitre 6 est une analyse de l'assistance et de la coopération des partenaires au développement. Basé sur les analyses ci-dessus, le chapitre 7 porte sur les recommandations à la JICA sur les domaines stratégiques de coopération et de ses approches.

Sigles, Acronymes et Abréviations

AFD	Agence Française de Développement
ART	Traitement Antirétroviral
ARV	Antirétroviral
BAD	Banque africaine de développement
CAME	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels
CASES	Centre d'Action de Solidarité pour l'Évolution de la Santé
CCC	Communication pour le Changement de Comportements
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CDT	Centre de Détection de la Tuberculose
CDTUB	Centre de Dépistage et de Traitement de l'Ulcère de Buruli
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CIPEC	Centre d'Information de Prospection et de Conseil
CNHU	Centre National Hospitalier et Universitaire
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
CPN	Consultation Périnatale
CS	Comité de Santé
CTA	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
DDS	Directions Départementales de la Santé
DOTS	Traitement de brève durée sous surveillance directe
DPP	Direction de la Programmation et de la Prospective
EDSB	Enquête Démographique et de Santé au Bénin
EEZS	Équipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
FMI	Fonds Monétaire International
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
HOMEL	Hôpital de la Mère et de l'Enfant - Lagune
HZ	Hôpital de Zone
IEC	Information, Éducation et Communication
IHP+	Partenariat international pour la santé
IMC	Indice de Masse Corporelle
INMES	Institut National Médico-Social
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
JICA	Agence Japonaise de Coopération Internationale
MII	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide
MILDA	Moustiquaires Imprégnées à Long Durée d'Action
MNT	Maladies Non Transmissibles

OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
OSD	Orientations Stratégiques de Développement
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PIHI	Paquet d'Interventions à Haut Impact
PMI	President's Malaria Initiative
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PTD	Plan Triennal de Développement
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
SCRP	Stratégie de Croissance de Réduction de la Pauvreté
SGSI	Service de Gestion du Système d'Information
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SNIGS	Système National d'Information et de Gestion Sanitaires
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complètes
SRO	Sels de Réhydratation par voie Orale
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TRO	Thérapie de Réhydratation par voie Orale
UNDP	United Nations Development Programme
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine
ZS	Zone Sanitaire



Source : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et Macro International Inc. (2007) Enquête Démographique et de Santé (EDSB-III) Bénin 2006. [1]

Carte de la République du Bénin

Résumé

1. Le Bénin a abandonné la doctrine marxiste-léniniste en 1989 et pris le nom officiel de République du Bénin en 1990. Sur le front financier, afin de sortir de la situation de banqueroute totale dans laquelle le pays se trouvait depuis les années 80 et se redresser, le Bénin a accepté les programmes d'ajustement structurel imposés par la Banque mondiale / Fonds monétaire international (FMI), et étant parvenu à son point d'achèvement dans le cadre de l'Initiative renforcée en faveur des pays pauvres très endettés (initiative PPTE) en mars 2003, l'allègement de sa dette extérieure d'un montant de 460 millions de dollars a alors été approuvé. Le Bénin fait partie des pays d'Afrique de l'Ouest qui inspirent à créer un État stable encourageant et préservant la démocratie, mais la diversification de ses industries est au point mort.
2. Sur la base d'une vision à long terme inscrite dans le cadre «Bénin-Alafia 2025» et des Orientations Stratégiques de Développement (OSD), le gouvernement béninois a formulé la «Stratégie de Croissance de Réduction de la Pauvreté (SCR) 2011-2015» dans le but d'améliorer le niveau de vie des Béninois. Cette stratégie inclut le secteur de la santé, pour lequel l'objectif est «l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité de services de santé». Le programme de développement du secteur de la santé en vigueur est le «Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018». Celui-ci vise le renforcement des partenariats dans le secteur de la santé et l'amélioration de l'éthique médicale, ainsi que l'amélioration des mécanismes financiers et le renforcement de la gestion du secteur de la santé pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile, l'amélioration du contrôle des maladies et de la qualité des traitements, l'utilisation des ressources humaines. Par ailleurs, le « Plan Triennal de Développement 2010-2012 » a été élaboré en tant que plan d'exécution du plan national mentionné ci-dessus, et le Paquet d'Interventions à Haut Impact (PIHI) a été établi dans le but de réduire le taux de mortalité maternelle et des enfants de moins de 5 ans.
3. Les maladies infectieuses, l'état pathologique se manifestant pendant la période de grossesse / période périnatale et les conditions nutritionnelles sont les grands responsables des décès, estimés à 61% du total. Le fardeau associé à des maladies transmissibles est élevé, et les efforts entrepris dans le but de réaliser les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), qui visent l'amélioration des mesures de lutte contre les maladies infectieuses, telles que le paludisme, et de la santé maternelle et infantile sont importants. Bien que le paludisme soit la première cause des décès et des affections, aucune amélioration notable n'a été observée depuis les années 90. Le taux de prévalence du VIH présumé parmi les adultes (15-49 ans) en 2010 était de 1,7%. Ce chiffre, supérieur au 1%, fait du Bénin un pays au stade de l'épidémie généralisée. Le taux de prévalence est plus élevé chez les femmes que chez les hommes, et dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Le fardeau associé aux maladies tropicales négligées, notamment l'ulcère de Buruli, une autre maladie infectieuse, augmente également. Les maladies non transmissibles sont responsables de 33% du total des décès, et il est estimé que plus d'un (1) décès d'enfant sur trois (3) est lié à la malnutrition.
4. Afin de développer au niveau national le PIHI en tant que mesure favorisant la santé maternelle et infantile, l'introduction / la mise en œuvre du PIHI est planifiée par étape. Les consultations prénatales, les accouchements délivrés par du personnel de santé qualifié, et l'allaitement complet sont supérieurs à la moyenne en Afrique subsaharienne, mais la prévalence de la contraception et le taux de vaccination contre

la rougeole sont faibles. Les normes des soins obstétricaux et néonataux d'urgence ne sont pas satisfaites, les établissements proposant des services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base sont peu nombreux, et leur distribution régionale inégale pose problème en termes d'accès. En ce qui concerne les mesures de lutte contre le paludisme, la principale maladie qui sévit au Bénin, le taux de possession et d'utilisation de moustiquaires s'améliore considérablement, et des efforts sont entrepris pour atteindre la couverture universelle, que ce soit au niveau de la prévention, du diagnostic et du traitement. Toutefois, des efforts supplémentaires s'imposent notamment dans la mise en œuvre du traitement préventif intermittent (TPI) pour la femme enceinte, des diagnostics parasitologiques pour tous les cas présumés de paludisme et de la combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (CTA) sur la base des résultats de diagnostics. Les mesures de lutte contre le VIH progressent, comme l'illustre par l'exemple du fait que le nombre d'examens du VIH et le nombre de personnes qui suivent un traitement antirétroviral (ART) soient en augmentation. Toutefois, de nombreux problèmes persistent, notamment la faiblesse de la chaîne logistique des médicaments et du matériel médical, le transfert des ressources humaines dans les établissements de traitement, la décentralisation des traitements des personnes séropositives au VIH, etc. En ce qui concerne les maladies non transmissibles, les connaissances des personnels de la santé sont insuffisantes, et la sensibilisation du public est également inadéquate.

5. Le nombre de médecins, d'infirmières et de sages-femmes sont tous inférieurs à la moyenne régionale en Afrique subsaharienne. L'écart entre les zones urbaines et les zones rurales est également important, et le personnel médical a tendance à se concentrer dans les villes. La formation des ressources dans le secteur de la santé est assurée par des organismes dépendant du Ministère de l'Enseignement Secondaire et du Ministère de l'Enseignement technique et de la Formation professionnelle, mais il y a une pénurie du nombre du personnel enseignant et les étudiants ne bénéficient pas du soutien nécessaire. En ce qui concerne le budget consacré à la santé, un tiers de celui-ci est assuré par des aides et financements de partenaires, mais la part à la charge des utilisateurs, à savoir les Béninois eux-mêmes, reste élevée. Par ailleurs, la part des dépenses consacrées au secteur de la santé dans le budget national ne progresse pas, et demeure très éloignée du seuil des 15% proposé par la Déclaration d'Abuja. Un Système National d'Information et de Gestion Sanitaires a été introduit, et des données par type d'activités sont collectées régulièrement, mais le problème qui se pose est notamment le peu de données du secteur privé. Le taux de couverture des établissements de santé a augmenté, mais les écarts entre les régions sont importants. L'approvisionnement, l'achat, le stockage et la livraison des médicaments dans le secteur public sont réalisés par la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels, et leur prix est contrôlé et maintenu en-dessous de celui des médicaments dans le secteur privé.
6. L'adhésion au Partenariat international pour la santé (IHP+), signifie une participation aux activités de groupe des partenaires bilatéraux et multilatéraux sur des thèmes particuliers de la santé, et une mise en œuvre plus efficace des aides. L'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, des nouveau-nés, et des jeunes, ainsi que la santé de la reproduction étaient la tendance principale, mais le renforcement du système de la santé et l'amélioration des performances des établissements sanitaires bénéficient également de la mise en œuvre d'aides. Le Japon a développé une aide, le «Programme de Santé de la Mère et de l'Enfant» sous une forme coordonnant organiquement les différents mécanismes de coopération, auquel

l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant - Lagune (HOMEL), un grand hôpital de référence dans le secteur de la santé de la mère et de l'enfant, sert de base dans le but d'améliorer les soins aux femmes enceintes, mères allaitantes et aux nouveau-nés dans les départements de l'Atlantique et du Littoral.

7. La santé maternelle et infantile reste une question prioritaire également à l'avenir dans le secteur de la santé au Bénin, et il est estimé qu'il est nécessaire de continuer l'aide initiée visant à l'amélioration des services de la santé maternelle et infantile s'appuyant sur la coopération dont a bénéficié jusqu'à présent l'HOMEL. Le fait de mettre en œuvre une aide visant l'établissement et la généralisation des effets de l'aide du Japon apportée jusqu'à présent dans le secteur de la santé maternelle et infantile, ainsi que de poursuivre celle-ci de concert avec les Directions concernées du Ministère de la Santé et les autres partenaires, afin de refléter les différentes activités de la santé maternelle et infantile sur le plan national, est tout à fait souhaitable.

Enquête sur la collecte des données dans le secteur de la santé

Rapport de Pays

République du Bénin

Table des matières

Préface

Carte de la République du Bénin

Sigles, Acronymes et Abréviations

Résumé

Chapitre 1	Contexte général	1-1
Chapitre 2	Politique de développement.....	2-1
2.1	Politique nationale de développement.....	2-1
2.2	Plan national de développement dans le secteur de la santé	2-1
Chapitre 3	État de santé de la population	3-1
3.1	Profil épidémiologique.....	3-1
3.2	Situation de la santé de la mère et de l'enfant.....	3-2
3.2.1	Santé maternelle.....	3-2
3.2.2	Santé de l'enfant	3-2
3.3	Maladies transmissibles.....	3-3
3.3.1	Paludisme.....	3-3
3.3.2	VIH/Sida.....	3-4
3.3.3	Tuberculose.....	3-5
3.3.4	Maladies tropicales négligées	3-6
3.4	État nutritionnel.....	3-7
3.5	Maladies non transmissibles.....	3-9
Chapitre 4	Prestation des services	4-1
4.1	Organisation du système de santé.....	4-1
4.2	Services de la santé de la mère et de l'enfant.....	4-1
4.2.1	Politique et stratégies.....	4-1
4.2.2	Situation des services de la santé de la mère et de l'enfant	4-2
4.2.3	Service de la santé maternelle.....	4-3
4.2.4	Services de la santé de l'enfant.....	4-5
4.3	La lutte contre les maladies transmissibles	4-6
4.3.1	La lutte contre le paludisme.....	4-6
4.3.2	La lutte contre le VIH/Sida.....	4-8
4.4	La lutte contre les maladies non transmissibles	4-10
Chapitre 5	Le système de santé	5-1
5.1	Ressources humaines pour la santé	5-1

5.1.1	Situation des ressources humaines pour la santé	5-1
5.1.2	Politique et stratégies.....	5-2
5.1.3	Formation.....	5-2
5.1.4	Recrutement et déploiement	5-3
5.2	Financement de la santé	5-3
5.2.1	Situation du financement de la santé	5-3
5.2.2	Gratuité des soins.....	5-4
5.3	Système d'information sanitaire.....	5-5
5.3.1	Situation du système d'information sanitaire	5-5
5.3.2	Collecte et analyse des données.....	5-6
5.3.3	Défis.....	5-6
5.4	Infrastructures, équipements et médicaments.....	5-7
5.4.1	Infrastructures et équipements.....	5-7
5.4.2	Médicaments.....	5-8
5.5	Leadership et gouvernance.....	5-9
5.5.1	Organisation administrative du système de santé	5-9
5.5.2	Coordination avec les autres ministères.....	5-10
Chapitre 6	Situation du soutien des partenaires.....	6-1
6.1	Coordination des partenaires dans le secteur de la santé.....	6-1
6.2	Contribution des partenaires dans le secteur de la santé	6-1
6.2.1	Aperçu	6-1
6.2.2	Organisation mondiale de la santé (OMS).....	6-1
6.2.3	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF).....	6-2
6.2.4	Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP)	6-2
6.2.5	Banque mondiale	6-2
6.2.6	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial)	6-2
6.2.7	États-Unis	6-3
6.2.8	Belgique.....	6-3
6.2.9	Agence Française de Développement (AFD).....	6-3
6.3	Assistance du Japon dans le secteur de la santé du Bénin.....	6-3
6.3.1	Principes de la coopération pour le Bénin et positionnement du secteur de la santé.....	6-3
Chapitre 7	Enjeux prioritaires dans le secteur de la santé	7-1
7.1	Contexte et enjeux prioritaires dans le secteur de la santé	7-1
7.1.1	Problèmes concernant l'état de santé de la population	7-1
7.1.2	Base des problèmes.....	7-2
7.1.3	La réponse du gouvernement et des partenaires aux enjeux prioritaires et défis à relever.....	7-2
7.2	Possibilité d'une coopération japonaise dans le secteur de la santé	7-2

Annexes

Annexe 1 : Les indicateurs clés relatifs au secteur de la santé

Annexe 2 : Références bibliographiques

Liste des Figures et Tableaux

Figure 3-1	Mortalité proportionnelle (tous âges).....	3-1
Figure 3-2	Évolution du ratio de mortalité maternelle.....	3-2
Figure 3-3	Évolution du taux de mortalité des enfants	3-3
Figure 3-4	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans par département et par quintile de bien-être socioéconomique.....	3-3
Figure 3-5	Distribution des cas de paludisme confirmés par département (2009).....	3-4
Figure 3-6	Tendances de l'admission du paludisme, décès et des cas confirmés (pour 100 000 habitants).	3-4
Figure 3-7	Prévalence du VIH par département et par sexe	3-5
Figure 3-8	Prévalence du VIH par département	3-5
Figure 3-9	Proportion de cas de tuberculose détectés et guéris sous DOTS.....	3-6
Figure 3-10	Nombre de nouveaux cas d'ulcère de Buruli notifiés à l'OMS (2008)	3-7
Figure 3-11	Nombre de nouveaux cas d'ulcère de Buruli notifiés à l'OMS (1989-2009).....	3-7
Figure 3-12	Prévalence de la malnutrition chronique par département	3-8
Figure 3-13	Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6-59 mois.....	3-8
Figure 4-1	Couverture dans la continuité des soins	4-3
Figure 4-2	Pourcentage d'accouchement dans une structure de santé.....	4-4
Figure 5-1	Évolution du ratio budget santé sur budget national	5-4
Figure 5-2	Le circuit de l'information sanitaire.....	5-6
Figure 5-3	Organigramme du Ministère de la Santé.....	5-9
Figure 7-1	Enjeux prioritaires et facteurs contextuels du secteur de la santé au Bénin.....	7-1
Tableau 1-1	Principaux indicateurs socio-économiques	1-1
Tableau 2-1	Coût total du PNDS par programme et sous-programme (2009-2018).....	2-2
Tableau 3-1	Affections les plus fréquemment notifiées dans les consultations et principales causes de décès dans les formations sanitaires (2010).....	3-1
Tableau 3-2	Incidence du paludisme par département (per 1000 population) (2010).....	3-4
Tableau 3-3	Estimation en rapport avec l'infection du VIH (2010).....	3-5
Tableau 3-4	Situation de la tuberculose (2010).....	3-5
Tableau 3-5	Prévalences des facteurs de risque	3-9
Tableau 4-1	Système national de santé au Bénin en 2010	4-1
Tableau 4-2	Évolution des indicateurs du paludisme.....	4-8
Tableau 4-3	Axe stratégiques et coût du Plan stratégique national 2012-2016	4-8
Tableau 4-4	Évolution du nombre de dépistage et de traitement	4-9
Tableau 5-1	Ratios des personnels de santé au niveau national (public et privé) (2010).....	5-1
Tableau 5-2	Distribution des personnels de santé par région (%) (2010)	5-1
Tableau 5-3	Source de financement du système de santé	5-4
Tableau 5-4	Répartition des infrastructures sanitaires par département (2010).....	5-7
Tableau 6-1	Principaux partenaires et leurs domaines d'intervention	6-1

Tableau 6-2	Soutien du Fonds mondial au Bénin	6-2
Tableau 6-3	La coopération du gouvernement japonais dans le secteur de la santé depuis 2005	6-4

Chapitre 1 Contexte général

La République du Bénin (désignée ci-après par le Bénin) est un État d'Afrique occidentale. Il est limité à l'est par le Nigeria, à l'ouest par le Togo, au nord par le Burkina et le Niger, et est baigné au sud par l'océan Atlantique. Sa superficie est de 112.000 km² (soit environ 0,3 fois la taille du Japon), et sa population pour 2011 est estimée à 9 090 000 d'habitants, dont 58% vivent dans les zones urbaines [2]. La population est répartie de manière inégale sur le territoire, et, en 2010, 65,8% de la population était concentrée dans les 8 départements du sud et du centre (qui représentent 25% de la superficie du pays) [3].

Devenu territoire d'outre-mer de la France en 1946, il accède à l'indépendance en 1960 sous la dénomination de République du Dahomey, puis s'engage en 1974 sur la voie du socialisme basé sur le principe marxiste-léniniste. Le Bénin abandonne la doctrine marxiste-léniniste en 1989 et prend le nom officiel de République du Bénin en 1990. Le Bénin fait désormais partie des pays d'Afrique de l'Ouest qui inspirent à créer un État stable encourageant et préservant la démocratie [4] [5].

Les principales industries du Bénin comptent l'industrie cotonnière et les services affiliés aux activités portuaires du port de Cotonou. Les difficultés auxquelles se trouve confrontée l'économie béninoise résident dans sa structure qui ne favorise pas la diversification des industries. Par ailleurs, la dégradation des relations de coopération avec le Nigeria est directement liée à la réduction du volume des échanges commerciaux. Le secteur primaire, qui inclut l'industrie cotonnière, représentait environ 30% du produit intérieur brut (PIB) en 2008, et emploie 50% de la population active. Sur le front financier, afin de sortir de la situation de banqueroute totale dans laquelle le pays se trouvait depuis les années 80 et se redresser, le Bénin a accepté les programmes d'ajustement structurel imposés par la Banque mondiale / Fonds monétaire international (FMI), et étant parvenu à son point d'achèvement dans le cadre de l'Initiative renforcée en faveur des pays pauvres très endettés (initiative PPTE) en mars 2003, l'allègement de sa dette extérieure d'un montant de 460 millions de dollars a alors été approuvé [4].

Le Bénin compte 12 départements et 77 communes. Le tableau 1-1 présente les principaux indicateurs socio-économiques du Bénin.

Tableau 1-1 Principaux indicateurs socio-économiques

Indicateurs	Valeurs	Année
Population totale	9 099 922	2011
Taux annuel d'accroissement démographique (%)	2,8	2011
Espérance de vie à la naissance (années)	55,6	2010
Taux brut de natalité	39,6	2010
Taux brut de mortalité	11,8	2010
RNB par habitant (dollar US)	780	2011
Croissance du RNB (% annuel)	3,1	2010
Total des inscriptions à l'école, primaire (% net)	93,8	2010
Indice de développement humain* (Rang sur 187 pays)	167	2011

Source: World Bank Development Indicators Online [2], *: Human Development Report 2011 (UNDP) [6]

Chapitre 2 Politique de développement

2.1 Politique nationale de développement

Sur la base d'une vision à long terme inscrites dans le cadre «Bénin-Alafia 2025» et des Orientations Stratégiques de Développement (OSD), le gouvernement béninois a formulé la «Stratégie de Croissance de Réduction de la Pauvreté (SCRCP) 2011-2015» dans le but d'améliorer le niveau de vie des Béninois. La SCRCP a défini les cinq axes opérationnels comme suit :

- i) l'accélération durable de la croissance et de la transformation de l'économie ;
- ii) le développement des infrastructures ;
- iii) le renforcement du capital humain ;
- iv) le renforcement de la qualité de la gouvernance ;
- v) le développement équilibré et durable de l'espace national.

Le secteur de la santé est lié au troisième axe opérationnel. Le troisième axe opérationnel vise à l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité de services de santé. Pour la période 2011-2015, la politique sanitaire, en cohérence avec les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), portera sur deux axes, à savoir : (i) la prévention et la lutte contre la maladie ainsi que l'amélioration de la qualité des soins et (ii) les interventions de soutien et de gestion (le renforcement des infrastructures, des équipements et de la maintenance ; le renforcement des ressources humaines ; la dynamisation de l'approche communautaire ; l'amélioration de la disponibilité des médicaments, des réactifs et consommables etc.).

2.2 Plan national de développement dans le secteur de la santé

Le Ministère de la Santé a élaboré le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2009-2018. Dans le PNDS, une vision capable de contribuer au renforcement de la performance du système national de santé béninois a été définie et est la suivante :

« Le Bénin dispose en 2025 d'un système de santé performant basé sur des Initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, pour l'offre et la disponibilité permanente de soins de qualité, équitables et accessibles aux populations de toutes catégories, fondées sur les valeurs de solidarité et de partage de risques pour répondre à l'ensemble des besoins de santé du peuple béninois ».

Les cinq domaines stratégiques du PNDS ont été définis à savoir :

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

Il y a 13 programmes au total dans les domaines stratégiques. Le coût total requis pour la mise en œuvre du PNDS est estimé à 2 850 889 millions de FCFA pour les 10 ans. Selon les répartitions par programme et sous-programme mentionnées dans le tableau 2-1, les dépenses consacrées aux domaines stratégiques 1, réduction de la mortalité maternelle et infantile, prévention, lutte contre la maladie et amélioration de la qualité de soins, occuperont la plus grande proportion (environ 70%) du coût total du PNDS.

Tableau 2-1 Coût total du PNDS par programme et sous-programme (2009-2018)

Domaines Stratégiques - Programmes et Sous Programmes		Coûts (en Millions de FCFA)	
Domaines stratégiques 1	Réduction de la mortalité maternelle et infantile, prévention, lutte contre la maladie et amélioration de la qualité de soins	1 983 595	69,6%
Programme 1	Promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base	3 723	
Programme 2	Amélioration de la santé de la reproduction	525 503	
Programme 3	Lutte contre la maladie	784 532	
Programme 4	Développement hospitalier (Développement d'un système de management de la qualité des soins en milieu hospitalier etc.)	669 837	
Domaines stratégiques 2	Valorisation des ressources humaines	717 376	25,2%
Programme 5	Renforcement de la planification des ressources humaines	577 051	
Programme 6	Amélioration de la production et du développement des compétences	88 777	
Programme 7	Amélioration du système de management des ressources humaines	51 548	
Domaines stratégiques 3	Renforcement du partenariat dans le secteur, promotion de l'éthique et de la déontologie médicale	8 591	0,3%
Programme 8	Renforcement du partenariat entre les acteurs	7 159	
Programme 9	Promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale	1 432	
Domaines stratégiques 4	Amélioration du mécanisme de financement du secteur	89 493	3,1%
Programme 10	Amélioration du financement du secteur	2 148	
Programme 11	Renforcement de l'assistance médicale aux pauvres, indigents et couches vulnérables	87 345	
Domaines stratégiques 5	Renforcement de la gestion du secteur	51 978	1,8%
Programme 12	Renforcement institutionnel	1 861	
Programme 13	Développement des zones sanitaires	50 116	
Total		2 851 033⁶	100,0%

Source : Ministère de la Santé (2012) Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018 [7]

Le Plan Triennal de Développement (PTD) 2010-2012 a été élaboré en tant que plan d'exécution du PNDS, et le Paquet d'Interventions à Haut Impact (PIHI) a été établi dans le but de réduire le taux de mortalité maternelle et des enfants de moins de 5 ans. Pour accélérer l'atteinte des objectifs, le contenu de PIHI ont été retenu. Il s'agit de :

- 1) Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
- 2) Lavage des mains avec du savon aux moments critiques (avant de manger, après l'utilisation des latrines)
- 3) Dépistage et prise en charge de la malnutrition
- 4) Consultation prénatale recentrée (Préparation à l'accouchement, Vitamine A, Fer acide folique, traitement préventif intermittent (TPI), moustiquaires imprégnées à long durée d'action (MILDA), conseils nutritionnels, conseils/dépistage VIH, diabète, hypertension artérielle)

⁶. Selon PNDS, le montant total est de 2.850.889 millions de FCFA. Cependant, le chiffre dans le tableau 2-1 (2.851.033 millions de FCFA) est basé sur le calcul réel.

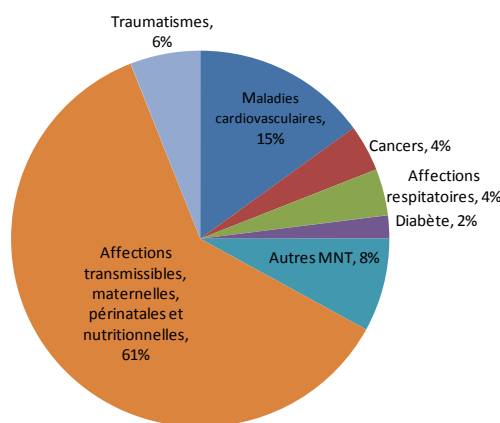
- 5) Gestion des faibles poids à la naissance
- 6) Planification familiale
- 7) Prise en charge des affections de la mère pouvant affecter l'allaitement
- 8) Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
- 9) Programme élargi de vaccination plus
- 10) Soins obstétricaux néonataux d'urgence
- 11) Dépistage et prise en charge des maladies non transmissibles et transmissibles
- 12) Prévention de la transmission mère et enfant du VIH
- 13) Prévention des infections en milieu de soins
- 14) Accouchements assistés / gestion active de la troisième phase d'accouchement

Chapitre 3 État de santé de la population

3.1 Profil épidémiologique

Sur l'ensemble des décès enregistrés au Bénin, 61% sont dus aux maladies infectieuses, aux causes maternelles, périnatales et nutritionnelles, 33% aux maladies non transmissibles, et 6% aux traumatismes (Figure 3-1) [8].

Le PNDS définit le paludisme, la tuberculose et le VIH/Sida comme des maladies prioritaires tant le fardeau de ces maladies est énorme. Comme le montre le tableau 3-1, le fardeau du paludisme est particulièrement énorme. En 2010, le paludisme était responsable de 44,5% des consultations externes et le paludisme sévère, responsable de 26,1% des décès en milieu hospitalier. Les OMD, qui correspondent aux principales causes de mortalité dans le pays, demeurent toujours pertinents.



Source: WHO (2011) NCD Country Profiles [8]

Figure 3-1 Mortalité proportionnelle (tous âges)

Tableau 3-1 Affections les plus fréquemment notifiées dans les consultations et principales causes de décès dans les formations sanitaires (2010)

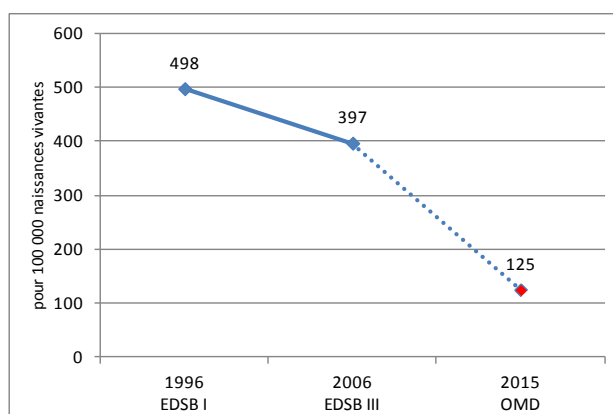
Affections rencontrées en consultation		%	Principales causes de décès		%
1	Paludisme	44,5	1	Paludisme grave	26,1
2	Infections respiratoires aiguës	13,2	2	Anémie	9,7
3	Autres affections gastro-intestinales	7,0	3	Autres affections respiratoires	4,5
4	Traumatismes	5,1	4	Affections ostéo-articulaires	3,6
5	Anémie	4,8	5	Traumatismes	2,9
6	Diarrhées	3,1	6	Malnutrition	2,9
7	Autres affections dermatologiques	2,1	7	Diarrhées	2,4
8	Hypertension artérielle	1,1	8	Affections cardio-vasculaires	1,8
9	Douleurs abdominales basses	1,1	9	Toux chroniques	1,0
10	Conjonctivite	1,0	10	Autres tétanos	0,8
11	Reste des affections	16,8	11	Reste des affections	3,8
		100,0			100,0

Source : Ministère de la Santé (2011) Annuaire des Statistiques Sanitaires Année 2010 [9]

3.2 Situation de la santé de la mère et de l'enfant

3.2.1 Santé maternelle

Selon les données de l'Enquête Démographique et de Santé au Bénin (EDSB), la mortalité maternelle estimée à 397 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (EDSB en 2006), demeure encore à un taux élevé bien qu'elle ait connu une réduction de 20 % depuis 1996, année au cours de laquelle, elle avait été estimée à 498 (EDSB 1996). A ce rythme du taux annuel de réduction de 2 %, l'OMD 5 (125 décès) ne sera atteint qu'en 2040. Mais si on parvenait à doubler ce taux annuel de réduction, la réalisation de l'OMD 5 serait attendue en 2020 [10].



Source : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et Macro International Inc. (2007) Enquête Démographique et de Santé (EDSB-III) Bénin 2006. [1]

Figure 3-2 Évolution du ratio de mortalité maternelle

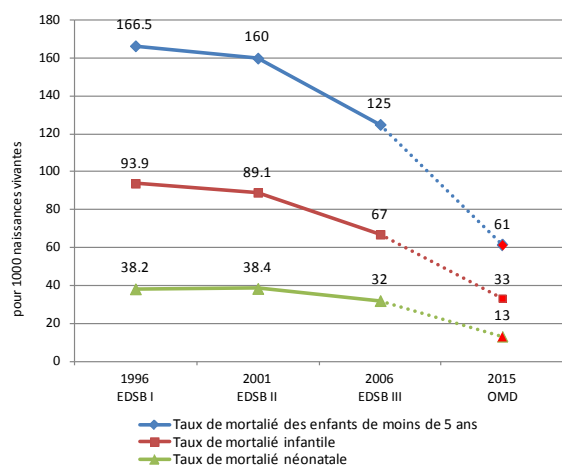
Les décès dus aux causes obstétricales directes représentent 75% des décès maternels. Les causes médicales directes sont: les hémorragies 25%, les anémies et les infections sévères 14%, les complications de l'hypertension artérielle sur la grossesse 13%, les complications d'avortement 13% et les dystocies 10%. Par contre, les causes médicales indirectes sont le diabète, la drépanocytose et les cardiopathies etc. [7] Ceci traduit par ailleurs une insuffisance de la couverture en soins obstétricaux urgence, une insuffisance dans la prévention et la prise en charge des cas de complications survenant au décours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.

3.2.2 Santé de l'enfant

Selon l'EDSB, de 1996 à 2006, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a connu une régression, passant de 166,5 à 125 pour 1000 naissances vivantes. Sur la même période, le taux de mortalité infantile a également baissé de 93,9 à 67 pour 1000 naissances vivantes. En outre, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est de 115 pour 1000 naissances vivantes selon les estimations du groupe inter-agence des Nations Unies. Bien que ce taux soit moins de la moyenne de 121 estimée pour l'Afrique subsaharienne, il place le Bénin au 20^{ème} rang sur les 193 pays [11].

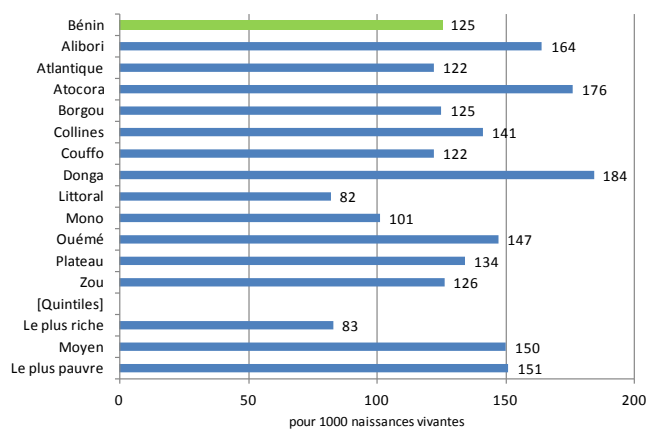
En ce qui concerne la mortalité des enfants de moins de 5 ans, selon l'EDSB 2006, c'est dans la Donga (184 ‰) que l'on constate le taux le plus élevé. Le niveau de mortalité des enfants de moins de 5 ans le plus faible concerne le département du Littoral (82 ‰). La mortalité des enfants de moins de 5 ans qui est peu différente entre les enfants des ménages les plus pauvres (151 ‰) et ceux des ménages de niveaux de

bien-être économique intermédiaires (150 ‰, pour le troisième quintile), est nettement inférieure pour les enfants vivant dans les ménages les plus riches (83 ‰).



Source : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et Macro International Inc. (2007) Enquête Démographique et de Santé (EDSB-III) Bénin 2006. [1]

Figure 3-3 Évolution du taux de mortalité des enfants



Source : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et Macro International Inc. (2007) Enquête Démographique et de Santé (EDSB-III) Bénin 2006. [1]

Figure 3-4 Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans par département et par quintile de bien-être socioéconomique

Les principales causes de la mortalité infanto-juvénile sont les causes néonatales (28%), le paludisme (23%), la pneumonie (12%), la diarrhée (10%), et le VIH/Sida (1%). Les causes de mortalité néonatale sont dominées par la prématurité (10%), l'asphyxie (8%), la pneumonie (5%), et les infections sévères (2%). Plus d'un tiers de tous les décès d'enfants sont attribuables à la malnutrition [12].

3.3 Maladies transmissibles

3.3.1 Paludisme

Le paludisme est endémique dans tout le Bénin. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), toute la population réside en zone de transmission élevée⁷ (figure 3-5). Le *Plasmodium falciparum* est l'espèce la plus commune de paludisme [13].

Le paludisme demeure la première cause de mortalité et de morbidité au Bénin. En 2010, le paludisme était responsable de : 44,5% des motifs de consultations externes; 32,2% des motifs de hospitalisations; et 26,1% de décès en hospitalisation. En 2010, le nombre de cas de paludisme déclarés était de 1421436 et le nombre de décès, de 1324 cas [9]. L'Incidence pour 1000 habitants n'a pas été améliorée: 150 en 1990, 132 en 2003, 143 en 2008 et 162 en 2010. Comme le montre la figure 3-6, le nombre d'admissions et de décès causés par le paludisme reste à peu près au même niveau [7] [9].

⁷ Plus d'un cas pour 1000 habitants



Figure 3-5 Distribution des cas de paludisme confirmés par département (2009)

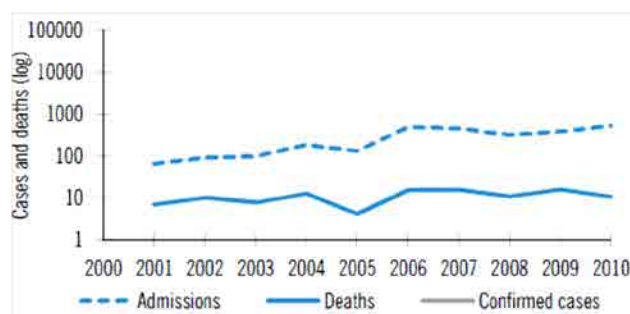


Figure 3-6 Tendances de l'admission du paludisme, décès et des cas confirmés (pour 100000 habitants)

Tableau 3-2 Incidence du paludisme par département (per 1000 population) (2010)

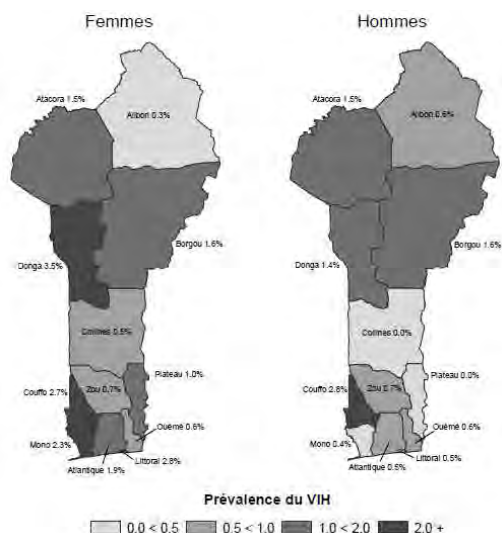
Département	Incidence
Alibori	196
Atocora	167
Atlantique	128
Borgou	246
Collines	122
Couffo	125
Donga	197
Littoral	202
Mono	140
Ouémé	126
Plateau	112
Zou	167
Bénin	162

Source : Ministère de la Santé (2011) Annuaire des Statistiques Sanitaires Année 2010 [9]

3.3.2 VIH/Sida

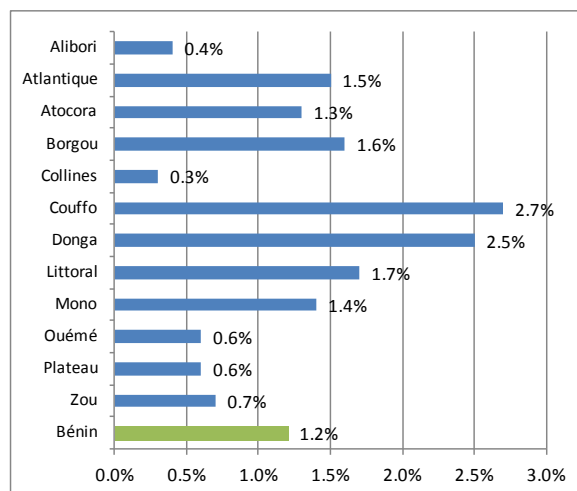
Selon le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS), la prévalence de l'infection à VIH chez les adultes âgés de 15 à 49 ans est estimée à 1,7% en 2010. Depuis 2006, l'épidémie de VIH est stationnaire au Bénin avec une prévalence qui oscille autour de 1,8% [14]. La prévalence du VIH, supérieur à 1%, fait du Bénin un pays au stade de l'épidémie généralisée.

Selon EDSB 2006, la prévalence de l'infection au VIH au sein de la population générale est estimée à 1,2 %. Le taux de séroprévalence chez les femmes de 15-49 ans, estimé à 1,5 %, est près du double de celui observé chez les hommes (0,8 %). La figure 3-7 montre la prévalence du VIH par département et par sexe. C'est chez les femmes de la Donga (3,5 %) que la prévalence est la plus élevée. En effet, en milieu urbain, le taux de séroprévalence est environ deux fois plus élevé qu'en milieu rural (1,7 % contre 0,9 %).



Source : INSAE et Macro International Inc. (2007) Enquête Démographique et de Santé (EDSB-III) Bénin 2006. [1]

Figure 3-7 Prévalence du VIH par département et par sexe



Source : INSAE et Macro International Inc. (2007) Enquête Démographique et de Santé (EDSB-III) Bénin 2006. [1]

Figure 3-8 Prévalence du VIH par département

Selon l'enquête en 2008, la prévalence de l'infection par le VIH est estimée chez les travailleuses du sexe à 26,5% avec des variations selon les départements (13% dans l'Atacora contre 40% pour la Donga) [14].

Le tableau suivant présente les projections de 2010 aussi bien chez les adultes que chez les enfants en ce qui concerne le nombre de personnes vivant avec le VIH au Bénin, le nombre de nouvelles infections etc.

Tableau 3-3 Estimation en rapport avec l'infection du VIH (2010)

Indicateurs	Adultes	Enfants
Population vivant avec le VIH	53 982	6 932
Nouveaux cas de VIH	2 511	777
Décès annuels dus au Sida	1 472	601
Besoin total de la thérapie ARV	18 400	4 326

Source : Comité National de Lutte contre le Sida (2012) Rapport National de Suivi de la Déclaration Politique sur le VIH/Sida [14]

3.3.3 Tuberculose

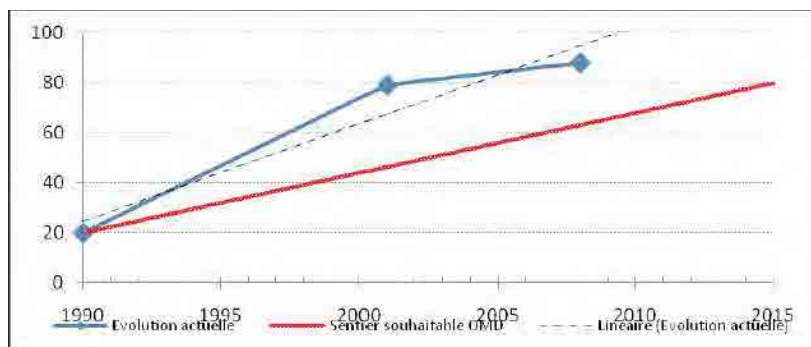
La tuberculose est l'une des maladies prioritaires du PNDS. Le tableau 3-4 illustre la situation de la tuberculose au Bénin.

Tableau 3-4 Situation de la tuberculose (2010)

Indicateurs	Valeurs
Incidence (VIH y compris) (pour 100 000 habitants)	94
Mortalité (VIH exclu) (pour 100 000 habitants)	16
Prévalence (VIH y compris) (pour 100 000 habitants)	149
% des patients tuberculeux testés qui sont VIH-positifs	16
La détection des cas, toutes les formes (%)	45

Source: WHO (2011) Global Tuberculosis Control: WHO report 2011 [15]

De 20% en 1990, la proportion de cas de tuberculose détectés et guéris sous traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) a atteint 88% en 2008 (Figure 3-1). Le pourcentage de malades qui abandonnent leur traitement est passé de 11% en 2002 à 3% en 2005 [16].



Source : République du Bénin (2010) Rapport spécial 2010 d'évaluation de la mise en œuvre des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) au Bénin [16].

Figure 3-9 Proportion de cas de tuberculose détectés et guéris sous DOTS

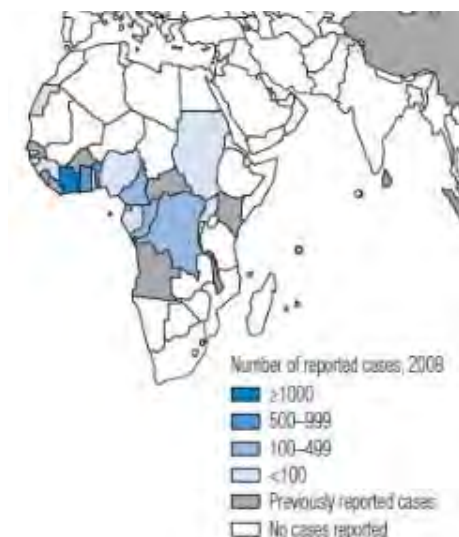
Selon l'OMS, le taux de co-infection VIH-tuberculose est de 16% au Bénin. Depuis 2006, le test de sérologie VIH est systématiquement proposé à tous les patients tuberculeux dépistés dans tous les 57 centres de détection de la tuberculose (CDT) après counseling. Ainsi, en 2011 sur les 4 320 cas de tuberculose toutes formes enregistrés, 4 259 ont été testés pour le VIH, soit un taux d'acceptation de 99%. Sur les 4 259 cas de tuberculose toutes formes testés pour le VIH, 721 cas sont déclarés positifs au VIH, le taux de séroprévalence au VIH étant alors de 17%. Depuis 2006, le taux de séroprévalence se situe en moyenne autour de 16% [14].

3.3.4 Maladies tropicales négligées

Les maladies tropicales négligées qui sont une menace pour la santé publique au Bénin comprennent l'ulcère de Buruli, la lèpre, l'onchocercose, la filariose lymphatique, la trypanosomiase humaine Africaine, la dracunculose, et les schistosomiasis [7].

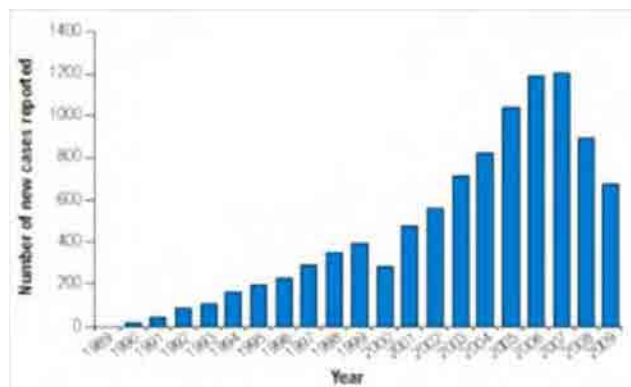
Notamment en ce qui concerne l'ulcère de Buruli, le Bénin fait partie des pays les plus endémiques dans la région Africaine (Figure 3-10). De 1995 à 2007, le nombre de nouveaux cas détectés est passé de 199 à 1203. Cependant on enregistre une légère baisse en 2008 où le nombre de nouveaux cas a atteint 892 (Figure 3-11). Les enfants de moins de 15 ans continuent d'être des cibles importantes de la maladie. Ils représentent 40% des patients. Les causes immédiates de la propagation de l'infection sont les suivantes :

- La mauvaise perception de la maladie par les populations qui la considèrent comme non curable ;
- Le faible taux de fréquentation des malades dans les centres de dépistage et de traitement de l'ulcère de Buruli (CDTUB) malgré la sensibilisation ;
- Le dépistage et le recours tardif aux CDTUB [7].



Source: WHO (2010) First WHO report on neglected tropical diseases: working to overcome the global impact of neglected tropical diseases [17]

Figure 3-10 Nombre de nouveaux cas d'ulcère de Buruli notifiés à l'OMS (2008)



Source: WHO (2010) First WHO report on neglected tropical diseases: working to overcome the global impact of neglected tropical diseases [17]

Figure 3-11 Nombre de nouveaux cas d'ulcère de Buruli notifiés à l'OMS (1989-2009)

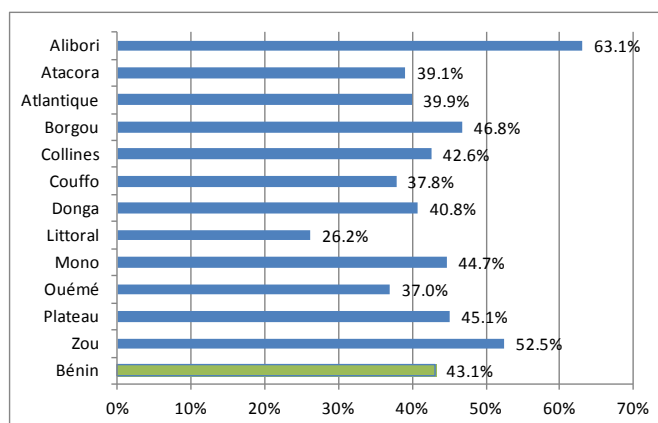
3.4 État nutritionnel

Selon l'EDSB 2006, les prévalences de la malnutrition chronique⁸, de la malnutrition aigüe⁹ et de l'insuffisance pondérale¹⁰ chez les enfants de moins de 5 ans sont respectivement de 43%, 7% et 23%. L'état nutritionnel varie selon les départements. En ce qui concerne la malnutrition, la prévalence varie de 63,1% dans l'Alibori à 26,2% dans le Littoral (Figure 3-12). Le niveau d'instruction de la mère et les quintiles de bien-être socio-économique influencent également le niveau de la malnutrition chronique. Les enfants dont la mère est sans instruction sont les plus affectés, soit 46,7%. La prévalence est par contre de 15,4% parmi les enfants dont la mère a un niveau d'instruction secondaire second cycle ou plus. Concernant le niveau de bien-être socio-économique, la prévalence varie entre 49,5% dans le quintile le plus pauvre à 28,8% dans le quintile le plus riche.

⁸ Retard de croissance (OMS) - Modéré et grave : pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont la taille pour l'âge est inférieure de deux écarts types à la taille pour l'âge médiane telle qu'elle est définie dans les Normes OMS de croissance de l'enfant.

⁹ Émaciation (OMS) - Modérée et grave : pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont le poids pour la taille est inférieur de deux écarts-types au poids pour la taille médian tel qu'il est défini dans les Normes OMS de croissance de l'enfant.

¹⁰ Insuffisance pondérale (OMS) - Modérée et grave : pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont le poids est inférieur de deux écarts types au poids médian pour leur âge tel qu'il est défini dans les Normes OMS de croissance de l'enfant.

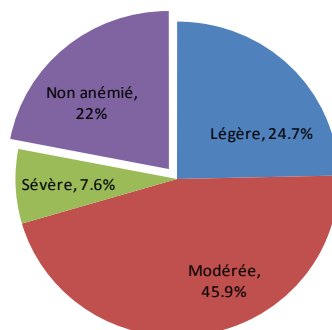


Source : INSAE et Macro International Inc. (2007) Enquête Démographique et de Santé (EDSB-III) Bénin 2006. [1]

Figure 3-12 Prévalence de la malnutrition chronique par département

Le Bénin est un des pays au monde qui a réussi à augmenter le taux de l'allaitement maternel exclusif chez les enfants de moins de 6 mois par plus de 20 points de pourcentage en 10 ans. En effet, le pourcentage de femmes allaitant exclusivement leurs enfants est passé de 10% en 1996 à 43% en 2006. Ce qui reste encore insuffisant par rapport aux normes de couverture (80%) [7].

Au Bénin près de huit enfants de 6-59 mois sur dix (78,1 %) sont atteints d'anémie : 24,7 % sous une forme légère, 45,9 % sous une forme modérée et 7,6 % sont atteints d'anémie sévère (Figure 3-13). Dans le département de l'Alibori, la situation est la plus critique, 89,7 % des enfants y sont anémiés : 15,5% sous une forme sévère [1].



Source : INSAE et Macro International Inc. (2007) Enquête Démographique et de Santé (EDSB-III) Bénin 2006. [1]

Figure 3-13 Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6-59 mois

Concernant l'état nutritionnel des femmes de 15-49 ans, 9,8 % des femmes sont maigres avec un Indice de Masse Corporelle (IMC) inférieur à 18,5 et 61,3% des femmes sont anémiées. Concernant l'anémie pour les hommes de 15-49 ans, 35,1% des hommes sont anémiés. La prévalence de l'anémie est élevée, non seulement chez les femmes mais aussi chez les hommes [1].

3.5 Maladies non transmissibles

Selon l'OMS, 33% des décès au Bénin sont liés à des maladies non transmissibles (MNT) (Figure 3-1). Au Bénin, il n'existe aucune structure spécifique de surveillance des MNT. En dehors de l'hypertension artérielle, le Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS) ne prend pas en compte les facteurs de risque des MNT [18].

Une enquête de dépistage des facteurs de risque des MNT réalisée au Bénin en 2008 a donné les résultats suivants (Tableau 3-5). 27,5 % de la population de 25 à 64 ans souffrent d'hypertension artérielle et la moitié de la population est porteuse d'au moins deux facteurs de risque des MNT [7]. Il est à noter que plus de 70% des personnes présentant une hypertension artérielle ou une hyperglycémie de type diabétique ne se connaissaient pas hypertendus ou diabétiques [18].

Tableau 3-5 Prévalences des facteurs de risque

Facteurs de risque des MNT	Hommes	Femmes	Total
Consommation nocive d'alcool	4,6%	1,2%	2,9%
Consommation de tabac	27,2%	6,7%	16,0%
Consommation insuffisante de fruits et légumes	75,9%	80,2%	78,0%
Aucune activité physique dans le cadre des loisirs	76,2%	86,4%	81,2%
Hypertension artérielle	27,2%	26,3%	27,5%
Hyperglycémie de type diabétique	3,3%	2,0%	2,6%
Hypercholestérolémie	1,6%	1,9%	1,8%
Obésité	4,3%	14,0%	9,4%

Source : Ministère de la Santé (2008) Politique Nationale de lutte contre les Maladies Non Transmissibles [18]

En outre, le Bénin est situé à l'épicentre de la zone de fréquence maximale de la drépanocytose qui pose un problème de santé publique préoccupant : près de 1 béninois sur 3 peut transmettre la maladie à sa descendance [7].

Chapitre 4 Prestation des services

4.1 Organisation du système de santé

Le système national de santé a une structure pyramidale calquée sur le découpage territorial et comprend trois différents niveaux (Tableau 4-1).

Tableau 4-1 Système national de santé au Bénin en 2010

Niveau	Structures	Institutions hospitalières et socio-sanitaires	Spécialités/Activités
Central ou National	Ministère de la Santé	Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU-HKM) Centre National de Pneumo-phtisiologie Centre National de Psychiatrie Centre National de Gérontologie Hôpital de la Mère et de l'Enfant - Lagune (HOMEL) Hôpital d'instruction des armées	Médecine, Pédiatrie, Chirurgie, Gynéco-obstétrique, Radiologie, Laboratoire, O.R.L, Ophtalmologie, Cardiologie, Dermatologie, Urologie, Autres spécialités
Intermédiaire ou Départemental	Direction Départementale de la Santé (6)	Centre Hospitalier Départemental (CHD) Centre d'Information, de Prospective, d'Écoute et de Conseil (CIPEC) Centre de Traitement Anti Lèpre Centre de l'Ulcère de Buruli d'Allada et de Pobè Centre de Pneumo-Phtisiologie d'Akron	Médecine, Pédiatrie, Chirurgie, Gynéco-obstétrique, O.R.L, Ophtalmologie, Radiologie, Laboratoire, Autres spécialités
Périphérique	Zone Sanitaire (Bureau de Zone) (34)	Hôpital de Zone (HZ) Centre de Santé (CS) Site de prise en charge du VIH/Sida Centre d'Action de la Solidarité et d'Évolution de la Santé (CASES) Formation sanitaire privée Centre de Détection de la Tuberculose (CDT) Centre de dépistage de la lèpre et de l'ulcère de Buruli Centre de Dépistage Volontaire de VIH	Médecine générale, Chirurgie d'urgence, Gynéco-obstétrique, Soins curatifs, Accouchements, Radiologie, Laboratoire, Vaccination, IEC/CCC, Pharmacie ou dépôt, pharmaceutique, Activités à base communautaire etc.

Source : Ministère de la Santé (2011) Annuaire des Statistiques Sanitaires Année 2010 [9]

4.2 Services de la santé de la mère et de l'enfant

4.2.1 Politique et stratégies

Le Ministère de la Santé a formulé le Document de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale au Bénin 2006-2015. Le Deuxième Plan d'Opérationnalisation 2012-2015 a été élaboré en tant que plan d'exécution du Document. Le Plan vise à 1) réduire le ratio de mortalité maternelle à 125 pour 100 000 naissances vivantes en 2015, 2) réduire le taux de mortalité néonatale à 13 pour 1000 naissances vivantes en 2015. Les objectifs spécifiques du Plan sont :

1) Atteindre une couverture effective (impliquant le critère qualité) de 90 % des mères et des nouveau-nés de toutes les interventions à haut impact sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale d'ici à 2015, ceci implique :

- la prise en compte des interventions à faible couverture identifiées selon les étapes du continuum de soins ;
- l'intégration des interventions relatives aux nouveau-nés notamment dans la période de l'accouchement et du postpartum, ainsi que l'accent particulier à mettre sur le niveau communautaire lors de la mise en œuvre.

2) Assurer la prise en charge des 100 % des complications obstétricales dans les formations sanitaires/soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU).

En outre, le Plan Opérationnel de Mise à Échelle Nationale des Interventions à Haut Impact sur la Mortalité Maternelle, Néo natale et Infanto juvénile est un plan quinquennal pour la mise en œuvre sur toute l'étendue du territoire national le PIHI qui est défini dans la PTD.

Le plan vise à introduire et à mettre en œuvre, étape par étape le paquet d'interventions à haut impact de base (PIHIB) et le paquet d'interventions à haut impact complémentaire (PIHIC)¹¹ comme suit.

- 48% des populations cibles par toutes les interventions du PIHIB dans 16 zones sanitaires sur les 34 que compte le pays, et ce, au terme de l'an 2 de sa mise en œuvre
- 100% des populations cibles par toutes les interventions du PIHIB (18 nouvelles ZS sont alors concernées) au terme de la troisième année de mise en œuvre
- 48% aussi des populations cibles par les interventions du PIHIC à la fin de l'an 4, soit 16 zones sanitaires/34.
- 90% des populations cibles par l'ensemble des interventions du PIHIC. C'est donc au terme de la cinquième et dernière année de la mise en œuvre du plan que 14 nouvelles ZS¹² (41% des ZS) réaliseront la totalité des interventions du PIHIC.

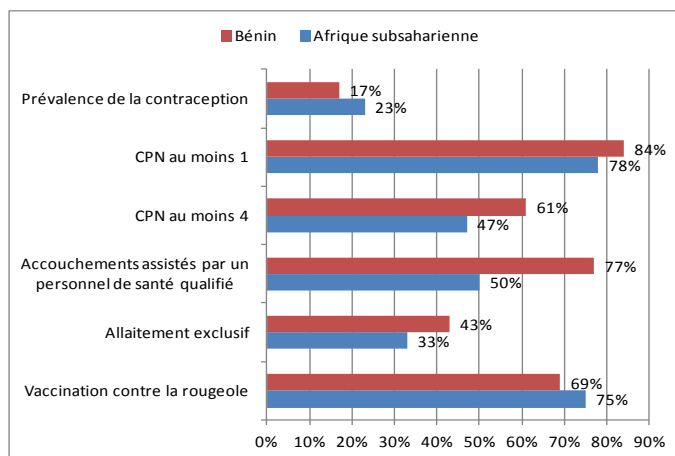
4.2.2 Situation des services de la santé de la mère et de l'enfant

La figure 4-1 présente la couverture en pourcentage des interventions essentielles tout au long de la continuité des soins de santé de la mère et de l'enfant.

Les proportions de femmes ayant fait au moins une consultation prénatale (CPN) (84%), de femmes ayant fait au moins quatre CPN (61%), d'accouchement assisté par un personnel qualifié (77%), et d'allaitement exclusif (43%) se situent sur les moyennes observées pour l'Afrique subsaharienne. Par contre, la prévalence de la contraception (17%) et le taux de vaccination contre la rougeole (69%) sont faibles [11].

¹¹ Le paquet complet (PIHIC) comporte en plus des interventions du PIHIB, un certain nombre de nouvelles interventions essentielles (ex. détection et traitement de la (pré) éclampsie), dites interventions complémentaires, nécessaires pour rendre le PIHIB le plus complet possible.

¹² Le reste des zones sont Cotonou 1 • 4, Cotonou 6, Allada Toffo Zè, et Kouandé Péhunco Kérou.



Source: UNICEF (2012) The State of the World's Children 2012: Children in an Urban World [11]; Ministère de la Santé (2012) Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018 [7]

Figure 4-1 Couverture dans la continuité des soins

4.2.3 Service de la santé maternelle

(1) Planification familiale

Selon l'EDSB 2006, la prévalence de la contraception est de 17%. Seulement 6% des femmes ont déclaré utiliser la contraception moderne. La proportion de femmes qui utilisaient une méthode moderne est restée quasiment inchangée depuis 2001 (7 % contre 6 % en 2006).

C'est à Cotonou (11 %) et parmi les femmes instruites (19 % parmi les femmes ayant un niveau secondaire 2nd cycle ou plus) que l'utilisation de la contraception moderne est la plus fréquente. À l'opposé, la prévalence n'est que de 5 % en milieu rural et 4 % parmi les femmes sans instruction. Dans 30 % des cas, les femmes actuellement en union ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale.

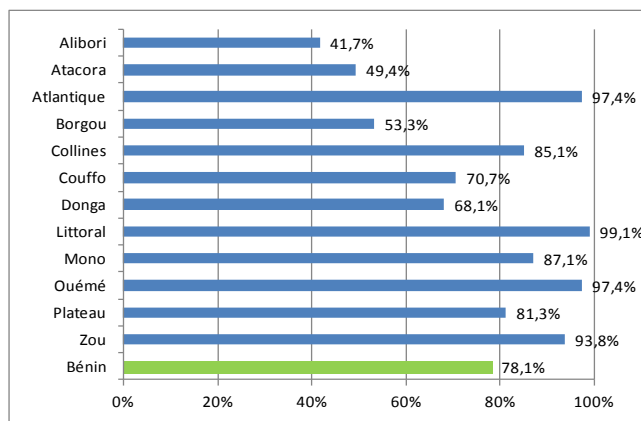
(2) Consultations prénatales (CPN)

Les proportions de femmes ayant fait au moins une CPN (84%) et de femmes ayant fait au moins quatre CPN (61%) se situent sur les moyennes observées pour l'Afrique subsaharienne. 71,3% des femmes du milieu urbain ont effectué au moins quatre visites. Par contre, seulement 54,6% des femmes du milieu rural ont effectué au moins quatre visites. Les consultations ont été principalement effectuées par les sages-femmes ou les infirmières (79,7 %).

En ce qui concerne le contenu des CPN, on constate que la mesure du poids (99 %), la vérification de la tension artérielle (99 %), la mesure de la taille (96 %) et le prélèvement d'urine (91,6 %) sont les examens les plus fréquemment effectués auprès des prestataires de soins. Par contre, le prélèvement de sang (39,6 %) est l'examen effectué le moins fréquemment. Seulement 44,6 % ont reçu des conseils nutritionnels pendant les consultations et 39% ont été informées des signes de complications de la grossesse [1].

(3) Accouchements

Selon l'EDSB 2006, les pourcentages d'accouchements assistés par un personnel qualifié, d'accouchement dans une structure de santé et de naissances par césarienne sont respectivement de 77,7%, 78,1% et 3,6%. Ils varient selon les régions. Concernant le pourcentage dont la naissance a eu lieu dans un établissement de santé, il varie de 99,1% dans le Littoral à 41,7% dans l'Alibori (Figure 4-2).



Source : INSAE et Macro International Inc. (2007) Enquête Démographique et de Santé (EDSB-III) Bénin 2006. [1]

Figure 4-2 Pourcentage d'accouchement dans une structure de santé

(4) Soins postnatals

Dans la très grande majorité des cas (62,8 %), les femmes ont bénéficié de soins prénatals avant de quitter l'établissement sanitaire où elles avaient accouché et seulement 3,1 % des femmes se sont rendues en visite postnatale dans les deux jours qui ont suivi l'accouchement. Pour la quasi-totalité des femmes qui ont bénéficié de consultations postnatales, ces soins ont été effectués avant de quitter l'établissement sanitaire où elles avaient accouché [1].

(5) Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU)

Selon les normes internationales, pour 500 000 personnes, il devrait y avoir au moins 5 formations sanitaires SONU (dont 1 au moins offrant les SONU complets). Le Bénin dispose de sept (7) soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) et vingt-deux (22) soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC). Quand on compare les résultats de cette évaluation par rapport aux normes requises par les Nations Unies en matière de couverture en SONU, il apparaît que le Bénin dispose de 1,3 SONUC et 0,4 SONUB pour 500 000 habitants. Le Bénin ne répond pas aux normes. Le pays connaît un déficit en structures de soins obstétricaux d'urgence de base dont la majorité relève du secteur privée. Leur répartition géographique est en outre très inégale. Cela crée un problème en termes d'accès [19].

Dans la plupart des départements, plusieurs FS réalisent des accouchements et quelques fonctions SONU sans pour autant être toutes équipées aux normes de SONUB ou SONUC. Leur activité représente plus de 50% de l'ensemble des naissances au Bénin. En termes de SONUC, plusieurs FS habilitées à offrir des soins répondant aux normes internationales sont réparties à travers tous les départements sauf dans l'Atlantique. Les Hôpitaux nationaux (CNHU et HOMEL), miroir de la politique nationale

d'hospitalocentrisme, ces deux FS gèrent l'ensemble des complications gynéco-obstétricales du département du Littoral, voire du pays [19].

Selon l'étude en 2009-2010, l'évaluation du niveau de connaissances des prestataires a révélé de multiples insuffisances en rapport avec certaines interventions de la santé maternelle et néonatale. Entre autres faits expliquant le faible niveau de connaissances des prestataires, il y a : (i) l'insuffisance de la formation initiale et continue en matière de SONU, (ii) l'utilisation d'un guide SONU qui n'a pas été révisé depuis plusieurs années et (iii) le manque de suivi et l'insuffisance des supervisions formatives à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

En ce qui concerne les médicaments, 12,7% des établissements de santé avaient des stocks d'ocytocine pendant plus d'un mois et 91,3% des établissements de santé avaient des stocks de sulfate de magnésium pendant plus d'un mois [19].

4.2.4 Services de la santé de l'enfant

(1) Vaccination

Au Bénin, dans le cadre du Programme Élargi de Vaccination (PEV), un enfant devrait recevoir la vaccination du BCG, le vaccin DTC, le vaccin contre *Haemophilus influenzae* type b (Hib), HepB, la poliomyélite, la rougeole, le pneumocoque et la fièvre jaune.

La couverture vaccinale des enfants a diminué, la proportion d'enfants complètement vaccinés étant passée de 59 % en 2001 à 47 % en 2006. En rapport avec le niveau d'instruction de la mère, on constate que les enfants dont les mères ont un niveau d'instruction élevé sont relativement plus vaccinés que ceux dont les mères n'ont aucun niveau d'instruction: 80,1% d'enfants de mères ayant un niveau secondaire second cycle ou plus ont été complètement vaccinés contre 42,7% d'enfants de mères sans aucun niveau d'instruction. Le niveau socioéconomique du ménage a une influence sur la couverture vaccinale des enfants. En effet, 33,7% d'enfant ont été complètement vaccinés dans les ménages les plus pauvres contre 65,1% d'enfants des ménages les plus riches [1].

(2) Prise en charge des maladies de l'enfant

Les infections respiratoires aiguës (IRA) sont fréquemment observées chez les enfants. Selon l'EDSB 2006, pour un peu plus du tiers des enfants (35,7 %) ayant présenté des symptômes respiratoires aigus (IRA), on a recherché des conseils ou un traitement dans un établissement sanitaire ou auprès d'un prestataire de santé. Dans seulement 36,8 % des cas, un traitement ou des conseils ont été recherchés pour traiter la fièvre.

Parmi les enfants ayant souffert de diarrhée, seulement 30 % ont été traités à l'aide d'une thérapie de réhydratation par voie orale (TRO) et 23 % ont reçu des sachets de sels de réhydratation par voie orale (SRO). À l'opposé, un enfant sur cinq n'a reçu aucun traitement (21 %). Dans le Zou, cette proportion atteint 33 % [1].

Le PNDS vise à étendre la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) à toutes les zones sanitaires, surtout la PCIME communautaire. En outre, le PIHI inclut la PCIME.

4.3 La lutte contre les maladies transmissibles

4.3.1 La lutte contre le paludisme

(1) Politique et stratégies

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) est responsable de la lutte contre le paludisme. La vision derrière le Plan national stratégique de contrôle du paludisme (2011-2015)¹³ est de continuer à promouvoir l'accès universel à la prévention et au traitement du paludisme, à la mise en œuvre d'activités qui encouragent le changement positif de comportement, d'atteindre rapide et maintenir des niveaux de couverture élevés, et donc de réduire le fardeau du paludisme. Les principales interventions de la stratégie 2011-2015 comprennent [20]:

- 1) Couverture universelle avec les moustiquaires imprégnées d'insecticide, avec un accent particulier sur la distribution des moustiquaires imprégnées à long durée d'action (MILDA) à travers des campagnes de distribution de masse prévues pour 2010 (lancé avec 10 mois de retard en Juillet 2011) et 2014. Les bailleurs de fonds et le Gouvernement du Bénin vont continuer à soutenir la distribution de routine aux femmes enceintes lors des consultations prénatales et aux enfants de moins de cinq ans au cours des séances de vaccination de routine
- 2) Expansion de la pulvérisation intra domiciliaire
- 3) Accès universel aux combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA), ainsi que le diagnostic et de la gestion amélioré du paludisme grave
- 4) Mettre l'accent sur la prévention et le traitement du paludisme pendant la grossesse, en particulier avec le TPI
- 5) Des efforts intensifs d'IEC/CCC et la mobilisation sociale à tous les niveaux, en particulier au niveau de la communauté
- 6) L'intégration des activités de lutte contre le paludisme dans le système de santé en mettant l'accent sur le développement des ressources humaines
- 7) Un solide suivi et évaluation et une recherche opérationnelle pour surveiller les progrès, évaluer l'impact et améliorer continuellement les interventions

Le gouvernement a récemment mis en place de nombreuses initiatives, notamment:

- Renonciation des frais d'utilisation pour les enfants de moins de cinq ans qui fréquentent les établissements de santé
- Traitement gratuit du paludisme, pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes (depuis Mai 2011) [21]

Au Bénin, les activités de lutte contre le paludisme ont été menées par le gouvernement avec le soutien du Fonds mondial, du President's Malaria Initiative (PMI), de la Banque mondiale, de la Banque africaine de développement (BAD) et d'autres bailleurs de fonds.

¹³ Cette section est basée sur le document de référence, puisque le plan national stratégique original n'a pu être obtenu.

(2) Progrès dans la lutte

1) Prévention

La proportion d'enfants de moins de cinq ans ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) la nuit précédente s'est grandement améliorée, passant de 7,4% en 2001 à 20% en 2006.

Le PNLP a adopté le TPI comme une politique nationale en Novembre 2004. En 2005, le PNLP a officiellement présenté le TPI dans les 12 départements et, à partir de 2010, a achevé la formation et la mise en œuvre au niveau des établissements de santé. La politique nationale recommande que les femmes enceintes reçoivent deux doses de SP¹⁴ pendant la grossesse et que les femmes séropositives pour le VIH reçoivent une troisième dose. Deux traitements SP pour le TPI sont inclus dans chaque kit CPN¹⁵. Le traitement à la SP est administré sous observation directe des agents de la santé [20].

Selon l'EDSB 2006 (avant l'intensification du TPI), 3% des femmes enceintes ont reçu deux doses de SP au cours de leurs visites prénatales. Une enquête auprès des ménages réalisée en 2010 par le PNLP avec l'appui du Fonds mondial, a constaté des améliorations substantielles: 46% des femmes enceintes ayant reçu au moins deux doses de SP. Une Formation appropriée et un soutien en post-formation pour les sages-femmes et les infirmières, qui, ensemble, fournissent 80% des consultations prénatales, combiné avec un approvisionnement régulier de SP, et de modestes augmentations dans la consultation prénatale, pourrait augmenter la couverture des 85% du niveau cible [20].

2) Diagnostic

En Février 2011, le PNLP a mis à jour leurs lignes directrices de gestion des cas de paludisme en les alignant sur les normes de l'OMS, recommandant des tests de diagnostic universelle pour le paludisme. Tous les patients avec suspicion de paludisme doivent maintenant être testés en utilisant la microscopie ou un test de diagnostic rapide (TDR). Cette nouvelle politique n'a pas été largement diffusée. En général, les tests de diagnostic s'intensifient en même temps que les CTA, cependant, la mise en œuvre continue d'être difficile. Une étude sur les établissements de santé réalisée en 2009 a révélé que, seulement 48% des patients qui nécessitaient des tests de diagnostic ont été testés, et que 23% des patients ayant eu un résultat de test négatif ont toujours quand même reçu un traitement antipaludique. En Mars 2011, des préoccupations ont été soulevées quant à la gestion et à l'utilisation des TDR. La dernière enquête sur les stocks de produits des établissements de santé a montré que 30% des établissements visités ont des TDR dont la date d'utilisation a expiré, dans leurs stocks [20].

3) Traitement

L'artémether-luméfantine (Coartem® ou AL) reste le traitement de première intention pour le paludisme simple au Bénin. Les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine sont disponibles dans les entrepôts des zones régionales et de santé à travers tout le pays et le personnel de santé ont été formés pour traiter correctement le paludisme. Le dernier (Juin 2011) rapport de surveillance sentinelle trimestrielle a trouvé un taux moyen de 30% de rupture de stock des CTA dans tous les cinq sites [20]. La maintenance d'un approvisionnement stable des CTA reste un défi.

¹⁴ Sulfadoxine-pyriméthamine (Fansidar)

¹⁵ Ce kit fourni à un coût d'environ 1 \$, comprend également des suppléments de fer, l'acide folique, le mébendazole, et une MILDA [20].

Selon EDSB 2006, la proportion d'enfants de moins de cinq ans ayant de la fièvre et recevant une médication antipaludique est de 42%. 38,8% d'entre eux ont reçu un traitement à la chloroquine. Moins de 1% des enfants ont reçu un traitement aux CTA [1].

Tableau 4-2 Évolution des indicateurs du paludisme

Indicateurs	2001 EDSB	2006 EDSB	Afrique Subsaharienne
Pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée à l'insecticide (MII)	-	25%	44%
Pourcentage d'enfants de 0-59 mois qui ont passé la nuit précédant l'enquête sous une moustiquaire imprégnée	7,4%	20%	34%
Pourcentage de femmes enceintes qui ont passé la nuit précédant l'enquête sous une moustiquaire imprégnée	-	20%	-
Pourcentage de femmes enceintes prenant au moins deux doses de SP pour le Traitement Préventif Intermittent (TPI)	-	3%	-
Pourcentage d'enfants de 0-59 mois ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines précédant l'enquête, et qui ont reçu des antipaludéens		42%	39%

Source : INSAE et Macro International Inc. (2007) Enquête Démographique et de Santé (EDSB-III) Bénin 2006. [1]; UNICEF (2012) The State of the World's Children 2012: Children in an Urban World [11]

4.3.2 La lutte contre le VIH/Sida

(1) Politique et stratégies

Le Plan Stratégique National 2012-2016¹⁶, développé selon l'approche de planification axée sur les résultats s'inspire de la vision du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida (ONUSIDA), Zéro nouvelle infection, Zéro discrimination et Zéro décès dû au Sida, et intègre les objectifs et engagements internationaux. Le principal impact attendu de la mise en œuvre de ce PSN est la baisse significative de nouvelles infections et surtout l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant [14]. Le PSN 2012-2016 est structuré en sept axes stratégiques pour lesquels des résultats d'effets ont été définis de la manière suivante :

Tableau 4-3 Axe stratégiques et coût du Plan stratégique national 2012-2016

Axe stratégique		FCFA	%
1	Renforcement de la prévention de la transmission du VIH et des IST • La réduction de 50% les nouvelles infections à VIH d'ici à 2016	29 590 964 204	29%
2	Élimination de la Transmission Mère Enfant • L'élimination des nouvelles infections à VIH parmi les enfants et le maintien de leurs mères en vie	23 494 433 564	23%
3	Renforcement de la prise en charge globale (i) d'ici à 2016, le nombre de décès annuels de PVVIH passera de 1500 à 750 et (ii) les OEV vont pouvoir jouir de leurs droits fondamentaux	28 763 594 484	28%
4	Renforcement du système de santé • Le renforcement du système de santé dans le but d'assurer l'accès universel à la prévention, aux soins, au traitement et au soutien	5 465 518 238	5%
5	Renforcement du système communautaire • Le renforcement du système communautaire en vue d'atteindre les objectifs de l'accès universel	3 570 600 816	3%
6	Suivi-évaluation, informations stratégiques et recherche	9 650 187 603	9%
7	Gouvernance, plaidoyer et mobilisation de ressources	2 662 731 676	3%
Total		103 198 030 585	100%

Source: Comité National de Lutte contre le Sida (2012) Rapport National de Suivi de la Déclaration Politique sur le VIH/Sida [14]

¹⁶ Cette section est basée sur le document de référence, l'original plan stratégique national n'a pu être obtenu.

(2) Progrès dans la lutte

Le Bénin poursuit sa politique d'extension des sites de dépistage à travers tout le territoire national qui passe de 28 sites fonctionnels en 2006 à 149 sites fonctionnels en 2011. Le nombre de dépistages a augmenté (Tableau 4-4). Les activités de dépistage se font soit en stratégie fixe, au niveau des sites qui peuvent être spécifiques pour le dépistage, ou des sites de prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), soit en stratégie avancée lors des campagnes de dépistage mobiles organisées chaque année dans tous les départements du Bénin [14].

L'Initiative Béninoise d'Accès aux Antirétroviraux commencée en 2002 avec trois sites à Cotonou progresse. Ceci se matérialise par l'évolution du nombre de sites de prise en charge par les ARV qui est passé de 47 en 2007 à 68 en 2009. Le déploiement du mouvement de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien s'est traduit par une décision d'offre gratuite de service portant sur un paquet minimum incluant l'accès aux médicaments antirétroviraux. Grâce à cette mesure, le nombre cumulé de personnes vivant avec le VIH prises en charge par les ARV a augmenté (Tableau 4-4). La prise en charge des PVVIH est assurée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire selon des critères cliniques et biologiques bien définis [14].

Tableau 4-4 Évolution du nombre de dépistage et de traitement

Indicateurs	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nombre de personnes dépistées	82 848	56 083	127 851	184 655	109 450	204 701	236 687
Nombre des adultes sous ARV	4 283	9 274	9 345	11 308	15 087	18 814	23 930
Nombre des enfants sous ARV	250	350	420	770	1 084	1 294	1 606

Source: Comité National de Lutte contre le Sida (2012) Rapport National de Suivi de la Déclaration Politique sur le VIH/Sida [14]

La prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) a démarré au Bénin en 2001. Elle est l'une des priorités du Cadre Stratégique National de lutte contre le Sida 2007-2011. A partir de 2006, le Bénin a commencé par introduire l'utilisation des combinaisons prophylactiques plus efficaces en remplacement progressif de la dose unique de Névirapine. Le nombre de sites offrant le service de la PTME est passé de 204 en 2007 à 450 en 2011. Au cours de l'année 2011, 213 655 femmes ont été testées dont 3 010 dépistées séropositives (soit 1,41%) [14].

Bien que le contrôle du VIH ait été amélioré, il y a encore de nombreux défis. Les principales difficultés dans le cadre de la lutte contre le VIH sont : la faiblesse dans la chaîne d'approvisionnement des médicaments, réactifs et consommables; l'instabilité du personnel qualifié sur les sites de prise en charge et de PTME; et l'insuffisance de la décentralisation et de l'intégration de la prise en charge des patients VIH au niveau opérationnel etc. [7]

4.4 La lutte contre les maladies non transmissibles

La Politique Nationale de lutte contre les Maladies Non Transmissibles (MNT) a été élaborée par le Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles en 2008.

Les objectifs généraux de la politique sont : 1) réduire le niveau d'exposition des individus et des populations aux facteurs de risque communs des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux, 2) répondre aux besoins et aux attentes des personnes qui vivent avec des maladies non transmissibles et 3) assurer une protection financière contre les frais occasionnés par la maladie. Les objectifs spécifiques sont [18] :

- Créer un système d'information sur la lutte contre les maladies non transmissibles ;
- Mettre en place un programme de promotion de la santé tout au long de la vie;
- Promouvoir des mesures pour résoudre les problèmes liés aux facteurs de risque modifiables des MNT et aux déterminants sociaux ;
- Orienter les réformes du secteur de la santé dans le sens de la lutte contre les MNT.

Le Ministère de la Santé a élaboré le Paquet Essentiel d'Interventions pour les MNT : les Protocoles de Prévention et de Prise en Charge Intégrées des Maladies Non Transmissibles en 2010. Ce paquet Essentiel d'Interventions comprend quarante (40) protocoles de prévention et de prise en charge des principales MNT dont vingt (20), destinés à l'usage des Non Médecins et vingt (20) à l'usage des Médecins dans les formations sanitaires périphériques [22].

Toutefois, les facteurs de risque de MNT ne sont pas connus pour la majorité de la population. De plus, les connaissances des personnels de la santé sont insuffisantes, et la sensibilisation du public est également inadéquate [7].

Chapitre 5 Le système de santé

5.1 Ressources humaines pour la santé

5.1.1 Situation des ressources humaines pour la santé

Le tableau 5-1 présente l'effectif et le ratio des personnels de la santé dans le secteur public et privé en 2010. L'OMS recommande 2,3 agents de santé (médecins, infirmiers et sages-femmes) pour 1000 habitants. Cependant, la densité réelle au Bénin est 0,781. Ces chiffres se situent sous de la moyenne observée de ceux de l'Afrique subsaharienne qui sont respectivement de 0,189 médecins et 1,016 infirmiers et sages-femmes [2].

Tableau 5-1 Ratios des personnels de santé au niveau national (public et privé) (2010)

Groupes professionnels	Effectif	Nombre personnels pour 1000 habitants
Médecins	1 135	0,129
Infirmiers	4 162	0,474
Sages-femmes	1 301	0,148
Dentistes	39	0,004
Pharmaciens	44	0,005
Techniciens de la santé	1 276	0,145
Autres prestataires de la santé	6 633	0,756
Autres techniciens et gestionnaires	1 176	0,134
Personnel d'appui	2 312	0,263
Total	18 078	2,059

Source: Ministère de la Santé (2011) Profil des Ressources Humaines en Santé du Bénin 2010 [3]

Le tableau 5-2 présente la distribution des personnels de santé par région. Environ 40% du total des agents de la santé et environ 69% des médecins sont concentrés dans deux départements, Atlantique et du Littoral. La grande majorité du personnel de santé exerce en milieu urbain (73% contre 27% pour le milieu rural) [3].

Tableau 5-2 Distribution des personnels de santé par région (%) (2010)

Catégories d'occupation	Atocora/ Donga	Atlantique/ Littoral	Borgou/ Alibori	Mono/ Couffo	Oueme/ Plateau	Zou/ Collines	Effectif
Médecins	4,76	67,93	6,78	4,93	10,40	5,20	1135
Infirmiers	9,61	36,45	16,59	8,94	14,56	13,65	4162
Sages-femmes	6,92	46,69	9,22	7,23	19,37	10,30	1301
Dentistes	2,56	74,36	10,26	0,00	10,26	2,56	39
Pharmaciens	0,00	29,55	2,27	6,82	34,09	27,27	44
Techniciens de la santé	8,31	48,12	11,13	7,92	13,56	10,97	1276
Autres prestataires de la santé	8,35	32,31	12,48	14,13	16,61	16,12	6633
Autres techniciens et gestionnaires	6,46	44,13	11,73	7,40	13,52	16,75	1176
Personnel d'appui	8,95	40,48	13,62	7,22	17,00	12,72	2312
Total	8,23	39,57	12,86	10,05	15,61	13,69	18078

Source: Ministère de la Santé (2011) Profil des Ressources Humaines en Santé du Bénin 2010 [3]

En 2008, le ratio nombre de femmes en âge de procréer par sage-femme¹⁷ dans le Littoral (4,83) a un niveau de plus de deux fois meilleur à celui du niveau national (1,69), alors que le département de l'Alibori (0,47) a un niveau 3 fois inférieur à celui du niveau national [7].

5.1.2 Politique et stratégies

Le Ministère de la Santé a formulé le Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du Secteur Santé (2009-2018). Les domaines et axes stratégiques du plan ont été définis comme suivant [23] :

Domaine 1 : Planification des Ressources Humaines

Axe Stratégique 1 : Renforcement de la planification des ressources humaines en santé

Axe Stratégique 2 : Renforcement du partenariat entre les acteurs internes et externes en matière de planification de ressources humaines en santé

Axe Stratégique 3 : Développement de la recherche sur les ressources humaines en santé

Domaine 2 : Production et Développement des compétences

Axe Stratégique 4 : Développement d'un plan consensuel de formation initiale du personnel du secteur

Axe Stratégique 5 : Développement des compétences du personnel du secteur

Domaine 3: Management des ressources humaines

Axe Stratégique 6 : Amélioration de la gestion des carrières

Axe Stratégique 7 : Amélioration des mécanismes d'incitation à la performance et de maintien au poste

Axe Stratégique 8 : Prévention et gestion des risques professionnels

Axe Stratégique 9 : Déconcentration/Décentralisation de la gestion des ressources humaines

5.1.3 Formation

Au Bénin la production des Ressources Humaines pour la Santé est assurée par des Écoles et des Institutions Publiques qui relèvent du Ministère en charge de la Formation Professionnelle et du Ministère de l'Enseignement Supérieur. Les durées des études pour les médecins, les pharmaciens, et les infirmiers et sages-femmes sont 7 ans, 5 ans et 3 ans respectivement [3]. Au niveau national les possibilités de formation sont multiples et variées. Plusieurs acteurs institutionnels interviennent dans la formation initiale des agents de santé. Les principales institutions sont les suivantes [23]:

- la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université d'Abomey-Calavi à Cotonou assure la formation des Médecins Généralistes et Spécialistes, des Pharmaciens, des Assistants Sociaux et des Kinésithérapeutes ;
- la Faculté de Médecine de l'Université de Parakou créée en 2001 forme des médecins généralistes ;
- l'Institut National Médico-Social (INMES) assure la formation de cinq corps des professionnels de santé : le corps des infirmiers et infirmières Diplômés d'État, le corps des sages-femmes diplômés d'État, le corps des aides assistants sociaux, le corps des techniciens de laboratoire d'analyses médicales et le corps des techniciens d'hygiène et d'assainissement.

¹⁷ par 100 000 femmes

De façon générale, les effectifs des enseignants sont insuffisants pour assurer un meilleur encadrement des apprenants. De plus, très peu de nouveaux enseignants qualifiés peuvent être recrutés sur le marché. Depuis 2000, les écoles de santé fonctionnent avec des effectifs pléthoriques. En outre, jusqu'en 2000 la moyenne par promotion à la faculté de médecine était de 30 étudiants en moyenne. Ce nombre est allé jusqu'à 60 après 2000 alors que les conditions d'accueil et d'encadrement n'ont pas changé. Les différentes difficultés rencontrées dans les institutions de formation se résument en ceci: Insuffisance d'infrastructures, Insuffisance et vétusté des équipements, Inadéquation entre les programmes de formation avec les besoins du secteur etc. [3].

5.1.4 Recrutement et déploiement

En matière de recrutement, il n'existe pas une politique propre au personnel de santé. La pratique de recrutement du personnel découle de la politique nationale de recrutement du personnel de l'État. Le Ministre de la Santé saisit les directeurs départementaux de la santé, les directeurs techniques et centraux aux fins de recueillir leur expression de besoins en personnel. Les besoins collectés sont analysés sur la base des justifications fournies et évalués dans leur globalité. Ces besoins sont utilisés au niveau central pour la détermination des priorités de recrutement et la répartition du personnel sur le terrain [3].

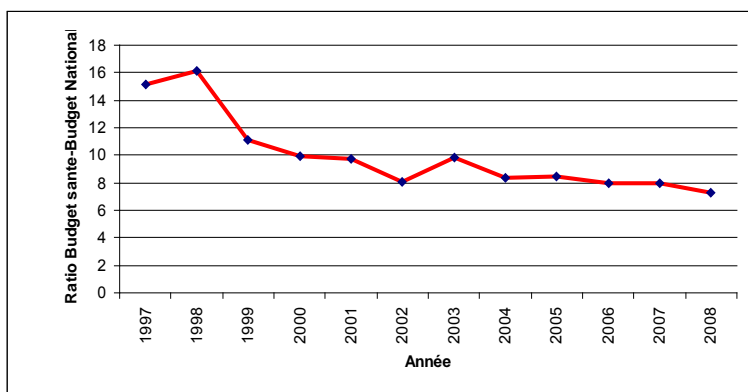
5.2 Financement de la santé

5.2.1 Situation du financement de la santé

Selon l'OMS, les dépenses publiques de santé en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) était de 2% en 2010. 36% des sources de financement sont d'origines externes (bailleurs de fonds, etc.) Le total des dépenses de santé par habitant est de 31 dollars américains. Les dépenses publiques de santé par habitant sont de 15 dollars américains et les dépenses hors ménages en santé sont de 15 dollars américains. En comparaison avec les moyennes de dépenses hors ménages directes sur la santé (9 dollars américains) en Afrique sub-saharienne, le chiffre du Bénin se situe au-dessus de la moyenne régionale [24].

Le Bénin a consacré environ 7,5% de ses dépenses publiques à la santé en 2008 (Figure 5-1) [25]. Les dépenses consacrées au secteur de la santé dans le budget national ne progressent pas, et demeurent très éloignées du seuil des 15% proposé par la Déclaration d'Abuja¹⁸. En outre, en vue d'accélérer l'atteinte des OMD, le gouvernement et le Ministère de la Santé a élaboré le Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) 2010-2012 basée sur le budget estimé dans le PTD.

¹⁸ En Avril 2001, les pays de l'Union africaine à la réunion à Abuja, au Nigeria, se sont engagés à accroître le financement public de la santé à au moins 15%.



Source : Ministère de la Santé (2010) Cadre de Dépenses à Moyen Terme 2010-2012 du Ministère de la Santé [25]

Figure 5-1 Évolution du ratio budget santé sur budget national

Selon les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) en 2006, Les pourcentages des sources de financement du système de santé sont énumérés dans le tableau 5-3 [25].

Tableau 5-3 Source de financement du système de santé

Source	Pourcentage
État	31%
Collectivités locales	1%
Ménages	52%
Partenaires	16%
Total	100%

Source: Ministère de la Santé (2010) Cadre de Dépenses à Moyen Terme 2010-2012 du Ministère de la Santé [25]

Globalement, le budget alloué au secteur de la santé sur la période 2003-2008 a été exécuté à hauteur de 76,33 %. Selon les comptes nationaux de santé, les ménages effectuent des paiements directs auprès des établissements de soins aussi bien publics que privés à hauteur de 52% de la dépense totale de la santé au Bénin. De la répartition des versements directs des ménages par fonction, il ressort que 76% de ces dépenses sont consacrées aux produits pharmaceutiques, 8% pour les soins hospitaliers, 5% pour les soins ambulatoires, 5% pour les services auxiliaires laboratoires, 5% pour l'imagerie médicale et 6% pour les autres dépenses de santé. Les ménages constituent ainsi la principale source de financement de la santé malgré leur faible niveau de revenu. Cet état de choses limite l'accessibilité des ménages aux services et soins de santé. L'inexistence d'un système viable d'assurance maladie est le facteur favorisant de la faible accessibilité financière des ménages aux services et soins [25].

5.2.2 Gratuité des soins

Au Bénin, pour alléger la charge des ménages, le gouvernement a mis en place un certain nombre de mécanismes visant à renforcer l'assistance médicale aux pauvres et aux groupes vulnérables, au titre desquels nous pouvons citer [21] :

- la gratuité des prestations du Programme Élargi de Vaccination (PEV);
- la gratuité de certaines interventions de la lutte contre le paludisme dont la distribution de moustiquaires imprégnées ; le traitement préventif intermittent, etc.

- la gratuité de la césarienne ;
- la gratuité des traitements ARV;
- la gratuité des traitements de la tuberculose, de la lèpre et de l'ulcère de Buruli etc.

5.3 Système d'information sanitaire

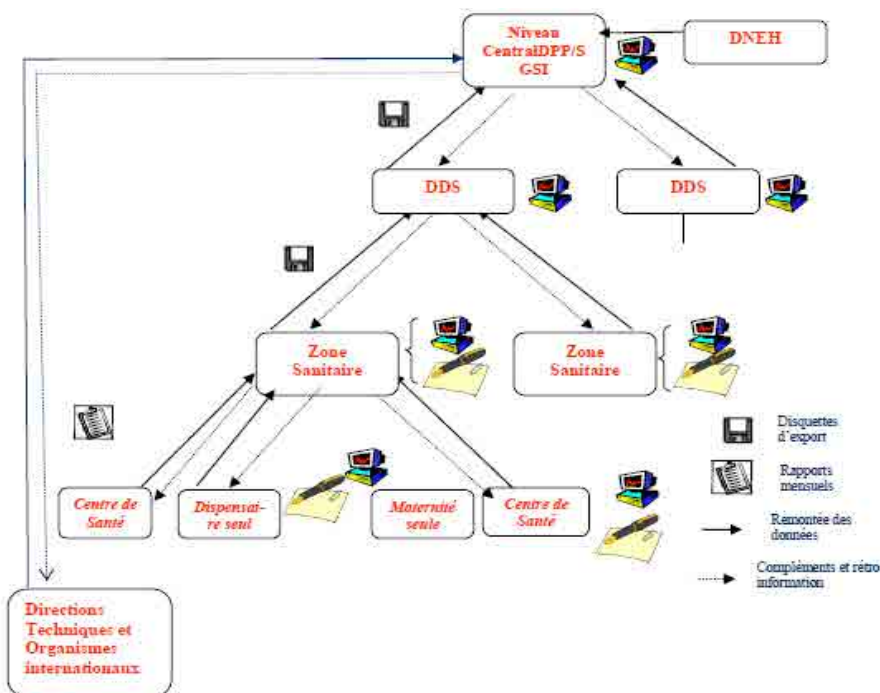
5.3.1 Situation du système d'information sanitaire

Le Service de la Gestion du Système d'Information (SGSI) dans la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP) du Ministère est chargé du système d'information sanitaire. Le Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS) a été mis en place en 1990. Le sous-système de routine du SNIGS collecte la plus grande partie des données statistiques sanitaires du Bénin. Ces informations sont complétées par celles des sous-systèmes ci-après [9] [3] :

- sous-système d'information pour la surveillance continue des tendances (activités des formations sanitaires, suivi des tendances) ;
- sous-système de surveillance épidémiologique et de détection des épidémies ;
- sous-système d'information des programmes ;
- sous-système d'information de gestion administrative et financière ;
- sous-système d'enquêtes périodiques ;
- sous-système d'information à assise communautaire ;
- sous-système d'état civil.

Le SNIGS dispose sur au moins dix (10) ans, des bases de données des différents niveaux de la pyramide sanitaire déclinées par formation sanitaire et par mois. Les informations contenues dans la base couvrent toutes les activités du secteur : données épidémiologiques et données non épidémiologiques (ressources humaines, financières, infrastructures, équipements et le matériel) [7].

5.3.2 Collecte et analyse des données



Source : Ministère de la Santé (2011) Annuaire des Statistiques Sanitaires Année 2010 [9]

Figure 5-2 Le circuit de l'information sanitaire

Le SNIGS dispose de supports papiers standardisés par type d'activités qui lui permettent de collecter périodiquement les données des formations sanitaires du pays. La saisie des données collectées se fait au niveau de toutes les Zones Sanitaires (ZS) (avant le 5 de chaque mois). Les copies des bases de données statistiques des zones sanitaires sont envoyées mensuellement (avant le 15 de chaque mois) au niveau des Directions Départementales de la Santé (DDS) qui à leur tour font la compilation et les envoient au SGSI du niveau central (avant le 20 de chaque mois) qui abrite la base nationale de données du SNIGS [9].

En ce qui concerne les enquêtes auprès des ménages au Bénin, l'EDSB a été menée en 1996, 2001 et 2006. L'EDSB 2011-2012 est actuellement en cours. La réalisation de la prochaine EDSB est prévue pour 2016. En outre, la réalisation de l'Enquête sur les indicateurs du paludisme est prévue pour 2013 [20].

En ce qui concerne l'analyse des données et la diffusion des résultats, la plupart des informations produites sont consignées dans l'annuaire des statistiques sanitaires qui paraît chaque année depuis 1984.

5.3.3 Défis

Malgré les acquis du système supra énumérés depuis 1990, on note des insuffisances qui freinent son bon fonctionnement. Au nombre de ces insuffisances, on note :

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

L'une des causes de l'insuffisance de la qualité des données produites est la non intégration des données du secteur privé. Les données des formations sanitaires du secteur privé libéral sont encore peu intégrées dans la base du SNIGS. En effet, moins de 10% de leurs statistiques sont intégrées dans la base du SNIGS alors qu'elles totalisent à elles seules environ 40% des activités de soins surtout dans les grandes villes [7].

5.4 Infrastructures, équipements et médicaments

5.4.1 Infrastructures et équipements

Le tableau 5-5 présente la répartition des infrastructures sanitaires par département. La couverture en infrastructures sanitaires a connu une amélioration ces dernières années. Mais des disparités régionales existent dans le taux de couverture en centres de santé.

Au Bénin dans l'ensemble, 89% des ménages ont accès à une formation sanitaire dans leur localité dans un rayon de 5 km. S'agissant de l'accessibilité aux formations sanitaires de première référence, on remarque que plus de 50% de la population a accès à un hôpital de référence en cas de nécessité ; 13% des populations vivent encore à plus de 30 km d'un hôpital de référence. La majorité des communautés rurales ne disposent pas d'un hôpital à moins de 5 km (34% contre 77% pour le milieu urbain) [3]. L'absence d'une politique adéquate de répartition des infrastructures est la principale cause de l'inégale répartition observée [7].

Tableau 5-4 Répartition des infrastructures sanitaires par département (2010)

Département	Espace hospitalo-universitaire	CHD	HZ	Autres hôpitaux	CS complets	Dispensaire seul	Maternité seule	Formations Sanitaires Professionnelles	Taux de couverture sanitaire (%)
Alibori	0	0	3	0	42	16	0	1	95%
Atacora	0	1	3	0	46	3	0	18	96%
Atlantique	0	0	2	2	65	7	5	1	92%
Borgou	1	1	4	0	69	15	11	0	98%
Collines	0	0	3	0	50	6	5	0	82%
Couffo	0	0	2	0	44	4	6	2	86%
Donga	0	0	2	0	29	3	3	14	100%
Littoral	2	0	2	3	15	2	1	4	85%
Mono	0	1	2	0	38	0	11	4	97%
Ouémé	0	1	1	4	65	15	0	3	81%
Plateau	0	0	2	0	36	15	0	0	100%
Zou	0	1	1	0	59	1	3	0	71%
Total	3	5	27	9	558	87	45	47	88%

Source : Ministère de la Santé (2011) Annuaire des Statistiques Sanitaires Année 2010 [9]

Selon l'enquête 2009-2010, concernant la distance entre FS et l'établissement de référence, dans l'ensemble, 20% des FS enquêtées sont situées à moins de cinq (05) km de l'établissement de référence le plus proche. La distance moyenne qui sépare une FS périphérique d'un hôpital de référence est de 26,7 Km avec des extrêmes dans les départements de l'Atacora (56,9 Km), le Borgou (43 Km) et des Collines (40,8 Km) [19].

En dehors de ces disparités, il y a également l'état de délabrement dans lequel se trouvent 40% de ces infrastructures qui pour la plupart ne sont pas conformes aux normes. En effet, l'insuffisance de suivi dans l'exécution des travaux est l'une des raisons qui explique cet état des choses [7].

En ce qui concerne les équipements, l'irrégularité des inventaires du parc d'équipements, la lenteur dans la procédure d'achat des pièces détachées, figurent parmi les principales faiblesses du secteur. Il en résulte une dégradation précoce des équipements. Le même problème se pose aussi en ce qui concerne les moyens de transport utiles pour le transfert des malades, les supervisions, les vaccinations. Les moyens de communication sont insuffisants pour établir des liaisons régulières entre les différents centres de santé. Cette situation est favorisée par l'absence de politique appropriée pour l'acquisition et la gestion des équipements médico-techniques et l'inexistence d'un plan national de développement des infrastructures. En outre, différents problèmes de la maintenance des infrastructures et des équipements sont dus principalement à :

- La multiplicité des marques des équipements sans aucune formation, ou recyclage des maintenanciers; L'insuffisance de spécialistes qui assure la maintenance ;
- L'absence d'un mécanisme de maintenance et de suivi des équipements;
- L'inexistence d'un manuel de procédures pour la maintenance des dispositifs médicaux [7].

5.4.2 Médicaments

La Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux (CAME) a été créée en 1989. La CAME, structure d'approvisionnement des médicaments, semble assurer de façon efficace le stockage et la distribution des médicaments sur toute l'étendue du territoire national. Elle dispose d'un dépôt central basé à Cotonou et de deux (2) dépôts régionaux à Parakou dans le Département de Borgou et à Natitingou dans le Département de l'Atacora qui approvisionnent toutes les formations sanitaires du territoire national [7] [26].

Force est de constater que le secteur pharmaceutique privé traite 40% des volumes de médicaments, pour un chiffre d'affaires annuel estimé à environ 24 milliards de FCFA en prix public. A titre de comparaison, la CAME gère 60% des volumes pour un chiffre d'affaires qui se limite à 2,5 milliards de FCFA [7].

Dans le secteur pharmaceutique privé, quatre grossistes répartiteurs sont les seuls habilités à importer les médicaments pour les privés lucratifs. Au Bénin, on dénombre 185 officines de pharmacies inégalement réparties sur le territoire national et près de la moitié de ces officines se retrouve dans le Département du Littoral [7].

5.5.2 Coordination avec les autres ministères

Le Ministère de la Défense gère l'Hôpital d'Instruction des Armées, dix centres médico-sociaux et cinq postes médicaux à l'intérieur du pays. Le Service de Santé des Armées offre des soins au personnel des Forces Armées Béninoises, aux services de police et leurs familles.

Il est à noter cependant que le partenariat entre le Ministère de la Santé et les autres ministères connaît encore quelques insuffisances. Il n'existe pas encore de convention de collaboration entre le Ministère de la Santé et l'armée afin de déterminer clairement les mécanismes de partenariat de l'armée à l'atteinte des objectifs nationaux de santé. De même, entre le Ministère de la Santé et les Ministères en charge de l'éducation, cette convention est inexistante, ce qui fait qu'aucun mécanisme de développement de la santé scolaire n'est défini dans ce cadre. Le même problème s'observe au niveau des autres ministères notamment les ministères en charge du travail, de l'environnement etc.

Il se dégage donc la nécessité de renforcer le dialogue et la collaboration entre le Ministère de la Santé et les autres ministères en vue d'assurer un niveau satisfaisant de la qualité des soins et d'atteindre des objectifs nationaux de santé [7].

Chapitre 6 Situation du soutien des partenaires

6.1 Coordination des partenaires dans le secteur de la santé

Les partenaires bilatéraux/multilatéraux s'efforcent de mettre en œuvre des aides plus efficaces en formant des groupes par secteur tels que la santé et l'éducation, tout en facilitant les échanges d'informations et d'opinions. Le Japon contribue à la mise en œuvre de politiques dans chacun des secteurs de concert avec les autres partenaires, en coopérant avec eux dans le domaine de la santé, l'éducation, l'agriculture, et l'alimentation en eau [5].

Le Bénin a adhéré au Partenariat international pour la santé (IHP+) en septembre 2009, et son pacte national a été signé en novembre 2010 par le Ministère de la Santé et le Ministère des Finances d'une part, et l'UNICEF, l'OMS, le FNUAP, la Belgique, et la Banque mondiale, d'autre part. Par ailleurs, Le groupe thématique de l'ONUSIDA, le groupe du Partenariat Faire Reculer le Paludisme, et le mécanisme de coordination des pays du Fonds mondial sont organisés sur des grands thèmes de la santé, et des activités sont mises en œuvre [27].

6.2 Contribution des partenaires dans le secteur de la santé

6.2.1 Aperçu

Les contributions des principaux partenaires au Bénin sont résumées dans le tableau ci-après.

Tableau 6-1 Principaux partenaires et leurs domaines d'intervention

Partenaires	Période de programme	Principaux domaines d'intervention						Renforcement de système de santé
		Santé de l'enfant	Santé de la mère	Nutrition	VIH/Sida	Paludisme	TB	
OMS	2009-2013	○	○		○	○	○	○
UNICEF	2009-2013	○	○	○				○
FNUAP	2009-2013		○					
Banque mondiale	-	○	○					○
États-Unis	2011-2015	○	○			○		○
Belgique	-							○
AFD	-	○	○					
Fonds mondial	-				○	○	○	

Source: developed by JICA team based on the information on the website etc.

6.2.2 Organisation mondiale de la santé (OMS)

L'OMS fournit des supports techniques principalement dans le développement des normes techniques, des normes et des protocoles. Les cinq principaux axes stratégiques du programme 2009-2013 de l'OMS sont [27]:

- i) Le renforcement du système de santé et amélioration de son utilisation dans l'optique des soins de santé primaires;
- ii) La lutte contre la maladie;
- iii) La promotion de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et de la santé sexuelle et de la reproduction;

- iv) La promotion de la santé et protection de l'environnement;
- v) Le partenariat pour la santé et la mobilisation des ressources.

6.2.3 Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)

Dans le programme pays 2009-2013, l'UNICEF fournit un soutien dans le domaine de la survie et du développement de l'enfant, de la continuité des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants, de la nutrition, de la PCIME, des soins obstétriques d'urgence, du renforcement du système de santé telles que la collecte de données et l'analyse [28].

6.2.4 Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP)

Dans le 7^{ème} programme de coopération (2009-2013), le FNUAP fournit du soutien dans le domaine de la planification familiale et de la santé reproductive afin de réduire les taux de mortalité maternelle.

6.2.5 Banque mondiale

Le Projet de renforcement de la performance du système de santé (32,8 millions de dollars) a pour objectif de développement, de contribuer à accroître la couverture de services de santé maternelle et néonatale de qualité ; à améliorer les performances des établissements de santé grâce à un dispositif de financement basé sur les résultats ; à renforcer les capacités du ministère de la Santé pour lui permettre de faciliter et de suivre la mise en œuvre de ce dispositif ; et à soutenir le processus de recrutement des médecins spécialistes dans les districts visés¹⁹.

6.2.6 Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial)

Le tableau 6-2 présente le soutien du Fonds mondial au Bénin.

Tableau 6-2 Soutien du Fonds mondial au Bénin

Type	Round	Titre	Réциpiendaire principal	Montant total approuvé (\$US)	Phase et état
VIH/Sida	Flux de subvention de financement unique ²⁰	Accélération de l'accès aux services de prévention de l'infection à VIH, de soins et de traitement et pour le soutien à la communauté	Ministère de la Santé	40 841 296	Phase I - En cours
	Flux de subvention de financement unique	Accélération de l'accès aux services de prévention de l'infection à VIH, de soins et de traitement et pour le soutien à la communauté	Plan Benin	13 059 423	Phase I - En cours
	Flux de subvention de financement unique	Accélération de l'accès aux services de prévention de l'infection à VIH, de soins et de traitement et pour le soutien à la communauté	Industrial and Building Electricity Company	6 585 316	Phase I - En cours
Tuberculose	Flux de subvention de financement unique	Renforcer les capacités institutionnelles de soutien du laboratoire de référence Mycobactery (LMR) et la mise en œuvre de l'approche du Traitement Directement Observé de Courte Durée (DOTS) dans le cadre du PNT	Ministère de la Santé	5 619 391	Phase I - En cours
Paludisme	7	Renforcement du traitement du paludisme communautaire pour les enfants de moins de cinq ans dans 14 zones de santé au Bénin dans un partenariat élargi en vue d'accroître l'impact	Catholic Relief Services USCCB	14 469 436	Phase II - En cours

Source: GFATM Grant Portfolio Benin [29]

¹⁹ <http://www.worldbank.org/projects/P113202/health-system-performance?lang=en> (juillet 2012)

²⁰ Single Stream of Funding Grant

6.2.7 États-Unis

L'objectif de la Stratégie de l'Initiative Globale de la Santé (IGS) (2011-2015), du Bénin est "amélioration de la santé des familles béninoises». Cet objectif sera atteint par 1) L'amélioration de la performance du secteur public dans la prestation de services intégrés de santé familiale, 2) l'amélioration de la performance du secteur privé de la santé dans la prestation de services intégrés de santé familiale et 3) l'amélioration des habitudes de prévention et de recherche des soins aux capacités renforcée. En outre, le gouvernement américain soutient trois programmes principaux: le paludisme, la santé infantile et maternelle, et la planification familiale. Toutes les activités sont mises en œuvre en se concentrant sur les femmes, les filles et l'égalité des sexes, et assurer la viabilité à travers le renforcement du système de santé [30].

6.2.8 Belgique

Dans le Projet d'Appui au Renforcement des Zones et départements Sanitaires du Mono-Couffo et de l'Atacora-Donga (2010-2014) (€15 228 453), les supports techniques sont prévues pour renforcer les zones et les départements Sanitaires et également améliorer le system de référence et de contre référence pour la continuité des soins. En outre, le projet d'Appui Institutionnel au Ministère de la Santé (2009-2013) (€ 324 770) appuie la mise en œuvre du PNDS, notamment dans ses volets relatifs à la planification, à la coordination et au suivi-évaluation.

6.2.9 Agence Française de Développement (AFD)

Le Projet d'Appui à la Santé Maternelle et Infantile (10 millions d'euros) vise à améliorer l'accessibilité à des soins obstétricaux et néonataux de qualité et à renforcer l'offre de soins en appuyant les hôpitaux offrant la gratuité de la césarienne à travers les dotations en médicaments, équipements et consommables, la formation de leur personnel de santé etc.²¹

6.3 Assistance du Japon dans le secteur de la santé du Bénin

6.3.1 Principes de la coopération pour le Bénin et positionnement du secteur de la santé

La coopération du Japon avec le Bénin met l'accent sur l'aide dans le secteur des besoins humains fondamentaux avec, comme domaine clé, le développement des ressources humaines, la santé, et le développement agricole / rural, afin de contribuer à l'amélioration directe du cadre de vie des habitants dans la région.

Dans le domaine de la santé, il est nécessaire d'améliorer l'accès aux services de santé et de former du personnel médical à la lumière de la situation dans le domaine de la santé maternelle et infantile au Bénin.

Dans cette optique, le «Programme de Santé de la Mère et de l'Enfant» a été développé. Ce programme intervient sous une forme d'aide en, coordonnant organiquement les différents mécanismes de coopération (Tableau 6-3), auquel l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL), un grand hôpital de référence dans le secteur de la santé de la mère et de l'enfant, sert de base dans le but d'améliorer les

²¹ <http://www.afd.fr/home/pays/afrique/geo-af/benin/projets-benin/projets-en-execution/sante-maternelle-et-infantile> (juillet 2012)

soins aux femmes enceintes, mères allaitantes et aux nouveau-nés dans les départements de l'Atlantique et du Littoral. Le programme en question a pour but (1) d'améliorer les soins aux femmes enceintes / mères allaitantes / nouveau-nés à l'HOMEL, (2) de renforcer la formation en milieu de travail dans le secteur de la santé maternelle et infantile du personnel médical de l'HOMEL, (3) d'améliorer les soins aux femmes enceintes / mères allaitantes / nouveau-nés dans les établissements primaires de santé dans les départements de l'Atlantique et du Littoral. La coopération du Japon dans le secteur de la santé du Bénin depuis 2005 est présentée dans le tableau 6-3.

Tableau 6-3 La coopération du gouvernement japonais dans le secteur de la santé depuis 2005

Programme	Année fiscale	Titre
Aide financière non remboursable	2007-2008	Projet de renforcement des installations et des équipements de l'Hôpital Mère et enfant – Lagune
Expert	2008-2012	Conseiller du Programme de santé maternelle et infantile
Volontaires japonais pour la coopération à l'étranger	- 2013	Amélioration des soins de santé aux femmes enceintes et aux nouveau-nés (18 personnes)
Formation axée sur les enjeux etc.	- 2012	Programme Asie-Afrique de Co-crédation de connaissances (AAKCP) sur la gestion de la qualité totale (TQM) pour de meilleurs services hospitaliers (5S-KAIZEN)
	- 2012	Amélioration des soins de santé régionale pour le personnel de contrepartie du JOCV dans les pays de l'Afrique Francophone
Formation d'un pays tiers	- 2012	Service médical d'urgence pour les femmes enceintes et les mères allaitantes (Maroc, Sénégal, Tunisie, etc.)
Aide financière non remboursable pour les projets des ONG japonaises	2009-2010	Construction du centre maternelle et infantile à Zé

Source : Ministère des Affaires étrangères (2010, 2011) Country Data Book [5];
Ministère des Affaires étrangères HP
[http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/data/zyoukyou/ngo_m21_11.html];
Ministère des Affaires étrangères (2011) Japan's ODA: Rolling Plan for Benin [31]

Chapitre 7 Enjeux prioritaires dans le secteur de la santé

7.1 Contexte et enjeux prioritaires dans le secteur de la santé

La figure 7-1 présente la relation entre les problèmes dans le secteur de la santé du Bénin et leurs facteurs de base décrites dans le chapitre 1 à 6.

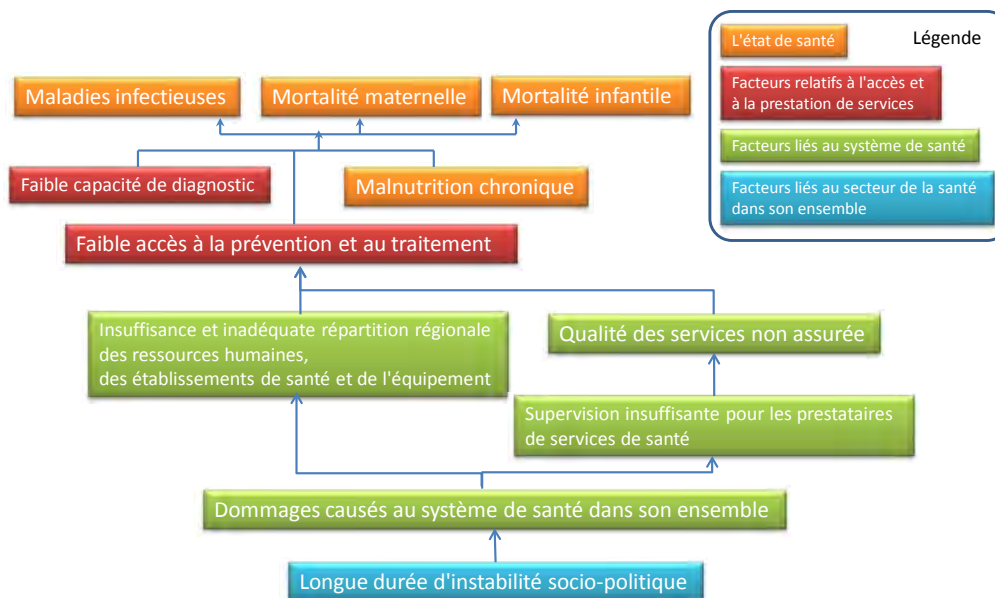


Figure 7-1 Enjeux prioritaires et facteurs contextuels du secteur de la santé au Bénin

7.1.1 Problèmes concernant l'état de santé de la population

Les maladies infectieuses, l'état pathologique se manifestant pendant la période de grossesse / période périnatale et les conditions nutritionnelles sont les grands responsables des décès. Bien qu'il y ait eu une réduction du taux de mortalité maternelle, il reste encore élevé. La mortalité infantile a également été améliorée. Toutefois, le taux de mortalité infantile varie en fonction du lieu de résidence, du statut socio-économique des ménages et du niveau d'instruction de la mère.

La malnutrition est le facteur sous-jacent qui contribue à plus d'un tiers de tous les décès d'enfants. Il est suggéré qu'il existe une relation entre la malnutrition des enfants et le niveau d'éducation des mères. Les enfants en état de malnutrition et avec une faible résistance aux maladies, contractent la pneumonie ou la diarrhée. Il est considéré que ces enfants ne pouvant pas recevoir les soins appropriés meurent par conséquent.

En ce qui concerne le paludisme, la totalité de la population réside dans la zone de transmission élevée. Cependant, il n'y a pas eu d'amélioration dans la réduction du nombre d'admissions et de décès. Concernant le VIH, la prévalence est élevée, en particulier chez les femmes vivant dans les départements situés en zones frontalières.

7.1.2 Base des problèmes

La plupart des cas de mortalité maternelle sont dûs à l'hémorragie, l'anémie, aux maladies infectieuses, l'hypertension artérielle de la grossesse, etc. contre lesquelles l'on peut prendre des mesures préventives en enrichissant les services en soins prénatals d'une part, et en fournissant des soins obstétricaux d'urgence d'autre part. Le fait que la planification familiale ne soit pas généralisée contribue également à la menace de la santé de la mère. Par contre, quant aux facteurs de la mortalité infantile, on peut y porter remède en améliorant les soins de santé primaires, tandis que le faible taux d'immunisation reste toujours un problème.

Malgré la mise en place d'hôpitaux dans chaque département et le haut taux de couverture des centres de santé publique, la concentration des ressources humaines de la santé dans les zones urbaines rend la situation difficile pour élargir les soins de santé primaires et les soins obstétricaux d'urgence compréhensifs à l'ensemble du pays. Du point de vue des usagers du système des soins de santé, la redevance y perçue est bien élevée en dépit de leur pauvreté. De plus, ils ont peu de connaissances relatives à la médecine préventive et à la planification familiale vue le faible niveau d'éducation. Tous ces facteurs font obstacle à l'accès aux services de santé.

7.1.3 La réponse du gouvernement et des partenaires aux enjeux prioritaires et défis à relever

Le gouvernement vise à améliorer la situation de la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la prévention, la lutte contre la maladie et l'amélioration de la qualité de soins en consacrant environ 70% du coût total du PNDS.

En outre, le gouvernement vise à mettre en œuvre le PIHI en conformité avec le Plan Opérationnel de Mise à l'Échelle Nationale des Interventions à Haut Impact sur la Mortalité Maternelle, Néo Natale et infanto juvénile. Les partenaires principaux concentrent leur soutien dans le domaine de la santé maternelle et infantile et le renforcement du système de santé. Le soutien du Japon a également ciblé le domaine de la santé de la mère et de l'enfant, à savoir le renforcement des installations et équipements de HOMEL.

7.2 Possibilité d'une coopération japonaise dans le secteur de la santé

La santé maternelle et infantile reste une question prioritaire également à l'avenir dans le secteur de la santé au Bénin, et il est estimé qu'il est nécessaire de continuer l'aide initiée visant l'amélioration des services de la santé maternelle et infantile s'appuyant sur la coopération dont a bénéficié jusqu'à présent l'HOMEL.

Le Ministère de la Santé du Bénin apprécie considérablement les effets de la coopération japonaise menée jusqu'à présent (principalement la Classe des Mères au cours des consultations prénatales, encadrement concernant la nutrition, l'audit clinique de décès maternels, etc.). Dans le cadre des projets futurs au Bénin, le Japon a l'intention de faire des efforts au niveau de l'ensemble de l'organisation de l'HOMEL et d'améliorer qualitativement les services de la santé maternelle et infantile dans le pays en

communiquant de manière appropriée ce savoir-faire aux établissements de santé primaires et secondaires dans les départements de l'Atlantique et du Littoral.

Par conséquent, la mise en œuvre une aide visant à l'établissement et à la généralisation des effets de l'aide du Japon (jusqu'à présent dans le secteur de la santé maternelle et infantile), ainsi que la poursuite de celle-ci de concert avec les Directions concernées du Ministère de la Santé et les autres partenaires, afin de refléter les différentes activités sur le plan national de la santé maternelle et infantile, est tout à fait souhaitable.

ANNEXES

Annexe 1: Les indicateurs clés relatifs au secteur de la santé

Annexe 2: Références bibliographiques

Annexe 1: Les indicateurs clés relatifs au secteur de la santé (République du Bénin)

République du Bénin			OMD	Sources	1990	2000	Données les plus récentes	Dernière année	Dernières données de la région	(Dernière année)	Région		
0 Informations générales	0.1 Démographie	0.1.01	Population, total		WDI	4,773,137	6,517,810	8,850,000	2010	853,434,000	(2010)	Afrique subsaharienne	
		0.1.02	Croissance démographique (croissance annuelle en%)		WDI	3.1	2.9	2.8	2010	2.5	(2010)	Afrique subsaharienne	
		0.1.03	Espérance de vie à la naissance, total (années)		WDI	48.6	52.6	55.6	2010	54.3	(2010)	Afrique subsaharienne	
		0.1.04	Taux de natalité brut (par 1000 habitants)		WDI	46.7	43.0	39.6	2010	37.4	(2010)	Afrique subsaharienne	
		0.1.05	Taux de mortalité brut (par 1000 habitants)		WDI	17.4	13.9	11.8	2010	12.6	(2010)	Afrique subsaharienne	
		0.1.06	Population urbaine (% du total)		WDI	34.5	38.3	42.0	2010	37.4	(2010)	Afrique subsaharienne	
	0.2 Développement	0.2.01	RNB par habitant, méthode Atlas (en \$ US courants)		WDI	360	370	780	2010	1,188.5	(2010)	Afrique subsaharienne	
		0.2.02	Croissance du RNB (% annuel)		WDI	3.5	5.9	3.3	2005	4.1	(2010)	Afrique subsaharienne	
		0.2.03	Inscriptions à l'école, primaire (% brut)	2.1	WDI	41.2		93.8	2010	76.3	(2009)	Afrique subsaharienne	
		0.2.04	Ratio filles/garçons des inscriptions au primaire (%)	3.1	WDI	52.5	66.0	87.1	2010	91.6	(2009)	Afrique subsaharienne	
		0.2.05	Taux d'alphabétisation, total des adultes (% des personnes âgées de 15 ans et plus)		WDI			41.7	2009	62.3	(2009)	Afrique subsaharienne	
		0.2.06	Indice du développement humain		HDR	0.11	0.42	0.43	2010	0.46	(2011)	Afrique subsaharienne	
		0.2.07	Indice du développement humain (rang)		HDR	149 / 160	158 / 173	167 / 187	2010				
		0.2.08	Pauvreté à \$ 1,25 par jour (PPA) (%)		WDI			15.7	2003	20.6	(2008)	Afrique subsaharienne	
	0.3 Eau et assainissement	0.3.01	Sources d'eau potable améliorées (% de la population ayant accès)	7.8	HNP Stats	57	66	75	2010	61.1	(2010)	Afrique subsaharienne	
		0.3.02	Installations d'assainissement améliorées (% de la population ayant accès)	7.9	HNP Stats	5	9	13	2010	30.6	(2010)	Afrique subsaharienne	
	1 L'état de santé de la population	1.1 La mortalité et la morbidité	1.1.01	Taux de mortalité normalisé selon l'âge par cause (pour 100.000 habitants) - Transmissibles		GHO			618	2008	798	(2008)	Afrique
			1.1.02	Taux de mortalité normalisé selon l'âge par cause (pour 100.000 habitants) - Transmissibles		GHO			804	2008	779	(2008)	Afrique
1.1.03			Taux de mortalité normalisé selon l'âge par cause (pour 100.000 habitants) - Blessures		GHO			87	2008	107	(2008)	Afrique	
1.1.04			Cause de décès, par les maladies transmissibles, conditions et maternelles, périnatales et nutritionnelles (% du total)		HNP Stats			60.5	2008	64.6	(2008)	Afrique subsaharienne	
1.1.05			Causes de décès, par les maladies non transmissibles (% du total)		HNP Stats			33.2	2008	28.3	(2008)	Afrique subsaharienne	
1.1.06			Causes de décès, par les blessures (% du total)		HNP Stats			6.4	2008	7.1	(2008)	Afrique subsaharienne	
1.1.07			Distribution des années de vie perdues par causes larges (%) - transmissibles		GHO			75	2008	78	(2008)	Afrique	
1.1.08			Distribution des années de vie perdues par causes larges (%) - Non transmissibles		GHO			18	2008	15	(2008)	Afrique	
1.1.09			Distribution des années de vie perdues par causes larges (%) - Blessures		GHO			7	2008	17	(2008)	Afrique	
1.2 Santé maternelle et infantile		1.2.01	Ratio de décès maternel (estimation par modèle, pour 100 000 naissances vivantes)	5.1	MDGs	790	560	410	2008	650	(2008)	Afrique subsaharienne	
		1.2.02	Taux de fertilité chez les adolescents (nombre de naissance par 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans)	5.4	MDGs		119.8	102.9	2010	107.6	(2010)	Afrique subsaharienne	
		1.2.03	Taux de mortalité infantile, moins de 5 ans (pour 1 000)	4.1	MDGs	177.7	143.4	115.4	2010	121.2	(2010)	Afrique subsaharienne	
		1.2.04	Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	4.2	MDGs	107.0	88.6	73.2	2010	76.4	(2010)	Afrique subsaharienne	
		1.2.05	Nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale (% de naissances)		HNP Stats	9.6		14.9	2006	13.3	(2010)	Afrique subsaharienne	
		1.2.06	Taux de fertilité, total (naissances par femme)		HNP Stats	6.7	6.0	5.3	2010	4.9	(2010)	Afrique subsaharienne	
1.3 Maladies infectieuses		1.3.01	Prévalence du VIH, hommes (% des hommes âgés de 15 à 24 ans)	6.1	MDGs			0.3	2009	1.5	(2009)	Afrique subsaharienne	
			Prévalence du VIH, femmes (% des femmes âgées de 15 à 24 ans)	6.1	MDGs			0.7	2009	3.8	(2009)	Afrique subsaharienne	
		1.3.02	Cas déclarés de paludisme (pour 100 000 habitants)	6.6	MDGs Database			35,555	2008				
		1.3.03	a) Taux de mortalité due au paludisme, pour 100,000 habitants, tout âge	6.6	MDGs Database			113	2008	96	(2009)	Afrique subsaharienne	
			b) Taux de mortalité due au paludisme, pour 100,000 habitants, 0-4 ans	6.6	MDGs Database			106	2008	519	(2009)	Afrique subsaharienne	
		1.3.04	Taux de prévalence de la tuberculose, pour 100,000 habitants	6.9	MDGs Database	128	132	149	2010	479	(2009)	Afrique subsaharienne	
		1.3.05	Incidence de la tuberculose (pour 100 000 personnes)	6.9	MDGs	77	85	94	2010	271	(2010)	Afrique subsaharienne	
		1.3.06	Taux de mortalité due à la tuberculose (pour 100 000 personnes)	6.9	MDGs	13	14	16	2010	28	(2010)	Afrique subsaharienne	
		1.3.07	Prévalence du VIH, total (% de la population âgée de 15 à 49 ans)		HNP Stats	0.2	1.4	1.2	2009	5.5	(2009)	Afrique subsaharienne	
		1.3.08	Décès dus au SIDA (estimations de l'ONUSIDA)		HNP Stats	200	3,000	2,700	2009				
1.3.09		Incidence du VIH, 15-49 ans, le pourcentage (revue à mi-parcours)		MDGs Database	0.11	0.12	0.1	2009					
1.3.10		Note partielle d'établissement des priorités du Fonds mondial (VIH)		GF			8	2012					
		Note partielle d'établissement des priorités du Fonds mondial (Paludisme)		GF			10	2012					
		Note partielle d'établissement des priorités du Fonds mondial (Tuberculose)		GF			8	2012					
1.4 Nutrition	1.4.01	Prévalence de l'émaciation (% des enfants de moins de 5)		HNP Stats			8.4	2006					
2 Prestation des services	2.1 Santé maternelle et infantile	2.1.01	Naissances assistées par du personnel de santé qualifié (% du total)	5.2	MDGs Database			74	2006			Afrique subsaharienne	
		2.1.02	Naissances par césarienne (%)		GHO			3.6	2006	3.5	(2011)	Afrique	
		2.1.03	Prévalence de la contraception (% des femmes âgées de 15 à 49 ans)	5.3	MDGs			17.0	2006	21.7	(2010)	Afrique subsaharienne	
		2.1.04	Femmes enceintes recevant des soins prénataux (%)	5.5	HNP Stats			84.1	2006	73.5	(2010)	Afrique subsaharienne	
		2.1.05	Femmes enceintes recevant des soins prénataux a au moins quatre visites (% des femmes enceintes)	5.5	HNP Stats		61.6	60.5	2006	45.6	(2010)	Afrique subsaharienne	
		2.1.06	Besoins de planification familiale non couverts, total, pourcentage	5.6	MDGs Database			27.3	2006	24.8	(2008)	Afrique subsaharienne	
		2.1.07	Enfants d'1 an vaccinés contre la rougeole	4.3	Childinfo	79	70	69	2010	75	(2010)	Afrique subsaharienne	
		2.1.08	Enfants d'1 an vaccinés contre la tuberculose		Childinfo	92	92	97	2010	84	(2010)	Afrique subsaharienne	
		2.1.09	a) Enfants d'1 an vaccinés contre: DTC (pourcentage de nourrissons qui ont reçu leur première dose de vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos)		Childinfo	86	89	94	2010	85	(2010)	Afrique subsaharienne	
			a) Enfants d'1 an vaccinés contre: DTC (pourcentage de nourrissons qui ont reçu 3 doses de vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos)		Childinfo	74	78	83	2010	77	(2010)	Afrique subsaharienne	
		2.1.10	Enfants d'1 an vaccinés contre la Polio		Childinfo	74	78	83	2010	79	(2010)	Afrique subsaharienne	
	2.1.11	Pourcentage de nourrissons qui ont reçu trois doses de vaccin antihépatite B		Childinfo			83	2010	74	(2010)	Afrique subsaharienne		
	2.2 Maladies infectieuses	2.2.01	L'utilisation du préservatif avec un partenaire non régulier, adultes% (15-49), Homme	6.2	MDGs			42.2	2006				
2.2.02		L'utilisation du préservatif avec un partenaire non régulier, adultes% (15-49), Femme	6.2	MDGs			24.5	2006					

Annexe 1: Les indicateurs clés relatifs au secteur de la santé (République du Bénin)

République du Bénin			OMD	Sources	1990	2000	Données les plus récentes	Dernière année	Dernières données de la région	(Dernière année)	Région	
2.2	2.2.03	Hommes âgés de 15 à 24 ans ayant des connaissances exactes et complètes au sujet du VIH/sida, pourcentage	6.3	MDGs Database			34.8	2006	33	(2005-2010)	Afrique subsaharienne	
	2.2.04	Femmes âgées de 15 à 24 ans ayant des connaissances exactes et complètes au sujet du VIH/sida, pourcentage	6.3	MDGs Database			15.9	2006	26	(2005-2010)	Afrique subsaharienne	
	2.2.05	Taux de scolarisation des orphelins par rapport aux non-orphelins âgés de 10 à 14 ans	6.4	MDGs Database			0.9	2006	0.92	(2005-2010)	Afrique subsaharienne	
	2.2.06	Utilisation de moustiquaires de lits avec insecticide (% de la population de moins de 5 ans)	6.7	HNP Stats			20.1	2006	34.0	(2010)	Afrique subsaharienne	
	2.2.07	Enfants fiévreux recevant des médicaments contre le paludisme (% d'enfants fiévreux de moins de 5 ans)	6.8	MDGs Database			54	2006	36	(2008-2010)	Afrique subsaharienne	
	2.2.08	Cas de tuberculose soignés dans le cadre d'un traitement direct à court terme et sous observation, pourcentage	6.10	MDGs Database		78	90	2009	80	(2008)	Afrique subsaharienne	
	2.2.09	Couverture de la thérapie antirétrovirale (% de personnes atteintes d'une infection avancée par le VIH)	6.5	MDGs			53.0	2009				
	2.2.10	Personnes âgées de 15 ans et plus qui ont fait le test de dépistage du VIH et reçu des conseils, nombre estimatif pour 1000 la population adulte		GHOR			76.9	2010				
	2.2.11	Services de dépistage et de conseils, nombre estimatif par 100,000 de population adulte		GHOR			10	2010				
	2.2.12	Les femmes enceintes testées pour le VIH, couverture estimée (%)		GHOR			43	2010				
	2.2.13	Pourcentage de femmes séropositives enceintes qui ont reçu des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH (revue à mi-parcours)	6.5	MDGs Database			29	2009				
	2.2.14	Taux de détection des cas de tuberculose (% , toutes les formes)		HNP Stats	57.0	49.0	45.0	2010	60	(2010)	Afrique subsaharienne	
	2.2.15	Taux de succès du traitement de la tuberculose (% des cas enregistrés)	6.10	MDGs		78.0	90.0	2009	79	(2009)	Afrique subsaharienne	
	2.3 Nutrition	2.3.01	Taux de couverture de la supplémentation en vitamine A (% des enfants de 6 à 59 mois)		HNP Stats			100.0	2010	85.8	(2010)	Afrique subsaharienne
		2.3.02	Consommation de sel iodé (% des ménages)		HNP Stats			67.2	2008	49.8	(2010)	Afrique subsaharienne
2.4 La qualité et la couverture	2.4.01	Estimation de la couverture officielle de la santé		ILO			0.5		11.6		Pays de forte vulnérabilité	
	2.4.02	Population non couverte (%) en raison du déficit en ressources financières		ILO			93		85.8		Pays de forte vulnérabilité	
	2.4.03	Population non couverte (%) en raison du déficit en personnel professionnel de la santé		ILO			82.6		74.6		Pays de forte vulnérabilité	
3 Le système de santé	3.1 Ressources humaines	3.1.01	Médecins (pour 100 personnes)		HNP Stats	0.05		0.06	2008	0.2	(2010)	Afrique subsaharienne
		3.1.02	Sages-femmes (pour 1 000 personnes)		HNP Stats							
		3.1.03	Infirmières (pour 1 000 personnes)		HNP Stats			0.7	2004			
		3.1.04	Personnel de dentisterie (pour 10 000 habitants)		GHO			0.04	2008	0	(2007)	Afrique
		3.1.05	Personnel de pharmacie (pour 10 000 habitants)		GHO			0.02	2008	1.0	(2007)	Afrique
	3.2 Financement de la santé	3.2.01	Dépenses en santé, total (% du PIB)		HNP Stats		4.3	4.1	2010	6.5	(2010)	Afrique subsaharienne
		3.2.02	Dépenses en santé, publiques (% du total des dépenses en santé)		HNP Stats		43.8	49.5	2010	45.1	(2010)	Afrique subsaharienne
		3.2.03	Dépenses en santé, privées (% du total des dépenses en santé)		HNP Stats		56.2	50.5	2010	54.9	(2010)	Afrique subsaharienne
		3.2.04	Versements directs en santé (% des dépenses du secteur privé en santé)		HNP Stats		99.9	92.7	2010	64.7	(2010)	Afrique subsaharienne
		3.2.05	Dépenses en santé, publiques (% des dépenses du gouvernement)		HNP Stats		9.7	9.6	2010	10.0	(2005)	
		3.2.06	Ressources extérieures pour la santé (% des dépenses totales en santé)		HNP Stats		17.2	35.9	2010	10.5	(2010)	Afrique subsaharienne
		3.2.07	Dépenses de la sécurité sociale pour la santé en tant que pourcentage des dépenses des administrations publiques en santé		GHO		0.5	0.5	2009	7	(2009)	Afrique
		3.2.08	a) Dépenses en santé par habitant (\$ US courants)		HNP Stats		15.3	31.1	2010	84.3	(2010)	Afrique subsaharienne
	Dépenses totales en santé par habitant (PPA \$ int.)			GHO		50	65	2009	157	(2009)	Afrique	
	3.2.09	Dépenses des administrations publiques en santé par habitant au taux de change moyen (US \$)		GHO		7.0	18	2009	41	(2009)	Afrique	
3.3 Installations et médicaments	3.3.01	a) Disponibilité médiane d'une sélection de médicaments génériques dans le secteur public (%)		GHO								
		b) Disponibilité médiane d'une sélection de médicaments génériques dans le secteur privé (%)		GHO								
	3.3.02	a) Ratio de prix médian d'une sélection de médicaments génériques dans le secteur public		GHO								
b) Ratio de prix médian d'une sélection de médicaments génériques dans le secteur privé			GHO									
3.3.03	Lits d'hôpital (pour 1 000 personnes)		HNP Stats	0.8		0.5	2010	1.2	(1990)	Afrique subsaharienne		

WDI: World Development Indicators & Global Development Finance (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 07/2012)

HDR: Human Development Reports (<http://hdr.undp.org/>) (Accessed 07/2012)

HNP Stats: Health Nutrition and Population Statistics (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 07/2012)

GF: Global Fund eligibility list for 2012 funding channels, the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (<http://www.theglobalfund.org/en/application/applying/ecfp/>) (Accessed 07/2012)

GHO: Global Health Observatory Country Statistics (<http://www.who.int/gho/countries/en/>) (Accessed 07/2012)

GHOR: Global Health Observatory Repository (<http://apps.who.int/ghodata/>) (Accessed 07/2012)

MDGs: Millennium Development Goals (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 07/2012)

MDG database: Millennium Development Goals Indicators (<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/>) (Accessed 07/2012). Regional data is available on The Millennium Development Goals Report Statistical Annex 2011 (United Nations).

Childinfo: Childinfo UNICEF (<http://www.childinfo.org/>) (Accessed 07/2012)

ILO: World Social Security Report 2010/11: Providing coverage in times of crisis and beyond. International Labour Office Geneva: ILO 2010.

1.3.10 Le score des priorités partielles est composé du Score du niveau de revenu pour le pays et le score du fardeau de la maladie pour la maladie spécifique dans le pays. Le score minimum est de 3 et le score maximal est de 12.

2.4.01 Estimation de la couverture officielle de santé est indiquée en pourcentage de la population couverte par état, la société, le privé, les compagnies, les syndicats, les mutuelles et autre régimes d'assurance-maladie.

2.4.02 Population non couverte (%) en raison du déficit en ressources financières (basée sur la valeur médiane des groupes à faible vulnérabilité des pays) utilise la différence relative entre la dépense nationale en santé en dollars internationaux PPA (à l'exclusion hors de la poche) et la densité médiane observée dans le groupe de pays ayant un faible niveau de vulnérabilité comme une référence pour les pays en développement. Le taux peut être calculé en utilisant la formule suivante:

Dépenses de santé par habitant non financées par les paiements directs des ménages privés (PPA \$ int.) [A]

Population (en milliers), total [B]

Dépenses totales pour la santé non financées par paiement direct en int. \$ PPA (en milliers) [C = A x B]

Population couverte par les dépenses totales de santé non financées par paiement direct en cas d'application de l'indicateur de référence* (en milliers) [D = C + Indicateur de référence]**

Pourcentage de la population non couverte en raison du déficit en ressources financières (%) [F = (B - D) ÷ B x 100]

* Indicateur de référence: Dépenses totales de santé non financées par paiement direct par habitant = 350 \$ internationaux PPA

** Cette formule a été partiellement modifiée de l'original de la source en fonction d'un calcul réel.

2.4.03 Population non couverte (%) en raison du déficit en personnel professionnel de la santé utilisé comme un proxy de la différence relative entre la densité de professionnels de la santé dans un pays donné et sa valeur médiane dans les pays ayant un faible niveau de vulnérabilité. Le taux peut être calculé en utilisant la formule suivante:

Total du personnel professionnel de la santé [A = B + C]

Nombre en personnel de soins infirmiers et obstétricaux [B]

Nombre de médecins [C]

Population totale (en milliers) [D]

Nombre en professionnels de la santé pour 10.000 personnes [F = A ÷ D x 10]

Population totale couverte en cas d'application de l'indicateurs de référence* (en milliers) [E = A ÷ Indicateur de référence x 10]

Pourcentage de la population totale non couverte due au déficit en personnel professionnel de la santé [G = (D - E) ÷ D x 100]

Indicateur de référence: 40 agents professionnel de la santé pour 10.000 personnes.

Annexe 2: Références bibliographiques (République du Bénin)

No.	Titre	Auteur	URL	Année
1	Enquête Démographique et de Santé (EDSB-III) Bénin 2006	Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et Macro International Inc		2007
2	World Development Indicators	World Bank	http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators	
3	Profil des Ressources Humaines en Santé du Bénin 2010	Ministère de la Santé		2011
4	Basic Data on Benin (<i>en japonais</i>)	Ministère des Affaires étrangères	http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/benin/data.html#01	
5	ODA Country Data Book (<i>en japonais</i>)	Ministère des Affaires étrangères		2011
6	Human Development Report.	UNDP		2011
7	Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018	Ministère de la Santé		
8	NCD Country Profiles 2011	WHO		2011
9	Annuaire des Statistiques Sanitaires Année 2010	Ministère de la Santé		2011
10	Revue Rapide de la Stratégie Nationale pour la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale au Bénin	Ministère de la Santé		2011
11	The State of the World's Children 2012: Children in an Urban World	UNICEF		2012
12	The 2012 Report Benin	Countdown to 2015		2012
13	World Malaria Report 2011	WHO		2011
14	Rapport National de Suivi de la Déclaration Politique sur le VIH/Sida	Comité National de Lutte contre le Sida		2012
15	Global Tuberculosis Control: WHO report 2011	WHO		2011
16	Rapport spécial 2010 d'évaluation de la mise en œuvre des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) au Bénin	République du Bénin		2010
17	First WHO report on neglected tropical diseases: working to overcome the global impact of neglected tropical diseases	WHO		2010
18	Politique Nationale de lutte contre les Maladies Non Transmissibles	Ministère de la Santé		2008
19	Évaluation des Besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence au Bénin	Ministère de la Santé		2010
20	Malaria Operational Plan FY 2012 Benin	President's Malaria Initiative		2011
21	Stratégie de mise en œuvre de la gratuité de la prise en charge des cas de paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans	Programme National de Lutte contre le Paludisme, Ministère de la Santé		2011
22	Protocoles de Prévention et de Prise en Charge Intégrées des Maladies Non Transmissibles	Ministère de la Santé		2010

Annexe 2: Références bibliographiques (République du Bénin)

No.	Titre	Auteur	URL	Année
23	Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du Secteur Santé	Ministère de la Santé		
24	Health System Financing Country Profile: Benin	WHO	http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REPORT_COUNTRY_PROFILE	2010
25	Global Health Expenditure Database, Benin		http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84521	
26	Cadre de Dépenses à Moyen Terme 2010-2012 du Ministère de la Santé	Ministère de la Santé		2010
27	Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays 2009-2013 Bénin	Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique		2009
28	Benin Country programme document 2009-2013	UNICEF		2008
29	GFATM Grant Portfolio	GFATM	http://portfolio.theglobalfund.org/en/Grant/List/BEN	
30	Global Health Initiative: Benin Country Strategy	DOS, USAID, CDC, Peace Corps, USDA, USAID, DOD		2011
31	Japan's ODA: Rolling Plan for Benin (<i>en japonais</i>)	Ministère des Affaires étrangères		2011