



CNLS-TP

CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA,
LA TUBERCULOSE, LE PALUDISME, LES HÉPATITES,
LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES
ET LES ÉPIDÉMIES.

PRÉSIDENCE DE LA RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

C/195 SCOA-GBETO

01 BP 6930 Cotonou Bénin

+229 21 31002097 / 97097025

cnlsbenin@yahoo.fr

Politique nationale de santé communautaire au Bénin

Mai 2020

PREFACE

L'obligation des gouvernants d'assurer le bien-être social exige une reformulation de ressources humaines disponibles et en bonne santé pour la création des richesses.

Cette exigence conduit à relever des défis sanitaires et oblige chaque peuple à revisiter sa politique communautaire de santé.

Le Bénin, dans ce contexte, se donne une nouvelle Politique Nationale de Santé Communautaire qui intègre l'approche « une seule santé », pour l'amélioration des indicateurs de santé.

Le Secrétariat Exécutif du CNLS-TP a conduit de façon participative, avec l'implication de tous les acteurs (secteur public, secteur privé, société civile, Partenaires Techniques et Financiers, etc.), la relecture de la politique nationale de santé communautaire. Cette nouvelle politique place les ménages dans leur rôle d'acteurs principaux pour le bien-être et la bonne santé au sein des communautés.

La nouvelle Politique Nationale de Santé Communautaire s'inscrit dans le Programme d'Action du Gouvernement, particulièrement le pilier 3 de l'axe stratégique 6 et ambitionne d'améliorer les déterminants de la santé des communautés. Elle se positionne en catalyseur de la réduction sans cesse de l'incidence des principales maladies.

Sa mise en place établit au Bénin un véritable système d'alerte précoce de toute la transversale santé. La réussite de son opérationnalisation reste tributaire de son appropriation effective par les différentes parties prenantes et de la mobilisation subséquente des ressources utilitaires.

J'encourage les acteurs à tous les niveaux à contribuer et à veiller à sa mise en œuvre diligente.



Dr Melchior AÏSSI
SE/CNLS-TP

LISTE DES ABREVIATIONS

ABPF	: Agence Béninoise pour la Promotion de la Famille
AFBP	: Approche de Financement Basé sur la Performance
ANSSP	: Agence Nationale des Soins de Santé Primaires
ARCH	: Assurance pour le Renforcement du Capital Humain
ASCQ	: Agent de Santé Communautaire Qualifié
ASF	: Agent de Santé de Famille
AVEC	: Association Villageoise d'Epargne et de Crédit
AVS	: Agent Villageois de Santé
BZS	: Bureau de Zone Sanitaire
CAD	: Conférence Administrative Départementale
CCLS-TP	: Conseil Communal de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose, le Paludisme, les Hépatites, les IST et les Epidémies
CCRC	: Cadre de Concertation de la Réponse Communautaire
CDLS-TP	: Conseil Départemental de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose, le Paludisme, les Hépatites, les IST et les Epidémies
CHD	: Centre Hospitalier Départemental
CIPEC	: Centre d'Information, de Prospective, d'Ecoute et de Conseil
CNLS-TP	: Conseil National de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose, le Paludisme, les Hépatites, les IST et les Epidémies
COGECS	: Comité de Gestion des Centres de Santé
CoLoSS	: Composante Locale du Système de Santé
CPN	: Consultation Prénatale
CPS	: Centre de Promotion Sociale
CREDESA	: Centre Régional pour le Développement et la Santé
CRS	: Catholic Relief Services
CS	: Centre de Santé
CTA	: Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
CTAL	: Centre de Traitement Anti Lèpre
CTB	: Coopération Technique Belge
CTRSS	: Comité Technique des Réformes du Secteur Santé
CVS	: Comité Villageois de Santé
DBC	: Distribution à Base Communautaire
DDS	: Direction Départementale de la Santé
DHIS2	: District Health Information System 2
DTC-HepB-Hib	: Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Hépatite B-Haemophilus influenzae type B
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
EDSB-V	: 5 ^{ème} Enquête Démographique et de Santé du Bénin
EEZS	: Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire

ENABEL	: Agence Belge de Développement
FADeC	: Fonds d'Appui au Développement des Communes
FBR	: Financement Basé sur les Résultats
FFOM	: Forces Faiblesses Opportunités Menaces
FM	: Fonds Mondial
GAN	: Groupe d'Assistance à la Nutrition
GAVI	: Global Alliance for Vaccines and Immunization
HZ	: Hôpital de Zone
IB	: Initiative de Bamako
IRA	: Infection Respiratoire Aigue
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
MASM	: Ministère des Affaires Sociales et de la Microfinance
MICS	: Multiple Indicator Cluster Surveys/Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples
MIILD	: Moustiquaire Imprégnée d'Insecticides à Longue Durée d'action
MNT	: Maladie Non Transmissible
MS	: Ministère de la Santé
OBC	: Organisation à Base Communautaire
OCB	: Organisation Communautaire de Base
ODD	: Objectif pour le Développement Durable
OMD	: Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Organisation des Nations Unies pour le Sida
OOAS	: Organisation Ouest Africaine de la Santé
OSD	: Orientation Stratégique pour le Développement
PARZS	: Projet d'Appui au Renforcement des Zones Sanitaires
PASS	: Projet d'Appui au Système de Santé
PAZS	: Programme d'appui aux Zones Sanitaires
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV/SSP-IB	: Programme Elargi de Vaccination /Soins de Santé Primaire - Initiative de Bamako
PIB	: Produit Intérieur Brut
PIHI	: Paquet d'Interventions à Haut Impact
PISAF	: Programme Intégré de Santé Familiale
PNS	: Politique Nationale de Santé
PPSSC	: Programme de Planification des Services Sanitaires à base Communautaire
PROLIPO	: Projet de Lutte Intégrée contre le Paludisme dans l'Ouémé
PROSAF	: Programme de promotion intégrée de Santé Familiale dans le Borgou
PRPSS	: Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé

PSI	: Population Service International
PTF	: Partenaire Technique et Financier
PUSS	: Plateforme des Utilisateurs des Services de Santé
RC	: Relais Communautaire
REDISSE	: Regional Disease Surveillance Systems Enhancement
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SARA	: Evaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services
SBC	: Service à Base Communautaire
SEVE	: Savoir Etre
SNIGS	: Système National d'Information et de Gestion Sanitaire
SONU	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SP/CAN	: Secrétariat Permanent du Conseil de l'Alimentation et de la Nutrition
SRO	: Sel de Réhydratation par voie Orale
SSP	: Soins de Santé Primaires
SYLOS	: Système Local de Santé
TDR	: Test de Diagnostic Rapide
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	: Agence Américaine pour le Développement International
UVS	: Unité Villageois de Santé
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
WASH	: Eau, hygiène et Assainissement
ZS	: Zone Sanitaire

TABLE DES MATIERES

PREFACE	2
LISTE DES ABREVIATIONS	3
INTRODUCTION	8
CHAPITRE 1 : CONTEXTE	10
1.1 Données géographiques et administratives.....	10
1.2 Situation économique	10
1.3 Caractéristiques socio démographiques des populations et conditions de vie	10
1.4 Contexte et approche d'actualisation	11
CHAPITRE 2 : ETAT DES LIEUX DE LA REPONSE COMMUNAUTAIRE AU BENIN	13
2.1. Diagnostic du système de santé au Bénin.....	13
2.1.1 Organisation du système de santé.....	13
2.1.2 Brève analyse des piliers du système de santé au Bénin	13
2.1.3 Accès et utilisation des services de santé	16
2.1.4 Espérance de vie et mortalité au Bénin	18
2.2 Diagnostic de la santé communautaire au Bénin	19
2.2.1 Expériences de Santé communautaire.....	19
2.2.2 Analyse situationnelle de la réponse communautaire actuelle en santé au Bénin	24
2.3 Défis, priorités et scenarii	28
2.3.1 Défis.....	28
2.3.2 Priorités	29
2.3.3 Scenarii et choix des options stratégiques.....	32
CHAPITRE 3 : ENONCE DE LA POLITIQUE	33
3.1 Vision de la Politique Nationale de Santé Communautaire	33
3.2 Fondements, valeurs et principes	33
3.2.1 Fondements	33
3.2.2 Valeurs.....	33
3.2.3 Principes directeurs.....	34
3.3 But et objectif	34
3.3.1 But	34
3.3.2 Objectif	35
3.4 Orientations stratégiques	35
3.4.1 Amélioration des connaissances des populations pour la gestion durable d'une vie saine et le bien être	35
3.4.2 Renforcement des compétences des acteurs	35
3.4.3 Offre de services de santé préventifs, curatifs, promotionnels et palliatifs aux populations à domicile, dans les quartiers et villages	36
3.4.4 Distribution à base communautaire de produits et commodités de santé	36
3.4.5 Stratégies de financement et appui à la mobilisation communautaire.....	36
3.4.6 Suivi et surveillance communautaire des maladies/épidémies d'origine humaine, animale, environnementale, végétale	37
CHAPITRE 4 : MECANISME DE MISE EN ŒUVRE ET CONDITIONS DE SUCCES	37
4.1 Cadre institutionnel de mise en œuvre de la politique.....	37
4.1.1 Niveau national	37
4.1.2 Niveau Départemental	38
4.1.3 Au niveau Zone Sanitaire	38
4.1.4 Au niveau commune	38
4.1.5 Niveau Arrondissement.....	38

4.1.6 Niveau village/Quartier de ville.....	38
4.2 Suivi-Evaluation	39
4.3 Mécanisme de financement	39
4.4 Conditions générales de réussite de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé Communautaire.....	40

INTRODUCTION

L'actualisation de la politique nationale en matière de santé communautaire au Bénin a été motivée par la combinaison de plusieurs facteurs :

- la Politique Nationale de Santé (PNS) 2018-2030 qui donne les grandes orientations stratégiques spécifiques au secteur santé ;
- les Objectifs de Développement Durable (ODD) qui intègrent la vision de la fin des épidémies d'ici 2030 ;
- les directives de l'OMS sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires ;
- la réforme institutionnelle en matière de santé ayant abouti à la mise en place du Conseil National de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose, le Paludisme, les Hépatites, les IST et les Epidémies (CNLS-TP) avec un mandat pour le développement des politiques et la coordination de la riposte multisectorielle aux principales maladies couvertes dans une dynamique d'intégration et de renforcement du système de santé ;
- l'élaboration d'un Plan Stratégique National Intégré orienté vers l'Elimination dans le contexte one Health ;
- l'adoption des Orientations Stratégiques de Développement (OSD) ;
- les orientations d'autres documents clés et engagements nationaux et internationaux en matière de santé et du bien-être.

L'actualisation de la Politique Nationale de Santé Communautaire vise à :

- garantir l'alignement de la politique en matière de santé communautaire aux différents documents et engagements nouveaux, en particulier la politique nationale de santé, les réformes institutionnelles, notamment l'extension du champ d'action du CNLS-TP aux autres pathologies, y compris les autres secteurs de développement en lien avec la santé ;

- redynamiser la santé communautaire au regard des défis de mise en œuvre de la politique actuelle ;
- renforcer la dynamique nouvelle impulsée par le CNLS -TP depuis sa mise en place.

CHAPITRE 1 : CONTEXTE

1.1 Données géographiques et administratives

Le Bénin est situé en Afrique de l'Ouest et partage ses frontières avec le Togo, le Nigéria, le Burkina Faso, le Niger et l'océan Atlantique. Il dispose de 125 kilomètres de côte le long du golfe de Guinée. Avec une superficie de 114 763 km², le pays a une population estimée en 2019 à 12 005 589¹ habitants dont 51,2% de femmes ; avec un taux d'accroissement moyen de 3,5% l'an.

Au niveau administratif, le pays est organisé en douze (12) départements, en soixante-dix-sept (77) communes subdivisées à leur tour en 546 arrondissements. Les arrondissements sont à leur tour subdivisés en 5295 quartiers de ville et villages. Le processus de décentralisation en cours vise à terme à assurer que les services administratifs soient au cœur des populations avec une meilleure participation des citoyens à la gestion des politiques publiques en particulier les domaines sociaux de base : éducation, santé, environnement et cadre de vie, agriculture, élevage, sécurité, etc.

1.2 Situation économique

Le Bénin s'est doté d'un Programme d'Action Gouvernemental 2016-2021 au travers de 45 projets phares visant la transformation de l'économie, l'amélioration de la productivité et des conditions de vie de la population. En ce qui concerne le contexte macroéconomique, le Bénin a enregistré de solides performances économiques entre 2016 et 2019 avec une croissance moyenne du Produit Intérieur Brut (PIB) réel de 5,5%².

1.3 Caractéristiques socio démographiques des populations et conditions de vie

En dépit de la croissance économique stable ces dernières années, la pauvreté persiste. Les ménages dirigés par une femme s'en sortent comparativement mieux (28% sont pauvres, contre 38% pour les ménages dirigés par un homme), même si les femmes sont

¹ INSAE, RGPH4

² données 2019, banque mondiale

pénalisées par un manque d'accès aux opportunités économiques et sous-représentées dans les postes à hautes responsabilités. Les secteurs de l'éducation et de la santé absorbent une part importante des dépenses publiques.

La population béninoise est jeune : près de deux femmes sur cinq (39%) et 35% des hommes ont moins de 25 ans ; moins de 16% de la population a 40 ans ou plus. L'islam (30%) et le catholicisme (25%) sont les religions dominantes. Le groupe Fon et apparentés est l'ethnie la plus dominante : (37% des femmes et 32% des hommes).

Cinq (5) départements concentrent près de 60% de la population des femmes et 50% des hommes : il s'agit de l'Alibori (12% pour les femmes et 12% pour les hommes), de l'Atlantique (13% des femmes et 11% des hommes), du Borgou (12% des femmes et 11% des hommes), de l'Ouémé (10% des femmes et 8% des hommes) et du Zou (10% des femmes et 8% des hommes).

Les hommes sont plus instruits que les femmes ; 55% des femmes de 15-49 ans n'ont aucun niveau d'instruction contre 32% des hommes. Globalement la tendance de la fécondité générale n'a pas connu de changement important depuis 1996, le nombre moyen d'enfants par femme étant passé de 6,0 en 1996 à 5,7 enfants par femme en 2017-2018.

1.4 Contexte et approche d'actualisation

La démarche d'actualisation de la politique nationale en matière de santé communautaire a été conçue sur la base des orientations du guide national d'élaboration des politiques sectorielles élaboré par le Ministère du Plan et du Développement du Bénin.

Un processus participatif et inclusif initié par le Secrétariat Exécutif du CNLS-TP, en collaboration avec le Ministère de la Santé, les autres Ministères sectoriels et les partenaires techniques et financiers, les organisations de la société civile a pris en compte les étapes suivantes :

- l'élaboration d'une feuille de route ;
- la mobilisation des ressources y compris l'expertise technique nationale et internationale ;

- la réalisation du diagnostic participatif sectoriel à travers i) La revue documentaire, ii) une collecte de données dans les départements sur l'état des lieux de la mise en œuvre des interventions de la santé communautaire : expériences SEVE, REDISSE, PASS, SP/CAN les types d'intervenants communautaires actifs sur le terrain, approches, outils d'interventions ; iii) la réalisation d'une journée de consultation au niveau centrale avec les principales parties prenantes notamment les ministères concernés par l'approche « one health », les ONGs, les structures centrales et décentralisées clés du Ministère de la Santé, les partenaires techniques et financiers de la santé au Bénin (ENABEL, Banque Mondiale, partenaires de mise en œuvre du FM, OMS, ONUSIDA, UNICEF), etc. ;
- l'organisation d'un atelier à Grand-Popo qui a connu la participation de représentants des ministères clés, des ONGs, des experts du Secrétariat Exécutif du CNLS-TP et du Ministère de la Santé, des DDS, du SP/CAN, etc. pour i) analyser les données du diagnostic ii) proposer les principales options pour la révision de la politique, du plan stratégique, iii) avoir un consensus sur le paquet minimum d'activités, et les outils/supports d'intervention en santé communautaire, v) formuler des recommandations pour la rédaction des documents ;
- la rédaction des documents sous le leadership du Secrétariat Exécutif du CNLS-TP appuyé par une équipe restreinte de personnes ressources, les consultants nationaux et internationaux ;
- l'organisation de consultations sectorielles avec les parties prenantes pour recueillir leurs observations sur les projets de documents de politique, du plan stratégique, du paquet minimum d'activités, des supports d'intervention ;
- l'intégration des recommandations issues des consultations ;
- l'organisation d'un atelier national de validation avant la soumission de la politique en Conseil des Ministres.

CHAPITRE 2 : ETAT DES LIEUX DE LA REPONSE COMMUNAUTAIRE AU BENIN

2.1. Diagnostic du système de santé au Bénin

2.1.1 Organisation du système de santé

Au Bénin, le système de santé est pyramidal. Ainsi on distingue trois niveaux :

- **le niveau périphérique** du système de santé est la zone sanitaire, dénomination locale du district sanitaire. L'équipe d'encadrement de la zone sanitaire est dirigée par le médecin coordonnateur de zone. L'offre de services est assurée par les Centres de Santé (CS) et les cabinets de soins privés/confessionnels qui réfèrent vers l'hôpital de zone sanitaire ;
- **le niveau intermédiaire** correspond administrativement à chaque espace départemental. On compte donc actuellement douze (12) directions départementales de la santé et 06 Centres Hospitaliers Départementaux (CHD). Il existe des centres de référence spécifiques tels que les Centres d'Information, de Prospective, d'Ecoute et de Conseil (CIPEC) ; les Centres de Traitement Anti Lèpre (CTAL) ; les Centres de l'Ulcère de Buruli; les Antennes Départementales de Transfusion Sanguine, etc.
- **le niveau central ou national** fixe les orientations stratégiques, c'est le niveau de conception et de prise de décisions en matière de politique de développement du secteur sanitaire. Le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, les Directions Centrales Techniques et les Agences assurent la coordination d'ensemble. Au niveau central, le Centre Hospitalier National Universitaire est le sommet de la pyramide des infrastructures de soins. On note une centralisation des responsabilités et ressources au détriment des niveaux intermédiaires et périphériques.

2.1.2 Brève analyse des piliers du système de santé au Bénin

- **Gouvernance et leadership** : En dépit des progrès accomplis, la coordination présente encore quelques faiblesses. Les structures de mise en œuvre ne suivent

pas toujours les orientations stratégiques retenues pour les différents domaines d'interventions et ne bénéficient pas de l'accompagnement nécessaire du niveau central.

- **Ressources humaines en santé** : On note une insuffisance de personnel de santé et leur répartition inégale sur toute l'étendue du territoire national. En effet, le nombre de personnels de santé (médecins, sages-femmes, infirmiers) formés chaque année est insuffisant par rapport aux besoins. Le ratio nombre d'agents de santé (médecins, infirmiers et sages-femmes) pour 10 000 habitants est de 7,6 contre 25 agents de santé qualifiés pour 10 000 habitants préconisés par les normes de l'OMS, soit 1,5 Médecins pour 10 000 Habitants ; 4,7 Infirmier (e)s pour 10 000 Habitants et 1,4 Sages-Femmes pour 10 000 Femmes en âge de Procréer³. Quant à la répartition géographique, on note une forte concentration du personnel dans les centres urbains où les conditions de vie sont plus attractives au détriment des centres ruraux et un déséquilibre géographique des effectifs en défaveur des zones déshéritées proches ou éloignées et/ou enclavées (79% dans les zones urbaines contre 21 % dans les zones rurales).
- **Système national de l'information et de gestion sanitaire** : Le Système National d'Information et de Gestion Sanitaire (SNIGS), pilier important du système de santé reste encore confronté à des difficultés d'intégration partielle du secteur privé et des données communautaires, de fragmentation liée aux programmes et sous-programmes de santé, de complétude, de rétro-information, d'utilisation et d'accès à l'internet.
- **Plateaux techniques pour une offre de soins de santé de qualité** : Le taux de couverture nationale en Centres de Santé en 2019 est de 96%⁴. Des disparités existent d'un département à un autre. La couverture sanitaire en Centres

³ *Annuaire des statistiques sanitaires 2017*

⁴ *Annuaire des statistiques sanitaires 2019*

Hospitaliers Départementaux est de 50%. Il se pose un problème de sous-équipement dans ces centres.

- **Financement du secteur de la santé :** Le ratio budget santé sur budget général de l'Etat est de 4,03%⁵. Cette situation a pour conséquence : a) au niveau de la demande, l'exclusion des personnes n'ayant pas de ressources financières de manière permanente ou temporaire et b) au niveau de l'offre, le plateau technique est en deçà des normes requises y compris les ressources humaines pour une offre de soins de santé de qualité. De plus, les interventions spécifiques concernant certaines maladies et problématiques de santé restent dépendantes du financement extérieur malgré les efforts de l'État. Selon le rapport de performance 2017 du Ministère de la Santé, les ressources sur financement extérieur représentent 17.330.000.000 FCFA soit un taux de 22,19% du budget général du Ministère. L'analyse de la répartition du budget 2017 par exemple montre que seulement 26,92% sont alloués à la prévention et à la lutte contre les principales maladies ainsi qu'à l'amélioration de la qualité des soins.
- **Produits de santé, médicaments, consommables médicaux et vaccins :** Il persiste au Bénin des problèmes de rupture de stocks de médicaments et consommables médicaux liés à une faiblesse du système d'information et de gestion logistique en général et plus particulièrement au niveau des formations sanitaires. Il est également important de mentionner qu'il y a des réformes en cours dans le sous-secteur pharmaceutique pour l'amélioration de la situation.
- **Prestations de services de santé et de soins :** Le taux de fréquentation des services de santé publique est de 59,1%⁶. Ceci s'explique par une inégalité dans l'accès aux services de santé, une insuffisance dans la qualité des soins et une faiblesse observée dans l'organisation des services (accueil, hospitalisation et courtoisie envers les patients, qualité des services).

⁵ *Annuaire des statistiques sanitaires 2017*

⁶ *Annuaire statistiques sanitaires 2019*

- **Gestion de la communication en santé :** l'analyse du système global de communication révèle un manque de systématisation et de cohérence. Il existe actuellement des cadres conceptuels multiples et disparates pour organiser la communication en direction de la population générale.

2.1.3 Accès et utilisation des services de santé

La revue des indicateurs clé de santé (prévention et soins) fournis par l'EDS 2017-2018 permet de formuler les constats suivants :

- Une adolescente (15-19 ans) sur cinq (20%) a déjà commencé sa vie reproductive. Dans l'ensemble, 32% des femmes actuellement en union ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale.
- La prévalence de la malnutrition chronique est plus élevée parmi les garçons que parmi les filles (35% contre 29%) et également plus élevée en milieu rural (35%) qu'en milieu urbain (27%). La quasi-totalité des enfants de moins de 6 mois sont allaités (96%). Cependant, la recommandation selon laquelle l'enfant ne doit recevoir que le lait maternel pendant les six premiers mois n'est pas bien suivie puisque seulement 42 % des enfants de ce groupe d'âge sont exclusivement allaités. Seulement 15% des enfants de 6-23 mois ont un apport alimentaire minimum acceptable.
- L'anémie demeure une préoccupation : 72% des enfants de 6-59 mois sont atteints d'anémie. Chez les femmes, 58% sont anémiques.
- Pour la prévention du tétanos néonatal, seulement 71% de femmes ont reçu les injections antitétaniques suffisantes.
- Les données de l'EDSB-V indiquent que 36% des enfants dépistés par TDR pour le paludisme se sont révélés positifs. Parmi les enfants ayant eu de la fièvre dans les deux dernières semaines avant l'interview et qui ont pris un antipaludique, 37% ont été traités avec une CTA.

- Quant au traitement présomptif du paludisme chez la femme enceinte, seulement 14% ont reçu les trois doses requises de Sulfadoxine Pyrimétamine pendant leur grossesse. 78% des naissances se sont déroulées avec l'assistance de personnel de santé formé et 84% ont eu lieu dans un établissement de santé.

Selon l'EDSB-V, sur le plan vaccinal, on note des déperditions entre les doses des vaccins des enfants. Ainsi, de 84 % pour la première dose de DTC-HepB-Hib, la couverture passe à 73% pour la troisième dose. En ce qui concerne la Polio, la déperdition est plus importante puisque la proportion passe de 82% pour la première dose à 66% pour la troisième. Quant au pneumocoque, entre la première et la troisième dose, la proportion passe de 81% à 71%. La proportion d'enfants ayant reçu tous les vaccins de base est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (60% contre 54%).

- Parmi les enfants qui ont présenté des symptômes d'IRA, près de la moitié d'entre eux (46%) ont bénéficié de conseils et de traitements. Par ailleurs, pour seulement 37% des enfants de moins de 5 ans qui ont eu la diarrhée dans les 2 dernières semaines, 35% des enfants du milieu rural, ont bénéficié de conseil et de traitements. Environ un enfant sur cinq ayant eu la diarrhée dans les 2 dernières semaines a reçu des solutions préparées à partir de sels de réhydratation par voie orale (SRO) ou des solutions de sachets de sels SRO pré conditionnés (22%). Dans 17% des cas, les enfants malades ont reçu du zinc pour traiter la diarrhée et globalement 11% ont reçu les 2 types de traitement ; à Cotonou (14%), dans les Collines (16%).
- VIH : 22% des hommes (15-49 ans) contre 2% des femmes ont eu au moins 2 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois et 31% des hommes contre 13% des femmes ont eu des rapports sexuels avec une personne qui n'était pas leur conjoint. Parmi les hommes ayant eu au moins 2 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois, 14% contre 23% des femmes ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels. Parmi les hommes qui ont eu

des rapports sexuels avec une personne autre que leur épouse ou leur partenaire, 32% contre 22% chez les femmes ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels.

- Environ sept ménages béninois sur dix (71%) consomment de l'eau provenant d'une source améliorée ; la quasi-totalité des ménages n'utilise aucun moyen pour traiter l'eau (92%). 87% des ménages utilisent des installations sanitaires considérées comme non améliorées. Seulement 55% des ménages ont un endroit utilisé pour se laver les mains et parmi ces ménages, il n'y avait de l'eau et du savon que dans seulement 18% des cas.

2.1.4 Espérance de vie et mortalité au Bénin

L'état de santé de la population béninoise est caractérisé par des niveaux encore élevés des taux de morbidité et de mortalité avec l'espérance de vie à la naissance estimée à 63,84 ans (64,74 en milieu urbain contre 61,88 en milieu rural) pour l'ensemble de la population en 2013 selon le RGPH4.

Le taux brut de mortalité est de 8,5 pour 1000 (7,7 en milieu urbain et 9,15 en milieu rural). Ce taux résulte essentiellement des taux élevés de mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto juvénile.

En effet, de 1996 à 2014, les différents ratios de mortalité maternelle publiés sont successivement de 498 (EDSI 1996), 474,4 (RGPH, 2002), 397 (EDSIII, 2006) et 335,5 (288,7 en milieu urbain, 367 en milieu rural ; RGPH4 2013) pour 100 000 naissances vivantes. Malgré cette amorce de baisse du taux de mortalité maternelle, il reste cependant encore élevé et sa tendance d'évolution reste encore au-delà de celle préconisée par les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) qui est fixé à 125 pour 100 000 naissances vivantes en 2015. Les complications obstétricales directes les plus fréquentes sont les dystocies dans 18,3% des cas, les pré-éclampsies et éclampsies dans 16,5% des cas, les hémorragies dans 15, 7% des cas et l'infection du post partum dans 1% des cas (E-R SONU Bénin 2016).

La tendance au niveau de la mortalité néonatale est stagnante autour de 38 décès pour 1000 naissances vivantes depuis plusieurs décennies : 38,2‰ en 1996 (EDS1) et 37,8‰ en 2014 (MICS).

Quant à la mortalité Infanto juvénile, elle est passée de 167‰ en 1992 à 106,3‰ (96,6‰ en milieu urbain et 112,1‰ en milieu rural) en 2013 (RGPH). Selon le MICS de 2014, ce taux est de 115,2 pour 1000 naissances vivantes.

Les principales causes de décès des enfants de moins de cinq ans, selon ASS 2016 sont : le paludisme (incidence : 33% et létalité : 1,6‰.), les IRA (incidence : 9,8% et létalité : 0,0 ‰), la diarrhée (incidence : 2,5‰ et létalité : 9,1‰) et l'anémie (incidence : 5,2% et létalité : 7,4‰).

2.2 Diagnostic de la santé communautaire au Bénin

2.2.1 Expériences de Santé communautaire

2.2.1.1 Santé communautaire dans les pays en développement

Dans les pays en développement, diverses expériences ont été développées dans le domaine de la santé communautaire. Celles de plus d'une douzaine de pays dont l'Ethiopie, le Kenya, le Madagascar, le Malawi, l'Uganda, et la Zambie en Afrique, l'Afghanistan, le Bangladesh, la Bolivie, le Guatemala, l'Haïti et le Népal dans les autres parties du monde ont servi de référence à l'élaboration de la Politique Nationale de Santé Communautaire du Bénin validée en 2015. De ces expériences en santé communautaire, celles de trois pays d'Afrique : le Ghana, l'Ethiopie et le Rwanda ont été analysées. En effet, des initiatives centrées sur une intervention spécifique (la distribution des antipaludéens, des MIILD, des contraceptifs injectables, etc.) pour la plupart des pays, la santé communautaire s'est progressivement structurée autour d'un paquet de services plus englobant et une couverture géographique plus large (passage à l'échelle).

On retient que :

- Au Ghana, le programme de planification des services sanitaires à base communautaire (PPSSC) a été progressivement mis à échelle à partir de 1999 avec comme paquet de services la vaccination, des services de planification

familiale, la surveillance des accouchements, des soins prénataux et postnataux, le traitement des affections bénignes, l'éducation à la santé et des services anti-paludiques.

- Au Rwanda, après le génocide, le système de santé a été renforcé par la mise en place de quatre agents de santé communautaire non qualifiés ou RC dans chaque village avec une répartition de tâches précises. Le paquet de services offert comprend les activités de prévention et de promotion tels que le nombre de CPN vues et référées, le nombre d'accouchements assistés et référés par le RC.
- En Ethiopie, des Agents des Services à Base Communautaire ont été recrutés par l'Etat, toutes des femmes, avec pour objectif d'améliorer les pratiques de santé au niveau des ménages, de renforcer le système de santé à la base.

2.2.1.2 Expériences de santé communautaire au Bénin

Ces expériences ont commencé au Bénin depuis le lancement des soins de santé primaire (SSP) en 1978 qui a proclamé la participation communautaire comme un principe directeur de l'action sanitaire que tous les pays en voie de développement devraient suivre.

Elles ont surtout été marquées sur la période 1978-1987 par l'utilisation d'agents villageois de santé travaillant au niveau village dans une case de soins ou non (un homme pour les soins curatifs et préventifs et une femme « matrone » pour les accouchements et les soins promotionnels) soutenus et suivis par un comité villageois de santé. Ces agents villageois étaient volontaires et bénévoles. Ils étaient supervisés par les agents de santé qualifiés des centres de santé et bénéficiaient de primes de 1.500 à 3.000FCFA/mois (Expérience de Tori-Bossito sur l'Education pour la Santé dans le cadre de la lutte contre la lèpre ; Projet Bénino-Néerlandais ; Projet de développement sanitaire de Pahou devenu Centre Régional pour le Développement et la Santé (CREDESA) ; Projet Bénino Suisse ; Agence Béninoise de Promotion de la Famille (ABPF) avec la mise en place d'un système de distribution à base communautaire des contraceptifs). Dans la recherche de stratégies à faible coût, les Agents de Santé de

Famille (ASF) ont été utilisés dans l'arrondissement de Gakpè avec un succès relatif. Ces expériences ont montré la faisabilité et l'efficacité de l'offre des soins maternels et infantiles (curatifs, préventifs et promotionnels) à base communautaire ; mais posaient déjà la problématique de leur financement, de l'approvisionnement en intrants, de la supervision et du suivi par les agents de santé du centre de santé de tutelle. La recherche de solution à ces défis a conduit au Financement Communautaire conçu et expérimenté par CREDESA au Centre de Santé de Pahou.

En 1988 l'adoption de l'Initiative de Bamako (IB) au Bénin a permis de créer un espace de négociation avec les autorités politiques et les communautés, d'accélérer le PEV/SSP-IB, et de créer la centrale d'achat des médicaments essentiels (ME)⁷. La période 1988 -1998 fut celle du PEV/SSP-IB financé en grande partie par l'UNICEF, les ONG internationales et les projets tels que CREDESA, le Projet Bénino Allemand des SSP, le Projet Bénino Suisse, l'ABPF, le Projet Bien-Etre Familial, le Projet de Promotion Intégrée de Santé Familiale (PROSAF), le Projet de Lutte Intégrée contre le Paludisme de l'Ouémé (PROLIPO) financé par l'USAID y compris Africare, CRS et Plan Bénin. Ces initiatives ont permis de rationaliser le financement des interventions, des structures et acteurs (les unités villageoises de santé (UVS), les agents villageois de santé (AVS), les comités villageois de santé (CVS) et les comités de gestion des centres de santé (COGECS) et l'approvisionnement en intrants par le biais du financement communautaire. Mais la question du « paquet minimum d'activités (curatives, préventives et promotionnelles) » n'était pas encore résolue.

Cette période fut également marquée par la création en 1994, des Zones Sanitaires avec la réorganisation de la base de la pyramide sanitaire et l'émergence des structures telles que le Bureau de Zone Sanitaire (BZS), l'Hôpital de Zone (HZ), l'Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire (EEZS) et le Comité de Santé. Mais cette réorganisation a été faite au détriment du niveau village et quartier de ville ; et les UVS, AVS et CVS furent relégués à l'arrière-plan. Seuls les COGECS au niveau des Centres

⁷Autorisation de vente des médicaments essentiels et rétention des recettes des formations sanitaires en leur sein (décret N° 88-444 du 18 Novembre 1988)

de Santé et les Comités de Santé au niveau des ZS ont été conservés, mais dépouillés de leurs prérogatives de contrôle des actions sanitaires entreprises par les personnels de santé. Les COGECS furent par exemple limités à un rôle de vérification financière et de contrôle de l'approvisionnement en médicaments en inadéquation par rapport aux textes du Ministère de la Santé.

A partir de 2001 le Bénin, dans le but de réduire la morbidité et la mortalité infantiles, a adopté et mis en œuvre avec les PTF plusieurs stratégies dont la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) clinique et la PCIME Communautaire.

A partir de 2003, la promotion de la santé au niveau communautaire au moyen de l'utilisation des Relais Communautaires (RC) a été formalisée à travers le document intitulé « *Mécanisme d'implication des relais communautaires* ». La PCIME communautaire a entraîné un regain d'intérêt pour les RC avec la proposition pour le niveau communautaire des paquets d'activités mieux structurés y compris les Pratiques Familiales Clés à mettre en œuvre par les RC dans le cadre des Services à Base Communautaire (SBC).

Ainsi, de 2001 à 2010 : Plusieurs Agences des Nations Unies, des projets et ONG locales et internationales⁸ ont expérimenté partiellement ou totalement le Paquet Minimum d'Activités dans différentes ZS, et dans différentes Communes d'une même ZS sans pouvoir ne couvrir ni toutes les Communes, ni toutes les ZS. En plus des paquets d'interventions, ces expériences ont également permis de tester différents types de RC (relais individu ou relais groupements OBC), différentes modalités de motivation financière des RC, différents mécanismes d'approvisionnement en intrants, de système d'information à base communautaire, de supervision, de suivi et d'implication des élus locaux. Pendant cette période, apparut le concept de SYLOS (Système Local de Santé) promu par la CTB avec un renforcement de l'offre et de la demande à travers le PAZS et le PARZS.

⁸ UNICEF (*survie de l'enfant*), OMS (*Roll Back Malaria*), UNFPA, USAID (*BASICS, PROLIPO, PROSAF, PISAF, PRISE-C*), Coopération Suisse (PSS), CRS (*Palu Alafia*), Africare (PILP), Plan Bénin, Caritas, PSI, CTB (PAZS, PARZS)

En octobre 2009, le Ministère de la Santé définit les Paquets d'Interventions à Haut Impact (PIHI) dont la mise en œuvre a démarré en 2010 par une phase pilote menée dans seize (16) Zones Sanitaires sur les trente-quatre (34) que compte le pays. Quatre grands groupes d'interventions du PIHI sur la santé de l'enfant sont clairement identifiés par le MS pour être mis en œuvre au niveau communautaire. Ce sont : (i) les services de santé préventive familiale et WASH ; (ii) soins familiaux néonataux ; (iii) alimentation de l'enfant et du jeune enfant ; (iv) prise en charge communautaire des maladies de l'enfant. Toutes ces initiatives ont permis de mieux structurer et standardiser le curricula de formation des RC, les outils de prestations des soins et de gestion, les paquets d'interventions pour le niveau communautaire (PIHI – Communautaire), les mécanismes de motivation financière, de supervision et suivi évaluation des RC. Tous ces éléments opérationnels furent consignés en 2010 dans le document intitulé "Directives Nationales pour la Promotion de la Santé au niveau Communautaire".

En 2010, le Ministère de la Santé à travers les Groupes Techniques de Travail et l'appui des PTF tels que la CTB et l'UNICEF a élaboré et validé le Paquet d'Intervention à Haut Impact à mener par niveau de soins pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Le Paquet d'Interventions à Haut Impact Communautaire (PIHI com) y est clairement défini.

A partir de 2011, le Financement Basé sur les Résultats (FBR) fut introduit au Bénin et mis en œuvre dans 8 ZS par la Banque Mondiale, suivi par la Coopération Technique Belge (CTB) dans 5 ZS⁹.

Dès 2012, l'UNICEF, le CRS et Africare ont appuyé dans certaines zones d'intervention, l'Approche de Financement Basé sur la Performance (AFBP) au niveau communautaire. Les premiers résultats révèlent que cette approche est une alternative crédible au financement de la Santé Communautaire basé sur la performance. Au cours

⁹ Depuis le 1er juillet 2015, l'opérationnalisation de la mise à l'échelle du FBR dans les 21 autres Zones a démarré avec le Fonds Mondial (17 ZS) et GAVI (4ZS)

de la même année, les expériences de mise en œuvre du PIHI Communautaire furent documentées et capitalisées avec l'appui de l'OOAS et de l'UNICEF.

A partir de 2013, la CTB à travers le PARZS dans le Mono, le Couffo et la Donga a développé le réseautage des acteurs communautaires dans le cadre du renforcement de la demande des services de santé.

En Novembre 2013, le Ministère de la Santé organise le forum national sur la santé communautaire, avec l'ensemble des parties prenantes nationales et internationales, ceci permet de sortir un document, « les actes du forum » et la principale recommandation est de doter le pays d'une Politique Nationale de Santé Communautaire mais également d'harmoniser les interventions dans un cadre commun pour l'atteinte des OMD.

En 2015, l'enquête SARA a révélé la disponibilité du Paquet d'Interventions à Haut Impacts (PIHI) dans tous les départements ; toutefois certaines interventions ne sont pas mises en œuvre. C'est ainsi que la première Politique Nationale de Santé Communautaire a été élaborée et validée.

En 2016, un atelier national financé par le PRPSS a permis de déterminer le mécanisme de motivation des RC basé sur la performance en adoptant les indicateurs pertinents qui doivent être monitorés et motivés.

Plusieurs expériences non moins négligeables ont été menées en ce qui concerne les initiatives de santé mobile (m-health) pour la collecte et la remontée des données communautaires.

En 2017 le plan stratégique budgétisé 2017-2021 de la Politique Nationale de Santé Communautaire a été élaboré.

2.2.2 Analyse situationnelle de la réponse communautaire actuelle en santé au Bénin

Le Bénin dispose d'un document national de politique de la santé communautaire assorti d'un plan stratégique budgétisé 2017-2021. Malgré cela, des problèmes et des difficultés persistent, entravant le continuum des soins au sein du système de santé. Il s'agit notamment de la divergence de points de vue et de pratiques observées par acteur, par

partenaire et même par programme. La mise en œuvre de la politique actuelle a eu des acquis notamment :

- la mise en œuvre effective du PIHI communautaire dans certaines zones sanitaires;
- l'existence d'une cartographie des relais communautaires ;
- l'amélioration de certains indicateurs de santé maternelle et infantile ;
- la mise en place de la ligne budgétaire FADEC-Santé Communautaire pour la pérennité des interventions essentielles dans quelques communes ;
- l'existence d'autres approches communautaires non basées sur les RC mais sur des instances locales qui restent à capitaliser (SP/CAN et santé animale).

Cependant, elle est confrontée aussi à des difficultés qui se résument comme suit :

- la non intégration de la tuberculose, du VIH/SIDA, des MNT, des épidémies, des maladies tropicales négligées, des hépatites, de la santé animale, environnementale et végétale dans le paquet d'activité communautaire;
- la couverture géographique partielle en RC ;
- la diversité des approches des partenaires techniques et financiers, ne permettant pas une visibilité réelle des interventions communautaires et un suivi adéquat ;
- le non recrutement des ASCQ prévus par la politique ;
- la non prise en compte des relais communautaires dans les ressources humaines en santé ;
- la responsabilisation et l'autonomisation des communautés à la base est un défi bien que des expériences du genre comme la Plateforme des Utilisateurs des Service de Santé (PUSS) et CoLOSS (prévu par la politique actuelle), existent de façons éparses ;
- l'existence des ONG et autres acteurs de la société civile qui interviennent dans la réponse communautaire mais avec un paquet d'activités non intégré.

Tableau 1 : Analyse FFOM de la santé communautaire au Bénin

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
• Existence de la politique nationale de la santé communautaire et du plan stratégique de la santé communautaire • Existence de différentes interventions et expériences en santé communautaire impliquant les relais communautaires • Existence du cadre de concertation de la réponse communautaire (CCRC) • Disponibilité des PTF intervenants dans le domaine de la santé communautaire	• Courte durée des interventions • Faible dissémination de la politique nationale et du plan stratégique de la santé communautaire • Insuffisance de coordination des interventions des PTF et organisations intervenant dans le secteur • Multiplicité et complexité des outils de rapportage • Inexistence d'un système unique de surveillance à base communautaire • Insuffisance des ressources humaines et financières (FADeC communautaire) pour assurer les activités de santé communautaire et le suivi des relais communautaires • Insuffisance de suivi post formation • Faible mobilisation des ressources financières • Insuffisance de supervision par les agents de santé	• Le décret N° 2018 -149 du 25 avril 2018 portant création, composition, attributions, organisation et fonctionnement du CNLS-TP • Les conclusions des travaux de la Commission Technique des Réformes du Secteur Santé (CTRSS) • l'effectivité de la décentralisation • Existence de sources alternatives potentielles de financement • Engagement des PTF	• Déperdition possible des Relais Communautaires • Amenuisement des ressources financières • Coût élevé de la mise en œuvre des différentes interventions de la politique de santé communautaire

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
• Existence de documents référentiels de gestion des relais communautaires (PIHI et autres) • Implication des acteurs/trices, des élus locaux • Développement des manuels et des outils de formation des agents de santé et des relais et de mise en œuvre • Existence d'un mécanisme de suivi de performance pour le financement des frais de motivation des relais communautaires	• Retard dans le décaissement des financements par certains PTF • Faible niveau d'instruction des RC • Faible appropriation des mécanismes de pérennisation par le système de santé • Faible performance du système d'approvisionnement en intrant au niveau communautaire • Faible intégration des données produites par les Relais Communautaires dans le DHIS2 • Non-respect de l'harmonisation des primes • Faible appropriation de la politique par les agents de santé, • Insuffisance de l'approche systémique dans l'opérationnalisation de la santé communautaire • Non inclusion systématique des adolescents et les jeunes des deux sexes de 10-24 ans dans la réponse communautaire adaptée à leurs besoins • Faible participation des bénéficiaires dans le processus de planification et de gestion des interventions en santé dans les communautés		

2.3 Défis, priorités et scénarii

2.3.1 Défis

- **Défis liés aux forces/opportunités :**

Il découle de l'analyse des forces du contexte socio sanitaire au regard des opportunités, les défis ci-après :

- ✓ développement de l'autonomie des élus locaux et des acteurs/trices communautaires (par un transfert réel des ressources et un renforcement des capacités et compétences) ;
- ✓ développement et valorisation des sources alternatives de financement ;
- ✓ intégration des financements par un mécanisme de panier commun au niveau national et décentralisé.

- **Défis liés aux faiblesses/opportunités :**

Il découle aussi du croisement des faiblesses et des opportunités, les défis suivants :

- ✓ renforcement du leadership du Ministère de la Santé dans le contexte « one health » ;
- ✓ développement des actions de pérennisation des interventions ;
- ✓ sécurisation des financements ;
- ✓ assurance du continuum des soins de santé ;
- ✓ alignement du profil des RC et de leur formation sur un cahier de charge adapté ;
- ✓ revalorisation et harmonisation de la rémunération des RC alignées sur la charge de travail et la performance ;
- ✓ redimensionnement des aires d'interventions du RC ;
- ✓ renforcement et promotion de la synergie d'actions entre les PTF ;
- ✓ organisation de la participation des communautés, implication active des bénéficiaires et inclusion des personnes marginalisées par l'initialisation a tous les niveaux de la pyramide sanitaire de la démarche participative dans le processus de mise en œuvre et la mise en place des comités de gestion en respectant l'esprit de la décentralisation ;

- ✓ intégration de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes de 10-24 ans et des Maladies Non Transmissibles dans le paquet minimum d'activités au niveau communautaire ;
- ✓ redevabilité des DDS, ZS et CS ;
- ✓ appropriation par les agents de santé.

2.3.2 Priorités

La Politique Nationale de Santé adoptée donne la priorité au diagnostic, la prise en charge et le traitement des patients toutes causes confondues sur l'ensemble du territoire national. L'actualisation de la Politique Nationale de Santé Communautaire offre l'occasion de changer de paradigmes d'investissement dans la santé :

- i. plus de ressources pour donner les moyens au grand nombre de rester durablement en bonne santé et de jouir de leur bien-être ;
- ii. obtenir plus d'engagement des biens portants pour accélérer le diagnostic précoce (réduire le premier retard), et le traitement efficace de la minorité malade et leur retour à une vie normale.

• Priorité 1

Plus de ressources pour donner les moyens au grand nombre de rester durablement en bonne santé et de jouir de leur bien-être

L'atteinte de cette priorité passe par :

- ✓ une bonne gouvernance qui garantit le maintien de la santé et du bien être humain au centre des différentes politiques publiques de développement ;
- ✓ des connaissances pour des choix informés et qui protègent la santé ;
- ✓ des villes et villages sains.

• Priorité 2

Obtenir plus d'engagement des biens portants pour soutenir les formations sanitaires dans le diagnostic précoce (réduire le premier retard), et le traitement efficace de la minorité malade et leur retour à une vie normale

La contribution multi dimensionnelle des biens portants dans la réponse communautaire en santé permettra de couvrir tous les ménages du Bénin (couverture totale) ce qui signifierait la mobilisation, la formation, l'équipement, la mise à disposition permanente d'intervenants communautaires sur tout le territoire national. Leur nombre dépendra d'une part du nombre de ménages et leur évolution dans le temps, d'autre part de la dispersion des ménages sur le territoire (ratio différencié dans les zones de haute densité de population et les zones de faibles densités).

- **Synthèse des priorités**

Tableau 2 : Synthèse des priorités

Priorités	Aspects importants	Acteurs clés
Priorité 1 : Plus de ressources pour donner les moyens au grand nombre de rester durablement en bonne santé et de jouir de leur bien être	• Influence des politiques sectorielles pour le maintien de la santé et du bien être humain au cœur du développement	• CNLS TP • Ministère de la santé • Autres ministères
	• Promotion de la démocratie sanitaire • Participation des citoyens à la définition, au suivi et à l'évaluation des politiques publiques	• OBC, Associations engagées dans la santé
	• Veille communautaire sur les épidémies	• Relais communautaires • Chefs de ménages, • Chefs de village/ quartier • Autres acteurs au niveau communautaire
Priorité 2 : obtenir plus d'engagement des biens portants pour soutenir les formations sanitaires dans le diagnostic précoce (réduire le premier retard), et le traitement efficace de la minorité malade et leur retour à une vie normale	Extension de l'offre d'un paquet complet et intégré de services et soins de santé aux populations peu ou pas couvertes, aux groupes vulnérables dans les différents secteurs clé de développement : • Soins préventifs, curatifs, conseil • Référence • Distribution à base communautaires de médicaments, produits de santé	• Personnel médical, paramédical • Relais communautaires • Agents de santé communautaire qualifiés
	• Levée des barrières socio culturelles, promotion des comportements protecteurs, • Campagnes de changement de comportements à risques	• CoLoSS • Associations, OBC, ONG • Leaders religieux et coutumiers (églises, mosquées et autres institutions religieuses)

2.3.3 Scenarii et choix des options stratégiques

Tableau 3 : Liste des scénarii

	Scenario 1 : les ressources suffisantes sont disponibles pour aller à l'élimination	Scenario 2 : les ressources sont suffisantes mais pas disponibles tout de suite	Scenario 3 : les ressources pour la santé n'ont pas augmenté de manière significative
Caractéristiques	Le budget national alloué à la santé passe de 4% à au moins 15% (engagements d'Abuja) dès 2020 Tous les partenaires techniques et financiers sont engagés dans la mise en place d'un système de cofinancement de la santé communautaire, et apportent leurs contributions selon les orientations nationales	Le budget national alloué à la santé passe de 4% à au moins 10% (engagements d'Abuja) d'ici 2030 Les PTF ont accusé un retard dans l'adhésion au mécanisme de cofinancement	Le budget national alloué à la santé reste en dessous de 10% Les PTF n'ont pas adhéré aux mécanismes de cofinancement unique.
Choix stratégiques	Mise en place de la première phase du programme en 2019 : finalisation des outils et instruments juridiques nécessaires, organisation de la mobilisation communautaire – plan d'engagement communautaire en santé au niveau village / quartier et arrondissement, identification des relais communautaires sur la base d'une démarche participative et du cahier de charge, Mise en œuvre de la phase 2 devant aboutir à l'opérationnalisation complète de la politique à partir de 2020	Focus sur les 5 premières années dans les départements à haute endémie. Mise en œuvre des phases 1 et 2 à partir de 2019 dans les départements cibles, consolidation dans les 5 dernières années et élargissement d'un programme léger dans les autres départements (intervention OBC uniquement)	Focus uniquement sur les départements à haute endémie, et au niveau des populations cibles
Impacts attendus	Elimination des principales épidémies d'ici 2030	Contrôle des principales épidémies d'ici 2030	Plus de 50% de réduction de la morbidité et de la mortalité

Les différentes politiques ayant été élaborées en vue de l'atteinte des objectifs de l'élimination, la politique de santé communautaire sera bâtie sur le scénario 1.

CHAPITRE 3 : ENONCE DE LA POLITIQUE

3.1 Vision de la Politique Nationale de Santé Communautaire

La vision de cette politique est *« le Bénin dispose d'un système de santé communautaire, intégré performant, résilient et pérenne basé sur l'approche « one health » à travers une disponibilité permanente des soins curatifs de base, promotionnels, préventifs et palliatifs avec la revalorisation et la pleine participation de tous les intervenants communautaires pour le bien-être de tous »* à l'horizon 2030.

3.2 Fondements, valeurs et principes

3.2.1 Fondements

La Politique Nationale de Santé Communautaire trouve ses fondements, entre autres, dans les directives de :

- i. l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires ;
- ii. la réforme institutionnelle en matière de santé dont l'un des volets est le CNLS-TP ;
- iii. le Plan Stratégique National Intégré pour l'Elimination dans le contexte « one Health »;
- iv. l'adoption des Orientations Stratégiques de Développement (OSD);
- v. certains dispositifs de la Constitution du Bénin ;
- vi. l'Etude Nationale de Perspective à Long Terme Bénin Alafia 2025 et
- vii. également à travers les orientations d'autres documents clés et engagements nationaux et internationaux (ODD) en matière de santé et du bien-être.

3.2.2 Valeurs

Les valeurs qui sous-tendent la présente Politique Nationale de Santé Communautaire sont :

- la participation et l'engagement communautaires ;
- le droit à la santé ;
- les droits humains ;
- l'équité, la justice sociale ;
- l'égalité du genre ;
- la solidarité ;
- la bonne gouvernance ;
- l'inclusion ;
- l'intersectorialité, la multisectorialité et le partenariat.

3.2.3 Principes directeurs

La santé et le bien-être humain étant au cœur des politiques, programmes publics, les principes directeurs du document de politique sont les suivants :

- les communautés au cœur de l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi, l'évaluation des politiques publiques, en particulier dans la santé ;
- l'approche basée sur l'intersectorialité et la multisectorialité ;
- les organisations communautaires, parties prenantes de la riposte nationale ;
- le respect de la dimension genre ;
- la prise en compte de l'innovation, l'efficience, l'efficacité et la pérennité de la riposte ;
- la promotion des droits humains ;
- la gouvernance, la coordination et la gestion axée sur les résultats ;
- la couverture universelle en prévention, soins et services de santé de qualité ;
- la promotion de la santé globale ;
- la communication.

3.3 But et objectif

3.3.1 But

Le but visé par cette politique est de : contribuer à l'amélioration du bien-être de tous en particulier des populations vulnérables par le développement de la capacité de chaque

homme, femme, adulte ou enfant, à protéger sa santé et son bien-être, dans un environnement favorable, pérenne et résilient contre les épidémies ou toutes autres affections quel que soit son origine (humaine, animale, environnementale, végétale) dans un cadre de vie à maintenir sain.

3.3.2 Objectif

L'objectif est d'assurer les soins et services de santé communautaire intégrée (préventifs, promotionnels et curatifs) à tous les ménages du Bénin en garantissant ainsi la mise place d'un bon dispositif d'alerte pour la survenue des maladies en milieu communautaire.

3.4 Orientations stratégiques

La Politique Nationale de Santé Communautaire s'articule autour de six orientations stratégiques que sont :

3.4.1 Amélioration des connaissances des populations pour la gestion durable d'une vie saine et le bien être

Il s'agira concrètement de développer et mettre en œuvre des programmes structurés d'information sur la santé, le bien-être, les droits et devoirs en santé. Les axes d'interventions sont :

- le renforcement des connaissances des populations pour leur bien-être à travers des programmes d'information de masse ;
- le développement des programmes d'information pour les populations cibles ;
- la sensibilisation des communautés pour la levée des barrières à la base des inégalités sociales, des iniquités dans l'accès aux services de santé, la protection du bien-être ;
- la mise en place d'un système fonctionnel d'assurance qualité des programmes d'information et de développement des connaissances.

3.4.2 Renforcement des compétences des acteurs

Les axes d'interventions sont les suivants :

- le développement des compétences de vie courante (life skills), des populations vulnérables pour protéger leur santé et lutter efficacement contre les maladies ;

- le développement des compétences des populations en général pour l'adoption des comportements qui protègent, le changement des comportements à risques, la vulgarisation des meilleures pratiques ;
- le renforcement des compétences des intervenants communautaires.

3.4.3 Offre de services de santé préventifs, curatifs, promotionnels et palliatifs aux populations à domicile, dans les quartiers et villages

Les axes d'interventions en lien avec cette orientation stratégique sont les suivants :

- la réalisation d'un mapping des interventions communautaires selon l'approche « one health » au niveau des ménages ;
- l'institutionnalisation des intervenants communautaires et de leur mandat pour la réalisation du paquet de services dans les ménages ;
- la mise en place d'un système d'assurance qualité fonctionnel sur les soins et services de santé offerts par les intervenants communautaires.

3.4.4 Distribution à base communautaire de produits et commodités de santé

Il s'agira de :

- mettre en place des outils simples de gestion des stocks au niveau du relais communautaire ;
- développer et vulgariser un document de normes et standards pour la traçabilité des produits de santé pour le niveau communautaire (DBC) ;
- renforcer les capacités de stockage, de gestion de stock et de l'approvisionnement des dépôts répartiteurs.

3.4.5 Stratégies de financement et appui à la mobilisation communautaire

Comme axe d'interventions, il s'agira de :

- renforcer l'organisation des sessions de la commission santé des conseils communaux de la zone sanitaire ;
- créer un cadre de dialogue multisectoriel sur la santé au niveau départemental et communal à travers les sessions des démembrements du CNLS-TP ;

- opérationnaliser la Composante Locale du Système de Santé (CoLoSS) ;
- faire le plaidoyer auprès des PTF pour la constitution et le fonctionnement du panier commun ;
- institutionnaliser la ligne budgétaire FADeC Santé Communautaire par le Gouvernement.

3.4.6 Suivi et surveillance communautaire des maladies/épidémies d'origine humaine, animale, environnementale, végétale

Le système de suivi communautaire et de surveillance des maladies/épidémies vise d'une part, à contribuer à limiter l'ampleur et l'impact sanitaire et socio-économique des épidémies et, d'autres part, à développer la résilience du système de santé à répondre adéquatement aux épidémies en même temps que la mise en place d'un système d'alerte précoce. Il s'agira de :

- mettre à disposition un référentiel national sur la surveillance intégrée communautaire des maladies/épidémies ;
- mettre en place une base de données interactive et dynamique.

CHAPITRE 4 : MECANISME DE MISE EN ŒUVRE ET CONDITIONS DE SUCCES

4.1 Cadre institutionnel de mise en œuvre de la politique

4.1.1 Niveau national

Le Secrétariat Exécutif du CNLS-TP coordonne le développement et le suivi de la fonctionnalité du mécanisme de mise en œuvre de la politique, assure la mobilisation des ressources et veille sur la mise en place d'un système de panier commun pour la santé communautaire avec une bonne gestion efficiente dans une approche « une seule santé ». L'ANSSP et les structures désignées des autres secteurs ministériels du « one health » avec le MASM et le SP/CAN assurent la gestion opérationnelle des thématiques qui relèvent de leur domaine.

4.1.2 Niveau Départemental

Le Conseil Départemental de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose, le Paludisme, les Hépatites, les IST, et les épidémies (CDLS-TP) en lien avec la Conférence Administrative Départementale (CAD) dirigée par le préfet, est responsable du suivi de la mise en œuvre de la politique de santé communautaire.

Les Directions Départementales de la Santé humaine, animale et environnementale sont les organes techniques de suivi de la mise en œuvre.

4.1.3 Au niveau Zone Sanitaire

Le comité de santé est l'organe de coordination de la mise en œuvre des décisions et des interventions en santé communautaire.

4.1.4 Au niveau commune

Le Conseil Communal de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose, le Paludisme, les Hépatites, les IST et les épidémies (CCLS-TP) en lien avec la commission santé de la commune, élargie aux autres acteurs impliqués dans la réponse communautaire incluant les Centres de Promotion Sociale (CPS), est l'organe d'exécution et de décisions de la mise en œuvre des interventions de santé communautaire.

4.1.5 Niveau Arrondissement

L'Agent de Santé Communautaire Qualifié travaille en lien avec le chef poste du Centre de Santé de l'arrondissement, les démembrements de la santé environnementale et animale s'il en existent au niveau de l'arrondissement et les Relais Communautaires.

4.1.6 Niveau village/Quartier de ville

La Composante Locale du Système de Santé (CoLoSS) est l'extension au niveau village et quartier de ville du système national de santé. C'est une organisation locale de développement et de gestion communautaire des services et soins de santé selon l'approche « one health ». Elle vise l'autonomisation/capacitation de la communauté. La CoLoSS contribue à la mise en œuvre des interventions communautaires.

4.2 Suivi-Evaluation

Le mécanisme du suivi/évaluation des performances liées à la mise en œuvre de la Politique, se fait d'une part, à travers le suivi et l'évaluation des différents plans qui en découlent et d'autre part à travers les cadres de concertation à divers niveaux des démembrements du CNLS-TP et de la pyramide sanitaire. Le plan de suivi-évaluation précise le processus, les méthodes et les outils qui seront utilisés pour la collecte, l'analyse et la diffusion des données.

4.3 Mécanisme de financement

Plusieurs stratégies et interventions sont nécessaires pour la sécurisation du financement.

On peut citer :

- le plaidoyer et le lobbying par le Secrétariat Exécutif du CNLS-TP et les Ministères sectoriels auprès du Gouvernement et de l'Assemblée Nationale pour le renforcement de la ligne FADeC Santé communautaire à toutes les communes ;
- l'institutionnalisation par le Gouvernement d'une ligne budgétaire « Santé Communautaire » dans les budgets des Ministères concernés par la Santé Communautaire ;
- la création et l'alimentation d'une ligne budgétaire santé communautaire sur fonds propres par les mairies pour les interventions de santé communautaire (Mettre en cohérence les plans communaux de développement avec la stratégie de financement de la santé communautaire) ;
- la mise en place d'un mécanisme de sécurisation et de gestion de panier commun dédié à la santé communautaire (Mise en place des memoranda d'entente entre tous les acteurs de la santé communautaire qu'ils soient du secteur public ou privé, des ONG, de la société civile ou des PTF) ;
- promotion d'un cadre consensuel pour le financement de la santé communautaire au Bénin avec tous les secteurs (décret) ;
- la promotion de la culture de partage de risque maladie et de solidarité, sous forme entre autres, de contribution à l'assurance maladie (ARCH) par les collectivités locales.

4.4 Conditions générales de réussite de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé Communautaire

Plusieurs conditions sont nécessaires et complémentaires pour la réussite de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé Communautaire, il faut :

- l'institutionnalisation officielle de la santé communautaire suivant la notion une « seule santé »
- la sécurisation des ressources financières pour la santé communautaire ;
- la collaboration multisectorielle en matière de santé communautaire ;
- la définition et l'institution de corps de métiers en matière de santé communautaire au Bénin ;
- le cadrage total des ménages de l'ensemble du territoire national par les relais communautaires ;
- la mise en place d'un système d'alerte fonctionnel pour une prise de décision rapide;
- le développement et la mise en œuvre d'un paquet minimum d'activités intégré, complet, adapté soit dynamique et flexible ;
- la collaboration des relais communautaires avec les OCB volontaires et bénévoles le cas échéant (GAN, AVEC, etc.) qui appuient les activités relatives à la santé, alimentation et nutrition au niveau communautaire.