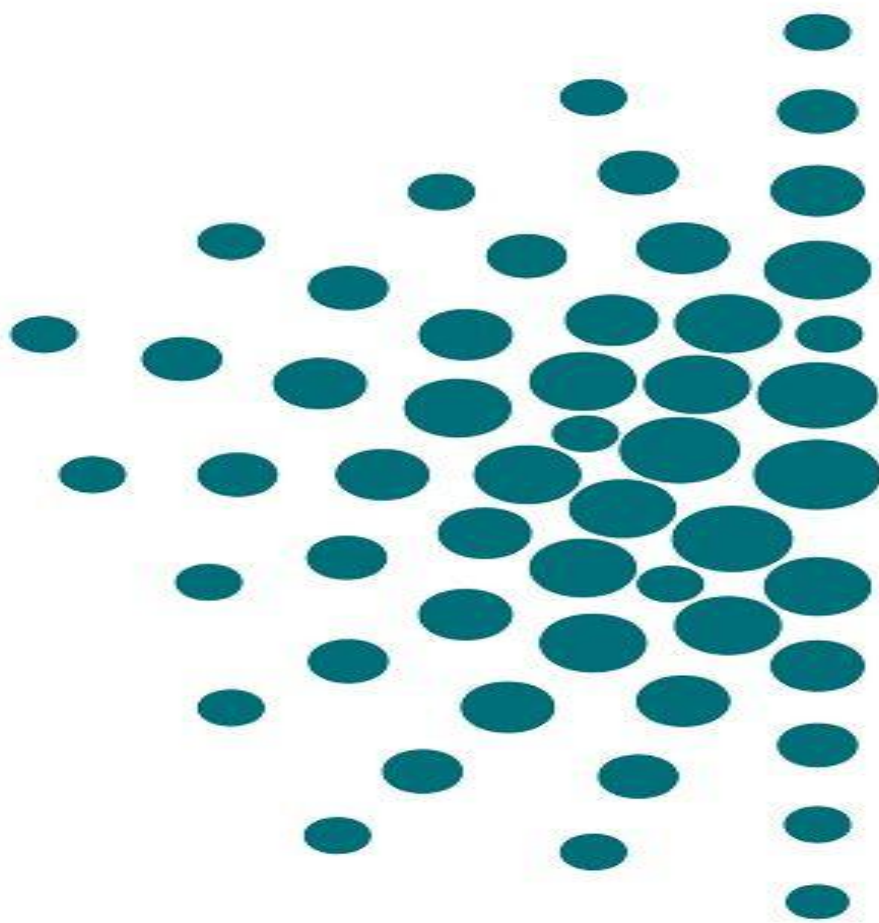




MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2026-2030



Septembre 2025



PREFACE

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) adopté en Conseil des Ministres en sa séance du 03 septembre 2025 est un document de stratégie nationale en matière de politique sanitaire. Le présent PNDS qui couvre la période 2026-2030 est élaboré suivant une approche participative.

Le diagnostic stratégique a identifié des problèmes, des défis et des enjeux majeurs pour lesquels les interventions stratégiques sont prévues pour rendre performants les soins de santé primaires.

Le PNDS traduit la volonté du Gouvernement du Bénin d'apporter des réponses efficaces aux problèmes sanitaires rencontrés qui se caractérisent par des niveaux de morbidité et de mortalité élevés touchant particulièrement la femme et l'enfant.

Le PNDS fondé sur la vision du secteur assure le renforcement du système de santé permettant d'améliorer l'état de santé et le bien-être des populations et s'inscrit dans les perspectives des Objectifs de Développement Durable (ODD).

La mise en œuvre de ce plan stratégique se fera à travers un budget unique et un cadre de suivi-évaluation unique.

Je souhaite que la mise en œuvre du PNDS soit caractérisée par la même synergie d'actions observée lors de son élaboration.

J'exhorte l'ensemble des acteurs du secteur de la santé aussi bien public que privé, les autres ministères sectoriels, les partenaires techniques et financiers, la société civile à s'approprier ledit document et à s'en inspirer.

Benjamin I.B. HOUNKPATIN

Ministre de la Santé

REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé tient à adresser ses remerciements à l'ensemble des parties prenantes du secteur de la santé, notamment les Ministères Centraux (MDC, MEF) et Sectoriels, les Partenaires Techniques et Financiers, la Société Civile, les Organisations Non Gouvernementales pour leur engagement et leur appui soutenu à l'élaboration du présent Plan National de Développement Sanitaire 2026-2030.

Les remerciements s'adressent aussi à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et à la fondation Clinton Health Access Initiative (CHAI) pour leurs appuis techniques et financiers.

TABLE DES MATIERES

PREFACE	i
REMERCIEMENTS	ii
TABLE DES MATIERES	iii
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	v
LISTE DES TABLEAUX	ix
LISTE DES FIGURES	x
RESUME.....	xi
INTRODUCTION.....	1
1. CONTEXTE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE	3
1.1. Contexte.....	3
1.1.1. Contexte international et régional	3
1.1.2. Contexte du Bénin	4
1.2. Démarche méthodologique d'élaboration du PNDS 2026-2030	11
1.2.1. Phase préparatoire	12
1.2.2. Phase de rédaction	13
1.2.3. Phase de validation	14
1.2.4. Avis technique du MDC et adoption du PNDS en Conseil des Ministres	14
2. PROBLEMATIQUE DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE	16
3. DIAGNOSTIC STRATEGIQUE.....	18
3.1. Analyse organisationnelle du Ministère de la Santé.....	18
3.2. Analyse des piliers du système de santé	20
3.2.1. Gouvernance, leadership et coordination	20
3.2.2. Financement de la santé	23
3.2.3. Prestations des services et soins de santé	26
3.2.4. Infrastructures, équipements, maintenance et produits de santé	40
3.2.5. Ressources humaines.....	52
3.2.6. Information sanitaire et recherche	56
3.3. Synthèse FFOM, problèmes majeurs, défis et enjeux	58
3.3.1. Synthèse FFOM.....	58
3.3.2. Problèmes majeurs	65
3.3.3. Principaux défis et enjeux	65
4. CADRE STRATEGIQUE	67
4.1. Fondements et principes directeurs	67
4.1.1. Fondements	67
4.1.2. Principes directeurs	68
4.2. Raison d'être du PNDS.....	69
4.3. Rappel de la mission du Ministère de la Santé	69
4.4. Vision du secteur	70
4.5. Changements attendus	70
4.6. Orientations et objectifs stratégiques.....	74
4.7. Synthèse du cadre stratégique.....	76
5. CADRE PROGRAMMATIQUE.....	77
5.1. Logique d'intervention du programme 1 : Pilotage et Soutien aux services du MS	77
5.1.1. Stratégies et logique d'intervention de l'AS1	77

5.1.2.	Stratégies et logique d'intervention de l'AS2	78
5.1.3.	Stratégies et logique d'intervention de l'AS3	78
5.1.4.	Stratégies et logique d'intervention de l'AS4	78
5.2.	Logique d'intervention du programme 2 : Prévention et Sécurité sanitaire.....	78
5.2.1.	Stratégies et logique d'intervention de l'AS5	78
5.3.	Logique d'intervention du programme 3 : Offre et accès aux soins de santé.....	79
5.3.1.	Stratégies et logique d'intervention de l'AS6	79
5.4.	Présentation des actions prioritaires par programme	79
6.	MODALITES DE FINANCEMENT ET DE MISE EN ŒUVRE	90
6.1.	Mécanisme de financement	90
6.1.1.	Coût prévisionnel global du PNDS 2026-2030.....	90
6.1.2.	Mobilisation et disponibilité des ressources financières	93
6.1.3.	Besoins en ressources financières	93
6.2.	Cadre institutionnel de mise en œuvre	94
6.2.1.	Dispositif de mise en œuvre	94
6.2.2.	Synergies et rôles des acteurs.....	95
6.3.	Dispositif de suivi évaluation	96
6.3.1.	Coordination et suivi évaluation	96
6.3.2.	Mécanisme de suivi et d'évaluation.....	97
6.3.3.	Rôle des acteurs.....	98
6.3.4.	Evaluation du PNDS	98
6.4.	Cadre de mesure de performance	98
6.5.	Analyse des risques et mesures de mitigation	112
6.5.1.	Analyse des risques	112
6.5.2.	Mesures de mitigation	115
6.6.	Conditions de succès de la mise en œuvre du PNDS 2026-2030.....	117
	CONCLUSION	120
	ANNEXES	a
	Annexe 1 : Présentation du budget par orientations et axes stratégiques, objectifs spécifiques, résultats et actions prioritaires	a
	Annexe 2 : Arrêté portant création, composition et fonctionnement du comité de pilotage du processus de l'évaluation du PNDS 2018-2022 et de l'élaboration du PNDS 2023-2030.....	x
	Annexe 3 : Arrêté portant création, composition et fonctionnement du comité technique de l'évaluation du PNDS 2018-2022 et de l'élaboration du PNDS 2023-2030.....	z
	Annexe 4 : Note de service de mise en place des GTT chargés de l'élaboration du PNDS 2023-2030.....	CC

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ADC	: Assistant du Directeur de Cabinet
AISEM	: Agence des Infrastructures Sanitaires, de l'Équipement et de la Maintenance
AM	: Assistant du Ministre
AMM	: Autorisation de Mise sur le Marché
ANCQ	: Agence Nationale de Contrôle de Qualité des Produits de Santé et de l'Eau
ANMH	: Agence Nationale de la Maintenance Hospitalière
ANSSP	: Agence Nationale des Soins de Santé Primaires
ANTS	: Agence Nationale pour la Transfusion Sanguine
AP	: Action Prioritaire
AP-HP	: Assistance Publique- Hôpitaux de Paris
AQ	: Assurance Qualité
ARCH	: Assurance pour le Renforcement du Capital Humain
ARS	: Autorité de Régulation du secteur de la Santé
ARV	: Antirétroviral
ASCQ	: Agent de Santé Communautaire Qualifié
ASGM	: Assistant du Secrétaire Général du Ministère
BGE	: Budget Général de l'Etat
BPCO	: Bronchopneumopathies Chroniques Obstructives
CA	: Conseil d'Administration
CAD	: Comité d'Aide au Développement
CAME	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et des Consommables Médicaux
CAP	: Commission Administrative et Paritaire
CAR	: Chargé de l'Administration et des Ressources
CBM	: Christian Blind Mission
CDTUB	: Centre de Dépistage et de Traitement de la Tuberculose
CEDEAO	: Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CGE	: Cellule Genre et Environnement
CHAI	: Clinton Health Access Initiative
CHD	: Centre Hospitalier Départemental
CHIC	: Centre Hospitalier International de Calavi
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CIFRED/UAC	: Centre Inter facultaire de Formation et de Recherche en Environnement pour le Développement Durable /Université d'Abomey-Calavi
CJ	: Cellule Juridique
CMSIC	: Commission Ministérielle des Systèmes d'Information et de Connectivité
CNCS	: Comité National de Crises et urgences Sanitaires
CNEEP	: Comité National de suivi de l'Exécution, de l'Evaluation des Projets et Programmes
CNERS	: Comité National de l'Éthique et de la Recherche en Santé
CNHU-HKM	: Centre National Hospitalier et Universitaire-Hubert Koutoukou Maga
CNLS-TP	: Conseil National de Lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose, le Paludisme, les Hépatites, les infections sexuellement transmissibles et les épidémies
CNMH	: Conseil National de la Médecine Hospitalière
CNPS	: Comptes Nationaux des Personnels de Santé
CNSSP	: Conseil National des Soins de Santé Primaires

COGECS	: Comité de Gestion des Centres de Santé
COUSP	: Centre des Opérations d'Urgences de Santé Publique
CPN	: Consultation Prénatale
CPoN	: Consultation Post Natale
CS	: Centre de Santé
CSU	: Couverture Santé Universelle
CTA	: Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
CTAP	: Conseiller Technique à l'Approvisionnement Pharmaceutique
CTE	: Centres de Traitement des Epidémies
CTJ	: Conseiller Technique Juridique
CTMH	: Conseiller Technique à la Médecine Hospitalière
CTPPS	: Conseiller Technique aux Partenariats et Politique Sanitaire
CTSPS	: Conseiller Technique au Suivi de la Performance du Secteur
DAC	: Directeur Adjoint de Cabinet
DC	: Directeur de Cabinet
DDS	: Direction Départementale de la Santé
DFRS	: Direction de la Formation et de la Recherche en Santé
DGMHED	: Direction Générale de la Médecine Hospitalière et des Explorations Diagnostiques
DHIS2	: District Health Information Software version 2
DNSP	: Direction Nationale de la Santé Publique
DPAF	: Direction de la Planification, de l'Administration et des Finances
DPBEP	: Document de Programmation Budgétaire et Economique Pluriannuelle
DPPD	: Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses
DSI	: Direction des Systèmes d'Information
DVL	: Direction de la Vaccination et de la Logistique
EDSB	: Enquête Démographique et de Santé du Bénin
ENATSE	: Ecole Nationale de formation des Techniciens Supérieurs en Santé Publique et en Surveillance Epidémiologique
EPAC	: Ecole Polytechnique d'Abomey-Calavi
ESDG	: Enquête de Surveillance de Deuxième Génération
ETME	: Elimination de la Transmission Mère-Enfant
FADeC	: Fonds d'Appui au Développement des Communes
FHVL	: Fièvre Hémorragique à Virus Lassa
FM	: Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
FSS	: Faculté des Sciences de la Santé
GAVI	: Global Alliance for Vaccines and Immunization (Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation)
GEV	: Gestion Efficace des Vaccins
GLASS	: Global Analysis and Assessment of sanitation and drinking Water
GMAO	: Gestion de la Maintenance Assistée par Ordinateur
GTT	: Groupe de Technique de Travail
HAB	: Hygiène et Assainissement de Base
HHFA	: Harmonized Health Facility Assessment
IDH	: Indice de Développement Humain
IFSIO	: Institut de Formation en Soins Infirmiers et Obstétricaux
IGM	: Inspection Générale du Ministère
INMeS	: Institut National Médico-Sanitaire

MAPI	: Manifestation Adverse Post-Immunisation
MASM	: Ministère des Affaires Sociales et de la Microfinance
MICS	: Multiple Indicator Cluster Surveys
MII	: Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MILD	: Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
MIS	: Malaria Indicators Survey
MNT	: Maladies Non Transmissibles
MS	: Ministère de la Santé
MTN	: Maladies Tropicales Négligées
NV	: Naissances vivantes
Obs	: Objectif Spécifique
ObSt	: Objectif Stratégique
ODD	: Objectifs de Développement Durable
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
OS	: Orientation Stratégique
OSC	: Organisation de la Société Civile
P2D	: Programme de Décentralisation et de Déconcentration
PAG	: Programme d'Action du Gouvernement
PC2D	: Programme de Croissance pour le Développement Durable
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PF	: Planification Familiale
PF COM	: Point Focal Communication
PforR	: Performance for Results
PMT	: Praticien de la Médecine Traditionnelle
PNA	: Plan National d'Adaptation aux changements climatiques du secteur santé
PND	: Plan National de Développement
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNLLUB	: Programme National de Lutte contre la Lèpre et Ulcère de Buruli
PNLMT	: Programme National de Lutte contre les Maladies Transmissibles
PNLP	: Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNS	: Politique Nationale de Santé
PNSP	: Programme National des Soins Palliatifs
PNT	: Programme National contre la Tuberculose
PONADEC	: Politique Nationale de Décentralisation et de Déconcentration
PPL	: Personnes Privées de Liberté
PRMP	: Personne Responsable des Marchés Publics
PSDRHSS	: Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du Secteur Santé
PSLS	: Programme Santé de Lutte contre le Sida
PSSP	: Plateforme du Secteur Sanitaire Privé
PTF	: Partenaire Technique et Financier
PTME	: Prévention de la Transmission Mère-Enfant (du VIH)
RATA	: Rapid Assistive Technology Assessment tool
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitation
RHS	: Ressource Humaine en Santé
RI	: Résultat Intermédiaire

RSI	: Règlement Sanitaire International
SAAE	: Service des Affaires Administratives et Economiques
SAMU	: Service d'Aide Médicale d'Urgence
SARA	: Services Availability and Readiness Assessment
SDMR	: Surveillance des Décès Maternels et néo-nataux et Riposte
SGM	: Secrétaire Général du Ministère
SGRHTE	: Service de Gestion des Ressources Humaines, du Travail et des Emplois
SIMR	: Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SMK	: Soins Maternels Kangourou
SNIGS	: Système National d'Information et de Gestion Sanitaires
SoBAPS	: Société Béninoise pour l'Approvisionnement en Produits de Santé
SONUC	: Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence Complets
SP	: Secrétaire Particulier
SRAJ	: Santé de la Reproduction des Adolescents et Jeunes
SRHR	: Sexuel and Reproductive Health and Rights
SRO	: Sel de Réhydratation Orale
SRPS	: Système Résilient et Pérenne de Santé
STEPS	: STEP Wise Approach
TETU	: Tri, Evaluation Traitement d'Urgence
THA	: Trypanosomiase Humaine Africaine
UEMOA	: Union Economique Monétaire Ouest Africaine
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency Fund
VBG	: Violences Basées sur le Genre
ZS	: Zone Sanitaire

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Couverture assurance maladie	25
Tableau 2 : Source de financement sécurisé pour l'ARCH ainsi que les montants.....	26
Tableau 3 : Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhée ayant reçu du SRO et/ou du zinc	28
Tableau 4 : Evolution de quelques indicateurs de la tuberculose de 2018- 2023	29
Tableau 5 : Couverture thérapeutique de la tuberculose (en %).....	30
Tableau 6 : Proportion de patients co-infectés TB/VIH (en %).....	30
Tableau 7 : Evolution des indicateurs du PNSP de 2021 à 2023.....	38
Tableau 8 : Répartition des infrastructures sanitaires par département	41
Tableau 9 : Nombre de nouveaux produits de santé homologués en 2020.....	45
Tableau 10 : Nombre de nouveaux produits de santé locaux homologués au Bénin en 2020 par catégorie (médicaments, cosmétiques, compléments nutritionnels)	45
Tableau 11 : Nombre d'officines de pharmacie inspectées en 2020	45
Tableau 12 : Evolution des indicateurs des produits sanguins de 2018 à 2022 comparée à la cible 2022.	47
Tableau 13 : Synthèse des risques climatiques et de leurs impacts sur le secteur santé au Bénin	51
Tableau 14 : Point des missions médicales autorisées de 2022 à 2023	55
Tableau 15 : Synthèse des forces, des faiblesses, des opportunités et des menaces.....	59
Tableau 16 : Théorie du changement du PNDS 2026-2030	72
Tableau 17 : Cadre programmatique du PNDS 2026-2030	80
Tableau 18 : Récapitulatif des trois scénarii	90
Tableau 19 : Possibilité de mobilisation de ressources de 2026-2030 (en millions de francs CFA).....	91
Tableau 20 : Répartition du budget par orientation, programme et axe stratégiques (en milliers de FCFA).....	92
Tableau 21 : Cadre de mesure de performance.....	99
Tableau 22 : Profil des risques identifiés	114
Tableau 23 : Stratégies d'atténuation des risques	115

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Evolution du ratio de mortalité maternelle pour 100 000 NV de 2006 à 2018 selon les EDSB	7
Figure 2 : Evolution du taux de mortalité néonatale pour 1000 NV entre 2014 et 2022	7
Figure 3 : Evolution du taux de mortalité infanto juvénile pour 1000 NV de 2001 à 2018	8
Figure 4 : Organigramme du Ministère de la Santé	19
Figure 5 : Effectif des ressources humaines de 2018 et 2021	53

RESUME

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2026-2030 est un document de référence pour l'ensemble des acteurs du secteur de la santé. Il est fondé sur la Politique Nationale de Santé (PNS) 2018-2030, les conclusions et recommandations de l'évaluation du PNDS 2018-2022, le Plan National de Développement (PND) 2018-2025 et les Objectifs de Développement Durable (ODD) 2015-2030.

Il est structuré en six (6) parties principales :

- Contexte et démarche méthodologique ;
- Problématique de développement sanitaire ;
- Diagnostic stratégique ;
- Cadre stratégique ;
- Cadre programmatique ;
- Modalités de financement et de mise en œuvre.

La méthodologie de son élaboration est conforme aux directives du guide méthodologique d'élaboration des politiques et stratégies au niveau national.

Le PNDS 2026-2030, tient compte de la vision du secteur qui s'énonce ainsi qu'il suit : « Le Bénin dispose en 2030 d'un système de santé régulé, performant et résilient basé sur la disponibilité permanente de soins promotionnels, préventifs, curatifs, réadaptatifs et palliatifs de qualité, équitables et accessibles selon le cycle de vie, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec la participation active de la population ».

Ce document découle de l'analyse participative de la situation sanitaire qui a abouti à l'identification des problèmes prioritaires dont entre autres :

- les taux de morbidité et de mortalité qui restent encore élevés ;
- la faible prise en compte de la santé mentale dans les interventions ;
- la capacité hospitalière à répondre à certains besoins spécifiques des populations qui reste encore à être améliorée ;
- la faible application des documents référentiels de santé ;
- le système de référence et de contre référence qui mérite d'être renforcé ;
- les Maladies Non Transmissibles (MNT) qui sont toujours en augmentation malgré les efforts ;
- les ressources humaines qui demeurent insuffisantes en quantité et en qualité ainsi que les conditions de travail du personnel qui ne sont pas toujours satisfaisantes ;
- le Système d'Information Sanitaire (SIS) et la recherche en santé qui méritent d'être améliorés ;
- le financement de la santé qui n'est pas optimal et la mise en commun des fonds qui n'est pas toujours effective.

Au terme de ce diagnostic, le PNDS s'articule autour de trois orientations stratégiques, déclinées en objectifs stratégiques, axes stratégiques, programmes budgétaires, objectifs spécifiques, résultats intermédiaires et actions prioritaires qui participent à l'amélioration de l'état de santé des populations à l'horizon 2030. Ces Orientations stratégiques se présentent comme suit :

- **Orientation stratégique 1** : Renforcement de la gouvernance du secteur santé ;
- **Orientation stratégique 2** : Amélioration de la prestation de service et de la qualité des soins ;
- **Orientation stratégique 3** : Amélioration de la disponibilité en infrastructures équipements et produits de santé.

La logique d'intervention qui découle de ces orientations stratégiques est basée sur les six (6) axes stratégiques ci-après :

- **Axe 1** : Développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé
- **Axe 2** : Prestation de service et amélioration de la qualité des soins
- **Axe 3** : Valorisation des ressources humaines en santé
- **Axe 4** : Développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé de qualité et de la médecine traditionnelle
- **Axe 5** : Amélioration du système d'information sanitaire et promotion de la recherche en santé
- **Axe 6** : Amélioration du mécanisme de financement pour une couverture en santé universelle.

Le suivi de la mise en œuvre du PNDS 2026-2030 sera assuré par deux instances principales ayant des démembrements aux niveaux intermédiaire et périphérique. Il s'agit du Comité national de pilotage et d'orientation du PNDS et du comité national de suivi de la mise en œuvre du PNDS. Le comité de pilotage qui sera présidé par le Ministre de la Santé aura comme membres les représentants des ministères en charge du cadre de vie, de l'agriculture, de l'éducation, des affaires sociales, de la justice, de la décentralisation, de l'intérieur, de la défense, des finances, des sports, des affaires étrangères, de l'énergie et eau et du numérique. Son exécution s'étendra à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec la pleine participation des acteurs des secteurs public et privé, de la société civile et des Partenaires Techniques et Financiers (PTF). Son opérationnalisation se fera à travers l'élaboration des Documents de Programmation Pluriannuelle des Dépenses (DPPD), des Projets Annuels de Performance (PAP), du Plan de Suivi-Evaluation et de Revue (PSER), des Plans Triennaux de Développement (PTD) et des Plans de Travail Annuel (PTA).

Le budget prévisionnel du PNDS 2026-2030 est estimé à neuf cent quatre-vingt-seize milliards trois cent quatre-vingt-onze millions six cent trente-sept mille (996 391 637 000) de F CFA soit un milliard six cent soixante millions six cent cinquante-trois mille (1 660 653 000) dollars US. Il sera financé par l'État, les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), les collectivités territoriales et le secteur privé.

Le Plan de Suivi-Evaluation et de Revue (PSER) élaboré pour apprécier périodiquement les niveaux de progrès atteints au cours de sa mise en œuvre comporte quatre-vingts (80) indicateurs répartis comme suit : sept (7) d'impact, quarante-trois (43) d'effet, vingt-cinq (25) d'extrait et cinq (05) d'intrant.

L'atteinte des cibles de ces indicateurs nécessite :

- la volonté de l'État d'assurer un financement suffisant ;
- la forte mobilisation et l'adhésion des parties prenantes ;
- la synergie intersectorielle ;
- le recrutement conséquent du personnel et sa répartition équitable ;
- la mise en place d'un mécanisme de pérennisation des financements ;
- le bon fonctionnement des instances de régulation du secteur ;
- la prise en compte des interventions d'adaptation aux changements climatiques et environnementaux.

L'effort de l'État pour accroître les ressources allouées au secteur de la santé et la mise en œuvre méthodique du PNDS par les différentes parties prenantes contribueront à l'amélioration de la santé des populations du Bénin.

INTRODUCTION

Aux termes de l'article 8 de la loi n° 90-32 du 11 décembre 1990 portant Constitution de la République du Bénin telle que modifiée par la loi n° 2019-40 du 07 novembre 2019, le droit à la santé est consacré comme un droit fondamental : « La personne humaine est sacrée et inviolable. L'Etat a l'obligation absolue de la respecter et de la protéger. Il lui garantit un plein épanouissement. A cet effet, il assure à ses citoyens l'égal accès à la santé, à l'éducation, à la culture, à la formation professionnelle et à l'emploi ». L'amélioration de la santé des populations est une préoccupation majeure du Gouvernement. Ainsi, le Bénin a adhéré à plusieurs conventions, déclarations et décisions internationales ou régionales relatives à la santé.

Conformément au décret N° 2021 - 571 du 03 novembre 2021, le Ministère de la Santé a pour mission, la conception et le suivi-évaluation de la politique de l'Etat en matière de santé. La politique de l'Etat vise à garantir l'égal accès à la santé à tous sans distinction de sexe, de race, de religion, d'opinion et d'origine sociale par la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales.

Depuis 2009, des Plans Nationaux de Développement Sanitaire ont été rédigés, adoptés et mis en œuvre. En collaboration avec le Ministère du Développement et de la Coordination de l'Action Gouvernementale, le Ministère de la Santé s'est doté d'une nouvelle Politique Nationale de Santé (PNS) 2018-2030 basée sur les leçons apprises de l'évaluation du PNDS 2009-2018. Cette nouvelle politique énonce la vision et les orientations stratégiques basées sur les valeurs et les principes pour l'amélioration de la santé des populations.

La vision stratégique du Bénin en matière de santé est que « Le Bénin dispose en 2030 d'un système de Santé régulé, performant et résilient basé sur la disponibilité permanente des soins promotionnel, préventif, curatif, réadaptatif et palliatif de qualité, équitables et accessibles selon le cycle de vie à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec la participation de la population ».

Le PNDS 2018-2022, élaboré dans le cadre de l'opérationnalisation de la politique nationale de santé, est arrivé à terme en 2022. La rédaction d'un nouveau Plan National de Développement Sanitaire s'imposait.

L'évaluation du PNDS 2018-2022 a révélé des insuffisances telles que :

- la faible qualité des prestations de services et soins de santé ;
- les taux de morbidité et de mortalité élevés ;
- les insuffisances de la gouvernance et du leadership ;
- l'insuffisance des ressources humaines ;
- les lacunes dans la gestion des ressources humaines ;
- les déficiences de l'information sanitaire et de la recherche en santé ;

- l'insuffisance du financement de la santé ;
- les défaillances de la gestion du médicament, des vaccins et des produits sanguins ;
- les faiblesses de la gestion des infrastructures, des équipements et de la maintenance.

Tirant leçon des résultats de cette évaluation, le Ministère de la Santé a élaboré le présent PNDS dans un processus inclusif et participatif. Ce processus a comporté quatre phases : (i) la phase préalable a consisté à recueillir l'avis favorable et l'appui technique du Ministère en charge du Développement et de la Coordination de l'Action Gouvernementale ; (ii) la phase du processus de l'élaboration a été marquée par la mise en place d'un comité de pilotage présidé par le Ministre de la Santé, d'un comité technique présidé par le Secrétaire Général du Ministère, de cinq Groupes Techniques de Travail (GTT) et l'organisation des ateliers impliquant toutes les parties prenantes ; (iii) la phase de validation et (iv) la phase de l'adoption en Conseil des Ministres.

Le PNDS 2026-2030 intègre les nouveaux défis du secteur et les recommandations issues de l'évaluation du PNDS 2018-2022.

Il est structuré autour de trois (03) orientations stratégiques (OS) :

- OS1 : Renforcement de la gouvernance du secteur santé
- OS2 : Amélioration de la prestation de services et de la qualité des soins
- OS3 : Amélioration de la disponibilité en infrastructures équipements et produits de santé.

Au titre des enjeux du PNDS 2026-2030, un accent particulier est mis sur la Couverture Sanitaire Universelle, les objectifs du triple milliard, les objectifs des trois résultats transformateurs, les objectifs en matière de prise en charge du VIH/SIDA en termes des trois zéros, les objectifs en matière de prise en charge des enfants, les objectifs visant à axer le système de santé sur les soins de santé primaires conformément à la déclaration d'Astana et les objectifs en termes de zéro fardeau.

1. CONTEXTE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE

1.1. Contexte

Cette section est structurée selon le contexte international, régional et national.

1.1.1. Contexte international et régional

Au plan international, l'élaboration du PNDS 2026-2030 intervient dans la seconde moitié de l'agenda 2030 l'inscrivant directement dans la phase d'accélération de l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle et des ODD.

La phase de démarrage de ces objectifs sur cinq ans étant passée et la phase de transition étant en cours pour conduire à la phase d'accélération, il convient de rappeler les enjeux d'importance en matière de santé tels que :

- **la CSU** considérée comme l'expression pratique du droit à la santé en 2017 ;
- **les objectifs du triple milliard** dont un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la CSU, un milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence et un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être ;
- **les objectifs des trois résultats transformateurs** pour mettre fin aux décès maternels évitables, mettre fin aux besoins non satisfaits en matière de planification familiale, mettre fin aux violences basées sur le genre et aux pratiques néfastes, y compris les mutilations génitales féminines et les mariages d'enfants, précoces et forcés. Ces objectifs sont exprimés encore sous le slogan **trois zéros** « Zéro décès maternels évitables. Zéro besoin non satisfait en matière de planification familiale. Zéro violence basée sur le genre » ;
- **les objectifs en matière de VIH/SIDA en terme des trois zéros** : « Zéro nouvelle infection à VIH. Zéro discrimination. Zéro décès lié au sida » ;
- **les objectifs en matière de l'enfance en terme de trois objectifs** « Un zéro, un cent pour cent et un cent pour cent. Zéro exclusion d'enfant. 100% pouvoir d'action pour chaque enfant. 100% de chances de réussite et de plein exercice de droits pour chaque enfant » qui peuvent être résumés aussi par un slogan trois zéros « Zéro exclusion d'enfant. Zéro contrainte de pouvoir d'action pour chaque enfant. Zéro contrainte de chances de réussite et contrainte de plein exercice de droits pour chaque enfant » ;
- **les objectifs d'axer le système de santé sur les soins de santé primaires conformément à la Déclaration d'Astana**, afin d'accélérer les progrès vers la réalisation de la CSU et des Objectifs de Développement Durable en matière de santé. La vision et les engagements audacieux inscrits dans la Déclaration d'Astana doivent se traduire par des mesures constructives afin d'avancer vers l'objectif de santé pour tous, sans aucune distinction ;
- **les objectifs en terme des trois zéros fardeaux** « Zéro fardeau du sida. Zéro fardeau de la tuberculose. Zéro fardeau du paludisme ».

Ce contexte reste tributaire de la crise sanitaire liée à la pandémie à coronavirus 2019 (Covid19) dont l'ampleur continuera de marquer surtout les systèmes de santé en termes de résilience. Cette crise sanitaire n'est pas sans conséquence sur les perspectives économiques.

Au plan sous régional, le contexte socio-politique dans les pays de la sous-région ouest-africaine caractérisé par les crises politiques et sociales ne favorise pas la cohésion inter-régionale et engendre des climats d'insécurité et de troubles.

1.1.2. Contexte du Bénin

1.1.2.1. Situation géographique et administrative

Située sur le Golfe de Guinée, la République du Bénin est un Etat de la sous-région Ouest Africaine. Elle couvre une superficie de 114 763 kilomètres carrés. Elle est limitée au Sud par l'Océan Atlantique, à l'Ouest par le Togo, au Nord-ouest par le Burkina-Faso, au Nord-est par le Niger et à l'Est par le Nigéria.

Sur le plan hydrographique, le Bénin est arrosé par de nombreux fleuves appartenant à trois grands bassins : le bassin du Niger, le bassin de la Volta et le bassin côtier. La plupart de ces cours d'eau prennent leur source dans le massif de l'Atacora pour alimenter les trois bassins.

Le Bénin présente un climat chaud et humide. Les températures sont constamment élevées avec une moyenne de 25° C pour l'ensemble du pays. Selon l'Agence Nationale de la Météorologie du Bénin, les précipitations moyennes annuelles sont estimées à 700 mm dans la partie septentrionale et 1300 mm au Sud sur les cinquante dernières années pour le pays. Le couvert végétal est caractérisé par la savane boisée, des îlots de forêts et des galeries forestières avec la présence d'une végétation des régions soudanaises dans le nord et une végétation dégradée dans le sud du pays.

Au plan administratif, le Bénin compte 12 départements depuis le 15 janvier 1999, conformément à la loi N°97-028 portant organisation de l'administration territoriale en République du Bénin. Ce sont : l'Alibori, l'Atacora, l'Atlantique, le Borgou, les Collines, le Couffo, la Donga, le Littoral, le Mono, l'Ouémé, le Plateau et le Zou. Ces départements sont divisés en 77 communes subdivisées en 546 arrondissements comportant 5 295 villages et quartiers de ville¹. Un processus de décentralisation et de déconcentration de l'administration visant la prise en charge du développement communautaire par les populations elles-mêmes est actuellement en cours.

1.1.2.2. Situation démographique

La population du Bénin a connu un accroissement dans le temps, passant de 11 238 144 habitants en 2018 à 12 606 998 habitants en 2023 selon les données du document de projections démographiques 2014-2063 de l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INStaD). D'après les données du quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH4), le taux d'accroissement de la population est passé de 2,9% en 2002 à 3,5% en 2013 pour une proportion de femmes de 51,2% contre 48,8% d'hommes. L'Indice

¹ INStaD, 2024

Synthétique de fécondité est de 4,8 avec un taux brut de mortalité de 8,5‰, une proportion importante de jeunes et une faible proportion de personnes âgées (0-14 ans : 46,7% ; 15-59 ans : 48,9% ; 60 ans et + : 4,4%).

La population béninoise était à dominance rurale 55,4% contre 44,6% pour la population urbaine en 2013.

Le taux brut de natalité est de 36,4‰ en 2013 (RGPH 4). Selon les résultats de l'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) 2021-2022, il est passé de 39,7‰ en 2014 à 33‰ en 2022. Quant à l'Indice synthétique de fécondité, il est passé de 4,8 en 2013 à 4,7 en 2022.

Le Bénin a réalisé en 2020, la deuxième Enquête Nationale sur la Migration dont les résultats ont permis d'obtenir le taux net de migration négatif de 1,1%.

1.1.2.3. Situation socio-culturelle

Le pays se caractérise par une pluralité d'ethnies et de langues (une cinquantaine d'ethnies environ) réparties sur des aires géographiques bien déterminées. Le français est la langue de travail.

La pratique religieuse au Bénin est très diversifiée. Selon le RGPH4 de 2013, 48,5% de la population pratique le christianisme (dont 25,5% sont catholiques et 6,7% sont membres de l'Église du christianisme céleste), 27,7% de la population pratique l'islam. Le vaudou, religion traditionnelle africaine, est pratiqué par 11,6% de la population. Les autres religions sont pratiquées par 6,4% de la population et 5,8% de la population ne pratique aucune religion.

1.1.2.4. Situation économique

L'économie béninoise repose essentiellement sur le Port Autonome de Cotonou, les échanges avec le Nigéria, les pays de l'inter land et enfin, le coton, principale culture de rente. Elle s'est montrée résiliente dans un contexte économique peu favorable, notamment du fait du ralentissement des échanges avec l'économie nigériane.

Le Bénin n'a pas encore réussi à réduire le taux de pauvreté qui est passé de 35,2% en 2009 à 36,2% en 2011 et à 40,1% en 2015. L'incidence de la pauvreté est établie à 36,2% en 2022 selon la note sur la pauvreté de l'INStAD. Elle était de 38,5% en 2019, soit une baisse de 2,3 points. L'Indice de Développement Humain (IDH) est estimé à 0,525 en 2021, classant le Bénin au 166^{ème} rang sur 191 pays (Rapport 2021-2022 sur le développement humain).

1.1.2.5. Situation politique et gouvernance

Le Bénin est l'une des références de stabilité démocratique et l'environnement socio-politique paraît tout à fait propice à l'exécution des réformes pour l'atteinte des ODD.

1.1.2.6. Système de santé

Le système national de santé a une structure pyramidale calquée sur le découpage territorial et comprend trois différents niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique. Ce système est régulé par l'Autorité de Régulation du Secteur de la Santé qui a

pour mission de veiller à la réalisation du droit à la santé pour tous par l'amélioration continue de l'offre et de la qualité des soins².

Le niveau central, conformément au Décret³ 2021-571 du 03 novembre 2021 assure la conception et le suivi-évaluation de la politique de l'Etat en matière de santé.

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

Au niveau périphérique, la politique de l'Etat en matière de santé est assurée par 34 zones sanitaires réparties sur toute l'étendue du territoire national. La zone sanitaire représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. Elle est organisée sous forme d'un réseau de services publics de premier contact (centres de santé de commune, centres de santé d'Arrondissement, dispensaires isolés et les maternités isolées) et de formations sanitaires privées, le tout appuyé par un hôpital (public ou privé) de première référence (hôpital de zone ou centres hospitaliers universitaires de zone) destiné à desservir une aire qui abrite entre 100 000 et 200 000 habitants.

Ce critère de population à terme pourrait engendrer une nouvelle configuration des zones sanitaires.

1.1.2.7. Situation sanitaire

1.1.2.7.1. Etat de santé de la population

a) Santé de la mère

Le ratio de mortalité maternelle est estimé à 391 pour 100 000 naissances vivantes (NV) en 2018 selon l'EDSB 2017-2018 contre 397 pour l'EDS 2006. Ce ratio a connu une baisse entre 2006 et 2018 mais des efforts supplémentaires sont nécessaires pour réduire sensiblement la mortalité maternelle au Bénin.

² Décret N°2019-417 du 25 septembre 2019 Portant Création Attribution Organisation et Fonctionnement de l'ARS et le décret n° 2023-409 du 26 juillet 2023, modifié par le décret 2023-690 du 20 décembre 2023 portant attributions, organisation et fonctionnement de l'Autorité de Régulation du secteur de la Santé

³ Décret 2021-571 du 03 novembre 2021 portant Attributions Organisation et Fonctionnement du Ministère de la Santé

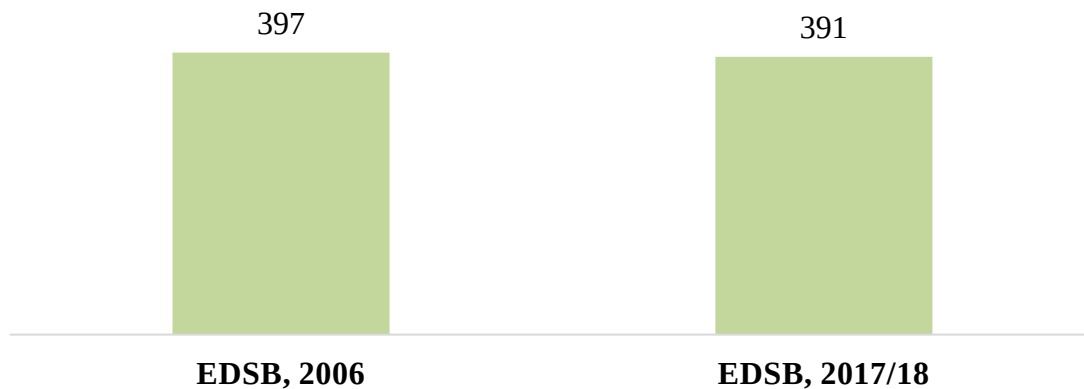


Figure 1 : Evolution du ratio de mortalité maternelle pour 100 000 NV de 2006 à 2018 selon les EDSB

b) Santé du nouveau-né

Le taux de mortalité néonatale est passé de 38‰ NV en 2014 (MICS 2014) à 23‰ en 2022 (MICS 2021-2022).

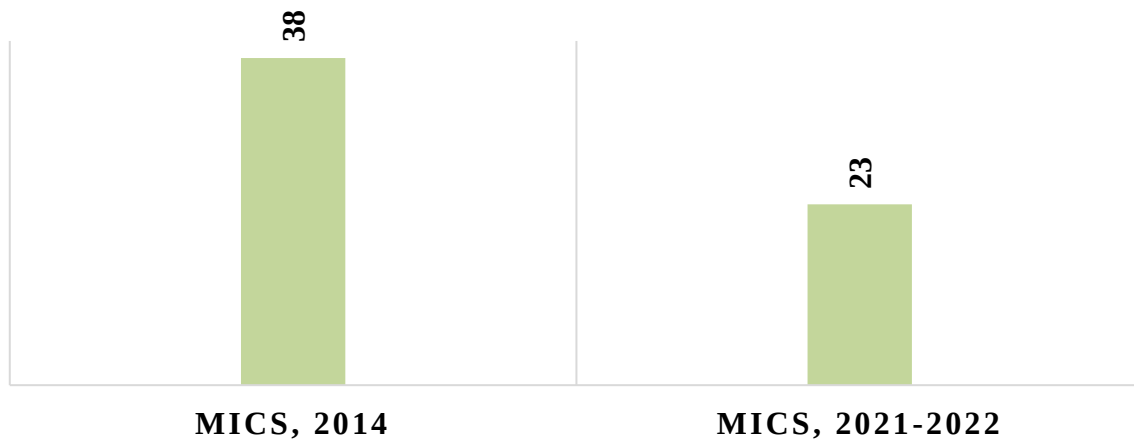


Figure 2 : Evolution du taux de mortalité néonatale pour 1000 NV entre 2014 et 2022

c) Santé de l'enfant

Le taux de mortalité infantile est passé de 89‰ en 2001 (EDSB 2001) à 67‰ en 2006 (EDSB 2006) et à 55‰ NV selon l'EDSB 2017-2018. Le MICS 2021-2022 établit son niveau à 45‰ NV.

Le taux de mortalité infanto-juvénile a connu une baisse entre 2001 et 2018 en passant de 160 à 96 décès pour 1 000 naissances vivantes. Selon le MICS 2021-2022 ce taux est de 80‰ NV en 2022.



Selon l'EDSB 2017-2018, près de la moitié des adolescentes (48%) sont sexuellement actives contre 29% des adolescents (15-19 ans). La précocité des premiers rapports sexuels est plus fréquente chez les adolescentes (12% des adolescentes contre 6% des adolescents). Aussi, 61% des jeunes filles âgées de 20-24 ans avaient déjà eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 18 ans, contre 38% pour les jeunes hommes.

Le taux de natalité parmi les adolescentes de 15-19 ans est de 108‰ selon l'EDSB 2017-2018. Pour l'état matrimonial selon la même enquête, environ deux adolescentes (15-19 ans) sur dix, soit 18%, étaient déjà en union.

Au Bénin, 11,2% des femmes âgées de 15-19 ans ont déjà une naissance vivante et 3,2% sont enceintes de leur premier enfant d'après les résultats du MICS 2021-2022.

L'analyse des grossesses précoces montre des disparités selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction de la maman et selon le bien-être économique. En effet, la proportion de femmes de 15-19 ans ayant eu une naissance vivante est plus importante en milieu rural (12,8%) qu'en milieu urbain (9,3%). De même, cette proportion dépend aussi du niveau d'instruction de la maman. Celles qui n'ont pas été instruites ont une proportion de 21,4% contre 2,9% pour celles qui ont atteint le second cycle ou plus.

Les personnes âgées constituent une cible qui ne doit pas être laissée de côté. A défaut de structure sanitaire de prise en charge spécifique, il est institué des mécanismes pour promouvoir leurs droits et envisager le relèvement des défis liés au vieillissement de la population. Ces mécanismes visent également à investir davantage pour permettre aux personnes âgées de mener une vie longue et en bonne santé. Au Bénin, environ 30 à 40 % des personnes âgées de 60 ans et plus sont touchées par l'hypertension (EDS, 2017-2018). La prévalence estimée du diabète chez les adultes de 60 ans et plus au Bénin est d'environ 6 à 7 % selon le rapport de l'OMS en 2021 sur les données régionales actualisées. Selon l'EDS 2017-2018, le taux d'accès

aux services de santé des personnes âgées reste faible, en raison des coûts et de l'éloignement des centres de santé. Environ 60 % des personnes âgées accèdent à des soins de santé primaires. La couverture de l'assurance maladie pour les personnes âgées est faible, avec environ 5-10 % d'entre elles ayant accès à une assurance. Selon les rapports nationaux sur la couverture de l'assurance santé réalisés par l'OMS et la Banque mondiale en 2018, la prévalence des troubles mentaux comme la dépression chez les personnes âgées au Bénin est estimée entre 10-15 % (Rapports de l'OMS, 2019). Moins de 15 % des personnes âgées au Bénin bénéficient de pensions de retraite formelles et la majorité dépend du soutien familial (Banque mondiale et INSAE, 2018-2020).

f) Santé des personnes en situation de handicap

Peu de mesures spécifiques sont prises pour faciliter l'accès des personnes en situation de handicap aux soins de santé. Les établissements de santé ne disposent pas de toilettes adaptées aux patients handicapés. Toutefois, le Ministère de la Santé a développé des services de réadaptation pour la prévention et la prise en charge du handicap moteur. Par ailleurs, cinq décrets d'applications de la loi n°2017-06 du 29 septembre 2017 portant protection et promotion des droits des personnes handicapées en République du Bénin ont été pris le 21 juin 2023 en vue d'une meilleure intégration sociale des personnes vivant avec un handicap.

Lors du RGPH4 au Bénin, les répondants ont dû s'identifier en fonction de leur handicap (moteur, visuel, auditif /verbal, intellectuel et mental). A cette occasion, 92 495 personnes présentant un handicap ont été recensées, soit moins de 1% de la population. D'autres sources présentent un taux global de 12%. Il faut noter que la variation des taux de prévalence peut s'expliquer par le fait que les personnes interrogées avaient fortement tendance à ne pas signaler ou à minimiser leur handicap (UNICEF, 2017). Le Groupe Washington d'analyse des données des incapacités recommande à ce sujet, une série de questions produisant des résultats plus précis, à utiliser pour les enquêtes, les recensements et les collectes de données administratives. Selon cette même source, le Bénin n'a pas encore intégré ces questions à ses recensements ou enquêtes (UNICEF, 2017).

1.1.2.7.2. Principaux déterminants de la santé

a) Climat

Le Bénin est un pays vulnérable aux changements climatiques. La santé est l'un des six secteurs à faire l'objet de l'évaluation de la vulnérabilité et de l'adaptation aux changements climatiques en plus de l'agriculture, des ressources en eau, de la foresterie, de l'énergie et du tourisme.

Les risques climatiques notamment les pluies tardives et violentes, les inondations, les poches de sécheresse, la chaleur excessive, les fortes chutes de pluies, les vents violents, l'élévation du niveau de la mer, ont entre autres, un impact sur la santé.

b) Education

L'instruction pour tous, l'un des ODD, constitue un enjeu majeur du développement économique et une pierre angulaire de l'amélioration des conditions de vie des populations. En effet, l'éducation influence tous les secteurs de l'économie, la vie des individus et particulièrement leur santé. La proportion d'hommes par exemple qui fument n'importe quel

type de tabac diminue avec le niveau d'instruction. Selon l'EDSB 2017-2018, le niveau de cet indicateur est de 11% pour ceux sans niveau d'instruction contre 2% pour ceux du niveau secondaire cycle 2 ou supérieur.

c) Economie

La croissance économique a baissé de 7,2% en 2021 à 6,3% en 2022. Toutefois, après une performance robuste au premier semestre 2023, l'économie béninoise est confrontée à des chocs externes liés à la fermeture des frontières avec le Niger ainsi qu'à la hausse du prix de l'essence à la suite des réformes prises au Nigéria en mai 2023. L'inflation en glissement annuel s'établissait à 3,9% en juillet 2023.

Plusieurs chocs socio-économiques aux niveaux international et régional pourraient affecter la tendance à la réduction de la pauvreté. Les impacts des sanctions de la CEDEAO contre le Niger voisin, les conséquences de l'invasion russe en Ukraine et de la crise au moyen et au proche Orient ainsi que l'insécurité croissante et l'instabilité politique dans les pays du Sahel limitrophes pourraient entraîner une volatilité soutenue des prix des denrées alimentaires, de l'énergie et des engrais qui aurait un impact négatif sur les ménages pauvres et vulnérables, ralentissant ainsi la réduction de la pauvreté et poussant davantage de ménages à la fragilité.

d) Alimentation

Au Bénin, l'analyse de la situation alimentaire et nutritionnelle demeure préoccupante.

En effet, l'examen du dispositif de la sécurité alimentaire selon l'enquête de l'Analyse Globale de la Vulnérabilité et de la Sécurité Alimentaire (AGVSA, 2017-2018), montre que la sécurité alimentaire globale était légèrement améliorée passant de 89% en 2013 à 90,4% en 2018 avec 14,1% des ménages béninois qui avaient une consommation alimentaire inadéquate, c'est-à-dire inappropriée en termes de fréquence et de diversité alimentaire pendant que 9,6% de la population était en insécurité alimentaire dont 0,7% en insécurité alimentaire sévère. Au total par rapport à 2013, l'insécurité alimentaire globale a légèrement diminué passant de 11% à 9,6%.

Sur la période de mai à juillet 2021, 5,1 millions de la population béninoise ont une consommation alimentaire insuffisante⁴. Ceci est dû à une hausse notable de prix des denrées alimentaires (Document de politique nationale d'alimentation et de nutrition 2023-2030).

e) Hygiène et assainissement de base

L'accès à l'eau de boisson, à l'hygiène et à l'assainissement de base reste encore un défi au Bénin. Le taux d'accès à un assainissement adéquat est faible. Le taux de défécation à l'air libre est de 47,9% selon le MICS 2021-2022, et est plus élevé en milieu rural. 81,9% de la population ne dispose d'aucun dispositif de lavage des mains. La gestion non sécurisée des excréments humains et le manque d'hygiène personnelle sont étroitement associés à la diarrhée ainsi qu'aux infections parasitaires, telles que les helminthiases transmissibles par le sol. L'amélioration de l'assainissement et de l'hygiène peut réduire de plus d'un tiers les maladies hydriques et peut diminuer considérablement l'impact sanitaire des infections par les helminthes transmissibles

⁴ Bulletin hebdomadaire du MVAM (Mobile Vulnerability Analysis and Mapping)

par le sol et d'une série d'autres maladies tropicales négligées. On note la présence de *Escherichia Coli* dans la source d'eau de boisson de 84% des ménages du Bénin (MICS 2021-2022), ce qui est un indicateur de contamination fécale.

1.1.2.7.3. Engagement communautaire

Selon l'OMS, l'engagement est le processus par lequel les organismes de prestations de la communauté et les individus construisent une relation à long terme avec une vision collective au profit de la communauté. La communauté, à travers ses représentants, a le pouvoir de décision et de contrôle local sur toutes les interventions à mettre en œuvre dans leurs localités. Il vise à amener les communautés à être les acteurs du changement de comportement souhaité. Il s'agit donc d'un processus de mobilisation et de coordination des ressources communautaires en vue de l'atteinte d'objectifs spécifiques visant le bien-être et la sécurité des communautés.

Prenant la mesure des choses et dans le cadre de la décentralisation et de la déconcentration, la capacitation des élus locaux pour mieux gérer leur propre santé est une réalité de plus en plus renforcée au Bénin. Aussi, à la faveur de la mise en œuvre de l'approche One Health, les préfectures et les mairies disposent désormais d'un point focal en charge des interventions de santé. Les sessions de la conférence administrative départementale et des conseils communaux constituent des occasions de reddition de compte sur les interventions de santé.

A travers les fonds FADeC, le Ministère de la santé alloue des ressources aux communes leur permettant de renforcer leurs actions auprès des communautés à la base. Par ailleurs, la gestion des épidémies cycliques notamment celles de Lassa et de la pandémie de la COVID-19 a permis de mettre en évidence le rôle prépondérant de l'engagement des communautés dans la coordination des interventions de riposte. Le succès des interventions de masse à savoir : campagne de vaccination, dépistage de masse, système d'alerte et de riposte, gestion de l'infodémie, entre autres, dépend du niveau d'engagement de la communauté.

Eu égard à tout ce qui précède, le Bénin s'est doté du présent PNDS 2026-2030 dont la mise en œuvre devra permettre de relever les défis et d'inverser les tendances.

Pour assurer la promotion et le développement de la santé des communautés dans les arrondissements/villages/hameaux, il a été mis en place au niveau de chaque centre de santé public un Comité de Gestion dénommé (COGECS). Ce comité intervient dans la planification et la mobilisation sociale, le suivi de la mise en œuvre des plans d'actions et apporte son concours à la résolution des conflits entre la population et les agents de santé.

1.2. Démarche méthodologique d'élaboration du PNDS 2026-2030

La démarche méthodologique adoptée dans le cadre de l'élaboration du PNDS 2026-2030 est conforme aux directives du guide méthodologique d'élaboration des politiques et stratégies intégrant les dimensions transversales. Démarré à la suite de l'évaluation finale de la mise en œuvre du PNDS 2018-2022, le processus a été inclusif, consensuel avec l'implication de toutes les parties prenantes (MS, MDC, MTFP, MEF, MASM, EDUCATION, MAEP, MCVT, Société civile, Secteur Privé, PTF appuyant le secteur santé et ARS). Il est décliné en quatre étapes, à savoir : (i) la préparation, (ii) la rédaction, (iii) la validation et (iv) l'adoption du plan. Il a démarré à la suite de l'évaluation finale de la mise en œuvre du PNDS 2018-2022, qui a

permis d'analyser les critères de performance, d'apprécier le niveau d'atteinte des objectifs, et de réaliser l'analyse causale ainsi que celle des forces, faiblesses, opportunités et menaces. Cette évaluation a suivi la démarche du guide méthodologique d'évaluation des politiques et stratégies sectorielles. Le rapport de l'évaluation a été soumis à l'ARS et à la DGEOCS du MDC dont les observations ont été prises en compte dans la version finale.

1.2.1. Phase préparatoire

La phase préparatoire s'est déroulée en plusieurs étapes. Après l'élaboration de la note conceptuelle de la mission, le Ministère de la Santé a obtenu l'avis de non objection et l'appui technique du Ministère du Développement et de la Coordination de l'action gouvernementale. L'élaboration du PNDS 2026-2030 du Ministère a été appuyée par trois consultants dont un national. Deux comités ont été mis en place pour conduire le processus d'élaboration à s'avoir : le Comité de pilotage mis en place par l'arrêté N° 0079/MS/DC/SGM/CJ/SA du 09 septembre 2022 présidé par le Ministre de la Santé et coprésidé par le Directeur Général des Politiques de Développement du MDC et le Comité technique mis en place par l'arrêté N° 0078/MS/DC/SGM/DPAF/CJ/SA du 27 juillet 2022 présidé par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé. Ces comités ont été créés pour conduire à la fois les processus d'évaluation finale du PNDS 2018-2022 et d'élaboration du PNDS 2026-2030.

Un atelier de renforcement des capacités a été organisé à l'endroit des membres des Comités de pilotage et technique sur les thématiques nécessaires à la bonne conduite du processus d'élaboration. Il s'agit de la formation sur les guides méthodologiques d'évaluation des politiques et stratégies, les aspects transversaux et les déterminants de la santé.

Cinq (05) Groupes Techniques Thématiques (GTT) ont été créés par arrêté N°059/MS/DC/SGM/DPAF/SES/SA du 05 janvier 2024 pour la consolidation des différentes parties du document. Il s'agit des GTT suivants :

- GTT1 : Développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé et amélioration du système d'information sanitaire, de la promotion de la recherche et de l'innovation en santé ;
- GTT2 : Prestation de services et l'amélioration de la qualité des soins ;
- GTT3 : Valorisation des ressources humaines en santé ;
- GTT4 : Développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé de qualité et de la médecine traditionnelle et ;
- GTT5 : Promotion de la santé, genre, environnement et transformation digitale.

Les groupes sont composés des membres des Comités de pilotage et technique élargis aux responsables de projets/programmes du Ministère de la Santé et des personnes ressources. Ils sont appuyés par les trois consultants ; chacun disposant de cahier de charge bien définis. Le GTT5 est appuyé par une personne spécialisée dans le domaine des aspects transversaux.

Une équipe restreinte appuyée par les consultants a été constituée pour produire régulièrement les différentes parties du document. Ces travaux sont soumis au Comité technique pour validation.

1.2.2. Phase de rédaction

La rédaction du PNDS 2026-2030 s'est déroulée en plusieurs étapes à savoir : la rédaction du diagnostic stratégique, la formulation du cadre stratégique, la réalisation du costing, la définition du mécanisme de financement, la définition du mécanisme de suivi-évaluation et la consolidation du draft du PNDS.

- **Rédaction du Diagnostic stratégique**

La rédaction du diagnostic stratégique a été faite suivant les piliers du système de santé sur la base des résultats issus de l'évaluation finale du PNDS 2018-2022. Un atelier a été organisé du 25 au 27 octobre 2023 à la DDS Littoral pour la relecture du diagnostic élaboré (cf courrier N°6032/MS/DC/SGM/DPAF/SES/SA du 24 octobre 2023).

- **Formulation du cadre stratégique**

La formulation du cadre stratégique a consisté à définir les fondements et principes directeurs, la raison d'être du plan, la mission, la vision, les orientations, les objectifs et axes stratégiques et les mettre en lien avec les programmes budgétaires. En s'appuyant sur les défis identifiés, une théorie du changement a été élaborée. Elle précise les changements attendus à court, moyen et long terme. Sur la base de la raison d'être du plan, le cadre stratégique a été défini. Du 12 au 16 décembre 2023, un atelier de relecture du cadre stratégique a été organisé à la DDS Littoral à Cotonou (cf courrier N°7908/MS/DC/SGM/DPAF/SES/SA du 11 décembre 2023).

- **Réalisation du costing du PNDS**

Le costing du PNDS a été réalisé à l'aide de l'outil One Health. Ceci a permis de dégager trois scénarii : scénario1 de base, Scénario 2 tendanciel, Scénario3 optimiste. Les résultats ont été soumis au comité de pilotage qui après analyse a retenu le scénario 3 sur la base des cibles des ODD. Un atelier de formation des cadres du Ministère sur l'utilisation de l'outil One Health et la budgétisation a été organisé du 27 novembre au 1^{er} décembre 2023 à la DDS Littoral.

- **Définition du mécanisme de financement**

Les différentes sources de financement des activités ont été identifiées. Il s'agit principalement de deux sources à savoir : le budget national à travers les dotations budgétaires et les appuis financiers des partenaires techniques et financiers. Les prévisions de ressources mobilisables sur la période de mise en œuvre du plan à partir de ces deux sources de financement ont été réalisées en s'appuyant sur l'historique du financement des cinq (05) dernières années.

- **Définition du dispositif de mise en œuvre**

Un dispositif de mise en œuvre a été défini assorti d'un cadre programmatique budgétisé. Ce dispositif a permis de définir les organes de mise en œuvre, les synergies et rôles des acteurs. Un atelier a été organisé du 18 au 22 décembre 2023 à la DDS Littoral pour élaborer le dispositif de mise en œuvre du plan (cf courrier d'invitation N°7959/MS/DC/SGM/DPAF/SES/SA du 12 décembre 2023).

- **Rédaction du Mécanisme de suivi-évaluation**

Elle a consisté à la définition des étapes du processus du suivi-évaluation, à la définition des organes de mise en œuvre, à l'identification des acteurs et leur rôle respectif aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Pour apprécier les progrès, un cadre de mesure de performance a été élaboré. Les travaux se sont déroulés du 16 au 20 janvier 2024 à la DDS Littoral au cours d'un atelier (cf courrier d'invitation N°033/MS/DC/SGM/DPAF/SES/SA du 03 janvier 2024).

- **Consolidation du draft du PNDS**

Un atelier a été organisé du 14 au 16 février 2024 au Ministère de la Santé avec les membres du comité technique pour mettre en commun les différents travaux réalisés (cf courrier N°0515/MS/DC/SGM/DPAF/SES/SA du 12 février 2024). Cet atelier a permis de disposer du draft du PNDS 2026-2030.

1.2.3. Phase de validation

Le draft du PNDS 2026-2030 a fait l'objet de plusieurs validations :

- Validations internes : chacune des étapes de rédaction du plan a connu une validation avec les membres de l'équipe technique.
- Soumission du document à l'ARS et aux PTF pour recueillir leurs observations. Des ateliers ont été organisés par le Comité technique pour la prise en compte des différentes observations. Du 23 au 25 avril 2024, un atelier a été organisé au Ministère de la Santé (cf courrier d'invitation N°1359/MS/DC/SGM/DPAF/SES/SA du 17 avril 2024) pour la prise en compte des observations de l'ARS.
- Pré-validation du PNDS : un atelier a eu lieu au Palais des Congrès de Cotonou du 14 au 17 mai 2024. Cet atelier a mobilisé les membres des comités de pilotage et technique élargi aux autres acteurs (cf lettre d'invitation N°1641/MS/DC/SGM/DPAF/SES/SA du 08 mai 2024). Il a permis de rendre disponible le document à valider après la prise en compte des amendements formulés par les participants.
- Validation du PNDS : Le draft du PNDS 2026-2030 pré validé a été soumis à l'appréciation de tous les acteurs du secteur au cours d'un atelier qui a eu lieu au Palais des Congrès de Cotonou les 24 et 25 octobre 2024 sous la présidence du Ministre de la Santé. Il a connu, outre les membres présents à l'atelier de pré validation, la participation effective des PTF du secteur, des représentants des Ministères sectoriels, de la Société civile et du Secteur privé. Les différents amendements et observations ont été intégrés à l'issue de l'atelier.

1.2.4. Avis technique du MDC et adoption du PNDS en Conseil des Ministres

La version validée du PNDS a été transmise à la DGPD pour examen et avis par lettre N°1123-2024/MS/DC/SGM/DPAF/SES/SP du 25 novembre 2024. La commission chargée d'étudier les documents de politiques et stratégies du MDC a formulé après examen, ses observations qui ont été analysées et prises en compte par le Comité technique au cours d'un atelier qui s'est déroulé du 18 au 21 février 2025 au Ministère de la Santé. Cet atelier a regroupé les acteurs du

Ministère de la Santé, du MDC, le Consultant national et l'OMS. La version finalisée est transmise à nouveau au MDC par lettre N°0343/2025/MS/DC/SGM/DPAF/SES/SP du 25 avril 2025 pour son introduction en Conseil des Ministres en vue de son adoption.

Par bordereau N°1964/MS/DPAF/SD du 01/07/2025 et lettre N°0387/2025/MS/DC/SGM/SP du 03/07/2025 et la version finalisée a été transmise respectivement au MEF et à l'ARS pour l'obtention de leur avis.

Le PNDS 2026-2030 a été adopté en Conseil des Ministres par relevé N°24 du 03/09/2025.

2. PROBLEMATIQUE DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE

Depuis l'indépendance, les gouvernements successifs du Bénin, s'évertuent à créer les conditions favorables à l'offre des soins de santé de qualité aux populations, toutes catégories confondues. Les efforts consentis visent à améliorer le niveau des indicateurs sanitaires qui peinent à progresser du fait des principaux problèmes du secteur de la santé. Il s'agit de :

- la faible accessibilité des populations aux services sociaux de base (éducation, santé, eau, hygiène et assainissement de base, etc.) ;
- la faible planification des acquisitions de matériels et équipements ;
- la faible planification de la construction des infrastructures ;
- la faible planification de l'entretien et de la maintenance des infrastructures et des équipements ;
- la précarité du mécanisme de financement des dépenses de santé ;
- les taux de morbidité et de mortalité élevés ;
- l'insuffisance de la collaboration inter et intra sectorielle ;
- le non-respect des pratiques de bonne gouvernance ;
- le déficit en ressources humaines et une insuffisance dans la gestion des ressources humaines.

Pour résoudre ces problèmes, des réformes ont été engagées dans le secteur de la santé depuis 2016. Elles ont permis la création des organes de pilotage nécessaires à la conduite réussie des réformes, le renforcement du plateau technique du secteur, l'assainissement et la réglementation du secteur privé, l'amélioration de la capacité de préparation et de réponse aux urgences sanitaires, le développement de e-service et la dématérialisation de plusieurs services de santé, la mise en place d'un mécanisme institutionnel facilitant l'opérationnalisation du volet assurance-maladie de l'ARCH, le recrutement et la mise à disposition des ressources humaines.

Cependant, les effets de ces réformes sont encore peu perceptibles. En effet :

- le ratio de mortalité maternelle n'a pas baissé. Il est de 391 pour 100 000 NV (EDS 2017-2018). Ce ratio reste encore très élevé par rapport à celui préconisé par les Objectifs de Développement Durable (ODD) qui est de 70 pour 100 000 naissances vivantes en 2030 ;
- 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), 37,8‰ en 2014 (MICS5) et est de 23 ‰ en 2022 (MICS6) ;
- la mortalité infanto - juvénile montre une baisse entre 2018 et 2022, passant de 96 (EDS 2017-2018) à 80 (MICS 2021-2022) décès pour 1000 naissances vivantes. Cependant, le pays risque de ne pas atteindre l'objectif de développement durable 3.2, qui vise à réduire le taux de mortalité infanto- juvénile à moins de 25 décès pour 1000 naissances vivantes d'ici 2030.

- les maladies infectieuses et parasitaires telles que le paludisme, les infections respiratoires aiguës et les diarrhées constituent les principales causes de morbidité et de mortalité. En 2022, l'incidence de ces affections est respectivement de 21,7%, 6,3% et 10,5‰ selon l'annuaire des statistiques sanitaires.
- les maladies non transmissibles, comme les maladies cardiovasculaires, le diabète, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et les troubles mentaux sont en augmentation. Les annuaires statistiques de 2018 à 2022 révèlent que l'incidence (%) de l'hypertension artérielle a évolué de 6,7 à 9,1. Le nombre de cas de diabète enregistré est passé de 3261 en 2018 à 11197 en 2022. L'incidence (‰) des accidents de la voie publique a évolué de 2018 à 2022 et est passée de 5,2 à 7,7.
- la régulation du secteur privé reste à renforcer ;
- la prise en compte de la santé mentale dans les interventions reste à renforcer ;
- la capacité hospitalière à répondre à certains besoins spécifiques des populations reste encore à améliorer ;
- l'application des documents référentiels de santé n'est toujours pas systématique ;
- le système de référence et de contre référence reste à renforcer ;
- les ressources humaines demeurent insuffisantes en quantité et en qualité et les conditions de travail du personnel ne sont pas toujours satisfaisantes ;
- le Système d'Information Sanitaire et la recherche opérationnelle restent à améliorer ;
- le financement de la santé n'est pas optimal et la mise en commun des fonds n'est pas toujours effective.

Face à la persistance des problèmes et au regard des diverses interventions mises en œuvre, le Ministère de la Santé se doit d'approfondir le diagnostic stratégique.

3. DIAGNOSTIC STRATEGIQUE

L'analyse de la situation sanitaire est organisée en fonction des résultats de l'évaluation finale du PNDS 2018-2022 qui reprend comme cadre conceptuel les piliers du système de santé en fonction de leur indice de performance. Ces piliers sont : i) la gouvernance, le leadership et la coordination, ii) le financement de la santé, iii) les prestations des services et des soins de santé, iv) les ressources humaines, v) les infrastructures, les équipements, la maintenance et les produits de santé et vi) les informations sanitaires et la recherche en santé.

3.1. Analyse organisationnelle du Ministère de la Santé

Le Ministère de la Santé du Bénin est organisé conformément au décret N O 2021 - 571 du 03 novembre 2021 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé. Il comprend, le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général du Ministère, les Directions centrales, les directions techniques, les directions départementales, les structures sous tutelle et les organismes rattachés.

Au titre des directions centrales, on compte : (i) la Direction des Systèmes d'Information (DSI) et (ii) la Direction de la Planification, de l'Administration et des Finances (DPAF).

Au titre des directions techniques, on a : (i) la Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP) ; (ii) la Direction Générale de la Médecine Hospitalière et des Explorations Diagnostiques (DGMHED) et (iii) la Direction de la Formation et de la Recherche en Santé (DFRS).

Les structures sous tutelle sont : (i) l'Agence Nationale des Soins de Santé Primaires (ANSSP) ; (ii) l'Agence Nationale pour la Transfusion Sanguine (ANTS) ; (iii) l'Agence Nationale de Contrôle Qualité des produits de santé et de l'eau (ANCQ) ; (iv) l'Agence Béninoise du Médicament et des autres produits de santé (ABMed) ; (v) l'Agence des Infrastructures Sanitaires des Equipements et de la Maintenance (AISEM) ; (vi) l'Agence Nationale de la Maintenance Hospitalière (ANMH) ; (vii) le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) ; (viii) les Centres Hospitaliers Universitaires ; (ix) les Hôpitaux et Centres de Santé de la Police Républicaine ; (x) les Hôpitaux d'Instruction des Armées et (xi) la Société Béninoise pour l'Approvisionnement en Produits de Santé (SoBAPS).

Les organismes rattachés au Ministre de la Santé sont : (i) le Conseil National des Soins de Santé Primaires (CNSSP) ; (ii) le Conseil National de la Médecine Hospitalière (CNMH) ; (iii) le Comité National de l'Éthique et de la Recherche en Santé (CNER) et (iv) les ordres des professionnels de la santé.

Pour un développement efficace du système de santé, il faut une synergie entre les directions techniques et les agences nouvellement créées. Cette synergie doit être encadrée par les textes de création de ces structures. Cette nouvelle organisation doit s'étendre aux niveaux intermédiaire et périphérique afin que les structures nouvellement revues ou créées aient des répondants directs ou indirects.

ORGANIGRAMME DU MINISTRE DE LA SANTE

LE MINISTRE

CNSSP

CNMH

IGM

CCMP

PRMP

SP

AM

GC

LEGENDE

Liaison hiérarchique

— Liaison fonctionnelle

DIRECTEUR DE CABINET

Secrétaire Général

A/DC

SP/DC

A/SGM

SP/SGM

PFC

CJ

DIRECTEUR ADJOINT DE CABINET

Secrétaire Général Adjoint

CTJ

CTSSP

CTSPS

CTPPS

CTMH

C/SA

DPAF

DSI

DGMHED

DNSP

DFRS

DDS

SoBAPS

ANSSP

AISEM

ANCQ

ANTS

ABMeD

ANMH

SE CNLS-TP

CNHU-HKM

CHU-MEL

CNHUPP

CNHUP-C

SAMU

CHD/CHUD

ZS

ABMeD : Agence béninoise du médicament et des autres produits de santé
A/DC : Assistant du Directeur de Cabinet
AISEM : Agence des Infrastructures Sanitaires et Équipements Médicaux
AM : Assistant du Ministre
ANCQ : Agence Nationale de Contrôle de Qualité des produits de santé et de l'eau
ANMH : Agence Nationale de Maintenance Hospitalière
ANSSP : Agence Nationale des Soins de Santé Primaires
ANTS : Agence Nationale de la Transfusion Sanguine
A/SGM : Assistant du Secrétaire Général du Ministère
CCMP : Cellule de Contrôle des Marchés Publics
CHD/CHUD : Centre Hospitalier Départemental/ Centre Hospitalier Universitaire Départemental
CHU-MEL : Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune
CJ : Cellule Juridique
CNHU-HKM : Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA
CNHUP-C : Centre National Hospitalier et Universitaire de Psychiatrie de Cotonou
CNHUPP : Centre National Hospitalier et Universitaire de Pneumophysiologie
CNMH : Conseil Nationale de Médecine Hospitalière
CNSSP : Conseil National des Soins de Santé Primaires
C/SA : Chef Secrétariat Administratif
CTJ : Conseiller Technique Juridique
CTMH : Conseiller Technique à la Médecine Hospitalière
CTPPS : Conseiller Technique au Partenariat et à la Politique sanitaire
CTSPS : Conseillère Technique de Suivi des Performances du Secteur
CTSSP : Conseiller Technique de Soins de Santé Primaires
DDS : Directeur Départemental de la Santé
DFRS : Directeur de la Formation et de Recherche en Santé
DGMHED : Directeur Général de la Médecine Hospitalière et de l'Exploration Diagnostique
DNSP : Directeur National de la Santé Publique
DPAF : Directeur de la Planification de l'Administration et des Finances
DSI : Directeur des Systèmes d'Information
GC : Garde du Corps
IGM : Inspection Générale du Ministère
PFC : Point Focal Communication
PRMP : Personne Responsable des Marchés Publics
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SE CNLS-TP : Secrétariat Exécutif du Conseil National de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose, le Paludisme, les Hépatites, les Infections Sexuellement Transmissibles et les Epidémies
SoBAPS : Société Béninoise pour l'Approvisionnement en Produits de Santé
SP : Secrétaire Particulier
SP/DC : Secrétaire Particulier du Directeur de Cabinet
SP/SGM : Secrétaire Particulier du Secrétaire Général du Ministère
ZS : Zone Sanitaire

3.2. Analyse des piliers du système de santé

3.2.1. Gouvernance, leadership et coordination

3.2.1.1. Gouvernance et leadership

La restructuration des directions au niveau central, la création de nouvelles agences, des conseils nationaux, la création de six (06) nouvelles directions départementales de la santé en 2017 et la mise en place de leurs équipes en 2018 s'inscrivent dans le cadre d'une meilleure animation du système de santé. Bien que les organes prévus soient effectivement créés et rendus fonctionnels, il faudra à terme, s'assurer de leur impact sur la santé des populations béninoises et assurer leur pérennité.

Le secteur est régulé par l'Autorité de Régulation du secteur de la Santé qui a pour mission de veiller à la réalisation du droit à la santé pour tous par l'amélioration continue de l'offre et de la qualité des soins.

Dans le cadre du renforcement du dispositif de prévention et de gestion des risques en matière de mal-gouvernance dans le secteur, plusieurs corps de contrôle ont été créés pour l'assainir tant sur le plan administratif que technique. Au sujet de l'administration, il a été créé dans les hôpitaux les cellules d'audit interne et de contrôle de gestion qui sont des instances qui rendent compte à l'IGM et au Ministre de la santé. Ces instances reçoivent aussi, entre autres, les inspections de l'IGF. Cet assainissement du milieu financier hospitalier a été renforcé par la mise en place des conseils d'administration et de commissariats aux comptes. Sur le plan technique, la cellule de contrôle et d'inspection des structures de prestations de soins médicaux, organe de l'ARS, assure le contrôle de la qualité des soins et services de santé et de la sécurité des patients.

En matière de transparence, de l'éthique et de la déontologie, les ordres de professionnels de santé ont été formés pour mieux assurer leurs missions. Leurs responsabilités sont plus accrues suite à l'assainissement opéré dans le secteur privé. La suppression de la double pratique de l'exercice en clientèle privée par le personnel médical et paramédical du secteur public a été d'une importance capitale.

Quant à la redevabilité, elle est appréciée à travers les quatre engagements que le Ministère de la Santé s'efforce de mettre en œuvre à savoir :

- se doter des stratégies requises et assurer les revues ;
- améliorer le financement, la prévisibilité et la gestion financière ;
- renforcer et utiliser les systèmes de gestion en vigueur dans le pays et ;
- établir un environnement favorable pour la participation des Organisations de la Société Civile (OSC) et du secteur privé dans le secteur de la santé.

3.2.1.2. Coordination du secteur

Les modalités d'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales font l'objet d'une législation. Ainsi, le Président de la République a promulgué le 17 juin 1997, la

loi n° 97-020, fixant les conditions de l'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales en République du Bénin. En 2018, en vertu de cette loi, plusieurs structures sanitaires privées illégales ont été fermées. Sur 2614 centres de santé privés installés, seuls 787 soit 30%, avaient officiellement reçu une autorisation⁵. De 2018 à 2022, près de 1300 structures sanitaires privées illégalement installées ont été répertoriées et fermées sur toute l'étendue du territoire national. En 2018, il y a une mise à plat de toutes les autorisations d'ouverture/exploitation de formations sanitaires privées. Un cadre réglementaire (décret 2021-5946) a été mis en place pour la délivrance des autorisations d'exercice en clientèle privée et d'ouverture des établissements sanitaires privés. Sur la période de 2018 à 2023, 1648 autorisations d'ouverture/exploitation de formations sanitaires privées ont été octroyées. 68117 autorisations d'exercice en clientèle privée ont été délivrées au cours de la même période. Toutefois, cette mesure d'assainissement du secteur n'est pas sans inconvénients. Elle aurait engendré une surcharge de travail, un accès tardif des populations aux services spécialisés en raison des longues files d'attente pour les rendez-vous d'accès aux services de santé.

Sur le plan opérationnel, des projets/programmes ont été élaborés afin de booster les indicateurs nationaux. Il s'agit entre autres du Système Résilient et Pérenne de santé (SRPS), du Projet « Comblant les écarts », du Projet Initiative sur la Santé Sexuelle Reproductive et Droits (ISRHR), du Programme pour les Résultats de Renforcement du Système de Santé (PforR), etc.

Le renforcement du partenariat entre les parties prenantes du système a davantage facilité l'intervention des ONG dans le domaine de la santé au Bénin. On y dénombre des ONG internationales et nationales. Par ailleurs, des efforts sont faits pour une meilleure coordination des interventions de ces ONG et le suivi de leurs interventions à l'intérieur du pays. A cet effet, le service de la DNSP en charge du partenariat avec les ONG et associations exerçant dans le domaine de la santé étudie les dossiers des ONG demandeurs.

Toutefois l'effectivité du suivi des interventions mises en œuvre par les ONG constitue un défi.

En 2019, le secteur de la santé s'est doté d'un Plan de Décentralisation et de Déconcentration (P2D), visant à renforcer la décentralisation, la subsidiarité, la redevabilité envers les bénéficiaires, et les actions des collectivités locales décentralisées dans la santé. Du côté de la déconcentration, elle est perceptible à travers les Directions Départementales de la Santé (DDS), dont le nombre a été doublé en 2017, et les hôpitaux de zone devenus des entités autonomes. Des orientations claires ont été données pour le transfert d'activités et de ressources, avec des approches telles que la contractualisation et les achats stratégiques.

En ce qui concerne la décentralisation, elle progresse avec le transfert des ressources du niveau central vers les municipalités (subventions du FADeC), facilitant ainsi les constructions, le soutien aux Comités de Gestion des Centres de Santé (COGECS) et les interventions

5 Rapport d'enquête sur les formations sanitaires privées DNSP

⁶ Décret N. 2021 - 594 du 10 Novembre 2021 portant conditions de création, d'agrément, de fonctionnement et de contrôle des structures de santé de la reproduction en République du Bénin.

⁷ Base de données SANAPRIVA de la DNSP

communautaires. Face aux coûts élevés des évacuations sanitaires, la nécessité d'un hôpital de référence s'est imposée.

En 2018, un Partenariat Public-Privé (PPP) entre la Société Générale des Banques et le Gouvernement béninois a été mis en place pour la construction et l'équipement du Centre Hospitalier International de Calavi (CHIC).

L'alignement et l'harmonisation des interventions demeurent constants, de même que la capitalisation et la valorisation des expériences, la capacité d'animation des cadres de partenariat entre les zones sanitaires, les collectivités locales et le secteur privé. Le renforcement des mécanismes de contrôle et d'inspection pour une gestion efficace et efficiente est également une priorité.

En ce qui concerne le développement des pôles de compétences médicales, notamment la chirurgie cardiothoracique, l'ORL, la cardiologie interventionnelle et l'oncologie, un partenariat public-privé a été établi. De plus, ce partenariat s'est étendu aux évacuations sanitaires, illustrant la diversité des actions entreprises dans le secteur de la santé.

L'un des défis de la coordination est l'intégration de la démarche d'amélioration continue de la qualité dans tous les établissements de santé, publics et privés.

3.2.1.3. Intégration du Genre dans les politiques de développement au Ministère de la Santé

Le Ministère de la Santé dans son engagement d'atteindre les cibles des ODD, a très tôt fait de son leitmotiv, la promotion de l'égalité du genre. Dans ce cadre, en 2022, la Cellule Genre et Environnement (CGE) a eu entre autres attributions, de veiller à l'intégration de l'approche genre et développement dans les politiques, stratégies, programmes et projets de développement du secteur.

Les disparités selon le genre qui persistent trouvent leurs causes profondes dans certaines normes sociales discriminatoires qui régissent les sociétés béninoises et qui influencent négativement les déterminants sociaux de la santé et de la maladie pour les hommes et les femmes.

Selon le rapport de la mission diagnostic sectoriel genre du Ministère de la santé, réalisée en septembre 2023, les domaines les plus affectés par les inégalités genre en matière de santé au Bénin sont entre autres : « ***l'accès aux services de santé, le contrôle des naissances, la santé de reproduction des adolescents et jeunes, les Violences Basées sur le Genre (VBG), la nutrition, le VIH/Sida et le paludisme.*** » Parmi les facteurs limitant la prise en compte suffisante du genre sur le plan sanitaire au Bénin, on peut énumérer : « ***l'environnement social, le recours tardif aux services de santé, le dépistage insuffisant des grossesses à risque, le suivi insuffisant du travail d'accouchement et l'accessibilité géographique et financière*** ».

Par ailleurs, les rapports de pouvoirs déséquilibrés hommes/femmes et des pesanteurs sociales entretiennent les inégalités genre, au niveau de la prise de décision, l'accès aux ressources, le pouvoir d'action, l'autonomisation économique des femmes et les VBG. A cet égard, il faut rappeler que ces inégalités affectent les femmes.

Il convient de mentionner qu'au plan normatif, beaucoup de documents ont été élaborés et promulgués au nombre desquels la **Politique Nationale de la Promotion du Genre (2009-2025)**. Cette politique a pour ambition de : « *faire du Bénin un pays où l'égalité et l'équité entre les sexes permettent aux femmes et aux hommes de participer aux prises de décision, d'avoir accès et de contrôler les ressources productives pour assurer un développement humain durable d'ici 2025.* ». Le Ministère de la Santé en a fait référence dans l'élaboration de ses différents documents de politique et de stratégies comme la PNS et les PNDS. D'autres documents comme le **Plan National de Développement (PND) 2018-2025** prenant en compte les questions de santé prônent « *le Développement d'un capital humain sain, compétent et compétitif* ». Par ailleurs, le Programme de Croissance pour le Développement Durable (**PC2D, 2018-2022**) dans son axe 6, propose « *le Renforcement des services sociaux de base et protection sociale* », à travers principalement la réduction de la morbidité, de la mortalité de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune, le renforcement de la prévention, de la lutte contre les maladies et l'amélioration de la qualité des soins.

Dans la quête de l'équité en genre, le pays a initié en 2020 une expérience de budgétisation sensible au genre coordonnée par le Ministère de l'Économie et des Finances (MEF) à travers la Direction Générale du Budget. L'institutionnalisation devra se faire selon une approche tridimensionnelle : **transversale, spécifique et inclusive**.

En définitive, le rapport de la mission « diagnostic sectoriel genre du Ministère de la Santé » recommande que les cibles des indicateurs soient désagrégées selon le genre.

3.2.2. Financement de la santé

L'analyse du financement de la santé s'articule autour de sa mobilisation, de sa répartition sur une base équitable, de sa pérennité et de sa prévisibilité, ainsi que de la mutualisation et du mécanisme d'achat de services. La gestion financière et un meilleur alignement entre le financement de la santé et les systèmes de gestion des fonds publics sont essentiels à la réalisation des objectifs du secteur de la santé. Les progrès vers l'instauration de la couverture sanitaire universelle nécessitent non seulement un engagement politique, une stratégie cohérente mais aussi un système de financement adéquat, qui garantisse que les différentes composantes du système de santé sont pourvues en ressources pour un fonctionnement de manière coordonnée et efficace vers les défis fondamentaux. En outre, un système de financement de la santé performant veille à ce que les personnes puissent avoir accès aux services de santé de qualité dont elles ont besoin à moindre coût.

Le secteur de la santé bénéficie de divers types et sources de financement, lesquels peuvent être regroupés en deux catégories principales : le financement intérieur et le financement extérieur.

3.2.2.1. Au titre du financement intérieur

Les ressources du budget national représentent l'ensemble des fonds alloués au secteur par le Budget Général de l'État. Elles sont cruciales pour évaluer le financement du secteur de la santé. Un indicateur clé utilisé à cet effet est la part du budget santé par rapport au Budget Général de l'État. En 2022, cette part était évaluée à 3,86%, largement en deçà de la cible de 15% recommandée par la conférence d'Abuja de 2001. Cette valeur indique un besoin pressant

d'efforts supplémentaires de la part de l'État afin de garantir les ressources nécessaires au bon fonctionnement du secteur.

Concernant le financement communautaire, selon les annuaires de statistiques sanitaires, le taux de recouvrement reste faible pour l'ensemble des zones sanitaires sur la période 2018-2022. Au niveau national, il tourne autour de 1,0% en 2018 à 1,1% en 2022, ce qui exprime la fragilité du financement communautaire dans les zones sanitaires au Bénin. Dans certaines zones sanitaires une situation de déficit du taux de recouvrement est remarquée depuis quelques années. En ce qui concerne la marge bénéficiaire, la norme fixée au niveau national est 1,5. Le niveau de cet indicateur au plan national est passé de 1,5 en 2018 à 1,75 en 2022. Cette situation démontre une faible viabilité du financement communautaire dans les zones sanitaires du pays. Ceci rend problématique le paiement des 10% des recettes au profit du fonctionnement des zones sanitaires par certaines formations sanitaires.

Le Financement des collectivités locales regroupe l'ensemble des ressources engagées par ces dernières pour le financement de la santé dans leur localité. Ces ressources servent généralement à la construction des centres de santé et au recrutement des agents de santé.

Pour le volet des assurances privées, l'environnement est rendu de plus en plus favorable pour une couverture de certains agents du public et du privé et leurs ayants droit par des contrats d'assurance qui leur facilitent l'accès aux services de santé.

La contribution des ménages appréciée par la dernière édition des Comptes Nationaux de Santé (CNS) de 2015 se situait à 43,94% (nettement au-dessus de la norme souhaitée qui est de 25%). Il n'y a pas eu de récentes éditions des CNS.

Il existe d'autres financements intérieurs de la part du privé (ONG, fondations, associations...), qui interviennent dans la construction des centres de santé, des dons de matériels et équipements et la formation des agents de santé.

3.2.2.2. Au titre du financement extérieur

Les ressources extérieures dont le secteur santé bénéficie sont retracées à travers le Budget Général de l'Etat ou sont hors cadre budgétaire. Ces ressources se présentent sous forme de dons ou de prêts. Certaines de ces ressources sont entre autres, orientées vers des interventions spécifiques telles que la vaccination, la lutte contre la tuberculose, le Sida, le paludisme, la Covid-19, les maladies transmissibles et non transmissibles, la santé de la mère et de l'enfant, etc.

Elles constituent un appui indéniable aux financements domestiques mais ne devraient pas constituer une priorité dans la pérennité du financement de la santé, car ce financement rime avec imprévisibilité et insuffisance de maîtrise dans l'affectation des ressources par la partie nationale.

Dans le cadre de la mobilisation des ressources pour la prise en compte du volet santé - environnement – changements climatiques, le Plan National d'Adaptation aux changements climatiques du secteur santé (PNA) 2023-2050 a été adopté et les stratégies relatives à la mobilisation des ressources financières santé-environnement y sont développées.

3.2.2.3. En matière de mutualisation et de mécanisme d'achat

La mutualisation et le mécanisme d'achat sont analysés à travers la sécurisation du financement équitable et pérenne en appui à l'ARCH, l'opérationnalisation de la CSU et la réduction de la contribution des ménages.

L'assurance maladie (assurance santé) est l'un des régimes de protection. Le tableau III présente le pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont une assurance maladie (assurance santé) et, parmi ceux-ci, le pourcentage d'assurés par type d'assurance.

Tableau 1 : Couverture assurance maladie

Variables	Pourcentage de femmes/hommes âgés de 15 à 49 ans bénéficiant d'une assurance maladie et, parmi ceux bénéficiant d'une assurance maladie, pourcentage couvert par divers régimes d'assurance maladie	
	Femmes (%)	Hommes (%)
Pourcentage couvert par une Assurance maladie	1,0	1,2
Mutuelle de santé/Assurance maladie communautaire	9,8	8,4
Assurance maladie par l'employeur	54,4	71,5
Sécurité sociale	2,8	5,8
Autres assurance santé commerciales privées	15,2	3,3
ARCH	12,1	14,1

Source : Enquête MICS 2021-2022

Le panier de soins de base applicable dans le cadre de l'assurance maladie a été retenu et est en cours d'expérimentation pour les personnes pauvres extrêmes. La liste des médicaments et dispositifs médicaux remboursables dans le cadre de ce panier de soins est adoptée. Les procédures de ciblage des personnes pauvres devant bénéficier de la couverture de l'assurance ont permis d'identifier 541 748 ménages dans les 77 communes du Bénin. En 2023, le nombre de cartes biométriques distribuées aux bénéficiaires de l'assurance maladie ARCH est de 922 751 (Source : cartographie des réalisations MASM 2016-2023). Dans le souci d'étendre l'assurance maladie à toutes les couches de la population, depuis le 21 juin 2023, il a été défini dans le décret n° 2023-3278, les modalités de mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire au Bénin. A cet effet, le panier de base a été révisé et constitue le paquet minimum de services obligatoires à couvrir pour les personnes résidant en République du Bénin.

⁸ Décret N° 2023-327 du 21 juin 2023 portant modalités de mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire en République du Bénin.

Le financement sécurisé pour l'ARCH est réparti comme suit : Budget National à hauteur de 2,964 milliards de FCFA (0,108 milliard de fonds de préparation et 2,855 milliards pour la phase pilote du volet assurance maladie) et de 113,848 milliards en ressources extérieures.

Il se présente comme suit :

Tableau 2 : Source de financement sécurisé pour l'ARCH ainsi que les montants

Source de financement	Montant (millions FCFA)	Observations
Budget national	2 964	
Crédit Suisse	84 639	Prêt
Banque mondiale	1 249	Don à travers ACCESS
	17 982	WURI (Prêt)
	9 018	WURI (Don)
USAID	350	Don à travers HFG
	540	Don à travers ACS
UNICEF	40	Don

Source : Rapport sur l'état de mise en œuvre du PAG (2016-2021)

Le principal résultat de la mise en œuvre du volet assurance maladie du projet ARCH pour les extrêmes pauvres est la couverture des 77 communes en 2023 soit une couverture nationale de 100%.

Quant à la réduction de la contribution des ménages, des efforts ont été fournis par l'Etat pour garantir un accès gratuit à la césarienne, et assurer : (i) l'accès à la dialyse des patients souffrant d'insuffisance rénale, (ii) la gratuité du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, (iii) les soins à l'étranger au profit des populations béninoises dont l'état de santé exige une évacuation. Ces efforts s'inscrivent dans le souci d'une réduction de la contribution des ménages aux dépenses en santé.

3.2.3. Prestations des services et soins de santé

L'offre de soins et des services de qualité constitue un défi majeur pour la performance du système de santé. A cet effet, des soins adaptés sont offerts dans différents domaines de prestations de services à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le renforcement de la mise en œuvre de l'assurance qualité dans toutes les formations sanitaires, de la prévention, préparation et réponse aux urgences et sécurité sanitaires ainsi que la mise en œuvre de l'assurance maladie permettront de garantir la disponibilité et l'accessibilité aux soins et services adaptés aux besoins des populations.

3.2.3.1. Maladies transmissibles

3.2.3.1.1. Paludisme

Le paludisme constitue la première cause de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans au Bénin. Il est également un facteur d'anémie chez l'enfant et une cause fréquente d'absentéisme scolaire.

Selon les données de l'enquête MIS 2022, la prévalence du paludisme parmi les enfants de 6-59 mois est plus élevée en milieu rural (37,0%) qu'en milieu urbain (24,7%). Elle varie de 33,3% dans le département du Zou à 55,0% dans le département du Couffo.

La proportion d'enfants de 0 à 5 ans (avec fièvre au cours des deux dernières semaines) ayant reçu un traitement de première intention est de 61,8%. Seulement 12,7% des enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre, ont fait l'objet d'un prélèvement de sang au doigt ou au talon pour être testé. On note que le pourcentage des enfants pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement dans une formation sanitaire publique est de 40,3%.

Au regard de l'ampleur du paludisme, le Bénin a adopté et mis en œuvre des stratégies de riposte adaptées aux spécificités des différents faciès épidémiologiques, intégrant le renforcement de méthodes de prévention multiples d'une part et l'amélioration de l'accès précoce et correct au diagnostic et au traitement d'autre part. Comme stratégies majeures de lutte antipaludique, le pays a adopté :

- l'accès universel pour l'utilisation effective des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'action (MIILD) à travers des campagnes de distribution de masse à toute la population, la distribution de routine aux femmes enceintes et aux enfants de moins d'un (1) an respectivement lors des CPN et du PEV de routine, la distribution dans les écoles, tout ceci renforcé par une communication de masse et de proximité au niveau communautaire ;
- la Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID) ;
- le Traitement Préventif Intermittent chez les nourrissons (TPIIn) ;
- la prévention du paludisme chez les femmes enceintes à travers le Traitement Préventif Intermittent à la Sulfadoxine-Pyriméthamine (TPI/SP) ;
- la prévention du paludisme chez les enfants (3 à 59 mois) à travers la Chimio prévention du Paludisme Saisonnier à la Sulfadoxine-Pyriméthamine/Amodiaquine (SPAQ) ;
- l'accès précoce et correct au diagnostic et au traitement des cas de paludisme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire y compris le niveau communautaire ;
- la vaccination contre le paludisme chez les nourrissons.

3.2.3.1.2. Prise en charge de la diarrhée

La diarrhée demeure encore l'une des principales causes de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans au Bénin. La plupart des décès pour cause de diarrhée chez les enfants sont dus à une déshydratation. La prise en charge de la diarrhée par l'administration de sels de réhydratation orale (SRO) ou d'un liquide-maison recommandé peut éviter un grand nombre de ces décès.

Le tableau ci-dessous met en exergue le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont bénéficié d'une prise en charge de la diarrhée. Les enfants de moins de 5 ans ayant reçu un traitement au zinc contre la diarrhée (16,9%) représentaient la plus grande proportion, suivie de celle des enfants à qui on a donné du liquide fait à partir des sachets de SRO (14,8%), puis des

enfants qui ont reçu des SRO et du zinc (10,1%). Ces taux sont faibles en comparaison à ceux relevés en 2017.

Tableau 3 : Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhée ayant reçu du SRO et/ou du zinc

Indicateurs de traitement de la diarrhée	EDS 2017 - 2018 (%)	MICS 2021 - 2022 (%)
Pourcentage d'enfants à qui on a donné des liquides préparés à partir des sachets de SRO	22,2	14,8
Pourcentage d'enfants à qui on a donné du zinc	17	16,9
Pourcentage d'enfants à qui on a donné des SRO et du zinc	10,5	10,1

Sources : EDS 2017 -2018/ MICS 2021 - 2022

3.2.3.1.3. Couverture vaccinale

La vaccination vise à réduire la morbidité et la mortalité infanto juvéniles attribuables aux maladies cibles du PEV. La couverture vaccinale penta 3 s'est améliorée en passant de 47,6% (MICS 2014) à 57% (EDS 2017-2018) et à 67,3% (MICS 2021-2022). Toutefois, la couverture vaccinale complète est de 27,6% (MICS 2021-2022).

Il existe des disparités moindres entre les départements dans la couverture vaccinale des enfants de moins de 5 ans. Les départements qui enregistrent des scores en dessous de la moyenne nationale sont ceux de l'Alibori (56,5%), de l'Atacora (56,1%) et du Borgou (47%). Les disparités se reflètent également sur le bien-être des populations. En effet, selon le rapport MICS 2021-2022, la proportion de populations les plus pauvres enregistrent un taux de couverture faible contrairement aux autres quintiles.

3.2.3.1.4. Infection au SARS-CoV-2

La pandémie de la Covid -19 a impacté négativement la mise en œuvre des activités à tous les niveaux de la pyramide sanitaire au cours des années 2020 et 2021. Les nombres de cas et de décès dus à la Covid -19 enregistrés par le Bénin à la date du 2 janvier 2022 sont de 25 522 cas et 161 décès (Rapport Covid-19, 2022).

3.2.3.1.5. Infection au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH)

Au Bénin, l'épidémie de VIH est mixte⁹. La prévalence chez les adultes dans la population générale était estimée à 0,8% en 2022¹⁰. La prévalence est concentrée au sein des groupes spécifiques. Elle était de 7,2% chez les professionnels du sexe, 1,8% chez les personnes privées de liberté (PPL) (ESDG 2021), 8,1% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, 2,1% chez les personnes utilisatrices de drogues injectables (ESDG 2022) et 21,9% chez les transgenres (ESDG 2020).

En 2022, on estime que 1 438 personnes seraient nouvellement infectées par le VIH au Bénin, 1 785 personnes seraient décédées de causes liées au VIH dont 608 (34%) seraient des enfants.

⁹ Traduit une prévalence élevée dans les groupes spécifiques (transgenre, TS, HSH, PPL, UDI)

¹⁰ Spectrum 2022

La population des PV/VIH est estimée à 71 718 dont 7 988 enfants. On estimait également que 85% des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut ; que 96% des personnes qui connaissaient leur statut étaient sous traitement et que 82% des personnes suivant un traitement avaient une charge virale indétectable.

La performance du Bénin sur le premier des indicateurs 95-95-95¹¹ est légèrement meilleure que la moyenne des pays d'Afrique de l'Ouest et Centrale ; elle est légèrement moins bonne s'agissant du troisième indicateur.

3.2.3.1.6. Tuberculose

La Tuberculose¹² demeure un problème majeur de santé publique au Bénin affectant surtout les couches les plus défavorisées de la population. Pour son contrôle, le Programme National contre la Tuberculose (PNT) a mis un accent particulier sur :

- le dépistage avec l'utilisation intensive du test GeneXpert MTB/RIF ;
- la formation et le suivi du personnel médical sur la radiographie du thorax et ;
- l'amélioration de l'accès aux services antituberculeux par la création de nouveaux centres de dépistage et de traitement de la tuberculose (CDT). Ainsi, le Bénin dispose de 94 CDT répartis dans toutes les communes à fin 2023.

Le renforcement des capacités du laboratoire de référence supranational pour la tuberculose mis en place à Cotonou, lui permet désormais de jouer pleinement son rôle d'appui aux autres laboratoires nationaux de référence de la sous-région, tout en poursuivant le renforcement du réseau national. Le tableau ci-dessous montre l'évolution de quelques indicateurs de la tuberculose de 2018 à 2023.

Tableau 4 : Evolution de quelques indicateurs de la tuberculose de 2018- 2023

Indicateurs	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Cas présumés	33 380	37 148	28 944	35 307	33 928	35 876
Cas notifiés	4 096	4 374	4 002	3 764	4 187	4 351
Cas incidents	4 003 (98%)	4 266 (98%)	3 908 (98%)	3 711 (99%)	4 111 (98%)	4 261
Proportion de patients tuberculeux testés pour le VIH (%)	98	97	99	98	96	96
Séroprévalence du VIH chez les tuberculeux (%)	14	16	14	14	14	12
Patients multi résistants ou résistants à la Rifampicine	24	25	24	29	29	44

Source : Rapport 2023 PNT, MS-Bénin

¹¹ Objectifs de la triple élimination à l'échéance 2030.

¹² Programme National contre la Tuberculose du Bénin, Rapport annuel 2018, 2019, 2020, 2021 et 2022.

Tableau 5 : Couverture thérapeutique de la tuberculose (en %)

Indicateurs Années	Taux de succès thérapeutique	Taux d'échec	Taux de perdu de vue	Taux de non évalué	Taux de décès
2018	87	3	2	1	7
2019	87	3	2	1	7
2020	89	2	2	1	6
2021	90	2	2	1	6
2022	91	2	2	1	4

Source : PNT 2023, MS-Bénin

Tableau 6 : Proportion de patients co-infectés TB/VIH (en %)

Année	Indicateur	Proportions patients Co infectés TB/VIH sous (ARV)	Proportions patients Co infectés TB/VIH sous (CTM)
2017		96	98
2018		99	98
2019		99	96
2020		99	97
2021		99	98
2022		98	99

Source : PNT 2023, MS-Bénin

3.2.3.1.7. Hépatites

La prévention, la prise en charge et le contrôle des hépatites B et C en République du Bénin sont organisés par une loi¹³. Les hépatites virales sont considérées comme des maladies prioritaires. Depuis 2017, le Bénin s'est résolument engagé à éliminer les hépatites virales, ces « tueuses silencieuses » à l'horizon 2030. Le dépistage de l'hépatite B et la vaccination des personnes à risque constituent la clé de la riposte notamment au profit du personnel de santé et des femmes enceintes.

Depuis octobre 2020, le Bénin a introduit le vaccin contre l'hépatite B dans le Programme Elargi de vaccination (PEV) afin de rompre la chaîne de transmission.

- L'enquête nationale de séro-surveillance de l'infection à VIH de 2021 a pris en compte l'hépatite B. Ainsi, la prévalence de l'hépatite B chez les femmes enceintes en 2021 est estimée à 7,09%. Les départements les plus touchés sont : l'Alibori, la Donga, le Borgou, l'Atacora, les Collines et le Plateau avec respectivement 12,09% ; 10,5% ; 9,20% ; 8,30% ; 8,07% et 8,01% comme prévalence.
- Selon l'Agence Nationale de la Transfusion Sanguine (ANTS), chez les donneurs de sang, la proportion de poches de sang positives au Virus de l'Hépatite B (VHB) varie de 7,56% à 5,98% de 2017 à 2021. En ce qui concerne le Virus de l'Hépatite C (VHC), elle varie de 2,63% à 1,25% sur la même période.

¹³ Loi N° 2017.28 du 1 décembre 2017 portant prévention, prise en charge, contrôle des hépatites B et C République du Bénin.

- En 2022, le PNLH a dépisté pour les hépatites B et C, 15 310 agents de santé sur 20 892 soit 73,28%.
- La prévalence de l'hépatite B chez le personnel de santé est de 7% au niveau national. Les départements les plus touchés sont : Alibori (13,16%) ; Borgou (10,77%) ; Donga (9,86%) ; Collines (9,47%) et Atacora (9,40%).
- Pour l'hépatite C, la prévalence au niveau national est de 0,97%, chez les agents de santé, avec une variation importante dans les départements : Atacora (3,26%) et Donga (2,17%).
- En 2023, en marge de la journée mondiale des hépatites, un dépistage a été effectué au sein de la population générale. Sur 7 597 dépistés, 867 sujets étaient dépistés réactifs au VHB ; soit une prévalence de 11,4%.
- Les estimations de l'OMS (2021) indiquent 9,3% pour l'hépatite B et 1,3% pour l'hépatite C.

3.2.3.2. Maladies Tropicales Négligées (MTN)

Les Maladies Tropicales Négligées sont des groupes de pathologies le plus souvent parasitaires, sévissant au sein des populations pauvres et défavorisées, y entretenant un cycle de pauvreté et de misère. Deux programmes sont consacrés à la lutte contre les MTN : le Programme National de Lutte contre les Maladies Transmissibles (PNLMT) et le Programme National de Lutte contre la Lèpre et l'Ulcère de Buruli (PNLLUB).

Elles occasionnent des handicaps avec des conséquences sociales, physiques et psychologiques graves, compromettant longuement la capacité de production des populations dans les zones identifiées endémiques.

Ce sont des pathologies ayant bénéficié de très peu d'attention des scientifiques, des Etats et de la communauté internationale jusqu'à une date récente.

L'OMS a identifié plus d'une vingtaine de Maladies Tropicales Négligées (MTN) endémiques dans 149 pays.

On distingue deux catégories de MTN, à savoir : les MTN à Chimiothérapie Préventive et les MTN à Prise en charge des Cas.

Parmi les Maladies Tropicales Négligées à Chimiothérapie Préventive de la région OMS Afrique, celles sur lesquelles portent les interventions actuelles au Bénin sont :

- l'onchocercose, (endémique dans 51 communes) ;
- la filariose lymphatique (endémique dans 48 communes), dont le traitement est arrêté depuis 2020 et le dossier d'élimination d'ici 2026 en préparation ;
- les schistosomias (endémique dans 76 communes) ;
- les géo helminthiases (endémiques dans 77 communes).

La trypanosomiase humaine africaine (THA) et le trachome ont été éliminés respectivement en 2021 et 2023. En ce qui concerne le ver de Guinée, il a été éradiqué en 2009. Cependant, les activités post élimination et post éradication continuent.

D'autres maladies tropicales négligées telles que les envenimations par morsure de serpent, le noma, la gale, etc. feront l'objet d'attention au cours des prochaines années.

La digitalisation de la campagne du Traitement de Masse (TDM) contre l'onchocercose est une réalité au Bénin. L'intégration de la formation sur la prise en charge des morbidités et incapacités liées à la filariose lymphatique et au trachome dans les curricula de formation des écoles des infirmiers/infirmières d'Etat et Médecins du Bénin est effective. Il existe une interopérabilité entre le DHIS2 et les autres plateformes de collecte de données des Maladies Tropicales Négligées. La communication est un volet important utilisé dans la lutte contre les MTN. Elle est multisectorielle impliquant d'autres ministères comme ceux en charge de l'enseignement maternel, primaire et secondaire, du cadre de vie ainsi que celui des affaires sociales.

Concernant les MTN à prise en charge de cas, les dépistages organisés entre 2018 et 2022 ont permis de prendre en charge 498 nouveaux cas de lèpre (dont 162 porteurs d'infirmité de degré 2) et 1 000 nouveaux cas d'ulcère de Buruli (dont 649 portant une forme grave, de catégorie 3).

Dans la même période (2018-2022), la veille sanitaire mise en place avec l'appui d'ANESVAD et de la Fondation Raoul Follereau a porté des fruits et permet de confirmer le retour du pian au Bénin avec 20 nouveaux cas dans la commune de Zê, ainsi qu'une résurgence des plaintes pour gale (scabiose) lors des consultations dermatologiques itinérantes organisées dans quelques localités (386 en 2019 et 450 en 2020).

Alors que l'accès au traitement de l'ulcère de Buruli, de la lèpre et du pian est assuré par la mise à disposition des médicaments spécifiques via l'OMS, la prise en charge médicamenteuse de la scabiose reste encore à la charge des populations affectées.

3.2.3.3. Maladies Non Transmissibles (MNT)

Les interventions contre les MNT ciblent une cinquantaine de maladies dont principalement les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les cancers, les maladies respiratoires chroniques, la santé mentale, la drépanocytose ainsi que leurs principaux facteurs de risque communs et leurs complications. Le plan intégré de lutte contre les MNT 2019-2023 propose une réponse nationale suivant une approche globale intégrée, multisectorielle, promotionnelle, préventive et curative couvrant tous les niveaux de la pyramide sanitaire ainsi que le niveau communautaire. Grâce à la mise en œuvre de l'approche WHOPEN¹¹, la prise en charge des MNT non compliquées (HTA, diabète, dépressions, asthme, arthroses, etc.) devient progressivement une réalité dans les formations sanitaires périphériques. Cependant les complications sont encore assez fréquentes en raison de la non-connaissance de leur statut par la plupart des cas (2/3 des HTA et 97% des diabétiques). Par ailleurs, les particularités de lutte contre les MNT chez les enfants bénéficient de trop peu d'attention et donc d'un faible financement.

3.2.3.3.1. Maladies cardio-vasculaires

La prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) était de 25,9% en 2015 chez les adultes de 18 à 65 ans selon l'enquête STEPS 2015. Les représentations sociales des maladies dans notre pays ne favorisent pas le suivi des malades hypertendus asymptomatiques. L'HTA est souvent découverte lors de la survenue des complications telles que les AVC, l'insuffisance rénale, l'infarctus du myocarde, etc. Ces dernières complications connaissent une fréquence de plus en plus élevée dans notre pays chez des sujets de plus en plus jeunes, suggérant le renforcement de la prévention surtout au niveau communautaire ainsi que dans les soins de santé primaires.

3.2.3.3.2. Cancers

Selon les estimations mondiales sur les cancers (Globocan 2022), le nombre de cas de cancers au Bénin a été estimé à 14 999, parmi lesquels 7 496 nouveaux cas (3 468 hommes et 4 028 femmes). Au cours de la même année, le Bénin a enregistré un total de 5 069 décès dus aux cancers (2 470 hommes et 2 599 femmes). Les cinq cancers les plus fréquents étaient le cancer du sein (17,7%), le cancer de la prostate (14,0%), le cancer du col de l'utérus (9,4%), le cancer du foie (8,3%) et le cancer colorectal (6,6%). Les principaux cancers chez l'homme sont ceux de la prostate, du foie et le cancer colorectal. Chez la femme, les cancers gynécologiques et mammaires représentent plus de la moitié des cas (54,2%).

La surveillance des cancers est assurée grâce aux registres des cancers de Cotonou (depuis 2014) et de Parakou (depuis 2018). La plupart des cancers sont découverts à un stade tardif impliquant une prise en charge lourde et onéreuse, et une mortalité très élevée.

Afin de prendre en charge efficacement les cas de cancer, le Bénin a élaboré en 2023 le plan national de lutte contre les cancers 2024-2028.

3.2.3.3.3. Diabète

La prévalence de l'hyperglycémie à jeun selon l'Enquête STEPS en 2008, était estimée à 2,9%. En 2015 elle est passée à 12,4% soit 4,3 fois plus élevée en 7 ans avec des disparités importantes selon les départements.

3.2.3.3.4. Maladies respiratoires chroniques : asthme et bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO)

La prévalence de l'asthme se situait autour de 7% chez les enfants de 10 à 14 ans en milieu scolaire à Cotonou. Une étude préliminaire de l'impact de la fumée de biomasse chez les femmes exposées a rapporté une prévalence de la bronchite chronique à 10% et celle de la BPCO à 3,2% (STEPS, 2015).

3.2.3.3.5. Autres Maladies Non Transmissibles

Les autres Maladies Non Transmissibles les plus fréquentes sont les Affections bucco dentaires, la Cécité et les déficiences visuelles, les affections neurologiques (épilepsie), les traumatismes et violences, la drépanocytose, les troubles mentaux et celles liées au vieillissement de la population.

a) Cécité

La prévalence de la cécité est estimée à environ 4% dans notre sous-région et touche particulièrement les adultes de cinquante ans et plus. Grâce à diverses initiatives soutenues par les partenaires tels que la Fondation Claudine TALON, Christian Blind Mission (CBM), Lions Club, etc. les populations du Bénin bénéficient de campagnes de dépistage et de prise en charge de la cataracte. Entre 2021-2023 environ 5 000 personnes ont été opérées gratuitement.

b) Affections bucco-dentaires

La carie dentaire, l'affection bucco-dentaire la plus courante, touche 60 à 90% des enfants scolarisés dans le monde et près de 100% des adultes. Les enfants sont plus vulnérables avec pour corollaire l'absentéisme scolaire. L'enquête sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles au Bénin en 2015 (enquête STEPS 2015) a montré que plus de 15,5% des adultes ont eu une douleur ou un inconfort des dents ou de la bouche dans leur existence. Cette importance des affections bucco-dentaires est en grande partie due à la mauvaise hygiène dentaire car, 48,1% des béninois se brossent au moins deux fois par jour tel que recommandé avec une technique de brossage des dents mal maîtrisée.

Les besoins en soins bucco-dentaires des populations sont élevés alors que l'accès est limité. En 2023, plusieurs départements n'avaient ni chirurgiens-dentistes, ni structures de soins bucco-dentaires.

Pour pallier ce déficit, le Ministère de la Santé organise chaque année des tournées foraines de soins bucco-dentaires qui permettent de soigner environ 2 000 personnes sur 5 ans.

c) Drépanocytose

La drépanocytose est la maladie génétique la plus répandue au Bénin. La prévalence du trait drépanocytaire S est estimée entre 16 et 25% et celle de l'hémoglobine C à 10%. Environ 5% de la population présente une des formes majeures de la drépanocytose (SS, S β Thal et SC).

Le principal centre de prise en charge de la drépanocytose au Bénin est le CNHU-HKM. A la Clinique Universitaire des Maladies du Sang (CUMAS) du CNHU-HKM, la drépanocytose représentait 60% des hospitalisations en 2023. Comparée aux données antérieures, la mortalité liée à la drépanocytose est en baisse. Rapportés au nombre total de patients hospitalisés (n = 3 912) et spécifiquement au nombre de patients drépanocytaires (n = 2 126), les taux de mortalité globale liés à la drépanocytose étaient respectivement de 4,4% et 2,4% en 2022. La part de mortalité pour les patients drépanocytaires homozygotes SS était de 3,7% tandis que celle des patients drépanocytaires hétérozygotes composites SC était de 0,7% [CUMAS 2023]. Aux urgences de pédiatrie du CNHU-HKM, 13 enfants sur 16 présentant un AVC sont drépanocytaires de forme SS et 5,1% des enfants de moins de cinq (05) ans admis en 2019, sont atteints de drépanocytose. Ainsi, certaines complications, notamment hématologiques, rénales et ophtalmiques surviennent précocement chez les patients atteints de drépanocytose.

Le nombre de nouveaux cas inclus régulièrement, de même que le nombre de patients suivis en hôpital de jour sont passés respectivement de 145 et 1 340 en 2020 à 326 et 7 976 patients en 2023 entraînant une inadéquation des infrastructures, du personnel et du plateau technique avec les besoins des malades. Ceux qui nécessitent une surveillance continue sont hospitalisés dans

le service de pédiatrie du CNHU-HKM avec une insuffisance dans la continuité des soins offerts par le personnel qualifié.

Les principaux défis liés à la prise en charge de la drépanocytose sont entre autres la définition des référentiels de prise en charge à tous les niveaux, l'amélioration de la capacité d'accueil et des offres de soins dans les services de lutte contre la drépanocytose ainsi que l'amélioration de la prévention et de la surveillance.

d) Santé mentale

La santé mentale est devenue une préoccupation majeure, ce qui en justifie le choix parmi les 5 principales maladies non transmissibles selon l'OMS.

La remontée et l'analyse des données de santé mentale ne sont pas encore une réalité dans le système de santé. Les données holistiques fiables sur la part de morbidité liée à la santé mentale ne sont pas disponibles. Cependant, les publications disponibles montrent que les affections mentales les plus fréquentes lors des enquêtes en communauté sont les troubles cognitifs (10,4%), la démence (2,6%), les Épisodes Dépressifs Majeurs (EDM) actuels (32,34%), les EDM passés (11,61%), la phobie sociale actuelle (14,26%), les troubles obsessionnels compulsifs actuels (20,73%), l'anxiété généralisée (9,62%), le syndrome psychotique vie entière (30,18%), troubles de la personnalité antisociale (5,47%), la dépendance alcoolique (3,98%), la dépendance aux drogues (1,33%).

L'offre des services de santé mentale est très faiblement disponible (4%) dans les formations sanitaires selon l'enquête HHFA 2022. Les services pour les troubles neurologiques, la gestion de l'épilepsie, les services pour les troubles mentaux (dépression, psychoses, troubles bipolaires et état de stress post-traumatique), la gestion de la dépression et des psychoses sont faiblement disponibles (3%). Il existe cependant un réseau de centres organisé par l'ONG Saint Camille qui tend à couvrir l'ensemble du territoire pour offrir des soins de santé primaires en santé mentale et dont l'expérience doit être capitalisée pour améliorer le dispositif national. La mise en œuvre et la généralisation du paquet MHGap de l'OMS serait une solution pour avancer vers la couverture universelle en santé mentale.

3.2.3.4. Qualité des soins

Elle consiste au renforcement de la mise en œuvre de l'Assurance Qualité (AQ) dans toutes les formations sanitaires.

La démarche qualité prend en compte la sécurité des patients, l'accréditation des praticiens et la certification des établissements de santé. A cet effet, plusieurs guides de bonnes pratiques de soins capitalisées et documentées par l'OMS sont disponibles. En plus, les approches de qualité expérimentées avec succès au Bénin et dans d'autres pays doivent être adoptées et mises à l'échelle. Les approches d'accréditations et les certifications des soins sont des pistes à explorer pour garantir des soins de qualité aux patients à condition d'en assurer une adaptation à notre contexte socioculturel. La mise en place de l'Autorité de Régulation du secteur de la Santé (ARS) est une réalité depuis septembre 2022. Cette autorité veille à une offre de soins de santé de qualité sur toute l'étendue du territoire national et gère les processus de sécurité des patients,

d'accréditation des praticiens médicaux, paramédicaux et de certification des établissements sanitaires. L'ARS a rendu disponible le manuel du dispositif pour la sécurité des patients.

3.2.3.5. Renforcement de la préparation aux urgences et sécurité sanitaires

La capacité du système de santé à assurer une riposte prompt face aux crises, catastrophes et urgences sanitaires est à améliorer. La riposte face aux épidémies de fièvres hémorragiques (LASSA, EBOLA) en est une preuve. En effet, à l'instar des autres pays de l'Afrique au sud du Sahara, le Bénin a été régulièrement confronté aux épidémies de fièvres hémorragiques à virus Lassa et Ebola. D'après les expériences capitalisées localement de 2014 à 2017, trois (03) épidémies de fièvre hémorragique à Virus Lassa (FHVVL) et également trois (03) autres épidémies de choléra ont affecté le pays. La riposte à ces crises sanitaires a nécessité un renforcement de capacités du système de santé qui s'est poursuivi avec l'avènement de la Covid-19.

Au nombre des dispositions prises par le Bénin pour contenir ces situations de crises sanitaires, on peut citer : la création des Centres de Traitement des Epidémies (CTE) dans certains départements du pays, le renforcement du mécanisme de dépistage à travers l'équipement en matériel de pointe des laboratoires dédiés ainsi que l'acquisition et la mise en exploitation des ambulances médicalisées.

Quant à la fonctionnalité des instances de coordination de la lutte contre les crises et urgences sanitaires, la crise majeure de la pandémie à la Covid-19, gérée au cours de la période du PNDS 2018-2022, est l'élément qui a permis d'éprouver le dispositif pour une meilleure coordination des interventions dans le cadre de la riposte. Au cours de la pandémie de la Covid-19, un Comité National de Crises et Urgences Sanitaires a été mis en place par arrêté¹⁴.

Toutes ces situations d'urgence ont permis le renforcement de la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International (RSI) 2005. En outre, l'auto-évaluation nationale de ce règlement réalisée en 2020 au titre de l'année 2019, a montré quatre progressions significatives concernant :

- la mise en place d'un système de sécurité et de sûreté biologique des laboratoires ;
- la mobilisation des ressources en urgence ;
- la gestion des opérations de riposte aux situations d'urgence sanitaire et ;
- la capacité de prise en charge des cas liés aux risques couverts par le RSI.

Par contre, quatre capacités ont régressé. Il s'agit de :

1. l'accès aux capacités d'analyse des laboratoires pour les maladies prioritaires ;
2. la fonction d'alerte rapide : surveillance fondée sur les indicateurs et surveillance des événements ;
3. le mécanisme de planification de la préparation et de la riposte face aux situations d'urgence ;

¹⁴ Arrêté n°2020-039/MS/DC/SGM/DAF/DNSP /CJ/SA/033SGG20 du 29 avril 2020

4. la capacité de communication sur les risques relatifs aux situations d'urgence.

Par ailleurs, le contexte humanitaire de la région est marqué par des nombreux conflits armés souvent complexes entraînant des déplacements massifs des populations (déplacés internes et réfugiés) et une limitation de l'accès aux services de santé à la base d'une morbidité et d'une mortalité importantes.

3.2.3.6. Soins palliatifs

Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés (OMS 2002). En application de la résolution WHA 67.19 de l'Assemblée Mondiale de la Santé de 2014, le Bénin a mis en place le 12 Septembre 2018, le Programme National des Soins Palliatifs (PNSP) qui a pour mission d'améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille.

Pour ce faire, le PNSP œuvre à créer un espace modèle qui vise l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie grave potentiellement mortelle. Ce programme s'est doté en janvier 2022 d'un plan quinquennal. Les soins palliatifs sont explicitement reconnus au titre des droits de l'homme. La disponibilité des soins palliatifs est limitée dans de nombreux pays du monde. Dans un rapport récent, l'OMS a estimé que les soins palliatifs étaient inexistants dans 75 pays et qu'en 2020, 86% des personnes qui ont besoin de soins palliatifs n'en bénéficient pas, 83% de la population mondiale n'a pas accès au contrôle de la douleur et 98% des enfants ayant besoin de soins palliatifs vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.

Au Bénin, le nombre moyen de personnes ayant besoin de soins palliatifs a été estimé à 62 531¹⁵ chaque année et la plupart des patients admis en soins palliatifs sont des femmes (61,5%) et 70% appartiennent aux classes sociales défavorisées. En Afrique au Sud du Sahara et particulièrement au Bénin, les cancers constituent le premier motif de recours aux soins palliatifs et représentent 89,2%¹⁶. La majorité des adultes qui ont besoin de soins palliatifs ont des affections chroniques telles que les maladies cardiovasculaires (38,5%), les cancers (34%), les maladies respiratoires chroniques (10,3%), le sida (5,7%) et le diabète (4,6%).

En ce qui concerne les soins palliatifs pédiatriques, il n'existe pas de données évaluant globalement les besoins au Bénin. Cependant, les principaux motifs de recours aux soins palliatifs en pédiatrie dans les unités de soins palliatifs installées sont essentiellement les maladies chroniques dominées par les cancers. Un rapport de l'unité d'oncologie pédiatrique du CHD-OP a enregistré 34 cas de soins palliatifs sur une période de 1 an (1^{er} juin 2022 au 31 mai 2023). Les principales indications du traitement palliatif étaient le stade avancé du cancer (64,7%) et l'absence de possibilité thérapeutique (32,3%). Les principaux cancers retrouvés

¹⁵ K. A. AGBODANDE et al, profil socio-économique, clinique et évolutif des patients suivis dans les unités de soins palliatifs du Bénin en 2022

¹⁶ K. A. AGBODANDE et al, profil socio-économique, clinique et évolutif des patients suivis dans les unités de soins palliatifs du Bénin en 2022

étaient le rétinoblastome (26,4%), l'ostéosarcome (17,6%), le rhabdomyosarcome (11,7%) et le néphroblastome (11,7%).

En dehors de l'oncologie pédiatrique, les besoins de soins palliatifs ont été observés en salle d'accouchement. Un état des lieux des besoins de soins palliatifs en salle de naissance au CNHU-HKM et au CHD-Zou évalués sur une période de 1 mois, du 15 août au 15 septembre 2023, a fait état de 11 situations de soins palliatifs. Il s'agit de 04 cas de prématurité, 03 cas de malformations congénitales, 02 cas d'encéphalopathie-anoxo-ischémiques et 02 cas d'avortements tardifs. L'ensemble des soignants confrontés à ces situations ont éprouvé le besoin de formation pour une meilleure gestion de ces cas faisant évoquer l'intérêt de la mise en place des SONU pour les soins palliatifs.

Tableau 7 : Evolution des indicateurs du PNSP de 2021 à 2023

N°	Indicateurs de performance	2021		2022		2023		Unité de soins palliatifs
		Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	
1	Nombre de malades pris en charge dans les unités de soins palliatifs	240	358	240	331	1 200	1 612	USP CNHU-HKM, Comè, Abomey, Parakou
2	Nombre de malades suivi au domicile ou en communauté	96	62	384	283	384	313	
3	Nombre de flacons de morphine produits	2 000	ND	2000	250	2 000	667	
4	Nombre de personnes (professionnels et bénévoles) ayant bénéficié de formation certifiante en soins palliatifs	ND	ND	ND	ND	100	40	
5	Nombre agents qualifiés diplômés en soins palliatifs	-	-	-	-	100	16	
6	Proportion de cas ayant bénéficié d'une intervention sociale (%)	50	ND	50	37,5	50	48,38	
7	Proportion d'hôpitaux offrant des services de soins palliatifs selon les normes (%)	100	33	100	44	100	44	
8	Couverture géographique en USP fonctionnelles	12	4	12	5	12	5	

Source : RAE PNSP, 2023

3.2.3.7. Soins chirurgicaux d'urgence, essentiels et anesthésie

Selon l'OMS, les soins chirurgicaux d'urgence, les soins chirurgicaux essentiels et l'anesthésie sont des compléments utiles pour réduire la charge mondiale de morbidité (WHA68/2015/REC/1). Bien qu'efficaces et d'un bon rapport coût/efficacité de l'ensemble des services de santé fondamentaux, ils sont encore largement délaissés par les politiques de santé. Or, le développement des capacités en matière de soins chirurgicaux d'urgence, de soins chirurgicaux essentiels et d'anesthésie, en particulier dans les hôpitaux de premier recours, est une solution efficace et peu coûteuse pour l'atteinte de la couverture sanitaire universelle.

Ayant examiné le rapport intitulé « Développer les soins chirurgicaux d'urgence, les soins chirurgicaux essentiels et l'anesthésie en tant que composantes de la couverture sanitaire universelle », la soixante-huitième Assemblée mondiale de la Santé a, entre autres, invité les États membres :

- à définir et à considérer comme prioritaire un ensemble de base de services chirurgicaux d'urgence, de services chirurgicaux essentiels et de services d'anesthésie au niveau des soins de santé primaires et des hôpitaux de premier recours,
- à mettre au point des méthodes et des systèmes de financement pour que tous ceux qui en ont besoin aient accès à des soins chirurgicaux d'urgence, des soins chirurgicaux essentiels et des services d'anesthésie de qualité, sûrs, efficaces et d'un coût abordable, y compris en favorisant l'orientation-recours en temps voulu et une utilisation plus efficace du personnel de santé moyennant le partage des tâches, le cas échéant, dans le cadre d'un réseau intégré de soins chirurgicaux afin de parvenir à la couverture sanitaire universelle,
- à veiller à ce que les compétences essentielles fassent partie des programmes d'études médicales, de la formation pratique et théorique des étudiants dans les diverses disciplines concernées (professions médicales, personnel infirmier, sages-femmes et autres dispensateurs de soins chirurgicaux) ainsi que de la formation continue des professions amenées à fournir des soins chirurgicaux et des services d'anesthésie.

En application de cette résolution WHA 68.15 de l'Assemblée Mondiale de la Santé de 2015, et avec l'appui de l'OMS et d'autres partenaires, un groupe de travail a élaboré pour le compte du Bénin, un document intitulé « Plan National de Chirurgie, d'Obstétrique et d'Anesthésie de Base » (PNCOAB 2021-2025). Lors de l'état des lieux du système chirurgical au Bénin, ce groupe a observé un engouement des populations béninoises pour les campagnes chirurgicales périodiques entreprises par des organisations caritatives, révélant ainsi les besoins non satisfaits en soins chirurgicaux.

En 2015, 40 187 patients ont été opérés dans les hôpitaux publics et confessionnels au Bénin. Les pathologies chirurgicales étaient prises en charge en urgence dans 57% des cas. Les indications de césarienne représentaient l'urgence la plus fréquente (33%). Venaient ensuite les traumatismes par accidents de la voie publique suivis par les cas d'appendicites et de péritonites.

En dehors du département du Littoral, l'accès géographique aux hôpitaux de zone et centres de santé à compétence chirurgicale était un problème du fait du mauvais état du réseau routier secondaire et de la rareté des moyens de transport appropriés reliant les différentes localités.

Outre la subvention de l'Etat qui prend en charge une partie des coûts de la césarienne, le paiement des autres interventions chirurgicales était supporté par les clients dont seulement 6,6% bénéficiaient d'une assurance maladie. Ces bénéficiaires d'assurance maladie étaient en presque totalité des citoyens du secteur formel.

En outre, le déficit en communication autour des soins chirurgicaux peut être source d'inquiétude au sein de la population qui y a donc recours tardivement.

Les actions pour l'atteinte de l'objectif : "Faire en sorte que chacun bénéficie d'une assurance-santé comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité", renforceront l'accès par les populations aux soins chirurgicaux.

3.2.3.8. Réadaptation

Élément essentiel de la couverture sanitaire universelle, au même titre que la promotion de la santé, la prévention, les soins thérapeutiques et palliatifs, la réadaptation est définie comme « un ensemble d'interventions conçues pour optimiser le fonctionnement et réduire le handicap

des personnes souffrant de problèmes de santé en interaction avec leur environnement ». Elle aide un enfant, un adulte ou une personne âgée à être aussi indépendant que possible dans les activités quotidiennes.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, on estime que 2,4 milliards de personnes vivent actuellement dans le monde avec un problème de santé pour lequel la réadaptation peut être bénéfique. Environ 15,6% de la population dans la région africaine vit avec des difficultés fonctionnelles et ce chiffre est appelé à doubler d'ici à 2050.

Au Bénin, la prévalence des maladies non transmissibles et des maladies tropicales négligées est élevée. Il en est de même de l'incidence des traumatismes. Ces facteurs associés au faible taux d'accessibilité aux technologies d'assistance (seulement 10% des besoins satisfaits) augmentent les besoins non couverts en soins de réadaptation. La plupart des services de réadaptation existants ne sont pas aux normes et les ressources humaines insuffisantes (10 professionnels qualifiés pour environ 1 million d'habitants). Face à cette situation, le Ministère de la santé s'est doté d'un plan quinquennal de réadaptation (2023-2027) pour combler les besoins en réadaptation exprimés par les populations.

3.2.3.9. Médecine traditionnelle

Le recours à la médecine traditionnelle en première intention face à des problèmes de santé est une réalité au Bénin. Selon l'OMS, plus de 80% de la population en situation de maladie demandent d'abord l'aide de Praticien de la Médecine Traditionnelle (PMT). Le sous-secteur de la médecine traditionnelle et naturelle est constitué de plus de 10 000 PMT sur toute l'étendue du territoire national. Ceux-ci adressent la plupart des maladies des plus simples au plus compliquées avec succès ou non.

En 2023, il existe au Bénin plus d'une quarantaine de produits à base de plantes qui ont obtenu l'autorisation de mise sur le marché et sont en vente dans les pharmacies.

Il existe une collaboration timide entre la médecine traditionnelle et naturelle et la médecine conventionnelle. Dans certains Centres de Santé, les deux médecines cohabitent (centre médical privé "Sègnon" et HZ Tanguiéta). De façon informelle face à des cas et leurs complications, les références se font dans les deux sens.

Comme défis, il s'agit de la mise en place effective de l'ordre des PMT, la mise en place d'un cadre institutionnel formel de collaboration entre les deux ordres de médecines, le renforcement des capacités des PMT sur plusieurs thématiques (les bonnes pratiques de fabrication, de récolte, le référencement, etc.) et surtout l'introduction sur la liste des médicaments essentiels des médicaments à base de plantes qui ont obtenu leur Autorisation de Mise sur le Marché (AMM).

3.2.4. Infrastructures, équipements, maintenance et produits de santé

3.2.4.1. Disponibilité des infrastructures adaptées

Le taux de couverture en infrastructures sanitaires s'est amélioré et est resté constant à 96% (couverture des arrondissements en centre de santé) depuis 2018.

14 Annuaire des Statistiques Sanitaires 2022

Tableau 8 : Répartition des infrastructures sanitaires par département

Départements /Zones Sanitaires	Hôpitaux nationaux	CHD/ CHUD	HZ/ CHUZ/CHU	Autres hôpitaux	Centre de Santé (Disp+Mat)	Dispensaire seul	Maternité seule	FS Confessionnelle	Officines	Dépôt privé	Observations
Alibori	0	0	3	1	95	0	0	0	5	4	
Atacora	0	1	3	1	66	17	3	11	3	1	
Atlantique	0	0	3	3	84	5	2	4	59	6	
Borgou	1	1	4	2	108	0	0	2	19	6	
Collines	0	0	3	0	58	4	49	34	12	21	Il faut noter qu'il y a le Centre Hospitalier International de Calavi (CHIC) est en cours de finalisation
Couffo	0	0	2	1	49	2	10	1	5	0	
Donga	0	1	2	0	68	1	0	1	3	3	
Littoral	3	0	2	3	19	0	0	3	100	0	
Mono	0	1	2	0	47	4	11	0	7	4	
Ouémé	1	1	1	1	82	0	0	0	49	0	
Plateau	0	0	2	1	60	0	0	0	5	0	
Zou	0	1	2	1	79	0	4	2	15	5	
Bénin	5	6	29	14	815	33	79	58	282	50	

Source : Annuaire des Statistiques Sanitaire 2022

Le Gouvernement s'investit également dans la réalisation des études architecturales, techniques et d'impact environnemental et social des constructions d'infrastructures sanitaires. Il s'agit entre autres des :

- études architecturales et techniques des projets de construction et d'équipement de l'Hôpital de Zone Akpro Missérété-Adjarra-Avrankou (3A), de l'extension de l'Hôpital de Zone d'Allada-Toffo-Zè (ATZ) et de l'Hôpital de Référence de Ouidah ;
- études architecturales et techniques des projets de construction et d'équipement des Hôpitaux de Zone d'Adjohoun-Bonou-Dangbo (ABD) et de Zogbodomey-Bohicon-Zakpota (ZOBOZA) ;
- études techniques et architecturales pour la construction et l'équipement d'un centre national hospitalier et universitaire de psychiatrie à Allada ;

14 Annuaire des Statistiques Sanitaires 2022

- études techniques et architecturales pour la construction et l'équipement d'un CHU Général, d'un CHU mère-enfant à Togbin et de la maison de santé à Cotonou ;
- études techniques et architecturales pour la construction de 7 hôpitaux de 65 lits (Pobè, Kétou, Savalou, Dassa, Lokossa, Ouidah, Cotonou 2 & 3) ;
- études techniques et architecturales pour la reconstruction de 2 hôpitaux (CHD Natitingou, CHD Donga) ;
- études techniques et architecturales pour la réhabilitation des hôpitaux (CHUD Borgou, CHUD Ouémé, CHUZ Abomey Calavi, CHU MEL et CNHU-HKM) ;
- études techniques pour la construction d'environ 100 centres de santé ;
- études techniques et architecturales pour l'extension de l'hôpital de zone d'Allada-Toffo-Zè en vue de l'érection d'un Centre des Grands brûlés ;
- études de faisabilité pour le projet de création d'un centre funéraire, d'une morgue, d'un crematorium et d'une école de formation de thanatopraxie sur la communauté des communes du Grand Nokoué ;
- études techniques et architecturales pour le projet de construction d'une officine pharmaceutique publique ;
- études de programmation, techniques et architecturales pour le projet de construction de l'école des sciences paramédicales ;

Au terme de ces études, les réalisations (travaux de construction) suivront.

Malgré cette performance, on note certaines non-conformités aux normes internationales au sujet des infrastructures sanitaires existantes. Bon nombre de ces infrastructures sont vétustes et ne répondent plus aux normes actuelles en vigueur. A cet effet, le Gouvernement a engagé des actions qui ont abouti à des résultats probants. Il s'agit entre autres de :

- l'état général des lieux sur le fonctionnement et la situation de l'infrastructure et des équipements de 13 établissements hospitaliers du Bénin ;
- le plan de réhabilitation et de reconstruction des centres de santé : liste des 725 centres de santé prioritaires et besoin de financement ;

Toutefois, le ministère se trouve confronté à certaines difficultés qui freinent son élan d'amélioration constante des infrastructures sanitaires. Il s'agit, entre autres :

- du manque de financement pour un certain nombre d'infrastructures sanitaires ;
- du non-respect des délais contractuels par certains prestataires ;
- des délais des procédures de passation des marchés parfois longs dans la gestion administrative vu l'urgence des besoins pour la population.

3.2.4.2. Renforcement des équipements

Le parc d'équipements des formations sanitaires ne répond pas aux besoins de prise en charge des patients et aux attentes des services utilisateurs, ni en quantité ni en qualité.

Cependant des efforts louables sont consentis pour renforcer le plateau technique des formations sanitaires. En termes de résultats, on a :

- la fourniture, la livraison, l'installation et la mise en service de générateurs de dialyse, d'appareils d'hémodiafiltration, d'unités de traitement et de distribution d'eau au profit des unités de dialyse nouvellement construites au CHUD Ouémé et au CHD Zou et le renforcement des unités de dialyse du CNHU-HKM et du CHUD Borgou ;
- la fourniture et la mise en service d'une unité de scannographie au CHUD Borgou (construction d'un bâtiment et acquisition d'un scanner à 64 barrettes) ;
- l'acquisition et la mise en service d'un scanner à 64 barrettes au CNHU-HKM ;
- la fourniture et la mise en service d'une unité d'IRM au CNHU-HKM ;
- l'acquisition d'équipements complémentaires pour la fonctionnalité de l'IRM et des unités de scannographie du CNHU-HKM et du CHUD Borgou.
- l'acquisition de deux (02) équipements d'aphérèse au profit du CNHU-HKM et du CHUD Borgou pour la prise en charge des patients atteints de la drépanocytose et d'autres maladies du sang ;
- l'acquisition au profit du CNHU-HKM d'un générateur d'oxygène de type VPSA de 40 m3/heure pour renforcer l'autonomie en oxygène ;
- le renforcement en équipements de l'unité de soins intensifs du Service de la Cardiologie du CNHU-HKM et son raccordement aux fluides médicaux ;
- l'acquisition d'équipements de chirurgie cardiaque au profit du CNHU-HKM pour les missions de chirurgie cardiaque ;
- l'acquisition d'un laboratoire mobile de type P3 pour le pays et l'acquisition de deux laboratoires P3 fixes installés à Ouidah et à Parakou ;
- l'acquisition de 500 lits d'hospitalisation avec matelas au profit des CHU, CHUD, CHD, CHUZ, HZ et CS ;
- l'acquisition de 200 lits de soins intensifs CHU, CHUD, CHD, CHUZ, HZ ;
- l'acquisition de 10 appareils de radiographie mobile au profit de l'HZ Pobè, CNHU-HKM, CHUD Ouémé, HUZ Suru-Léré, CHD Donga, CHUD Borgou, HZ Savè, CHD Mono, CHD Zou ;
- l'acquisition de 4 appareils de radiographie numérique au profit du CNHU-HKM, HZ de Banikoara, HZ Comè, CHD Atacora ;
- l'acquisition de 145 échographes multifonction au profit de diverses formations sanitaires ;
- l'acquisition de 4 ambulances au profit du parc Pendjari, du parc W, du centre de santé de Kérou, et des forces armées dans le cadre de la préparation aux situations d'urgence spécifique dans les zones concernées ; un plan national d'équipement a été élaboré par APHP-International dans le cadre d'un contrat signé avec le Gouvernement ;

- l'acquisition de 188 ambulances pour le système de référence et de contre référence intégrant le SAMU.

Malgré ces efforts, le plateau technique reste insuffisant et le renforcement mérite d'être poursuivi pour une amélioration continue.

Pour la poursuite du renforcement des équipements, l'élaboration d'une carte d'investissement des équipements s'avère nécessaire et la mise en œuvre du plan national d'équipement élaboré par APHP-International permettra de corriger les insuffisances.

3.2.4.3. Maintenance des infrastructures sanitaires et des équipements

La maintenance des infrastructures sanitaires et des équipements se fait suivant deux approches : la maintenance interne et la maintenance externe.

En ce qui concerne la maintenance interne les ressources humaines qualifiées sont en nombre insuffisant. Les ateliers de maintenance sont en nombre insuffisant et sous équipés.

Pour ce qui est de la maintenance externe, les hôpitaux disposent d'une enveloppe financière réduite pour faire face à la gestion des parcs des équipements médicaux et installations techniques. La conséquence directe est l'incapacité pour les hôpitaux de disposer d'un plan de maintenance (curative et préventive) optimal et opérationnel. Ceci justifie en partie l'organisation anarchique des réparations et l'abandon au fur et à mesure de certains équipements médicaux et installations techniques.

Ainsi, la politique de gestion et de maintenance des équipements médico-techniques dont dispose le pays depuis 2017 n'est jamais mise en œuvre. Les plans de maintenance ne sont pas formellement ou systématiquement élaborés. Toutefois, l'ANSSP à travers la Direction de la Vaccination et de la Logistique (DVL) dispose d'un plan de maintenance des équipements de chaîne de froid.

Pour répondre à cette exigence d'efficacité en matière de gestion des équipements et des infrastructures de santé, l'Agence Nationale de la Maintenance Hospitalière a été créée, par décret n°2023-316 du 14 juin 2023.

3.2.4.4. Disponibilité des produits de santé de qualité

a) L'Agence Béninoise du Médicament et des autres produits de santé (ABMed)

A travers le décret 2023-422 du 26 Juillet 2023, l'Agence Béninoise du Médicament et des autres produits de santé (ABMed) est chargée de la régulation du sous-secteur pharmaceutique. Elle a pour mission de veiller à la qualité, à la sécurité, à l'efficacité et à la disponibilité des médicaments y compris ceux à base de plantes et des autres produits de santé ainsi que celles des matières premières destinées à leur fabrication.

Le sous-secteur pharmaceutique du Bénin est régi par des textes internationaux, communautaires (traités, accords, conventions etc.) et nationaux (lois, décrets, arrêtés, décisions, etc.).

Les textes existants régissent les activités de l'ABMed et le respect de leurs dispositions est suivi par la cellule juridique en étroite collaboration avec les directions techniques.

Malgré tous les efforts faits, certaines difficultés entravent la régulation des activités du sous-secteur pharmaceutique. On peut énumérer entre autres :

- l'existence de textes dont l'application pose des difficultés en raison des contextes et
- l'existence de vide juridique sur certains aspects de la réglementation.

➤ Principales fonctions réglementaires du sous-secteur pharmaceutique

La fonction d'homologation (enregistrement, renouvellement et variations) permet de façon significative, de limiter l'arrivée sur le marché des produits de santé non contrôlés et non autorisés.

Tableau 9 : Nombre de nouveaux produits de santé homologués en 2020

Catégorie de produit	Nombre total de dossiers étudiés	Nombre de produits homologués
Médicament conventionnel	672	383
Complément Nutritionnel	130	49
Produit Cosmétique	11	0
Total	813	432

Source : Annuaire statistique ABRP 2020

Tableau 10 : Nombre de nouveaux produits de santé locaux homologués au Bénin en 2020 par catégorie (médicaments, cosmétiques, compléments nutritionnels)

Catégorie de produit	Nombre total de dossiers étudiés	Nombre de produits homologués
Médicament Traditionnel Amélioré	14	12
Complément Nutritionnel	3	1
Total	17	13

Source : Annuaire statistiques ABRP 2020

La fonction d'inspection réglementaire est assurée par des inspecteurs assermentés de la Direction des inspections, des vigilances et des essais cliniques (DIVEC) ou à titre transitoire, par des inspecteurs assimilés, faisant office de pharmaciens inspecteurs.

Tableau 11 : Nombre d'officines de pharmacie inspectées en 2020

Désignation	Valeurs
Nombre d'officines de pharmacie inspectées en 2020	122
Nombre de dépôts pharmaceutiques inspectés en 2020	28
Nombre d'inspection de préouverture d'officines de pharmacie réalisées en 2020	18
Nombre d'inspection de préouverture de dépôts pharmaceutiques en 2020	01
Nombre de sociétés d'importations, de détention et de vente de Matériels Médicaux inspectées par département en 2020	2
Nombre d'unités de cession de médicaments de centres de santé inspectées par département en 2020	42

Source : Annuaire statistique 2020 ABRP

En dépit des résultats probants, il faudrait souligner ici quelques problèmes importants liés à :
i) l'inexistence du texte définissant le statut de pharmacien inspecteur ; ii) l'inexistence du code

de conduite des inspecteurs ; iii) l'inexistence du texte définissant l'échelle des sanctions (injonction, décision de suspension d'activité ou de produits, sanctions financières). Ces trois textes sont capitaux pour l'amélioration des résultats des missions d'inspection.

L'inspection vient d'être déconcentrée vers les départements du nord par la création en 2022 d'une antenne de l'ABMed à Parakou pour couvrir les quatre départements du nord et le département des Collines.

La fonction de contrôle des essais cliniques est au début de son implémentation à l'ABMed avec un personnel réduit. De même, l'environnement réglementaire et juridique de cette fonction ainsi que les capacités du personnel doivent être renforcés en vue de faciliter la tâche à l'ABMed.

La fonction de vigilance des produits de santé est mise en place depuis 2020 au sein de l'ABMed. Ses bases juridiques ont été disponibles en 2021. Cette fonction se développe rapidement du fait de la mise en œuvre des réformes du sous-secteur pharmaceutique. Malgré sa récente implémentation, sa mise en œuvre est remarquable (42%).

La fonction d'autorisation des établissements pharmaceutiques est bien avancée dans son implémentation, notamment les différentes licences pour les officines de pharmacie et les grossistes répartiteurs.

Quant à la promotion de l'usage rationnel des médicaments, on note la faiblesse des dispositions réglementaires sur les bonnes pratiques de dispensation, le manque de protocoles thérapeutiques pour un certain nombre de pathologies usuelles, l'absence d'un module de formation à usage rationnel.

De plus, l'analyse diagnostique du sous-secteur révèle les problèmes prioritaires suivants :

- faible coordination des activités de régulation pharmaceutique ;
- faiblesse du système d'assurance qualité des produits de santé ;
- faible structuration du sous-secteur de la médecine traditionnelle ;
- insuffisance liée à la mise en œuvre des textes réglementaires du sous-secteur pharmaceutique et
- insuffisance d'investissement dans les activités de recherches.

Les principaux défis à relever sont :

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

Enfin, la promotion de la pharmacopée traditionnelle a été renforcée par la volonté de construction d'un laboratoire de recherche et d'innovation pour les médicaments à base des plantes (PAG 2016-2021)¹⁷.

b) L'Agence Nationale de Contrôle de Qualité des produits de santé et de l'eau (ANCQ)

Créée en avril 2020, elle a pour mission de coordonner et de mettre en œuvre la politique nationale en matière de contrôle de qualité des produits de santé. A ce titre, elle contribue à la lutte contre la vente illicite des produits de santé et de l'eau non conformes aux normes, à la tenue des substances étalons et produits de référence à l'échelle nationale et aux expertises toxicologiques des industries pharmaceutiques.

Pour renforcer la disponibilité des produits de santé de qualité, la construction d'un nouveau laboratoire de contrôle de qualité des produits de santé et de l'eau de référence internationale a démarré en novembre 2022.

c) Société Béninoise pour l'Approvisionnement en Produits de Santé (SoBAPS)

L'ex Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et des consommables médicaux (CAME) a fait l'objet d'une restructuration en juin 2020 pour devenir la Société Béninoise pour l'Approvisionnement en Produits de Santé (SoBAPS) dont les prérogatives ont été étendues à la distribution de tous les autres produits de santé essentiels et nécessaires à la médecine humaine et animale.

d) Agence Nationale pour la Transfusion Sanguine (ANTS)

L'Agence Nationale pour la Transfusion Sanguine (ANTS) est un établissement public à caractère social doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Elle est l'organe de conception et de mise en œuvre de la politique sanitaire nationale en matière de transfusion sanguine. A ce titre, elle est chargée de développer des stratégies, pour assurer la sécurité transfusionnelle à travers entre autres, la collecte de sang, la qualification des poches de sang, le stockage et la distribution des Produits Sanguins Labiles de qualité sur toute l'étendue du territoire national. L'ANTS a une organisation calquée sur la pyramide sanitaire du Bénin.

Quant à la disponibilité des Produits Sanguins Labiles et la sécurité transfusionnelle, elle est renseignée par les indicateurs de prélèvement, de qualification et de distribution du sang comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau 12 : Evolution des indicateurs des produits sanguins de 2018 à 2022 comparée à la cible 2022

Etapes	Indicateurs	Valeurs atteintes en 2018	Valeurs atteintes en 2019	Valeurs atteintes en 2020	Valeurs atteintes en 2021	Valeurs atteintes en 2022	Cible 2022
Prélèvement	Taux de refus / rejet lors de la sélection médicale (%)	5,53	7,45	8,22	8,59	7,60	<8

¹⁷ Programme d'actions du Gouvernement 2016-2021

Etapes	Indicateurs	Valeurs atteintes en 2018	Valeurs atteintes en 2019	Valeurs atteintes en 2020	Valeurs atteintes en 2021	Valeurs atteintes en 2022	Cible 2022
	Proportion de dons de sang par rapport à la population (%)	0,70	0,75	0,68	0,76	0,81	0,80
	Proportion du nombre de donneurs de sang prélevés par an (par rapport à la population en âge de donner le sang) (%)	1,52	1,61	0,97	1,58	1,73	1,70
	Proportion de nouveaux donneurs (%)	39,13	39,16	52,41	37,39	53,51	50
	Proportion d'anciens donneurs (%)	60,87	60,84	47,59	62,61	46,49	50
Qualification et validation	Proportion de poches de sang entièrement qualifiées (%)	100	100	100	100	100	100
	Proportion de poches de sang rejetées après validation (%)	9,31	10,36	8,90	8,56	7,29	<10
Distribution	Nombre de poches de sang disponibles pour 10 000 Habitants	87	98	110	121	134	120
	Taux de satisfaction de la demande en PSL (demande enregistrée) (%)	89,04	85,98	91,15	96,64	96,57	95

Source : Rapports d'activités 2022 ANTS

Il ressort de l'analyse de ce tableau que le taux de satisfaction de la demande en produits sanguins labiles a gardé une tendance croissante sur la période 2018-2022, en passant de 89,04% en 2018 à 96,57% en 2022 avec une légère baisse en 2019 (85,98%), soit un taux moyen de 91,88%. Le taux de rejet est en dessous de 10%.

e) Agence Nationale des Soins de Santé Primaires (ANSSP)

La disponibilité permanente des vaccins et consommables vaccinaux est assurée par l'ANSSP à travers la Direction de la Vaccination et de la Logistique (DVL).

Selon l'enquête HHFA de 2022, la fourniture des vaccins est disponible à hauteur de 63,5% pour les nouveau-nés et les nourrissons.

f) Agence des Infrastructures Sanitaires, de l'Équipement et de la Maintenance (AISEM)

En ce qui concerne la disponibilité des infrastructures, l'effort du Gouvernement se poursuit avec la construction et l'équipement des infrastructures conformes aux normes internationales, car le diagnostic a montré que certains équipements et infrastructures ne sont pas conformes aux normes. Cependant, la couverture en infrastructures sanitaires en 2022 est de 96% au plan national. La fonctionnalité des équipements est régulièrement confrontée aux problèmes de maintenance.

Par ailleurs, il faudra établir une carte sanitaire et d'investissement des équipements couplés avec l'utilisation de la GMAO pour donner plus de visibilité à la disponibilité des infrastructures.

Le principal défis est la poursuite des réhabilitations et des nouvelles constructions d'infrastructures sanitaires répondant aux normes.

g) Agence Nationale de la Maintenance Hospitalière (ANMH)

En vue d'assurer la maintenance des infrastructures et équipements, l'Agence Nationale de la Maintenance Hospitalière a été créée par décret N° 2023-316 du 14 juin 2023. Cette agence assure la mise en œuvre de la politique sectorielle en matière de maintenance des équipements médico-techniques et des infrastructures dans les formations sanitaires, sur toute l'étendue du territoire national.

3.2.4.5. Pharmacopée traditionnelle

La promotion de la production locale des médicaments génériques et de la pharmacopée traditionnelle¹⁸ peut être évaluée par le nombre d'Autorisations de Mise sur le Marché (AMM) accordées.

Le Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelle (PNPMT) a enregistré près de cinquante (50) médicaments à base de plantes qui ont obtenu l'Autorisation de Mise sur le Marché au Bénin. Ces produits commercialisés au niveau des pharmacies sont destinés au traitement de plusieurs affections, entre autres : le paludisme, le diabète, la prostate, l'anémie, la tension artérielle etc. Plus de deux-cent cinquante (250) médicaments traditionnels améliorés (MTA) attendent d'entrer dans le processus d'homologation.

Les activités exécutées dans le cadre de la promotion, de la production locale des médicaments génériques et de la pharmacopée traditionnelle sont entre autres : (i) la mise à disposition d'une base de données sur la prise en charge traditionnelle des maladies traumatiques au Bénin ; (ii) le renforcement de la capacité de quarante (40) spécialistes en médecine traditionnelle au montage des dossiers d'homologation des médicaments à base de plantes ; (iii) le renforcement de la qualité de la gestion des jardins de plantes médicinales et le développement d'autres stratégies pour leur viabilité et (iv) la création d'un cadre de concertation avec les présidents d'associations pour discuter des questions relatives à la promotion de la Médecine Traditionnelle.

3.2.4.6. Déterminants environnementaux des soins et changements climatiques

Selon l'OMS (2021), « les établissements de soins de santé fournissent des services de santé aux patients et sont des structures de tailles très variables, du petit dispensaire au très grand hôpital... ».

Globalement, leur vulnérabilité serait fonction de leur taille, de leur situation géographique, de leur niveau d'appartenance au sein de la pyramide sanitaire et des ressources dont ils disposent.

¹⁸ Série annuaires statistiques Ministère de la Santé 2018, 2019, 2020, 2021

En fonction de ces facteurs de vulnérabilité, face aux chocs externes comme les changements climatiques et d'autres pressions environnementales, ils peuvent affecter l'environnement et la qualité des prestations de soins de santé offertes aux populations. En fonction de leur vulnérabilité et en face d'un aléa climatique, les établissements de soins peuvent résister ou subir des dommages aux infrastructures fonctionnelles et altérer une ou plusieurs fonctions élémentaires comme l'approvisionnement en énergie. L'aléa climatique peut, par effet d'entraînement, engendrer la défaillance des services de distribution d'eau, d'assainissement, de gestion des déchets et, plus loin, du personnel de santé qualifié.

La fourniture pérenne des services hospitaliers dépend des constantes remédiations apportées aux facteurs de vulnérabilité. Ces remédiations sont indispensables pour renforcer la résilience climatique et favoriser la durabilité environnementale des formations sanitaires.

A l'aune des défis actuels, plusieurs aspects transversaux constituent désormais un challenge à relever par le biais des études d'avant-projet d'érection d'infrastructures sanitaires. Il s'agit de (i), l'intégration et la planification rigoureuse des déterminants environnementaux majeurs, (ii), la résilience aux changements climatiques ainsi que (iii), l'analyse de la sensibilité genre de tout projet de santé.

Au plan normatif, avec l'appui des PTF, plusieurs outils ont été développés par le Groupe d'Experts Intergouvernemental sur l'Evolution du Climat (GIEC), Climate Analytic et des experts nationaux pour mieux appréhender les scénarii climatiques du Bénin d'ici 2050. Ce travail scientifique rigoureux a abouti en 2020, à l'élaboration et à la validation du **Plan National d'Adaptation au Changement Climatique (PNA)** du secteur santé 2020-2050.

En effet, selon l'OMS : *« les événements climatiques extrêmes peuvent accroître les coûts pour les systèmes de santé de plusieurs façons. En perturbant les établissements de santé, notamment leurs infrastructures et leurs chaînes d'approvisionnement en aliments, médicaments et autres équipements essentiels ; ils augmentent les dépenses d'immobilisation, les dépenses de fonctionnement et d'autres coûts »*. Les risques climatiques majeurs observés dans l'ensemble des 34 zones sanitaires du Bénin comprennent les extrêmes climatiques (inondations, sécheresse, pluies violentes) et les phénomènes d'évolution lente (accroissement des températures, retard des périodes pluvieuses, élévation du niveau marin). Les principales unités d'exposition sont : **les groupes sociaux, les services de santé, les moyens d'existence et les ressources de base. Les impacts majeurs de ces risques climatiques par zone sanitaire sur le secteur de la santé figurent dans le tableau N° 19** (Synthèse des risques climatiques et de leurs impacts sur le secteur santé au Bénin).

Il résulte des prévisions climatiques et des recommandations des PTF, que le Bénin se dote d'un plan de prospérité climatique. La **prospérité climatique** est un outil de planification et d'actions qui consiste à arrimer les prévisions saisonnières du pays avec les activités sectorielles aux fins de disposer d'un agenda et d'un chronogramme conséquent pouvant conjuguer les mécanismes d'adaptation aux aléas climatiques aux activités courantes du ministère. Ceci permet d'anticiper sur des aléas climatiques, scientifiquement prévus et documentés par le GIEC, pour établir un agenda d'adaptation et d'intégration aux politiques publiques, des effets sur différents secteurs d'activités. La prospérité climatique vise à accélérer l'adaptation de programmes et de technologie qui réduisent les impacts sur l'environnement.

D'après ces mêmes prévisions pour le Bénin, d'ici 2050, les impacts des aléas climatiques seront plus perceptibles dans les domaines sanitaires, sur l'alimentation et l'agriculture avec un écho retentissant sur les organisations paysannes.

Au plan institutionnel, plusieurs initiatives ont été menées au niveau de tous les maillons de la pyramide sanitaire pour sensibiliser sur les enjeux climatiques. Elles passent par la désignation et la formation des Points Focaux Environnement (PFE) dans les départements et les zones sanitaires. A la DPAF, la Cellule Genre et Environnement (CGE) ex-Cellule Environnementale (CE) a été renforcée en effectif. Cette cellule collecte des données sur l'état de l'environnement hospitalier, en vue d'améliorer les dispositifs de Prévention Contrôle des Infections et le respect des normes environnementales en milieux hospitaliers au Bénin.

Concernant l'eau, l'assainissement, l'hygiène et la gestion des déchets biomédicaux, beaucoup d'efforts ont été faits qui retracent les progressions des formations sanitaires en couverture en incinérateurs et autres ouvrages d'assainissement. Par ailleurs, le Ministère de la Santé (MS) a participé aux côtés d'autres ministères sectoriels à plusieurs enquêtes des Nations Unies telles que l'enquête Global Analysis and Assessment of sanitation and drinking Water (GLAAS) et HHFA 2022 qui ont pour objet de recueillir des informations sur la prestation des services d'assainissement et d'approvisionnement en eau potable et sur les activités de promotion de l'hygiène. Pour s'assurer de la qualité des eaux servant d'intrants de première nécessité en matière de soins, la surveillance de la qualité de l'eau est dévolue à l'ANCQ qui publie annuellement un rapport sur la qualité de l'eau au Bénin, assorti de recommandations. Toutefois, concernant la couverture en incinérateurs des formations sanitaires publiques, même si les taux de couverture semblent statistiquement au-dessus de la moyenne, certaines zones sanitaires présentent d'importantes disparités au regard des statistiques moyennes enregistrées qu'il convient de corriger (*Annuaire des Statistiques Sanitaires, années 2018 à 2023*). En ce qui concerne l'énergie, pour juguler la crise énergétique des années précédentes, le Gouvernement a œuvré pour la mise en marche de la centrale électrique de Maria-gléta. Cette avancée a permis d'améliorer la fourniture globale de l'énergie électrique au niveau du pays, et de façon pérenne de l'énergie de qualité aux formations sanitaires. Néanmoins, il faut rappeler que concernant les énergies durables comme les énergies renouvelables photovoltaïques que l'OMS recommande vivement comme un des leviers énergétiques durables, cette forme d'énergie reste peu utilisée au sein des formations sanitaires sans doute, en raison de son coût d'adoption élevé et par défaut d'orientations politiques (Rapport CGE/DPAF/MS,2023). Les perspectives énergétiques 2025-2030 doivent donner priorité à cette forme d'énergie qui a l'avantage d'être renouvelable et plus propre que les énergies fossiles des générateurs qui ne sont pas forcément la panacée, en cas de délestage.

Tableau 13 : Synthèse des risques climatiques et de leurs impacts sur le secteur santé au Bénin

Risques climatiques	Zones sanitaires impactées	Impacts majeurs sur le secteur santé
Inondation	Malanville-Karimama ; Covè-Zagnanado-Ouinhi ; Aplahoué-Djakotomey-Dogbo ; Comè-Grand Popo-Houèyogbé-Bopa ; Adjohoun-Bonou-Dangbo ; Porto-Novo-Aguégus-Sèmè-Kpodji ;	Augmentation de la prévalence du paludisme ; prolifération d'autres maladies vectorielles (dengue, fièvre jaune, zika etc.) ; prolifération des maladies diarrhéiques (choléra, etc.) ; traumatismes ; inaccessibilité des infrastructures sanitaires ; détérioration / destruction des infrastructures et

1. L'analyse de l'impact des risques climatiques sur le secteur santé est basée sur les données disponibles dans le Plan National de Développement Sanitaire 2026-2030.

Risques climatiques	Zones sanitaires impactées	Impacts majeurs sur le secteur santé
	Cotonou 1&4 ; Cotonou 2&3 ; Cotonou 5 ; Cotonou 6	équipements médico-techniques ; prolifération des zoonoses ; malnutrition aigüe sévère ; diminution de la fréquentation des formations sanitaires ; non disponibilité de tout le paquet de soins ; pollution de l'eau et de l'environnement ; détérioration des ouvrages d'hygiène et assainissement (incinérateurs, fosses septiques etc) ; destruction des plantations médicinales (jardins botaniques)
Sécheresse	Malanville-Karimama ; Djougou-Ouaké-Copargo ; Tanguiéta-Cobli-Matéri ; Kouandé-Kérou-Péhunco ; Savalou-Bantè ; Kandi-Gogounou-Ségbana- Banikoara	IRA ; malnutrition aigüe sévère ; maladies cardiovasculaires ; stress de chaleur ; maladie d'origine alimentaire ; maladie d'origine hydrique ; maladie liée au péril fécal ; maladies vectorielles ; méningites ; discontinuité dans l'offre de service de santé
Pluies tardives et violentes ou fortes pluies	Malanville-Karimama ; Djougou-Ouaké-Copargo ; Tanguiéta-Cobli-Matéri ; Kouandé-Kérou-Péhunco ; Savalou-Bantè ; Comè-Grand Popo-Houèyogbé-Bopa ; Adjohoun-Bonou-Dangbo ; Porto-Novo-Aguégués-Sèmè Kpodji ; Cotonou 1&4 ; Cotonou 2&3 ; Cotonou 5 ; Cotonou 6	Détérioration /inaccessibilité des infrastructures sanitaires ; Malnutrition aigüe sévère ; Traumatisme ; Maladie respiratoire et perte de vie ; Interruption des services médicaux ; Augmentation des cas de blessures
Vents violents	Malanville-Karimama ; Tanguiéta-Cobli-Matéri ; Kouandé-Kérou-Péhunco ; Covè-Zagnanado-Ouinhi	Détérioration des infrastructures sanitaires ; prolifération de la méningite ; IRA ; stress post traumatique ; discontinuité dans l'offre de service de santé
Chaleurs excessives	Malanville-Karimama ; Tanguiéta-Cobli-Matéri ; Kouandé-Kérou-Péhunco ; Savalou-Bantè ; Aplahoué-Djakotomey-Dogbo ; Adjohoun-Bonou-Dangbo ; Porto-Novo-Aguégués-Sèmè-Kpodji ; Cotonou 1&4 ; Cotonou 2&3 ; Cotonou 5 ; Cotonou 6	Prolifération de la méningite ; IRA ; maladies cardiovasculaires ; détérioration avancée des équipements et produits de santé ; maladies allergiques ; maladies de la peau ; accroissement du stress
Vents de sable	Malanville-Karimama	IRA ; méningites ; discontinuité dans l'offre de service de santé ; maladies cardiovasculaires

Source : PNA, 2020

3.2.5. Ressources humaines

L'analyse est faite à travers la formation initiale et continue de qualité, la disponibilité des ressources humaines, le recrutement et la motivation des ressources humaines en santé.

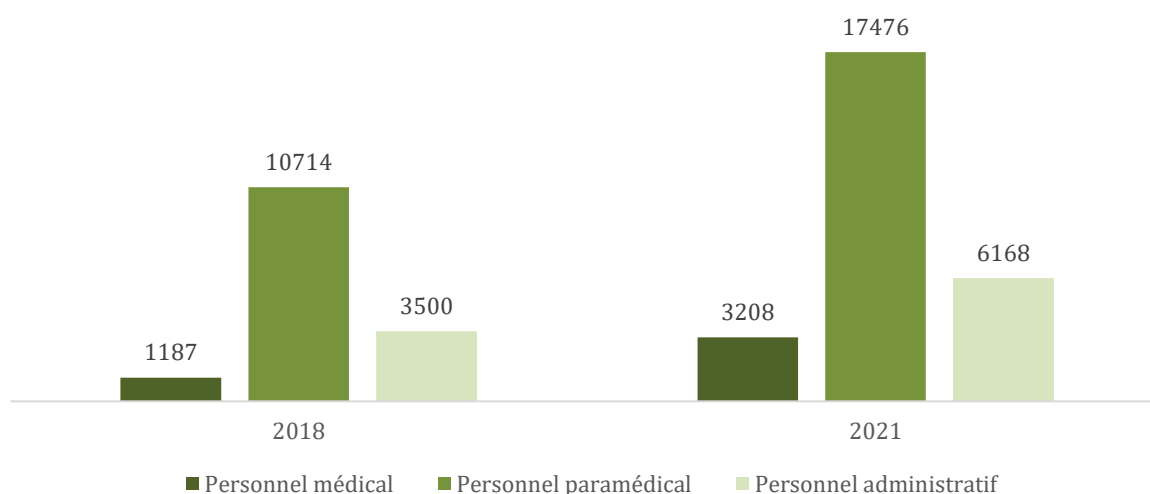
3.2.5.1. Disponibilité des ressources humaines

Elle repose sur le renforcement du système d'information et de gestion des ressources humaines en santé. Le Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du Secteur Santé

(PSDRHSS 2009-2018) est arrivé à terme en 2018 et n'a pas été actualisé pendant la période de mise en œuvre du PNDS 2018-2022.

Cependant, il y a eu l'élaboration et l'exécution d'un cadre organique 2018-2020 et d'un plan de recrutement 2021-2025. Les Comptes Nationaux des Personnels de Santé (CNPS) ont été également produits en 2018 et 2021. Ceci a permis d'apprécier la densité du personnel qualifié (médecins, infirmiers et sages-femmes) qui est passée de 5,04 à 8,90 pour 10 000 habitants du fait des recrutements opérés en 2018 (331) et en 2021 (1 394) toutes catégories confondues en plus des recrutements sur fonds propres des formations sanitaires (7 844). Tenant compte de la norme de l'OMS (25 agents qualifiés pour 10 000 hbts) des efforts restent à faire.

Ainsi, l'effectif des RHS de 2018 et 2021 se présente comme suit :



Source : CNPS 2018 & 2021

Figure 5 : Effectif des ressources humaines de 2018 et 2021

Quant au volet communautaire la phase pilote de la mise en œuvre de la politique nationale de la santé communautaire a démarré en 2022 dans six (06) communes des départements du Borgou et de l'Alibori à savoir : Banikoara, Bembérékè, Kalalé, Malanville, Nikki, et Sinendé. En 2023, 59 communes sur les 77 ont démarré la mise en œuvre de la nouvelle politique nationale de la santé communautaire.

Par ailleurs, en 2018, dans le secteur public, une étude a été réalisée pour déterminer les besoins en ressources humaines basés sur la charge de travail dans les formations sanitaires de premier contact. Une autre étude portant sur la charge de travail dans les formations sanitaires et la fidélisation des agents de santé du secteur public exerçant en milieux difficiles (avec un focus sur les hôpitaux) a également été réalisée. De façon spécifique, ces études ont permis de :

(i) déterminer les standards de service par catégorie professionnelle ; (ii) mettre en exergue l'existence d'une situation de sureffectif dans la catégorie des aides-soignants à la maternité, pénurie dans la catégorie des infirmiers et des aides-soignants au dispensaire puis des sages-femmes ; (iii) constater une pression de la charge de travail dans la plupart des catégories en particulier dans les catégories des sages-femmes, pédiatres et internistes avec un Ratio WISN respectivement de 0,56 ; 0,54 et 0,47 ; (iv) remarquer une faible disponibilité pour les activités

cliniques des médecins généralistes des centres de santé et une utilisation accrue des aides-soignants. En 2022, la situation a été présentée pour tout le pays et révèle que pour : (i) tous les centres de santé au plan national pour un effectif nécessaire de 26 570 agents de santé, l'existant était de 7 401, soit un gap de 19 169 agents toutes les catégories professionnelles à l'exception des CVA qui sont en sureffectif et (ii) les hôpitaux au plan national pour un effectif nécessaire de 3 527 agents de santé toutes catégories confondues, l'existant était 2 179 soit un gap de 1 348 (rapport de l'étude sur la charge de travail, 2022).

Pour la gestion prévisionnelle des effectifs, il est noté une insuffisance d'outils et de logiciels implémentés.

La gestion des carrières au niveau du Ministère de la Santé s'est améliorée. La dématérialisation de la gestion de la carrière a amélioré significativement la prise des actes de carrière avec l'avènement de la plateforme "Système Intégré de la Gestion des Ressources Humaines" (SIGRH). Elle permet également de fournir les informations en temps réel sur les actes de carrière.

Aussi, la réforme de transfert des compétences a-t-elle permis d'avoir plus de célérité dans la mise à disposition des actes de carrière. Ainsi, les actes de carrière du personnel soignant sont pris au niveau du Ministère de la Santé avec l'accompagnement du Ministère en charge de la fonction publique et celui en charge des finances.

Le suivi de carrières des agents est organisé de façon ascendante suivant la pyramide sanitaire et se fait au niveau central par le Service de Gestion des Ressources Humaines, du Travail et des Emplois (SGRHTE) ; au niveau départemental par la Division de Gestion des Ressources Humaines (DGRH), du Service de la Planification, de l'Administration et des Finances (SPAF); dans les hôpitaux par le Service des Affaires Administratives et Economiques (SAAE) ; et au niveau périphérique ou zone sanitaire, par le Chargé de l'Administration et des Ressources (CAR).

Le dialogue social s'est amélioré avec la réglementation des grèves dans le secteur et la mise en place de la Commission Administrative et Paritaire (CAP).

Il existe également un cadre de concertation entre les gestionnaires de RH des ministères et institutions de l'Etat. Ce cadre a pour mission de promouvoir la coopération inter-administrations dans le domaine de la gestion des ressources humaines, de contribuer au développement de l'expertise en cette matière et de formuler à l'attention du Ministre chargé de la Fonction publique de stratégies, des outils et des mécanismes de gestion des ressources humaines.

Il existe dans tous les départements et au niveau central, des bases de données du personnel permettant de fournir des informations fiables.

3.2.5.2. Qualité et motivation des ressources humaines pour la santé

- **Production et développement des compétences des ressources humaines en santé**

Le Bénin dispose de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou, l'Institut Régional de Santé Publique (IRSP) et la Faculté de Médecine de Parakou pour la formation des médecins généralistes et spécialistes. La formation des infirmiers et sages-femmes est assurée par

l'Institut National Médico-Sanitaire (INMeS) de Cotonou et l'Institut de Formation en Soins Infirmiers et Obstétricaux (IFSIO) de Parakou. Les autres paramédicaux (Radiologues, Bio technologues, Epidémiologistes, etc.) sont formés à l'Ecole Polytechnique d'Abomey-Calavi (EPAC) et à l'Ecole Nationale de formation des Techniciens Supérieurs en Santé Publique et en Surveillance Epidémiologique (ENATSE). De nouvelles filières masters ont été créées telles que Néphrologie-Dialyse, Soins Palliatifs, Instrumentation chirurgicale/Aide chirurgie, Santé Sexuelle et Reproductive, Ophtalmologie... L'espace de formation médicale et paramédicale n'est pas encore élargi au secteur privé.

En ce qui concerne les thématiques transversales, les volets hygiène et assainissement sont pris en compte à travers la formation de base des techniciens et assistants en hygiène et assainissement à l'Ecole de Formation Médico-Sociale (EFMS) de Parakou. Le Centre Inter facultaire de Formation et de Recherche en Environnement pour le Développement Durable (CIFRED/UAC) offre des formations de niveaux Licence et Master professionnels en Sciences de l'environnement et développement durable. Ces ressources humaines sont utilisées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les capacités d'accueil des institutions de formations sont limitées et ne répondent pas aux besoins du marché. Elles couvrent environ 45% des besoins. L'étude sur le marché de travail en 2018 a évalué la capacité des établissements de formation à produire en qualité et en quantité les Ressources Humaines en Santé (RHS). Les institutions de formation, les missions médicales étrangères et nationales (avec les médecins spécialistes nationaux et de la diaspora) constituent des opportunités de renforcement de compétences. Le point des missions médicales réalisées de 2022 à 2023 à la date du 23 août 2023 est présenté dans le tableau ci-dessous.

Tableau 14 : Point des missions médicales autorisées de 2022 à 2023

INTITULE	MISSION MEDICALE		
	Année 2022	Année 2023 (à la date du 23 août 2023)	TOTAL
LOCALE	18	21	39
ETRANGERE	31	50	81
TOTAL	49	71	120

Source : Rapport DGMHED, 2023

Des dispositions ont été prises par le Gouvernement pour améliorer les conditions de vie et de travail des agents. Pour les indemnités de gardes, d'astreintes et d'heures supplémentaires, un décret¹⁹ a été pris en 2019. La garde des jours ouvrés variant de 6 000 à 15 000 francs CFA, la garde des jours fériés et weekends variant entre 8 000 et 25 000 francs CFA, l'astreinte des jours ouvrés variant entre 3 000 et 7 000 francs FCA, l'astreinte des jours fériés et weekends variant entre 4 000 et 10 000 francs CFA. Depuis le 1^{er} décembre 2022, les salaires de tous les travailleurs agents de l'Etat ont été revalorisés (revalorisation du taux indiciaire de 3%).

¹⁹ Décret N°2019-124 du 17 avril 2019 portant fixation des taux des indemnités de garde, d'astreinte, et d'heures supplémentaires dans les formations sanitaires publiques

Aussi, plusieurs autres mesures ont été elles mises en œuvre pour inciter les agents à la performance, notamment les sanctions positives et négatives. A cet effet, la valorisation des agents méritants s'est poursuivie. Le Ministère procède de façon annuelle à la sélection d'un certain nombre d'agents méritants pour leurs admissions aux ordres de mérite. Six cent dix-neuf (619) agents ont été sélectionnés à cet effet pour le triennal 2023-2025. Ainsi, Cent cinquante-cinq (155) ont été appelés pour le premier tiers au titre de l'année 2023, trois cent dix-neuf (319) appelés pour le deuxième tiers en 2024 et le reste sera appelé au titre de 2025.

Malgré ces efforts de motivations du personnel, l'exode du personnel vers d'autres pays se poursuit et est plus accru dans le rang des médecins.

Pour les sanctions négatives, la Cellule de Contrôle et d'Inspection des structures de Prestations des Soins médicaux (CCI-SPSM) a été créée par décret 2018-472²⁰ du 10 octobre 2018. Elle est intégrée à l'ARS en 2023 avec la prise de décret n°2023-409 du 26 juillet 2023 entériné à l'occasion de sa modification par décret n° 2023-690 du 20 décembre 2023 portant AOF de l'ARS. Elle a été mise en place pour assurer le contrôle physique et le respect des normes de prestation de soins de santé par les établissements publics et privés sur toute l'étendue du territoire national. Les travaux de cette cellule dotée d'un pouvoir de contrôle, d'investigation et de fermeture de structures publiques ou privées ont permis d'enregistrer, d'investiguer et de traiter des saisines, de fermer des formations sanitaires privées illégales, de soulager les usagers des formations sanitaires victimes de comportements indécents de certains agents de santé, de garantir le retour progressif de la confiance des patients et de formuler des recommandations. De même, pour maintenir la discipline au sein du personnel, la commission administrative paritaire a été rendue fonctionnelle et connaît régulièrement des dossiers des agents déviants.

En dépit de la non-actualisation du plan stratégique des RHS depuis 2018, la planification des ressources humaines en santé dans le secteur a été prise en compte dans l'élaboration du PNDS 2018-2022 et dans d'autres documents tels que le PAG 2016-2021 et celui de 2021-2026.

3.2.6. Information sanitaire et recherche

En ce qui concerne l'information sanitaire, il existe, un cadre de gouvernance constitué ainsi qu'il suit :

- Commission ministérielle des systèmes d'information et de connectivité présidée par le Ministre de la Santé qui étudie les différents projets e-santé ;
- Comité de pilotage et comité technique spécifiques à chaque projet.

Le Bénin dispose d'une Stratégie Nationale de Cybersanté 2018 – 2022 couvrant les domaines des dossiers médicaux électroniques, la santé mobile (m-health), la télésanté ou la télémedecine, l'apprentissage en ligne dans le domaine sanitaire, les médias sociaux de la santé et l'analyse des données sanitaires. La télémedecine adoptée en 2009 a permis de relier le CNHU-HKM à cinq hôpitaux départementaux et à quatre hôpitaux de zone. Elle vise l'amélioration de la qualité des soins aux patients avec la perspective de s'inscrire dans des projets plus globaux impliquant

²⁰ Décret N°2018-478 du 10 octobre 2018 portant création, organisation et fonctionnement de la commission chargée du contrôle des structures de prestations des soins médicaux

l'Inde et les 54 pays d'Afrique. Le Ministère a élaboré un Plan Stratégique de Développement de la Télémédecine 2013 - 2018. Le déploiement du District Health Information Software (DHIS2) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire a permis l'accès facile aux données, la stabilisation des bases de données et la transparence dans le niveau de complétude. La gestion des stocks des intrants a été digitalisée grâce au Système d'Information et de Gestion Logistique (e-SIGL) dont la généralisation est en cours.

Certains partenaires (USAID, OMS, Enabel, etc.) ont dans leur portefeuille l'appui du Health Data. Ces partenaires ont financé la réalisation de deux études dans le cadre du renforcement du système d'information. Il s'agit de l'Etude de Faisabilité Technique et Economique pour le Système d'Information Hospitalier et la Communication Unifiée et l'Etude de Faisabilité Technique pour la mise en œuvre de cinq (5) usages de la Télémédecine. A ces études s'ajoute l'Etude de Faisabilité Technique et Economique pour la Connectivité des Structures Sanitaires réalisée avec l'appui de l'ex-Agence pour le Développement du Numérique (ADN). L'opérationnalisation de la nouvelle politique en Santé Communautaire à travers l'application mobile Alafiacomm a renforcé la collecte et la remontée des données sur les ménages. Pour les campagnes de santé, il y a une avancée notable avec la digitalisation des campagnes MILD, CPS (Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier) et Onchocercose. Cette digitalisation doit être maintenue avec l'intégration de toutes les campagnes de santé en lien avec la politique de santé communautaire en vigueur.

L'interopérabilité a été effective entre le DHIS2 et le système de visualisation des données logistiques renforcé par la mise en place du e-SIGL. La réflexion sur l'interopérabilité entre le DHIS2 et les autres systèmes se poursuit pour une mise en œuvre graduelle.

En dehors des données de routine collectées par le SNIGS, le système sanitaire exploite aussi les données d'enquêtes telles que les enquêtes SARA, l'évaluation Harmonisée des Etablissements de Santé (Harmonized Health Facility Assessment, HHFA), les Enquêtes MICS, MIS et les Enquêtes Démographiques de Santé. Elles concourent à la production de données empiriques et à leur utilisation pour la prise de décisions et à l'élaboration des documents stratégiques.

On note par ailleurs certaines insuffisances liées à l'informatisation du dossier patient des hôpitaux, à l'introduction des données communautaires dans la plateforme DHIS2, à la mise à jour de la carte sanitaire et aux bulletins trimestriels de retro information. Dans la perspective de disposer du dossier patient informatisé et sécurisé, un état des lieux a été fait en partenariat avec l'ANIP. Certaines initiatives privées existent en la matière. Le choix d'une nomenclature de l'identifiant unique du patient est un prérequis dans la mise en place d'un système d'information hospitalier fonctionnel.

En outre, le SNIGS ne renseigne pas sur les informations relatives à la vulnérabilité du secteur santé face aux changements climatiques. Avec le développement du Plan de décentralisation et de déconcentration du secteur santé intervenu en 2020, les informations qui sont déjà contenues dans les produits du SNIGS devraient être catégorisées en informations relatives à la vulnérabilité ou à l'adaptation du secteur face aux changements climatiques.

On note au titre des besoins non satisfaits la modernisation du Centre de Documentation du Ministère de la Santé, des Antennes Documentaires Départementales existantes et la création

d'antennes documentaires pour les nouvelles Directions Départementales de la Santé. Dans le cadre de la mise en place d'un dépôt de pré archivage équipé et conforme aux normes pour le Ministère de la Santé, la Direction des Systèmes d'Information a apprécié et évalué la gestion des documents d'archives. En l'occurrence, un échantillon d'archives du Cabinet, du SGM et de la DPAF a été constitué. Le personnel chargé de la gestion des archives est insuffisant. Des besoins de formation et de renforcement de capacités demeurent.

L'utilisation des technologies du numérique est un défi incontournable pour atteindre la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) et les ODD. Dans ce cadre, le Ministère de la Santé a initié un ensemble d'actions de promotion et de développement de la e-santé qui visent à accélérer la transformation digitale du secteur de la santé et à favoriser une disponibilité d'informations complètes et à jour sur les patients (antécédents, examens cliniques, situation sociale), les médicaments, les protocoles de traitements, les intrants, les produits sanguins et sur les professionnels de la santé. Elles vont se poursuivre à travers les composantes de mise en place progressive du réseau numérique de santé, la poursuite de la mise en place des applications de e-santé y compris la télémédecine.

Plusieurs prestations et services dans le secteur de la santé sont digitalisés. On peut citer entre autres :

- la publication des appels à candidature et le dépôt des dossiers des soumissionnaires dans le cadre des recrutements de personnel au profit du secteur ;
- la demande d'autorisation d'importation, de détention et de vente de produits de santé ;
- la demande d'homologation des produits de santé ;
- la demande d'autorisation d'essai clinique ;
- la décision d'agrément d'exercice en clientèle privée ou d'ouverture et d'exploitation des établissements sanitaires privés ;
- la prise de rendez-vous au CNHU-HKM ;
- les résultats du test et le Pass vaccinal contre la Covid-19, etc.

En ce qui concerne la recherche en santé, le MS dispose de la Direction de la Formation et de la Recherche en Santé (DFRS) qui a pour mission d'assurer la coordination, le suivi et l'évaluation des formations de remise à niveau et de la recherche en santé.

3.3. Synthèse FFOM, problèmes majeurs, défis et enjeux

Elle est faite à travers les principaux acquis, problèmes et défis identifiés.

3.3.1. Synthèse FFOM

La synthèse des forces, des faiblesses, des opportunités et des menaces identifiées est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 15 : Synthèse des forces, des faiblesses, des opportunités et des menaces

Pilier	FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
Gouvernance, Leadership et Coordination	– Disponibilité d'un cadre juridique et réglementaire – Opérationnalisation de nouvelles structures issues des réformes – Suppression de la double pratique de l'exercice en clientèle publique et privée – Assainissement du secteur privé par la fermeture des structures illégales – Existence d'un cadre constitutionnel juridique et politique favorable à l'égalité du genre, aux droits à la santé pour tous – Existence de l'Autorité de Régulation du Secteur de la Santé pour l'amélioration de la qualité des soins	– Faible partenariat public-privé – Application limitée de l'approche d'intégration de la dimension genre dans les interventions sectorielles (Gendermainstreaming) – Insuffisante redevabilité dans le secteur – Insuffisance de dissémination des textes et documents référentiels du secteur – Faible appropriation des textes et documents référentiels du secteur – Faible capacité managériale de certains responsables du secteur	- Volonté politique affirmée et soutenue - Disponibilité de PTF, des collectivités locales, des entreprises privées, des ONG, etc. qui s'intéressent au secteur Santé - Implication des OSC	– Insécurité liée au terrorisme dans certaines localités du pays – Résistance au changement – Crise sanitaire
Financement de la santé	– Existence de financement communautaire – Régulation de la gestion du financement communautaire à travers l'ouverture des comptes au Trésor Public – Obligation faite à toutes les structures sanitaires publiques de domicilier leurs comptes au Trésor public – Constance des subventions du FADeC. – Prise en compte de toutes les structures publiques et confessionnelles érigées en	– Faible part du budget du secteur Santé dans le Budget Général de l'Etat ; – Forte contribution des ménages aux dépenses de santé ; – Insuffisance de mécanisme de financements innovants ; – Insuffisance de la mutualisation des ressources entre les différentes parties prenantes pour la résolution des problèmes de santé ;	– Disponibilité de PTF, des collectivités locales, des entreprises privées, des ONG, etc. qui s'intéressent au secteur Santé ; – Existence d'une alliance nationale pour le financement de la vaccination – Existence de mécanisme de partage de risque à travers l'assurance maladie	- Complexité des mécanismes de gestion publique / Lenteur administrative - Non implication des mutuelles de santé dans

14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000

Pilier	FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
	hôpitaux de zone dans le dispositif de l'ARCH - Création d'une ligne budgétaire pour la sécurisation du financement de la politique nationale de santé communautaire - Opérationnalisation de la gestion par Budget-Programme - Cartographie des ressources du secteur santé - Existence de mécanismes de gratuité de la césarienne et de la prise en charge du paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans	- Faible couverture de la population en matière d'assurance maladie ; - Faible capacité de consommation du BGE par le secteur santé (mise à disposition tardive des ressources) - Faible digitalisation de la comptabilité des structures sanitaires - Faiblesse des incitations fiscales pour l'investissement privé dans le secteur - Faible implication des structures de santé privées dans le dispositif de l'ARCH - Absence d'une structure unifiée de gestion des différentes initiatives de gratuité - Absence d'un guide de mise en œuvre de la comptabilité analytique hospitalière (analyse des coûts et tarification)		le dispositif d'achat de l'ARCH - Forte dépendance de l'ARCH et des autres interventions au financement extérieur - Non actualisation du mécanisme formel d'allocation des ressources intérieures aux structures sanitaires publiques
Prestations des services et des soins de santé	- Capitalisation des expériences de riposte face aux épidémies - Résilience du système sanitaire face aux épidémies	- Insuffisance dans le suivi-évaluation des indicateurs de surveillance épidémiologique - Faible implication des acteurs de la médecine traditionnelle dans les	- Existence d'une loi instituant l'assurance maladie obligatoire - Existence de coopération bilatérale et multilatérale dans le domaine de la santé ;	Insécurité liée au terrorisme dans certaines localités du pays

Pilier	FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
	– Existence d'un dispositif de la sécurité des patients – Mise à l'échelle de la nouvelle politique nationale de la santé communautaire – Existence du plan stratégique national intégré pour l'élimination du paludisme, du VIH/SIDA, de la tuberculose, des hépatites, etc. – Développement de nouvelles offres de soins MNT et soins palliatifs – Bonne collaboration entre les secteurs de l'éducation et de la santé dans la lutte contre les MTN – Existence d'un Centre national hospitalier de psychiatrie en cours de redimensionnement pour sa modernisation	- prestations de services et de soins de santé de qualité – Limitation de l'accessibilité à l'imagerie médicale et aux équipements spécifiques – Insuffisance du plateau technique – Insuffisance du système de référence et contre référence – Faible accessibilité et faible utilisation des services de santé – Faible niveau de qualité des soins – Augmentation de l'incidence des maladies non transmissibles – Faible application des référentiels des soins, protocoles et recommandations de bonnes pratiques – Non éradication de certaines Maladies Tropicales Négligées (MTN) en lien avec la pauvreté – Faible prise en compte de la redevabilité dans les prestations – Faible fonctionnalité de la multisectorialité dans le cadre de la lutte contre les maladies – Non entrée en vigueur du système d'assurance maladie obligatoire	Engagement des collectivités locales pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé communautaire	– Conflits mondiaux – Forte dépendance au financement extérieur ; – Fuite des compétences – Emergence de nouvelles maladies à potentiel épidémique ; – Emergence des maladies chroniques ; – Risques liés à l'environnement et aux changements climatiques

14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000

Pilier	FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
		– Faible prise en compte de la santé mentale dans les interventions		
Infrastructures, équipements et produits de santé et pharmacopée traditionnelle	– Existence de documents de normes et standards en matière d'infrastructures et d'équipements ; – Mise en place d'une agence nationale de maintenance hospitalière (ANMH) ; – Existence d'un laboratoire de contrôle de qualité des produits de santé et de l'eau ; – Existence de procédures spécifiques de passation de marchés pour l'acquisition des produits de santé ; – Existence d'un système d'information intégré en gestion logistique des produits de santé ; – Existence de dépôts pharmaceutiques gérés par les pharmaciens titulaires ; – Développement de la plateforme e-pharmacie ;	– Faible niveau de maintenance des infrastructures, matériels et équipements sanitaires et informatiques ; – Faible adaptation des équipements et infrastructures aux changements climatiques ; – Absence d'un mécanisme de coordination des dons d'équipement et de produits de santé ; – Faible appropriation du dispositif d'approvisionnement des produits de santé ; – Faiblesse du système d'assurance qualité des médicaments et des autres produits de santé ; – Faible surveillance de la qualité de l'eau de consommation ; – Faible structuration des acteurs de la pharmacopée traditionnelle – Faible développement de l'industrie pharmaceutique ; – Rupture de stock de médicaments essentiels dans les formations sanitaires	- Existence d'un partenariat public et privé dans le domaine des infrastructures et équipements - Renforcement de l'appui des PTF et des collectivités territoriales	- Changements climatiques - Insécurité liée au terrorisme - Risque sécuritaire dans la chaîne d'approvisionnement des produits et intrants de santé - Forte dépendance du pays aux bailleurs dans l'acquisition de certains produits de santé

14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000

14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000

Pilier	FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
		- Non-respect des normes de construction de certains centres de santé et dépôts répartiteurs ; - Non-conformité des infrastructures et équipements pour les personnes handicapées ; - Coût élevé de certains médicaments pour la prise en charge de certaines maladies comme le cancer.		
Ressources humaines	- Existence d'outils et mécanismes de planification des ressources humaines en santé (Plan stratégique de développement des RHSS, Cadres organiques...) ; - Prise des décrets octroyant de meilleures conditions de vie et de travail aux praticiens hospitaliers spécialistes du Bénin ; - Existence des normes en matière des ressources humaines qui tiennent compte de la charge de travail ; - Recrutement/formation du personnel qualifié y compris les acteurs du niveau communautaire ; - Augmentation de la capacité des écoles/instituts de formation ; - Recrutement complémentaire de personnel qualifié ;	- Faiblesse du système d'information sur les ressources humaines (faible disponibilité de l'information en temps réelle, faible remontée de l'information, inexistence de logiciel spécifique de gestion des RHS, faible maîtrise des procédures de collecte et de traitement des données RHS par les acteurs à différents niveaux) ; - Insuffisance de personnel et répartition inéquitable de l'existant ; - Absence d'écoles de formation au Bénin pour certains profils de personnel (cancérologie, etc.) ; - Insuffisance de coordination des formations de courte durée des agents de santé ; - Absence d'un plan de formation continue du personnel au niveau du secteur.	- Existence d'un décret portant transfert des compétences en matière de GRH du Ministère en charge de la Fonction Publique vers le Ministère de la Santé ; - Existence de la volonté politique pour accompagner le secteur (recrutement, formations, amélioration des conditions de vie et de travail ...) ; - Renforcement de l'appui des PTF et des collectivités territoriales.	- Survenue des épidémies ; - Migration du personnel de santé et surtout les spécialistes vers d'autres secteurs/pays et les institutions internationales dans la quête de meilleures conditions de travail ; - Insécurité liée au terrorisme.

14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

Pilier	FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
	– Dématérialisation de certains actes			
Information sanitaire et recherche	– Mise en place et opérationnalisation des instances de gouvernance des projets numériques en santé ; – Existence d'un Comité national d'éthique de la recherche en santé – Disponibilité de plusieurs plateformes de gestion de données (DHIS2, e-SIGL, Alafiaccom, outil One health), etc ; – Disponibilité des données d'enquête périodique ; – Existence d'une carte sanitaire dynamique.	– Absence d'un plan national de développement de la santé numérique ; – Obsolescence du schéma directeur du système d'information – Insuffisance d'infrastructures de connectivité dans les structures sanitaires ; – Insuffisance d'investissement dans les activités de recherche en santé ; – Inexistence de dépôts de pré archivage par niveau de la pyramide sanitaire ; – Insuffisance de matériels informatiques pour la gestion des données sanitaires ; – Inexistence d'un cadre de concertation fonctionnel entre le ministère de la santé et les Institutions de recherche.	- Volonté politique de développement de la santé numérique ; - Disponibilité d'une Politique de Sécurité des Systèmes d'Information de l'Etat (PSSIE) ; - Existence du Data Center National ; - Existence d'un Réseau National d'Administration ; - Existence d'une Infrastructure à clés publiques (PKI) ; - Disponibilité d'appui des PTF ; - Disponibilité de Fonds compétitifs pour la recherche en santé au niveau des universités nationales et internationales - Existence de l'Autorité de Protection des Données à caractère personnel (APDP).	Cyberattaques et accès non autorisé

14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

3.3.2. Problèmes majeurs

Malgré les avancées, des difficultés ont été enregistrées au nombre desquelles on peut citer :

- les taux de morbidité et de mortalité qui restent encore élevés ;
- la régulation du secteur privé qui reste à être améliorée ;
- la faible prise en compte de la santé mentale dans les interventions ;
- la capacité hospitalière à répondre à certains besoins spécifiques des populations qui reste encore à être améliorée ;
- la faible application des documents référentiels de santé ;
- le système de référence et de contre référence qui mérite d'être renforcé ;
- les MNT qui sont toujours en augmentation malgré les efforts ;
- les ressources humaines qui demeurent insuffisantes en quantité et en qualité ainsi que les conditions de travail du personnel qui ne sont pas toujours satisfaisantes ;
- le Système d'Information Sanitaire (SIS) et la recherche en santé qui méritent d'être améliorés ;
- le financement de la santé qui n'est pas optimal et la mise en commun des fonds qui n'est pas toujours effective.

3.3.3. Principaux défis et enjeux

3.3.3.1. Principaux défis

Les principaux défis du secteur sont :

- **Défi majeur 1 : renforcer le leadership, la gouvernance et la coordination du secteur à tous les niveaux**

Pour relever ce défi, l'accent sera mis sur :

- ✓ la transparence dans la gestion des ressources, la promotion de l'éthique, de l'équité, du genre, de la responsabilité médicale et de la redevabilité ;
- ✓ la disponibilité des ressources humaines en quantité et en qualité et l'optimisation de leur utilisation ;
- ✓ l'amélioration de la qualité des données sanitaires ;
- ✓ la promotion de la recherche en santé ;
- ✓ l'amélioration du financement de la santé notamment l'accroissement de la contribution nationale ;
- ✓ le renforcement du partenariat public-privé ;
- ✓ la mise en conformité des systèmes d'information du ministère à la politique de sécurité des systèmes d'information de l'Etat contre les cyberattaques et l'utilisation malveillante des données sensibles.

- **Défi majeur 2 : Améliorer la prestation de service et la qualité des soins ;**

Pour y arriver, il faudra mettre l'accent sur :

- ✓ l'amélioration de la gestion des pandémies/épidémies et des autres urgences de santé publique ;
- ✓ le déploiement de la politique de santé communautaire ;
- ✓ l'optimisation de la qualité des services et des soins.

- **Défi majeur 3 : Renforcer la disponibilité des infrastructures, des équipements et des produits de santé de qualité**

Ce défi sera relevé à travers :

- ✓ la maintenance des équipements médico-techniques et informatiques en pleine évolution ;
- ✓ la résilience du système sanitaire face aux aléas des changements climatiques ;
- ✓ le développement de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle.

3.3.3.2. Principaux enjeux

Les enjeux du secteur de la santé se résument comme suit :

- la réduction des taux de morbidité et de mortalité ;
- l'accessibilité des populations aux services sociaux de base ;
- l'effectivité de la couverture sanitaire universelle ;
- l'autonomisation des couches vulnérables ;
- l'amélioration de l'espérance de vie.

4. CADRE STRATEGIQUE

Le Bénin entend être au rendez-vous de la CSU et des ODD en 2030. Le Plan National de Développement Sanitaire 2026-2030 s'inscrit dans cette perspective afin de faire garantir à toutes et à tous, une meilleure santé pour la promotion du bien-être selon le cycle de vie.

4.1. Fondements et principes directeurs

4.1.1. Fondements

Dans leur politique de développement, les différents gouvernements de la République du Bénin, ont toujours accordé une place privilégiée à la santé de la population, à travers des efforts qui tirent leur essence des engagements internationaux, régionaux et nationaux tels que :

4.1.1.1. *Au niveau international*

- **La Déclaration d'Alma-Ata en 1978 sur les soins de santé primaires** définissant les soins de santé primaires comme « des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'auto-détermination ». Ils visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet ;
- **La Déclaration d'Astana sur les soins de santé primaires** du 25 octobre 2018 qui recommande de « faire des choix politiques courageux pour la santé dans tous les secteurs ; instaurer des soins de santé primaires durables ; veiller à l'autonomisation individuelle et communautaire et aligner l'appui des parties prenantes sur les politiques, stratégies et plans nationaux ».
- **Les Objectifs de Développement Durable** adoptés en septembre 2015 notamment l'**ODD3** « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge » offrent une opportunité d'améliorer l'état de santé de la population.

4.1.1.2. *Au niveau régional*

- **L'agenda 2063 de l'Union africaine** qui est un cadre commun en vue d'une croissance inclusive et d'un développement durable pour l'Afrique, à réaliser au cours des trente-huit prochaines années ;
- **La déclaration d'Abuja de 2001** qui recommande l'octroi de 15% du budget de l'Etat au secteur santé.

4.1.1.3. *Au niveau national*

- **La Loi n°90-32 du 11 décembre 1990** portant constitution de la République du Bénin, telle que modifiée par la **loi n°2019-40 du 07 novembre 2019** : met l'accent sur le droit à la santé, en ses articles 8 et 26 ;

- **La loi n°2022-27 du 19 octobre 2022** portant modification de **la loi n°2020 du 03 février 2021** portant protection de la santé des personnes en République du Bénin ;
- **Les Etudes Nationales de Perspectives à Long Terme Bénin Alafia 2025** mettent l'accent sur le bien-être social qui repose entre autres sur les soins de santé de qualité ;
- **Le Plan National de Développement (PND 2018-2025)** qui met l'accent sur le développement d'un capital humain sain et compétitif ;
- **La Politique Nationale de Population (PNP 2013-2025)** vise la promotion de la santé à travers plusieurs de ses objectifs spécifiques dont les objectifs spécifiques 2 et 3 qui aspirent respectivement à réduire les taux de fécondité précoce et tardive et à contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile ;
- **Le Programme d'Actions du Gouvernement (PAG 2021-2026)** : qui inscrit la santé dans le pilier 3 et l'axe 6 relatif à l'amélioration de l'accès des populations aux services sociaux de base et à la protection sociale ;
- **La Politique Nationale de Santé (PNS 2018-2030)** vise à traduire la politique du Gouvernement dans le secteur de la santé assurant l'amélioration de la qualité de vie des populations.

L'approche préconisée par les autorités sanitaires à travers les institutions et les programmes de santé, met l'accent sur des valeurs.

Les valeurs du PNDS 2026-2030 sont :

- l'équité et la solidarité ;
- le respect de l'identité culturelle des communautés, du genre, du droit des usagers, de la justice sociale ;
- l'intégrité, la redevabilité, l'éthique et la bioéthique ;
- la probité et la conscience professionnelle.

4.1.2. Principes directeurs

Ces valeurs sont déclinées en 12 principes :

- la bonne gouvernance et le leadership ;
- l'approche centrée sur le patient et la sécurité des patients ;
- l'efficacité et l'efficience dans les interventions du système de santé ;
- l'utilisation du numérique et de la digitalisation, des résultats de recherche et des informations sanitaires pour les prises de décisions ;
- la promotion du genre dans la prise en charge des patients ;
- la coordination et la collaboration selon une approche multisectorielle et One Health ;
- la participation individuelle et communautaire ;
- le respect du principe de subsidiarité ;

- l'alignement aux priorités nationales ;
- le respect des normes dans la mise en place des infrastructures et équipements et ;
- le respect des normes dans la disponibilité des produits de santé de qualité.

4.2. Raison d'être du PNDS

Le PNDS est un document de référence en matière de planification pour toute intervention dans le secteur de la Santé. Il vise à offrir des soins de qualité, accessibles et équitables à tous les citoyens, en s'alignant sur les Objectifs de Développement Durable (ODD) et les priorités nationales. Les objectifs spécifiques du PNDS incluent la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, le renforcement des ressources humaines en santé, l'amélioration des infrastructures et des équipements médicaux, ainsi que le développement du financement de la santé pour progresser vers la couverture sanitaire universelle. Sa mise en œuvre par les différentes parties prenantes contribuera à l'amélioration de la santé des populations du Bénin en renforçant le système de santé national.

4.3. Rappel de la mission du Ministère de la Santé

Conformément aux dispositions du décret N°2021-571 du 30 Novembre 2021 portant attributions, organisation et fonctionnement, le Ministère de la Santé a pour mission, la conception et le suivi-évaluation de la politique de l'Etat en matière de santé. La politique de l'Etat vise à garantir l'égal accès à la santé à tous sans distinction de sexe, de race, de religion, d'opinion et d'origine sociale par la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales.

Pour accomplir cette mission, le Ministère est chargé de plusieurs attributions clés, notamment :

- élaborer la politique sanitaire nationale ;
- définir et veiller à l'application de la stratégie sanitaire nationale ;
- coordonner les interventions des structures opérationnelles chargées de la mise en œuvre de cette politique et de ces stratégies ;
- assurer la disponibilité de soins de qualité pour les populations, en collaboration avec l'Autorité de Régulation du Secteur de la Santé ;
- conduire les réformes nécessaires dans le secteur de la santé ;
- assurer le suivi et l'évaluation de la politique et des stratégies du secteur ;
- élaborer, actualiser et veiller à l'application des dispositions législatives et réglementaires en matière de santé ;
- participer à la mobilisation des ressources pour le financement du secteur de la santé ;
- veiller à la viabilité financière des structures sanitaires par la mobilisation et la mutualisation des ressources financières ;

- contribuer à la mise en œuvre efficace de la couverture sanitaire universelle ;
- promouvoir le partenariat public/privé dans le secteur de la santé ;
- produire et gérer l'information sanitaire ;
- développer la collaboration avec les autres départements ministériels pour la promotion de la santé ;
- promouvoir la participation de la diaspora béninoise dans le secteur de la santé.

4.4. Vision du secteur

« Le Bénin dispose en 2030 d'un système de santé régulé, performant et résilient basé sur la disponibilité permanente de soins promotionnel, préventif, curatif, ré-adaptatif et palliatif de qualité, équitables et accessibles selon le cycle de vie, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec la participation active de la population ».

4.5. Changements attendus

Le résultat d'impact formulé dans le cadre de la théorie du changement est : « ***D'ici 2029, la population a un meilleur état de santé pour la promotion du bien-être de toutes et tous selon le cycle de vie*** ». La théorie du changement du PNDS 2026-2030 traduit les changements à opérer et les facteurs contextuels à contrôler pour l'atteinte de ce résultat attendu. Elle s'énonce comme suit :

si les acteurs au niveau central, départemental et zone sanitaire assurent un leadership, une gouvernance et une coordination efficaces ;

si le système de santé assure une réponse efficace aux urgences de santé publique, une lutte efficace contre les maladies ;

si le système de santé assure une disponibilité des ressources humaines en santé de qualité motivées en vue d'une meilleure prise en charge de la population entière et particulièrement les plus vulnérables ;

si le système de santé assure les investissements adéquats en infrastructures, en équipements en maintenance, en produits de santé en vue des services de santé de qualité et accessibles ;

si le système de planification, de suivi et d'évaluation assure une utilisation adéquate de l'information sanitaire pour la prise de décision ;

si le système de santé fait l'objet d'un financement efficient, et inclusif en vue d'une couverture universelle en santé ;

alors le Bénin aura garanti à la population un meilleur état de santé pour la promotion de son bien-être.

Parce que la gouvernance et le financement sont renforcés, l'offre de services de qualité est assurée et l'utilisation des services de santé est effective.

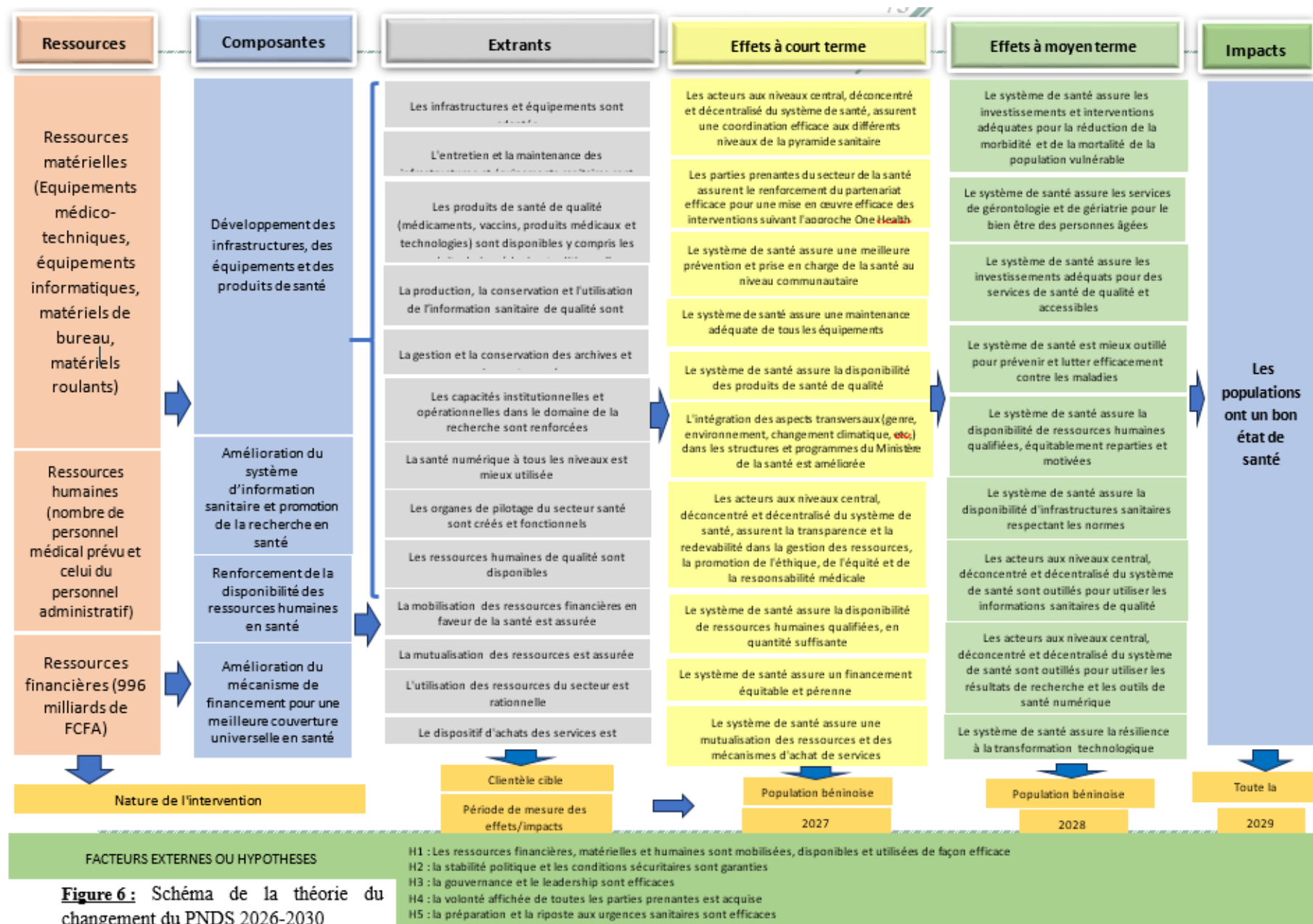
Dans un contexte où la volonté politique du Gouvernement en faveur du secteur de la santé et de l'atteinte des ODD est renforcée, la volonté et l'engagement des parties prenantes est

réaffirmée, la croissance économique nationale est améliorée, la situation sécuritaire relative aux terroristes est garantie.

Le schéma suivant synthétise la théorie du changement énoncée plus haut.

Tableau 16 : Théorie du changement du PNDS 2026-2030

Raison d'être : Nécessité de garantir à tous une bonne santé pour la promotion du bien-être des populations selon le cycle de vie	
Changements attendus	Changements attendus à court terme : • Pilotage et soutien aux services du MS sont assurés • Prévention et sécurité sanitaire sont assurées • Offre et accès aux soins de santé de qualité sont assurés
	Changements attendus à moyen terme : La mortalité maternelle, mortalité néonatale, et mortalité infanto-juvénile sont réduites
	Changements attendus à long terme : Les populations jouissent d'un bon état de santé
Objectifs du PNDS	1- Assurer le leadership, la disponibilité et la bonne gestion des ressources dans le secteur de la santé
	2- Assurer des prestations de services de santé de qualité y compris les soins de santé primaires et la promotion de la santé pour l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD3)
	3- Renforcer les infrastructures, les équipements, les produits de santé de qualité et de la médecine traditionnelle



Ce PNDS est élaboré pour garantir nécessairement à tous une bonne santé pour la promotion du bien-être des populations selon le cycle de vie.

Les changements que va induire ce PNDS sont les suivants : (1) le pilotage et le soutien aux services du MS sont assurés, la prévention et la sécurité sanitaire sont assurées et l'offre et l'accès aux soins de santé de qualité sont assurés [court terme], (2) la mortalité maternelle, la mortalité néonatale et la mortalité infanto-juvénile sont réduites [moyen terme], (3) le système de santé est régulé, performant et résilient [long terme].

Pour être sûr d'y arriver, il va falloir mettre en œuvre les actions : (1) développement des infrastructures, des équipements, de la maintenance et des produits de santé ; (2) amélioration du système d'information sanitaire et promotion de la recherche en santé ; (3) renforcement de la disponibilité des ressources humaines en santé ; (4) amélioration du mécanisme de financement pour une meilleure couverture universelle en santé.

La mise en œuvre de toutes ces actions permettra de « Garantir à tous une bonne santé pour la promotion du bien-être des populations selon le cycle de vie ».

Cependant, les conditions suivantes s'avèrent indispensables :

- les ressources financières, matérielles et humaines sont mobilisées, disponibles et utilisées de façon efficace ;
- la stabilité politique et les conditions sécuritaires sont garanties ;
- la gouvernance et le leadership sont efficaces ;
- la volonté affichée de toutes les parties prenantes est acquise ;
- la préparation et la riposte aux urgences sanitaires sont efficaces.

4.6. Orientations et objectifs stratégiques

La réalisation de la vision repose sur des orientations et des objectifs stratégiques conformément aux six piliers du système de santé de l'OMS avec la prise en compte de la recherche et de l'innovation en santé, la couverture sanitaire universelle, la protection contre les urgences sanitaires et les aspects transversaux (genre, environnement, changements climatiques, transformation numérique et dynamique démographique). Ces orientations stratégiques (OS) et objectifs sont alignés aux objectifs de développement du PND 2018-2025.

Il s'agit pour le Bénin de :

- **Orientation stratégique 1** : Renforcement de la gouvernance du secteur santé (OS1) ;
- **Orientation stratégique 2** : Amélioration de la prestation de service et de la qualité des soins (OS2) ;
- **Orientation stratégique 3** : Amélioration de la disponibilité en infrastructures, équipements et produits de santé (OS3).

A chaque orientation stratégique est associé un objectif stratégique :

- **Objectif stratégique 1** : Assurer le leadership, la disponibilité et la bonne gestion des ressources dans le secteur de la santé (ObSt 1) ;
- **Objectif stratégique 2** : Assurer des prestations de services de santé de qualité y compris les soins de santé primaires et la promotion de la santé pour l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD3) (ObSt 2) ;
- **Objectif stratégique 3** : Renforcer les infrastructures, les équipements, les produits de santé de qualité et de la médecine traditionnelle (ObSt 3).

4.7. Synthèse du cadre stratégique

Le cadre stratégique du PNDS s'articule autour des orientations (3), objectifs (3) et axes (6) stratégiques. Ces axes stratégiques sont fondés sur les six (6) piliers du système de santé.

Vision	Orientations stratégiques	Objectifs stratégiques	Axes stratégiques	Programmes
« Le Bénin dispose en 2030 d'un système de santé régulé, performant et résilient basé sur la disponibilité permanente de soins promotionnel, préventif, curatif, ré-adaptatif et palliatif de qualité, équitables et accessibles selon le cycle de vie, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec la participation active de la population ».	Orientation stratégique 1 : Renforcement de la gouvernance du secteur santé	Objectif stratégique 1 : Assurer le leadership, la disponibilité et la bonne gestion des ressources dans le secteur de la santé	Axe 1 : Développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé	Programme budgétaire 1 : Pilotage et Soutien aux services du MS
			Axe 2 : Valorisation des ressources humaines en santé	
			Axe 3 : Amélioration du système d'information sanitaire et promotion de la recherche en santé	
			Axe 4 : Amélioration du mécanisme de financement pour une couverture en santé universelle	
	Orientation stratégique 2 : Amélioration de la prestation de service et de la qualité des soins	Objectif stratégique 2 : Assurer des prestations de services de santé de qualité y compris les soins de santé primaires et la promotion de la santé pour l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD3)	Axe 5 : Prestation de service et amélioration de la qualité des soins	Programme budgétaire 2 : Prévention et Sécurité sanitaire
	Orientation stratégique 3 : Amélioration de la disponibilité en infrastructures, équipements et produits de santé	Objectif stratégique 3 : Renforcer les infrastructures, les équipements, les produits de santé de qualité et de la médecine traditionnelle	Axe 6 : Développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé de qualité et de la médecine traditionnelle	Programme budgétaire 3 : Offre et accès aux soins de santé

5. CADRE PROGRAMMATIQUE

Le PNDS sera opérationnalisé à travers 03 programmes : (i) Pilotage et Soutien aux services du MS ; (ii) Prévention et Sécurité sanitaire et (iii) Offre et accès aux soins de santé. Les trois (03) programmes opérationnalisent les trois (3) orientations stratégiques, déclinées en objectifs stratégiques et axes stratégiques. Le programme 1 couvre les quatre premiers axes et constitue un grand volet dans le système de santé. Les deux autres couvrent respectivement les axes 5 et 6. La logique d'intervention qui découle de ces trois programmes est basée sur les six (6) axes stratégiques que sont :

- **Axe stratégique 1** : Développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé (AS1) ;
- **Axe stratégique 2** : Valorisation des ressources humaines en santé (AS2) ;
- **Axe stratégique 3** : Amélioration du système d'information sanitaire et promotion de la recherche en santé (AS3) ;
- **Axe stratégique 4** : Amélioration du mécanisme de financement pour une couverture en santé universelle (AS4) ;
- **Axe stratégique 5** : Prestation de service et amélioration de la qualité des soins (AS5) ;
- **Axe stratégique 6** : Développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé de qualité et de la médecine traditionnelle (AS6).

5.1. Logique d'intervention du programme 1 : Pilotage et Soutien aux services du MS

5.1.1. Stratégies et logique d'intervention de l'AS1

En matière de gouvernance sanitaire, dans le domaine des normes, de la réglementation et de la régulation, les textes normatifs existants devront être vulgarisés en vue d'assurer la conformité des pratiques aux dispositions prévues dans les différentes normes et procédures de gestion des ressources, de prestations de services, de coordination et de suivi et évaluation. Par ailleurs, cet existant pourra être complété par de nouvelles normes, politiques ou réglementations.

En matière de planification, l'approche proactive, inclusive, sectorielle et participative adoptée qui concourt au renforcement du processus de planification du secteur va se poursuivre en ayant pour référence le PNDS 2026-2030. Les outils et mécanismes appropriés qui facilitent le suivi et l'atteinte des résultats seront établis et utilisés.

Pour la coordination, en vue d'une meilleure prise de décision, les instances de coordination du secteur devront être régulièrement tenues sous la conduite des différents comités de pilotage et comités techniques mis en place. Ces différents comités du secteur assureront le suivi de la mise en œuvre du PNDS de même que la synergie, la cohérence et l'harmonie de l'ensemble des interventions et des actions.

Parallèlement, lesdits comités veilleront au respect de l'intersectorialité et de la multisectorialité exigées par l'approche « une seule santé ». Pour un partage de responsabilité, le renforcement des capacités en matière de leadership, de gouvernance et de coordination sera poursuivi à tous les

échelons et de façon particulière au niveau déconcentré et décentralisé de sorte qu'à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, le pilotage et le suivi de l'application de l'approche « une seule santé » soient efficaces et efficients.

5.1.2. Stratégies et logique d'intervention de l'AS2

Les stratégies d'intervention pour les ressources humaines en santé s'inscrivent dans (i) le développement des politiques et stratégies des ressources humaines ; (ii) l'amélioration et l'évaluation du processus de production en termes de formation de base et enfin (iii) l'utilisation des ressources humaines en santé (recrutement, amélioration du bien-être, de la santé, de la sécurité du personnel de santé, des mécanismes de rétention en termes de gestion, de formation continue, de motivation, de suivi et d'évaluation du personnel de santé).

5.1.3. Stratégies et logique d'intervention de l'AS3

Avec le développement des technologies de la communication, le système d'information sanitaire bénéficie d'une attention particulière qui permettra de poursuivre la production régulière de tous les documents et outils de qualité, utiles à la prise de décision. Les différentes enquêtes sectorielles, nationales en rapport avec la santé seront menées régulièrement pour renseigner les indicateurs de suivi du PNDS 2026-2030.

Le développement des technologies de la santé visant à améliorer la qualité des services et soins sera poursuivi grâce à des applications et des services électroniques. Il s'agit des applications mobiles pour la santé (mHealth), de la télémédecine, de la formation et du recrutement en ligne, des dossiers électroniques patients, des systèmes électroniques de gestion logistique, des systèmes d'information de laboratoire et des systèmes d'information sur les produits de santé, des systèmes d'information pour la gestion des ressources humaines, des systèmes d'information pour la gestion des archives et du savoir, des systèmes de gestion administrative etc.

Par ailleurs, la recherche en santé sera davantage indexée aux besoins réels et priorités du secteur de la santé avec une coordination et un renforcement de capacités et de ressources aux structures de recherche leur permettant de développer des thématiques pertinentes en termes d'amélioration de la santé des populations.

5.1.4. Stratégies et logique d'intervention de l'AS4

Les principales stratégies d'intervention en matière de financement de la santé sont la mobilisation des ressources adéquates, prévisibles et pérennes pour l'extension de la CSU, l'allocation équitable et l'utilisation efficiente des ressources mobilisées et la mutualisation des ressources.

5.2. Logique d'intervention du programme 2 : Prévention et Sécurité sanitaire

5.2.1. Stratégies et logique d'intervention de l'AS5

Les stratégies d'intervention en matière de prestations des soins et services de qualité s'inscrivent dans l'amélioration de la qualité des soins et des services.

Elles visent le renforcement des normes et réglementations, le développement et l'application des lignes directrices en matière de prévention, de promotion, de prise en charge y compris les soins réadaptatifs et palliatifs. Elles tiendront également compte de la promotion des initiatives de

l'amélioration de la qualité, du renforcement de la communication et de la coordination, de l'amélioration de la référence et de la contre référence, de l'introduction de nouveaux services et de la mise en œuvre de l'approche « une seule santé » dans toutes les politiques pour aborder les déterminants de la santé.

Ces stratégies d'intervention permettront d'augmenter l'espérance de vie en bonne santé des hommes et des femmes, d'améliorer la santé maternelle et infantile, de réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies non transmissibles et infectieuses, de traiter les facteurs de risque pour la santé, de prévenir, de préparer et de répondre aux situations d'urgences.

Les soins de santé primaires, la promotion de la santé et la stratégie nationale de la santé communautaire, seront grandement mis à contribution.

De façon spécifique, concernant la qualité des soins, l'accréditation du personnel et la certification des établissements de santé vont devenir effectives et la mise en œuvre de la démarche qualité sera poursuivie avec des auto-évaluations et évaluations des structures sanitaires. Un accent particulier pour l'intégration et la continuité des soins et services et la veille au respect de l'équité seront requis en organisant de manière périodique des stratégies avancées et mobiles dans les zones sanitaires défavorisées.

5.3. Logique d'intervention du programme 3 : Offre et accès aux soins de santé

5.3.1. Stratégies et logique d'intervention de l'AS6

En matière *d'infrastructures sanitaires*, les plans d'investissement ainsi que la carte sanitaire seront mis à jour afin de prendre en compte les besoins en matière de mise aux normes des infrastructures d'accès et d'utilisation des services. La mise aux normes des infrastructures existantes constitue la priorité de même que la mise en œuvre d'une stratégie efficace de maintenance des *équipements*. Les diverses agences créées dans ce cadre, l'Agence des Infrastructures Sanitaires des Équipements et de la Maintenance (AISEM), l'Agence Nationale de la Maintenance Hospitalière (ANMH) veilleront au respect des normes d'acquisition, d'implantation, d'installation, de garantie et de transfert de compétences.

En matière des médicaments et produits de santé, les réformes qui ont conduit à la création de l'Agence Béninoise du Médicament et des autres produits de santé (ABMed), l'Agence Nationale de Contrôle de Qualité des Produits de Santé et de l'Eau (ANCQ), la Société Béninoise pour l'Approvisionnement en Produits de Santé (SoBAPS S.A) vont déboucher sur la garantie de la qualité des médicaments et sur l'amélioration de la disponibilité de ces produits.

Le renforcement de capacités de ces structures devra se poursuivre au regard de la complexité de la problématique de l'accès aux médicaments de qualité et du risque permanent de l'émergence du marché illicite des médicaments falsifiés ou contrefaits.

Ces structures devront veiller aussi à la prescription et l'utilisation rationnelle des produits de santé.

5.4. Présentation des actions prioritaires par programme

Le cadre programmatique du PNDS est présenté dans le tableau ci-dessous par programme budgétaire.

Tableau 17 : Cadre programmatique du PNDS 2026-2030

Programme	Objectif général	Objectif spécifique	Action prioritaire
Programme budgétaire 1 : Pilotage et Soutien aux services du MS	Objectif général 1 : Assurer le leadership, la disponibilité et la bonne gestion des ressources dans le secteur de la santé	Assurer une coordination efficace et efficiente dans le secteur	Renforcement des capacités fonctionnelles des conseils nationaux et des agences
			Elaboration/actualisation/vulgarisation à temps des documents de stratégies sous-sectorielles, de planification et de suivi évaluation
			Application de la convention de partenariat entre le MS et la plateforme du secteur sanitaire privé
			Renforcement de la coordination, de l'alignement et de l'harmonisation des interventions du secteur
			Application de la réglementation en matière d'implantation des structures sanitaires privées et d'exercice en clientèle privée
			Renforcement de la collaboration et de la coopération avec l'Autorité de Régulation du Secteur Santé (ARS)
			Renforcement du cadre unique de planification et de revue dans le secteur
			Elaboration/actualisation et vulgarisation des dispositions législatives et réglementaires en matière de la santé et suivi de leur mise en œuvre
			Renforcement du mécanisme de capitalisation et de valorisation des expériences à tous les niveaux
			Renforcement des capacités d'animation des cadres de partenariat entre les DDS, les ZS, les collectivités locales et le secteur privé
			Renforcement des mécanismes de contrôle et d'inspection pour une gestion efficace et efficiente des ressources
			Renforcement des cadres de redevabilité entre les ZS, les Comités de gestion, les collectivités locales, les tradithérapeutes et le secteur privé
			Elaboration et mise en œuvre d'un plan stratégique de gestion des relations avec les usagers
		Assurer la mise en œuvre du mécanisme de renforcement du partenariat entre les parties prenantes	Opérationnalisation du mécanisme de coordination et de suivi des interventions des ONG partenaires et intervenants privés du secteur
			Adaptation du système managérial aux défis actuels et futurs : décentralisation, déconcentration, approche sectorielle, approche genre, achat stratégique, financements innovants, financements de l'environnement et des changements climatiques et responsabilisation des populations
			Actualisation et mise en œuvre du Plan de décentralisation et de déconcentration (Plan 2D) du secteur
			Renforcement des capacités des parties prenantes (Conseils communaux, organes de cogestion, OSC, Association des praticiens de médecine traditionnelle) sur leurs rôles et responsabilités :

Programme	Objectif général	Objectif spécifique	Action prioritaire
			Promotion du Partenariat Public Privé
			Renforcement du partenariat intersectoriel en vue d'agir sur les déterminants de la santé
			Renforcement du partenariat entre le Ministère de la Santé et les instituts de formation pour une synergie d'actions dans le cadre de la formation spécifique (acquisition et maintenance des équipements, ...)
			Fonctionnalité des cadres de redevabilité aux niveaux intermédiaire et opérationnel.
		Assurer la transparence dans la gestion des ressources, la promotion de l'éthique, de l'équité, la responsabilité professionnelle et la redevabilité	Renforcement des ordres de professionnels de santé dans la formation de leurs membres au respect de la transparence, de l'éthique et de la déontologie dans l'exercice de leur fonction
			Renforcement du dispositif de prévention et de gestion des risques en matière de mal gouvernance dans le secteur : contrôles internes, inspection des risques
			Renforcement de l'inspection médicale, paramédicale et pharmaceutique
			Renforcement de la redevabilité et de la reddition des comptes.
			Renforcement de la fonctionnalité des cadres de redevabilité aux niveaux intermédiaire et opérationnel.
			Promotion de l'approche genre dans toutes les interventions du secteur
			Promotion des interventions répondant aux normes environnementales y compris les changements climatiques
		Assurer la disponibilité des ressources humaines qualifiées conformément aux normes au niveau de toutes les formations sanitaires	Actualisation et renforcement du système d'information et de gestion des ressources humaines en santé
			Actualisation des normes d'effectifs en tenant compte de la charge de travail par formation sanitaire pour la détermination des besoins en personnel
			Satisfaction des besoins en ressources humaines du secteur
			Développement d'un mécanisme de suivi des stages en milieu professionnel
			Elaboration et mise en œuvre des documents programmatiques nécessaires pour la gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences prenant en compte tous les besoins notamment ceux en rapport avec le genre, l'environnement et les changements climatiques
			Promotion et mise en œuvre d'un système de recrutement sur poste
			Dynamisation de l'Observatoire des ressources humaines en santé

[illegible]

Programme	Objectif général	Objectif spécifique	Action prioritaire
			Elaboration et mise en œuvre du plan quinquennal de recherche en santé
			Promotion de l'utilisation des résultats de recherches en santé
		Assurer la transformation numérique et digitale du secteur	Actualisation et mise en œuvre du schéma directeur des Systèmes d'information du secteur
			Elaboration et mise en œuvre de la stratégie nationale de développement de la santé numérique intégrant les m-health
			Promotion de la télémédecine
			Mise en œuvre du SIH dans tous les hôpitaux publics
			Mise en place de la plateforme de gestion des e-services de l'administration sanitaire
			Mise en œuvre de la connectivité dans toutes les structures sanitaires
			Renforcement de la digitalisation des processus métiers
		Assurer le financement de la santé sur une base équitable, pérenne et prévisible	Actualisation et mise en œuvre de la stratégie nationale du financement du secteur santé
			Mise en place d'un mécanisme d'allocation équitable des ressources à tous les niveaux
			Développement des stratégies favorables à la mobilisation des ressources financières pour la prise en compte du volet santé - environnement - changements climatiques (Fonds National pour l'Environnement et le Climat, Fonds Vert pour le Climat ; Fonds pour l'Environnement Mondial, Fonds de l'Adaptation etc.)
			Renforcement du plaidoyer pour la mobilisation des ressources domestiques.
			Renforcement et diversification des mécanismes de financement de la recherche en santé
			Gestion efficace et efficiente des ressources et des intrants
			Obligation de production régulière des documents financiers et comptables à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
			Certification des états financiers de chaque structure
			Élaboration/mise en œuvre des procédures de contrôle interne solides au sein des institutions, en intégrant des mécanismes de vérification réguliers
			Organisation des sessions de formation régulières pour le personnel chargé de la gestion financière et comptable

Programme	Objectif général	Objectif spécifique	Action prioritaire
		Renforcer la mutualisation des ressources, le mécanisme d'achat stratégique des services et le partage des risques	Sécurisation du financement équitable et pérenne en appui à l'ARCH
			Opérationnalisation de la couverture universelle en santé sur l'ensemble du territoire selon le cycle de vie en tenant compte du profil épidémiologique (maladies chroniques, maladies infectieuses etc.) et de la capacité économique
			Réduction de la contribution des ménages au financement des dépenses de santé
			Contribution à la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire y compris l'intégration des mesures de gratuité à l'ARCH aux côtés du MASM
			Viabilité des formations sanitaires
			Développement du partenariat public privé (assurances privées, ...)
Programme budgétaire 2 : Prévention et Sécurité sanitaire	Objectif général 2 : Assurer des prestations de services de santé de qualité y compris les soins de santé primaires et la promotion de la santé pour l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD3)	Réduire la morbidité, la mortalité de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune	Renforcement de la prise en charge des urgences de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant : Soins Optimisés (SONU, SMK), TETU
			Renforcement de la fonctionnalité des réseaux SONU dans toutes les Zones Sanitaires (e-learning)
			Poursuite de la mise en œuvre de l'ETME/VIH, syphilis et hépatite B dans toutes les formations sanitaires et dans toutes les structures de référence
			Renforcement de la mise en œuvre de l'offre des paquets des services essentiels de base de qualité pour la mère, le nouveau-né et l'enfant (CPN, accouchement propres et sûrs, CPoN, vaccination, PCIME, consultation d'enfants sains, etc.)
			Renforcement des systèmes de référence, contre référence et d'informations
			Mise en œuvre de la Stratégie de la SRAJ
			Elaboration des plans pluriannuels de réduction de morbidité et de mortalité de la mère, du nouveau-né, des adolescents et des jeunes
			Renforcement de la surveillance des décès maternels et néo-natal et riposte (SDMR)
			Actualisation du plan d'action budgétisé de PF et son opérationnalisation
			Elaboration de la stratégie multisectorielle de la santé sexuelle reproductive, des adolescents et jeunes
			Gratuité de l'accès à la contraception
			Prise en charge des problèmes prioritaires de santé de la reproduction (infertilités, Violences Basées sur le Genre, les Infections Sexuellement Transmissibles, soins complets d'avortement, etc.)
			Promotion de la parentalité responsable

Programme	Objectif général	Objectif spécifique	Action prioritaire
			Promotion des pratiques appropriées de l'alimentation et de la bonne nutrition de la femme enceinte et allaitante, de la mère, du nouveau-né, du nourrisson, du jeune enfant, de l'adolescent, du jeune et des personnes âgées
			Promotion de la mise au sein précoce et de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois
			Renforcement de la prévention et de la prise en charge de la malnutrition sous toutes ses formes
			Renforcement de l'intersectorialité dans le domaine de la nutrition en collaboration avec l'Agence Nationale de l'Alimentation et de la Nutrition (ANAN) et les autres secteurs
		Promouvoir la santé communautaire	Elaboration/actualisation et mise en œuvre des documents stratégiques et opérationnels de la santé communautaire
			Renforcement de la fonctionnalité du cadre multisectoriel pour la gestion de la santé communautaire
		Améliorer la qualité des soins et de vie des personnes âgées	Développement d'un réseau hospitalier pour la disponibilité d'une offre de soins de santé de référence à vocation sous régionale y compris les pôles de compétences
			Renforcement de la mise en œuvre de l'assurance qualité à tous les niveaux
			Institutionnalisation et obligation de la certification des établissements de soins et l'accréditation des professionnels
			Développement des services cliniques pour la prise en charge des personnes âgées
			Promotion de l'autonomie à domicile des personnes âgées en menant des actions sociocommunautaires
			Développement de la gériatrie sociale en mettant en place des filets sociaux avec l'appui du MASM
		Prévenir et lutter contre les maladies	Renforcement de l'hygiène hospitalière
			Mise en place d'un mécanisme de coordination multisectorielle opérationnelle en faveur de l'hygiène et de l'assainissement de base
			Développement d'un mécanisme d'implication et de participation active des populations en matière de l'hygiène et de l'assainissement de base
			Opérationnalisation de la loi sur l'hygiène publique
			Promotion du Wash, le Wash- FIT et de la lutte contre les maladies hydro fécales
			Promotion des mesures de lutte contre les maladies climato sensibles
			Renforcement de la lutte contre les infections associées aux soins

Programme	Objectif général	Objectif spécifique	Action prioritaire
			Renforcement de la surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR)
			Renforcement des capacités de réponse au VIH, à la tuberculose, au paludisme, aux maladies diarrhéiques, aux IRA, aux hépatites et aux autres maladies transmissibles
			Renforcement de la collaboration et de l'implication du secteur privé dans la prise en charge des maladies transmissibles
			Actualisation et mise en œuvre des plans stratégiques de lutte contre les MNT et leurs facteurs de risques ainsi que les soins palliatifs
			Renforcement de la collaboration multisectorielle de lutte contre les MNT
			Renforcement des capacités de prise en charge des maladies non transmissibles à tous les niveaux
			Renforcement de la prise en charge des malades relevant des soins palliatifs
			Promotion de l'offre des soins de réadaptation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
			Renforcement de la collaboration intersectorielle de lutte contre les MTN
			Renforcement de la prévention et la prise en charge des MTN
			Promotion d'une communication pour un changement de comportement des populations vis-à-vis des MTN
			Renforcement des services de vaccination de routine et des campagnes de vaccination y compris les vaccins contre le paludisme et l'hépatite B
			Introduction des nouveaux vaccins selon le cycle de vie
			Dynamisation du fonctionnement des instances de coordination en appui au PEV
			Mise à l'échelle du système logistique optimisé pour la chaîne d'approvisionnement des vaccins et consommables vaccinaux
			Renforcement de la gestion des MAPI
			Renforcement de la capacité du système de santé à assurer la préparation, la prévention et une riposte prompte face aux crises, catastrophes, urgences sanitaires et aux menaces d'épidémies
			Meilleur fonctionnement des instances de coordination de la lutte contre les crises et urgences sanitaires
			Renforcement de la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International 2005
			Dotation du système de santé de capacité d'adaptation et de résilience aux changements climatiques

Programme	Objectif général	Objectif spécifique	Action prioritaire
		Renforcer la promotion de la santé	Renforcement de la communication en appui à la lutte contre les problèmes prioritaires de santé
			Prévention des facteurs de risques des accidents et promotion d'un mode de vie sain
			Plaidoyer pour l'amélioration du cadre réglementaire (lutte contre tabagisme, toxicomanie, pollution environnementale, sécurité sanitaire des aliments...) et pour la prise en compte de la promotion de la santé dans les plans sectoriels
			Elaboration d'un plan quinquennal sur la promotion de la santé
			Promotion de la santé et de la sécurité au travail
			Renforcement des interventions sur les déterminants de la santé
Programme budgétaire 3 : Offre et accès aux soins de santé	Objectif général 3 : Renforcer les infrastructures, les équipements, les produits de santé de qualité et de la médecine traditionnelle	Assurer la disponibilité des infrastructures et des équipements selon les normes dans les structures de santé	Amélioration de la couverture en infrastructures sanitaires répondant aux normes et adaptées aux changements climatiques et aux personnes vivant avec un handicap
			Sécurisation des domaines des formations sanitaires (actes de donation, titres fonciers, clôtures etc.)
			Actualisation du plan de réhabilitation et de construction des infrastructures
			Elaboration et mise en œuvre d'un plan national d'équipement et de maintenance conformément aux normes en y intégrant le renforcement des capacités, les dimensions genre, environnement et adaptation aux changements climatiques, les matériels et équipements informatiques et télécoms en lien avec la décentralisation et la déconcentration
			Disponibilité permanente de l'eau et de l'énergie électrique dans les formations sanitaires
		Assurer la maintenance des infrastructures sanitaires et des équipements	Elaboration/actualisation et mise en œuvre d'un plan de maintenance des matériels, équipements médico-techniques, chaînes du froid, des matériels roulants et équipements informatiques et télécoms en intégrant les dimensions genres, environnements et adaptation aux changements climatiques
			Mise en place et fonctionnement du système de Gestion de la Maintenance Assistée par Ordinateur (GMAO).
			Opérationnalisation de la plateforme de comptabilité matière au niveau du secteur
			Développement des formations pour l'amélioration de l'exploitation et de la maintenance des infrastructures de santé et du dispositif de santé
		Rendre disponibles les produits de santé de qualité	Mise en œuvre du plan d'opérationnalisation des réformes du sous-secteur pharmaceutique
			Renforcement de la lutte contre les produits falsifiés ou de qualité inférieure

Programme	Objectif général	Objectif spécifique	Action prioritaire	
			Disponibilité et accessibilité des produits de santé y compris les médicaments orphelins et rares	
			Traçabilité des produits de santé conformément aux standards internationaux	
			Disponibilité des produits sanguins labiles et de la sécurité transfusionnelle ;	
			Disponibilité permanente des fluides médicaux au niveau des formations sanitaires	
			Accroissement/promotion des capacités diagnostiques dans le pays y compris les technologies	
			Promotion de la production locale des médicaments génériques et des médicaments traditionnels améliorés	
			Disponibilité permanente des vaccins et consommables vaccinaux.	
			Contrôle de qualité des produits de santé et contrôle de qualité de l’eau de consommation fournie par les structures productrices et distributrices	
			Contribution à la lutte contre la vente de l’eau non conforme aux normes	
			Promotion de la médecine traditionnelle	
			Promotion des plantes médicinales	
			Renforcement du partenariat entre les tradipraticiens et le secteur pharmaceutique et le secteur de la recherche en santé	
			Renforcer l’assistance médicale aux personnes vulnérables et développer les pôles d’excellence	Protection sanitaire
				Assistance aux hémodialysés
				Missions médico-chirurgicales
				Développement des pôles d'excellence
				Assistance aux personnes souffrant de troubles psychiques

6. MODALITES DE FINANCEMENT ET DE MISE EN ŒUVRE

6.1. Mécanisme de financement

L'estimation du coût et les scénarii de financement du PNDS 2026-2030 ont été faits à l'aide de l'outil One Health. Suivant les impacts projetés trois scénarii ont été développés. Les éléments récapitulatifs au terme du PNDS en 2029 sont les suivants :

Tableau 18 : Récapitulatif des trois scénarii

Scénario	Montant global de 2026 à 2030 en milliers de F CFA	Indicateurs d'impact par scénario	Choix probable de scénario
Scénario1 de base	632 093 809	Le ratio de mortalité maternelle passe de 391 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2018 (EDS 2017-2018) à 349 pour 100 000 naissances vivantes en 2030 Le taux de mortalité néonatale passe de 23 décès pour 1000 naissances vivantes en 2022 (MICS 2021-2022) à 15 décès pour 1000 naissances vivantes en 2030 Le taux de mortalité infanto-juvénile passe de 80 décès pour 1000 naissances vivantes en 2022 (MICS 2021-2022) à 52 décès pour 1000 naissances vivantes en 2030	Choix peu ambitieux
Scénario 2 tendanciel	832 865 003	Le ratio de mortalité maternelle passe de 391 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2018 (EDS 2017-2018) à 292 pour 100 000 naissances vivantes en 2030 Le taux de mortalité néonatale passe de 23 décès pour 1000 naissances vivantes en 2022 (MICS 2021-2022) à 14 décès pour 1000 naissances vivantes en 2030 Le taux de mortalité infanto-juvénile passe de 80 décès pour 1000 naissances vivantes en 2022 (MICS 2021-2022) à 49 décès pour 1000 naissances vivantes en 2030	Choix moins ambitieux
Scénario3 optimiste	996 391 637	Le ratio de mortalité maternelle passe de 391 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2018 (EDS 2017-2018) à 236 pour 100 000 naissances vivantes en 2030 Le taux de mortalité néonatale passe de 23 décès pour 1000 naissances vivantes en 2022 (MICS 2021-2022) à 13 décès pour 1000 naissances vivantes en 2030 Le taux de mortalité infanto-juvénile passe de 80 décès pour 1000 naissances vivantes en 2022 (MICS 2021-2022) à 47 décès pour 1000 naissances vivantes en 2030	Choix ambitieux (Choix probable)

Source : DPAF (estimation One Health basée sur les données de l'EDS 2017-2018 et MICS 2021-2022)

6.1.1. Coût prévisionnel global du PNDS 2026-2030

Parmi les trois scénarii de financement évalués à partir de l'outil One Health, le scénario 3 a été retenu car ayant reçu l'adhésion de toutes les parties prenantes, en raison des objectifs projetés en termes d'indicateurs d'impact et de la capacité de mobilisation des ressources financières du pays.

En effet, selon ce scénario optimiste, le coût global prévisionnel du PNDS 2026-2030 est estimé à neuf cent quatre-vingt-seize milliards trois cent quatre-vingt-onze millions six cent trente-sept mille (996 391 637 000) de F CFA soit un milliard six cent soixante millions six cent cinquante-trois

mille (1 660 653 000) dollars US. La synthèse des ressources financières mobilisées au profit du secteur sanitaire à travers les aides internationales des PTF²¹ pour le financement du secteur au cours de l'année 2024 était de 28 748 000 000 FCFA. Selon les Cadres de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) de 2025 à 2027, le taux moyen de croissance des prévisions est de 4% sur la période 2026 à 2027. Les estimations des CDMT pour les années 2028 à 2030 et celles des ressources mobilisables auprès des PTF au profit du secteur sur la période de 2026 à 2030 ont été faites sur la base de ce taux moyen de croissance. Ces projections montrent qu'il faut d'ici 2030 mobiliser **771,241** milliards de FCFA pour les CDMT et **161,937** milliards de FCFA auprès des PTF, soit au total **933,178** milliards de FCFA représentant 94% du budget total du PNDS.

Tableau 19 : Possibilité de mobilisation de ressources de 2026-2030 (en millions de francs CFA)

Source	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
BN	150 111	149 108	151 212	157 260	163 550	771 241
PTF	29 898	31 094	32 338	33 631	34 976	161 937
Total	180 009	180 202	183 550	190 891	198 526	933 178

Source : Evolution CDMT avec la cartographie des ressources 2024

Le tableau récapitulatif ci-dessous présente les ressources nécessaires pour la mise en œuvre du PNDS 2026-2030 par orientation stratégique. Le cadre programmatique budgétisé détaillé par action est présenté en annexes.

²¹ Il s'agit des dons non captés par le CDMT mais qui sont pris en compte par la cartographie des ressources

Tableau 20 : Répartition du budget par orientation, programme et axe stratégiques (en milliers de FCFA)

Budget global	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
	231 707 987	173 278 628	234 326 721	178 094 846	178 983 455	996 391 637
Orientation Stratégique (OS1) : Renforcement de la gouvernance du secteur santé	42 360 494	42 687 588	43 048 013	43 356 106	43 727 265	215 179 466
Programme budgétaire 1 : Pilotage et Soutien aux services du MS	42 360 494	42 687 588	43 048 013	43 356 106	43 727 265	215 179 466
Axe Stratégique 1 : Développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé	2 290 986	2 397 228	2 508 581	2 625 298	2 747 640	12 569 733
Axe Stratégique 2 : Valorisation des ressources humaines en santé	35 016 283	35 185 042	35 381 389	35 519 396	35 714 187	176 816 297
Axe Stratégique 3 : Amélioration du système d'information sanitaire, de la promotion de la recherche et de l'innovation en santé	4 966 858	5 018 088	5 069 940	5 122 428	5 175 565	25 352 879
Axe Stratégique 4 : Amélioration du mécanisme de financement pour une meilleure couverture universelle en santé	86 367	87 230	88 103	88 984	89 873	440 557
Orientation Stratégique (OS2) : Amélioration de la prestation de service et de la qualité des soins	10 913 618	10 988 474	11 073 888	11 136 830	11 223 265	55 336 075
Programme budgétaire 2 : Prévention et Sécurité sanitaire	10 913 618	10 988 474	11 073 888	11 136 830	11 223 265	55 336 075
Axe Stratégique 5 : Prestation de service et amélioration de la qualité des soins	10 913 618	10 988 474	11 073 888	11 136 830	11 223 265	55 336 075
Orientation Stratégique (OS3) : Amélioration de la disponibilité en infrastructures équipements, et produits de santé	178 433 875	119 602 566	180 204 820	123 601 910	124 032 925	725 876 096
Programme budgétaire 3 : Offre et accès aux soins de santé	178 433 875	119 602 566	180 204 820	123 601 910	124 032 925	725 876 096
Axe Stratégique 6 : Développement des infrastructures, des équipements, des produits de santé de qualité et de la médecine traditionnelle	178 433 875	119 602 566	180 204 820	123 601 910	124 032 925	725 876 096

L'analyse du tableau ci-dessus fait ressortir que le programme budgétaire 3 intitulé « **Offre et accès aux soins de santé** » est celui qui nécessite la plus grande part du budget du PNDS 2026-2030 ; soit 72,9% contre 21,6% pour le programme 1 et 5,6% pour le programme 2. Cela s'explique par le volume des ressources nécessaires à la réalisation des infrastructures, de la maintenance et à l'acquisition des équipements, des médicaments et des consommables médicaux qui représentent une part importante des dépenses dans le secteur de la santé.

6.1.2. Mobilisation et disponibilité des ressources financières

Le financement du PNDS 2026-2030 sera assuré par le budget de l'Etat, les Partenaires Techniques et Financiers, les collectivités territoriales et le secteur privé. La mobilisation et la disponibilité des ressources publiques pour le financement des interventions du PNDS 2026-2030 se feront à travers les trois instruments programmatiques que sont le Programme d'Investissements Publics (PIP), le Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses (DPPD) et les Projets Annuels de Performance (PAP). Des plaidoyers seront développés auprès du Ministère en charge de l'Economie et des Finances en vue d'une mobilisation adéquate des ressources.

La première source de financement du PNDS 2026-2030 proviendra du Budget de l'Etat. Durant la période de mise en œuvre, il est attendu de l'Etat un effort d'accroissement de la part du Budget du Ministère de la Santé dans le Budget Général de l'Etat.

Le Ministère de la Santé veillera à l'utilisation efficiente desdites ressources financières en se conformant aux principes de redevabilité et de gestion axée sur les résultats. Des audits financiers annuels de l'ensemble des financements seront effectués et des rapports financiers périodiques seront élaborés afin de renforcer l'obligation de rendre compte. De même, des contrôles par les corps de contrôle de l'Etat seront maintenus et renforcés.

6.1.3. Besoins en ressources financières

Au regard des défis et enjeux identifiés, il est souhaité que des efforts supplémentaires soient faits pour augmenter les ressources en faveur du secteur. Pour cela, il faut :

- actualiser la stratégie nationale de financement de la santé ;
- finaliser la carte sanitaire ;
- produire régulièrement les comptes de santé ;
- développer des financements innovants en faveur de la santé ;
- mettre à l'échelle le volet assurance maladie obligatoire de l'ARCH et ;
- promouvoir le financement de la santé communautaire.

Le niveau annuel des ressources financières nécessaires pour la mise en œuvre du PNDS 2026-2030 suivant l'outil One Health est de l'ordre de 199,278 milliards de francs CFA. Le niveau de ressources mobilisables par année est d'environ 186,636 milliards de FCFA. Il est en-dessous des 199,278 milliards de FCFA nécessaires par année pour la mise en œuvre du PNDS. La mobilisation du niveau complémentaire de ressources financières (12,642 milliards de FCFA par an) est donc nécessaire pour le Ministère de la Santé. Elle fera l'objet de plaidoyers spécifiques.

6.2. Cadre institutionnel de mise en œuvre

6.2.1. Dispositif de mise en œuvre

Le suivi de la mise en œuvre du PNDS sera assuré par deux organes à savoir : le comité national de pilotage et d'orientation du PNDS et le comité national de suivi de la mise en œuvre du PNDS avec une structure déconcentrée qu'est le comité départemental de suivi de la mise en œuvre du PNDS. En outre, ce suivi s'appuiera sur des instances principales déjà existantes dont certaines ont des démembrements aux niveaux intermédiaire et périphérique. Il s'agit de :

- Comité des Directeurs ;
- CODIR élargi aux acteurs des départements et zones sanitaires ;
- Cadre de concertation des Partenaires Techniques et Financiers et du Ministère de la Santé ;
- Revue Annuelle Conjointe de performance du secteur de la santé.

La coordination de l'ensemble des orientations stratégiques et des axes d'intervention relève de l'autorité du Ministre de la Santé qui délègue cette responsabilité de la manière suivante :

- la coordination des programmes relevant d'une seule direction est assurée par le responsable de cette dernière ;
- la coordination de chaque programme budgétaire est assurée par le responsable du programme budgétaire concerné et ;
- la fréquence de tenue de chaque instance de coordinations et les acteurs qui y prennent part sont précisés par le texte qui la régit.

La gestion du PNDS relève des trois niveaux de la pyramide sanitaire à savoir les niveaux périphérique, intermédiaire et central. Elle privilégie la collaboration entre directions ou services pour l'atteinte des objectifs des programmes de développement et met l'accent sur le transfert des ressources selon la décentralisation et la déconcentration.

En tenant compte des responsabilités institutionnelles et de la réforme budgétaire en cours, le PNDS sera opérationnalisé à travers les Documents de Programmation Pluriannuelles des Dépenses (DPPD), les Projets Annuels de Performance (PAP) et les Plans Triennaux de Développement (PTD) des programmes budgétaires, des DDS et des zones sanitaires. Afin d'assurer un meilleur suivi des domaines, les Responsables de Programmes budgétaires sont nommés et accompagnés par des unités d'appui aux programmes métiers.

Ainsi, conformément aux dispositions de la nouvelle loi organique relative aux finances, LOLF 2013, il est fait obligation à chaque pays de l'UEMOA de retenir au plus cinq (05) programmes budgétaires. Au Bénin, trois programmes budgétaires sont retenus pour le secteur santé. Ainsi, les six piliers du système de santé, représentés par les axes stratégiques du PNDS 2026-2030 sont répartis en trois programmes budgétaires.

6.2.2. Synergies et rôles des acteurs

6.2.2.1. Synergie entre acteurs

L'approche multisectorielle de mise en œuvre du PNDS impose constamment une coordination intersectorielle efficace pour assurer les chances de réussite des interventions prévues et espérer l'atteinte des objectifs déclinés. Cette synergie d'action intersectorielle doit être bâtie autour d'une clarification des rôles et responsabilités des différents acteurs sectoriels pour assurer le suivi, la coordination et l'évaluation des résultats attendus. Elle doit couvrir les contributions des autres secteurs via la prise en compte de la santé comme une thématique transversale dans leurs documents de politique et stratégies sectorielles.

La synergie intersectorielle doit être renforcée entre les ministères en charge de la santé, des armées, de la sécurité et de l'intérieur, de l'agriculture de l'élevage et de la pêche, du cadre de vie et des transports, des affaires sociales, de la décentralisation, du sport et de l'éducation. A travers les différentes structures ministérielles tant au niveau national qu'aux niveaux déconcentré et décentralisé, cette synergie doit pouvoir mutualiser les efforts pour prévenir et anticiper sur la gestion des crises sanitaires majeures dans le cadre de l'approche « une seule santé ». La gestion de ces urgences sanitaires nécessite une véritable collaboration entre ces différents acteurs. Elle permettra de mettre en place des cadres collaboratifs pertinents et des outils pour mieux évaluer les interventions dans ce domaine.

Les PTF constituent également des acteurs clés dans la mise œuvre du PNDS à travers l'expertise qu'ils fournissent et les ressources qu'ils mettent à disposition. Cette synergie recherchée doit se traduire par l'effectivité d'une planification intégrée et unique des interventions. La synergie doit s'étendre également aux acteurs du privé, des collectivités locales, de la société civile et des communautés à la base.

En termes de financement, une synergie collaborative rigoureuse devra être instituée entre les ministères en charge de la santé et ceux en charge de l'économie et des finances et des affaires étrangères afin d'assurer la mobilisation des ressources nécessaires. Cela facilitera la mise en œuvre du PNDS, l'allocation efficiente aux domaines prioritaires et l'élaboration des outils de suivi, tout en veillant à la prise en compte des besoins nouveaux et des opportunités de financement qui se présenteront au cours de la période 2026 - 2030.

6.2.2.2. Rôle des acteurs

Le rôle de chaque acteur de mise en œuvre du PNDS est décliné ainsi qu'il suit :

- **Rôle du Gouvernement**

Le Gouvernement est responsable de la réalisation des objectifs du PNDS 2026-2030. Il l'adopte et assure sa mise en œuvre à travers le Ministère de la Santé qui en est le maître d'œuvre. Le Gouvernement est responsable de la mobilisation des financements intérieurs. Il assure la mobilisation des ressources substantielles extérieures auprès des Partenaires Techniques et Financiers nécessaires pour la mise en œuvre du PNDS.

Le Ministère de la Santé par son rôle régulateur, affirme son leadership, coordonne toutes les interventions et assure le suivi, l'évaluation et la revue.

- **Rôle des autres ministères sectoriels**

Les autres ministères sectoriels vont accompagner le Ministère de la Santé dans la mise en œuvre du PNDS. Ils travailleront en collaboration avec le Ministère de la Santé pour assurer une prise en charge globale des problèmes de santé, en tenant compte des déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé.

- **Rôle des collectivités territoriales**

Les mairies participent à la mise en œuvre du PNDS. Elles accompagnent le secteur dans la promotion de la santé communautaire. Elles ont dans leur domaine de compétence la construction/réhabilitation des centres de santé et peuvent recruter et mettre à disposition du personnel de santé au profit de la population. Le suivi de la mise en œuvre sera assuré par le maire sous l'autorité technique du médecin chef de la commune.

- **Rôle des Partenaires Techniques et Financiers**

Les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) accompagnent les efforts du Gouvernement et lui fournissent l'appui nécessaire pour la mise en œuvre, la réalisation et le suivi-évaluation du PNDS.

- **Rôle du secteur privé**

Le secteur privé accompagne la mise en œuvre du PNDS en s'alignant sur ses orientations et en respectant les normes de prestations des services et soins. Il peut accompagner le Gouvernement dans la mobilisation des ressources nécessaires à la réalisation des objectifs fixés.

- **Rôle de la Société Civile**

La Société Civile doit accompagner le Gouvernement à travers la sensibilisation de la population et la diffusion des informations relatives à la promotion de la santé.

- **Rôle des communautés à la base**

Les communautés à la base à travers les Comités de Gestion des établissements de santé (COGECS, COSA, CA), les CoLoSS, les leaders d'opinion, les relais communautaires, entres autres, doivent à travers l'engagement communautaire, accompagner le secteur santé dans la mise en œuvre des différentes initiatives les concernant (santé communautaire, la notification des problèmes de santé publique aux autorités sanitaires, l'utilisation des services de santé, l'adhésion à l'ARCH, la formulation des plaintes, etc.).

6.3. Dispositif de suivi évaluation

6.3.1. Coordination et suivi évaluation

Pour assurer la coordination du PNDS, les organes ci-dessous devront être mis en place.

6.3.1.1. Comité national de pilotage et d'orientation

Placé sous l'autorité directe du Ministre de la santé ou son représentant, le comité national de pilotage et d'orientation est composé d'entités issues du secteur public (cadre de vie, agriculture, éducation, affaires sociales, justice, décentralisations, intérieur, défense, finances, sport,

affaires étrangères, énergie et eau, numérique), du secteur privé, des organisations de la société civile et des Partenaires Techniques et Financiers. Le comité national de pilotage et d'orientation est chargé d'orienter et de suivre la mise en œuvre des interventions. A ce titre, il doit : (i) servir de cadre permanent de concertation sur la mise en œuvre du PNDS ; (ii) veiller à l'implication effective de tous les acteurs concernés dans la mise en œuvre du PNDS ; (iii) servir de cadre de mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre du PNDS et (iv) apprécier le degré d'atteinte des résultats du PNDS.

Il se réunit au moins une fois par an pour faire le point de la mise en œuvre et donner des orientations. Un décret précisera sa composition, son organisation et son fonctionnement. Le comité de pilotage transmettra les rapports d'exécution à l'ARS pour avis.

6.3.1.2. Comité national de suivi de la mise en œuvre du PNDS

Présidé par le SGM, le comité de suivi implique l'ensemble des acteurs et partenaires techniques et financiers du système de santé. Ce comité est chargé de : (i) donner un avis technique sur les PTD et plans opérationnels du PNDS ; (ii) développer un cadre harmonisé de planification et de budgétisation sanitaire au niveau national ; (iii) assurer la coordination de l'élaboration des différents plans et programmes des différentes structures ; (iv) donner un avis technique sur la mise en œuvre des plans opérationnels annuels ; (v) valider les rapports de progrès du PNDS ; (vi) s'assurer de l'application des dispositions de l'arrêté portant l'AOF du comité de suivi.

Le secrétariat de ce comité est assuré par la DPAF. Ce comité se réunit au moins une fois par semestre. Un arrêté ministériel fixera la composition, l'organisation et le fonctionnement dudit comité.

6.3.1.3. Comité départemental de suivi de la mise en œuvre du PNDS

La mise en œuvre du PNDS fera l'objet d'un suivi par un comité départemental de suivi placé sous la présidence du Préfet du département. Ce comité départemental impliquera les collectivités territoriales du département, les directions départementales et les différents acteurs de la santé. Son secrétariat est assuré par la Direction départementale de la santé. Il est chargé d'assurer au niveau départemental, par délégation, les missions du comité national du suivi de la mise en œuvre du PNDS au niveau national.

6.3.2. Mécanisme de suivi et d'évaluation

Le mécanisme de suivi consiste en :

- la collecte des données ;
- le traitement et l'analyse des données ;
- la rédaction des rapports ;
- la transmission des rapports.

Les outils de suivi sont entre autres, les rapports d'activités, les rapports de performance, les tableaux de bord, les cahiers de charge, les rapports et comptes rendus de réunions, les rapports d'enquêtes nationales et rapport d'évaluation du PNDS.

6.3.3. Rôle des acteurs

Le rôle de chaque acteur de mise en œuvre du PNDS est décliné ainsi qu'il suit :

➤ Rôle du Gouvernement

Le niveau central de l'administration sanitaire (le Cabinet, les Directions Centrales et Techniques, les Agences), les Directions Départementales et les Zones Sanitaires sont responsables, chacun en ce qui le concerne, de la collecte, du traitement, de la synthèse, de l'analyse et de la transmission des données nécessaires pour le suivi-évaluation. Par ailleurs, le Gouvernement à travers les différentes structures déconcentrées est chargé de veiller à la mise en œuvre des recommandations issues des différentes instances.

➤ Rôle des Partenaires Techniques et Financiers

Les interventions des Partenaires Techniques et Financiers dans le suivi-évaluation s'inscrivent dans le domaine de la mobilisation des ressources nécessaires (financières, matérielles, techniques, etc.). Par ailleurs, ils doivent fournir toutes les informations liées à leurs interventions.

➤ Rôle du secteur privé

Le secteur privé doit mettre à disposition les informations nécessaires à travers la transmission régulière des rapports mensuels d'activités. En outre, les représentants du secteur privé doivent participer aux instances de suivi-évaluation auxquelles ils sont invités.

➤ Rôle de la Société Civile

La Société Civile doit assurer une fonction de veille, de mise en œuvre des décisions issues des instances la concernant et de leur suivi. Elle doit également assurer la retro information à l'endroit de la population.

➤ Rôle des communautés à la base

Les communautés à la base doivent contribuer à la remontée des données au système d'information sanitaire afin d'avoir une situation réelle. Elles assurent également le rôle de veille citoyenne.

6.3.4. Evaluation du PNDS

Dans le cadre de l'évaluation du PNDS 2026-2030, il est prévu une évaluation à mi-parcours en 2027 et une évaluation finale en 2029 en vue de mieux préparer l'évaluation des ODD. L'évaluation à mi-parcours permettra d'apprécier le niveau d'atteinte des indicateurs de couverture et d'effets. L'évaluation finale permettra d'apprécier le niveau d'atteinte des objectifs du PNDS, de mesurer les indicateurs d'impacts et d'orienter l'élaboration d'un nouveau PNDS. Plusieurs acteurs interviennent dans l'évaluation du PNDS. Il s'agit du Gouvernement, des Partenaires Techniques et Financiers, du Secteur Privé, de la Société Civile et des Communautés à la base. Certains outils d'évaluations sont déjà élaborés dans le PNDS : le Cadre logique, la Théorie du changement, le cadre de mesure de la performance.

6.4. Cadre de mesure de la performance

Il est détaillé dans le tableau ci-dessous :

Tableau 21 : Cadre de mesure de performance

N°	Libellé des indicateurs	Type d'indicateur	Unité	Sources de vérification/ suivi-évaluation	Base			Période de 2026-2030					Périodicité des rapports (an)	Observation	
					Année	Valeur	Source de l'information	Prévu 2026	Prévu 2027	Prévu 2028	Prévu 2029	Prévu 2030			
Programme budgétaire 1 : Pilotage et Soutien aux services du MS															
Axe Stratégique (AS1) : Développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé															
1	Proportion de structures auditées sur la gestion des ressources	Extrant	%	Archives IGM, SGM, DPAF, rapports d'audits	2022	46,72	Rapports d'audits	58,36	61,27	64,18	67,09	70	Annuelle		
2	Proportion des grandes instances tenues à bonne date	Extrant	%	Rapports sessions (réunion, CODIR, réunions MS/PTF, CNEEP,...), rapport de performance	2022	70,4	Rapport de l'évaluation du PNDS 2018-2022	80,2	82,65	85,1	87,55	90	Annuelle	Voir la liste des grandes instances	
3	Proportion de monitorings réalisés	Extrant	%	DHIS2, Rapports d'auto évaluation	2022	83,8	DHIS2, Rapports d'auto évaluation	69	76,75	84,5	92,25	100	Semestrielle		
4	Proportion des AP du PNDS mises en œuvre par les Structures	Effet	%	Rapport d'évaluation du PNDS	2022	38,23	Rapport de performance du Secteur, rapports d'auto évaluation des structures	35	50	65	80	95	Annuelle		

5	Proportion de postes de direction occupés par les femmes au niveau décisionnel du Ministère de la Santé	Extrant	%	Rapports d'activités CGE, SGRHTE	2022	17,42	Rapports d'activités SGRHTE	33,55	37,66	42	46	50	Annuelle	
Axe Stratégique (AS2) : Valorisation des ressources humaines en santé														
6	Nombre d'infirmiers pour 10000hbts	Effet		Rapports d'activités du SGRHTE/DP AF	2022	4,68	Rapports d'activités du SGRHTE/DP AF et CNPS 2021	6,34	6,64	6,94	7,24	7,54		
7	Nombre de sages-femmes pour 10000 FAP	Effet	%	Rapports d'activités du SGRHTE/DP AF	2022	1,67	Rapports d'activités du SGRHTE/DP AF et CNPS 2021	3,28	3,58	3,88	4,18	4,48		
8	Nombre de médecins pour 10000hbts	Effet	%	Rapports d'activités du SGRHTE/DP AF	2022	2,55	Rapports d'activités du SGRHTE/DP AF et CNPS 2021	4,22	4,52	4,82	5,12	5,42		
9	Couverture des besoins en agents qualifiés	Effet	%	Rapports d'activités du SGRHTE/DP AF	2022	60	Rapports d'activités du SGRHTE/DP AF	13,84	14,74	15,64	16,54	17,44		
10	Couverture des besoins en formation	Effet	%	Rapports d'activités du SGRHTE/DP AF	2022	56	Rapports d'activités du SGRHTE/DP AF	68	71	74	77	80	Annuelle	
11	Proportion d'agents dont les actes de carrière sont à jour	Effet	%	Rapports d'activités du SGRHTE/DP AF	2022	91	Rapports d'activités du SGRHTE/DP AF	93	93,5	94	94,5	95	Annuelle	

Axe Stratégique (AS3) : Amélioration du système d'information sanitaire et promotion de la recherche en santé

12	Proportion des Structures/Projets/Programmes élaborant leur Plan d'Actions sur la base de l'information sanitaire	Effet	%	DPAF	2022	65	DPAF	82,5	86,87	91,25	95,62	99,99	Annuelle	
13	Proportion de rapports déposés par les chercheurs ayant obtenu une autorisation de mise en œuvre de protocole à la Direction en charge de la recherche en santé.	Intrant	%	DFRS	2022	60	DFRS	75	78,75	82,5	86,25	90	Annuelle	
14	Proportion de formations sanitaires privées intégrées dans le SNIGS	Effet	%	DPAF; DNSP	2022	28,38	DPAF; DNSP	44,19	48,14	52,1	56,05	60	Biennale	
15	Proportion de documents d'informations sanitaires disponibles sur le site web	Intrant	%	DSI	2022	90	DSI	95	96,25	97,5	98,75	100	Annuelle	

Axe Stratégique (AS4) : Amélioration du mécanisme de financement pour une meilleure couverture universelle en santé

16	Part du budget de la Santé dans le Budget Général de l'Etat	Intrant	%	Rapport de performance du MS et l'ASS	2022	4,94	ASS	9,97	11,23	12,48	13,74	15	Annuelle	La Déclaration d'Abuja de 2000 recommande que ce taux soit au moins à 15%
----	---	---------	---	---------------------------------------	------	------	-----	------	-------	-------	-------	----	----------	---

17	Proportion de personnes vulnérables prises en charge par le volet assurance maladie de l'ARCH	Effet	%	MASM, ANPS, ARCH	2022	30	MASM	55	61,25	67,5	73,75	80	Annuelle	
18	Taux de couverture en assurance maladie	Extrant	%	EDS, rapport d'activités ANPS	2022	35	Rapport d'activités ANPS	47,5	50,62	53,75	56,87	59,99	Annuelle	
19	Dépenses publiques de santé par habitant	Effet	FCFA/Ha bt	Comptes de Santé (CS)	2022	29	Comptes de Santé (CS)	42,5	45,87	49,25	52,62	55,99	Annuelle	Norme selon l'OMS est de 56 USD
20	Taux d'ordonnancement du budget du ministère de la santé	Intrant	%	ASS, rapport de performance	2022	64,5	ASS	100	100	100	100	100	Annuelle	L'idéal est d'avoir 100%
Programme budgétaire 2 : Prévention et Sécurité sanitaire														
Axe Stratégique (AS5) : Prestation de service et amélioration de la qualité des soins														
21	Taux de fréquentation des services de santé	Effet	%	ASS	2022	61,3	ASS	65,65	66,74	67,83	68,91	69,99	Annuelle	
22	Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH recevant les ARV pour prévenir la transmission mère enfant du VIH	Extrant	%	Rapport de monitoring PSLs, ASS	2022	99,69	Rapport de monitoring PSLs	≥95	≥95	≥95	≥95	≥95	Annuelle	

23	Taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant	Effet	%	Rapport d'étude sur le taux de transmission du VIH (PTME)	2021	3,03	Rapport d'étude sur le taux de transmission du VIH (PTME)	<2	<2	<2	<2	<2	Annuelle	
24	Proportion de PVVIH sous ARV	Extrant	%	Rapport de monitoring PSLs	2022	86,91	Rapport de monitoring PSLs	90	92,5	95	≥95	≥95	Annuelle	Rapport de monitoring PSLs
25	Létalité due au paludisme	Effet	‰	ASS	2022	1,3	ASS	0,75	0,61	0,48	0,34	0,2	Annuelle	
26	Incidence du paludisme	Effet	‰	ASS	2022	219	ASS	197	148	99	49	0	Annuelle	
27	Pourcentage de femmes enceintes ayant dormi sous MIILD la nuit précédant l'enquête	Effet	%	EDS, MICS, MIS	2022	58,4	MICS 2021-2022			95		95	Biennale	
28	Pourcentage d'enfants de moins de 05 ans ayant dormi sous MIILD la nuit précédant l'enquête	Effet	%	EDS, MICS, MIS	2022	65	MICS 2021-2022			95		95	Biennale	
29	Taux de succès thérapeutique des cas bactériologiquement confirmés (nouveaux et rechutes)	Extrant	%	Rapport annuel PNT	2022	90	Rapport annuel PNT	≥90	≥90	≥90	≥90	≥90	Annuelle	L'objectif est de maintenir ce taux à au moins 90% jusqu'en 2030.

30	Prévalence de l'infection chronique à Virus de l'Hépatite B	Impact	%	ASS ou rapport d'activités du PNLH	2022	DHIS 2	Enquête, PNLH	7,5	7	6,5	6	5,5	Biannuelle	Il n'y a pas de données de base faute d'enquête. Mais au niveau des donneurs de sang la prévalence est de 9,9% pour le VHB et de 4,12% pour le VHC
31	Prévalence de l'infection chronique à Virus de l'Hépatite C	Effet	%	Le rapport d'activités du PNLH	2022	DHIS 2	Enquête, PNLH	3	2	1,79	1,5	1,21	Biannuelle	
32	Proportion de personne vivant avec l'hépatite C chronique, éligible au traitement et mises sous traitement	Effet	%	ASS	2022	50	ASS	75	80	82	85	88	Annuelle	
33	Proportion de personnes vivant avec le virus de l'Hépatite B éligibles au traitement et mises sous traitement	Extrant	%	DHIS2	2022	53,1	DHIS2	61,55	63,66	65,77	67,88	69,99	Annuelle	
34	Prévalence de l'Hépatite B chez les femmes enceintes dépistées	Effet	%	ASS	2022	19	ASS	12	10,25	8,5	6,75	5	Annuelle	
35	Prévalence de HTA	Impact	%	Enquête STEPS	2015	25,9	Enquête STEPS	23,7	23,7	23,7	23,7	23,7	Quinquenna le	

36	Létalité liée aux maladies cardiovasculaires	Effet	%	ASS	2022	12	ASS	11	10,75	10,5	10,25	10	Annuelle	ODD 3: 10
37	Incidence brut des cancers (tous cancers confondus)	Effet	Pour 100 000	Registres cancer										
38	Prévalence de l'hyperglycémie	Effet	%	Enquête STEPS	2015	12,4	Enquête STEPS	12,25	12,25	12,25	12,25	12,25	Quinquennale	
39	Létalité liée au diabète	Effet	%	ASS	2022	1,6	ASS	1,05	0,91	0,78	0,64	0,5	Annuelle	ODD 3: 0,5
40	Nombre de communes endémiques à la Filariose lymphatique dans lesquelles le Traitement de masse est arrêté	Effet	Unité	Rapport d'activité PNLMT	2020	44	Rapport d'activité PNLMT	48	48	48	48	48	Annuelle	Le nombre de communes endémiques la Filariose lymphatique est de 48 sur 77
41	Prévalence de Schistosomiasis dans les communes endémiques	Effet	%	Rapport d'activité PNLMT	2022	4,52	Rapport d'activité PNLMT	4,26	4,19	4,13	4,06	3,99	Biennale	OMS: <10%
42	Prévalence des Géo helminthiases dans les communes endémiques	Effet	%	Rapport d'activité PNLMT	2022	5,66	Rapport d'activité PNLMT	4,83	4,62	4,42	4,21	4	Biennale	OMS: <20%
43	Prévalence de l'onchocercose dans les communes endémiques	Effet	%	Rapport d'enquête épidémiologique	2022	2,17	Rapport d'enquête épidémiologique						Biennale	

44	Prévalence du retard de croissance (modérée + sévère)	Impact	%	EDS, MICS,, Enquête SMART	2022	36,5	MICS 2022	2021-	23,25	19,94	16,63	13,31	9,99	Quinquennale	Seuil maximal recommandé par l'OMS en 2030: <10%
45	Taux d'accouchement assisté par le personnel qualifié	Effet	%	EDS, MICS, ASS, LQAS	2022	80,8	MICS 2022	2021-	89,9	92,17	94,45	96,72	98,99	Quinquennale	ODD3: 99 en 2030
46	Taux d'accouchement assisté par le personnel qualifié (PfoR)	Effet	%	EDS, MICS, ASS, LQAS	2022	94,98	LQAS		96,5	97	97,5	98	98,5	Annuel	ODD3: 99 en 2030
47	Couverture en CPN4	Effet	%	EDS, MICS, ASS	2022	52,6	MICS 2022	2021-	60,8	62,85	64,9	66,95	69	Quinquennal	ODD3: 69 en 2030
48	Taux de Prévalence contraceptive (moderne)	Effet	%	EDS, MICS, ASS	2022	16,9	MICS 2022	2021-	21,5	23	25	26	27	Annuelle	ODD3: cible 3.7 (27,94%)
49	Pourcentage de nouvelles utilisatrices de méthodes contraceptives de longue durée (DIU, Implant)	Effet	%	EDS, MICS, ASS, LQAS	2022	5,56	Rapport IRSP 2022		8,5	9,1	10	11	12	Annuelle	Projection PfoR
50	Proportion des établissements de santé potentiellement SONUB disposant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB).	Extrant	%	Rapport SONU, Rapport IRSP	2022	27,42	Rapport IRSP 2022		47	52,42	58	63	68	Annuelle	Projection PfoR

51	Nombre de Zones Sanitaires ayant soumis au moins un établissement de santé (Public ou Privé) à l'évaluation pour la sécurité des patients avec demande de mise en conformité de l'établissement de santé (Pfor)	Extrant	Nombre	Rapport IRSP Pfor	2022	0	Rapport IRSP Pfor	24	28	30	32	34		Rapport IRSP Pfor
52	Nombre d'établissement de soins de santé primaires (Public et Privé) ayant fait l'objet d'évaluation pour la sécurité des patients avec demande de mise en conformité de l'établissement de santé (Pfor)	Extrant	Nombre	Rapport IRSP Pfor	2022	0	Rapport IRSP Pfor	150	200	250	300	350		Rapport IRSP Pfor
53	Proportion du personnel de santé inscrit dans le processus d'accréditation	Extrant	%	Rapport IRSP Pfor	2022	0	Rapport IRSP Pfor	10	15	20	25	30		Rapport IRSP Pfor
54	Couverture vaccinale complète (enfants de 12 à 23 mois)	Effet	%	EDS, MICS, enquête LQAS	2022	27,3	MICS 2021-2022	37,65	40,24	42,83	45,41	47,99	Annuelle	Cible ODD3: cible 3.2 (48%)
55	Couverture vaccinale complète (enfants de 12 à 23 mois) (carte+histoire) (PfoR)	Extrant	%	EDS, MICS, LQAS, (ENCV-2023)	2022	54,9	LQAS	61	62,9	64	66	68	Annuelle	Projection PfoR
56	Couverture des ménages en ouvrages d'évacuation des excréta	Effet	%	EDS, EDS	2018	42,5	EDS 2017-2018	71,25	78,44	85,63	92,81	99,99	Annuelle	100% selon la stratégie SNPHAB

57	Pourcentage de ménages disposant de latrines conformes aux normes	Effet	%	LQAS	2022	55,8	LQAS 2022	80	85	90	95	100	Annuelle	100% selon la stratégie SNPHAB
58	Couverture en ouvrages d'évacuation des excréta en milieu scolaire	Effet	%	Rapport annuel HAB, DHIS2	2016	69	Rapport annuel HAB	84,5	88,38	92,25	96,13	100,01	Annuelle	100% selon la stratégie SNPHAB
59	Proportion de ménages couverts par les relais communautaires	Extrant	%	Rapport d'activités Santé communautaire	2022	11,15	Rapport d'activités Santé communautaire	100	100	100	100	100	Annuelle	Objectif 100% retenu dans le plan de suivi évaluation de la Santé communautaire 2026
60	Proportion d'arrondissements disposant d'au moins un ASCQ	Extrant	%	Rapport d'activités Santé communautaire	2022	0	Rapport d'activités Santé communautaire	100	100	100	100	100	Annuelle	Objectif 100% retenu dans le plan de suivi évaluation de la Santé communautaire 2026
61	Taux de mise en œuvre des mesures appropriées pour lutter contre les maladies climato-sensibles	Effet	%	Rapport d'activités Santé de la CGE	2022	3,85	Rapport d'activités Santé de la CGE	26,93	32,69	38,46	44,23	50	Annuelle	
62	Taux de couverture géographique en unités de soins palliatifs fonctionnelles	Effet	%	Rapports d'activités du PNSP	2022	50	Rapports d'activités du PNSP	100	100	100	100	100	Annuelle	Objectif 100% fixé dans le PNSP

63	Nombre de flacons de morphine produits	Extrant	unité	Rapports d'activités du PNSP	2022	250	Rapports d'activités du PNSP	2000	2000	2000	2000	2000	Annuelle	2000 flacons par an
64	ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 NV)	Impact	pour 100000 NV	EDS, RGPH, MICS	2022	391	EDS	302,5	280,37	258,25	236,12	213,99	Quinquennale/ Décennale	Cible ODD 3: 214 en 2030,
65	Taux de mortalité infanto-juvénile (‰)	Impact	‰	EDS, RGPH, MICS	2021	80	MICS 2021-2022	61	56,25	51,5	46,75	42	Quinquennale/ Décennale	Cible ODD 3: 86 pour 1000 en 2030
66	Taux de mortalité néonatale	Impact	‰	EDS, MICS	2021	23	MICS 2021-2022	17,5	16,12	14,75	13,37	11,99	Quinquennale	Cible ODD 3: 28 pour 1000 en 2030
67	Taux de fécondité des adolescentes (15 à 19 ans)	Impact	‰	EDS, MICS	2022	77	MICS 2021-2022	68,5	66,37	64,25	62,12	59,99	Quinquennale	
68	Proportion des hôpitaux certifiés	Extrant	%	Rapports d'activités de l'ARS et DGMHED	2022		Rapport de certification de l'ARS et DGMHED	50	60	75	90	100	Triennale	
69	Proportion de laboratoires accrédités	Extrant	%	Rapports d'activités de l'ARS et DGMHED	2022	0	Rapport de certification de l'ARS et DGMHED	50	60	75	90	100	Triennale	
70	Proportion de professionnels de santé accrédités	Extrant	%	Rapports d'activités de l'ARS et DGMHED	2022	0	Rapport de certification de l'ARS et DGMHED	34	40	45	50	55	Triennale	

Programme budgétaire 3 : Offre et accès aux soins de santé

Axe Stratégique (AS6) : Développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé de qualité et de la médecine traditionnelle

71	Disponibilité des médicaments essentiels dans les formations sanitaires	Effet	%	HHFA (ex SARA)	2022	36,5	HHFA (ex SARA)	58,25	63,69	69,13	74,56	79,99	Biennale	La valeur en 2013 était de 40 pour 10 éléments traceurs contre 22 en 2015 pour 16 éléments
72	Disponibilité des éléments traceurs de vaccination dans les formations sanitaires	Effet	%	HHFA (ex SARA)	2022	60	HHFA (ex SARA)	70	72,5	75	77,5	80	Biennale	La valeur en 2013 était de 40 pour 10 éléments traceurs contre 22 en 2015 pour 16 éléments
73	Proportion d'atelier de maintenance régionaux fonctionnels	Intrant	%	Rapports d'activités AISEM, ANMH	2022	30	Rapports d'activités AISEM, ANMH	62,5	70,62	78,75	86,87	94,99	Annuelle	
74	Taux de satisfaction des demandes en produits sanguins labiles	Effet	%	ASS, rapports d'activités ANTS	2022	96,64	ASS	97,75	98	98	98	98	Annuelle	
75	Disponibilité moyenne des équipements critiques dans les formations sanitaires	Effet	%	HHFA (ex SARA)	2022	65,6	HHFA (ex SARA)	82,8	87,1	91,4	95,7	100	Biennale	

76	Proportion d'infrastructures nouvellement construites/réhabilitées intégrant les aspects environnement et adaptées aux changements climatiques	Extrant	%	Rapports d'activités CGE, ASS, rapport d'activités AISEM	2022	30	Rapports d'activités AISEM	65	73,75	82,5	91,25	100	Annuelle	
77	Proportion d'hôpitaux disposant de services de réadaptation conformes aux normes	Extrant	%	Rapports d'activités DGMHED	2022	9,76	Rapports d'activités DGMHED	54,88	66,16	77,44	88,72	100	Annuelle	
78	Nombre de lits d'hospitalisation pour 10 000hbt	Extrant	Unité	Rapport HHFA (ex SARA)	2022	17,49	Rapports d'activités DGMHED	17,75	17,8	18	18,25	18,5		
79	Nombre de lits de maternités pour 1000 femmes en âge de procréer	Extrant	Unité	Rapport HHFA (ex SARA)	2022	4,67	Rapports d'activités DGMHED	5,5	5,75	6	6,5	7		
80	Taux d'accessibilité aux technologies d'assistance de qualité (cannes, prothèses, fauteuils roulants, etc)	Extrant	%	Rapports d'enquête rATA	2023	20,37	Rapports d'enquête rATA	25	31,25	37,5	43,75	50	Quinquenna le	

6.5. Analyse des risques et mesures de mitigation

6.5.1. Analyse des risques

La mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire 2026-2030 peut être sujette à plusieurs risques dont les principaux sont :

- risques opérationnels ;
- risques liés à la réalisation de l'impact attendu ;
- risques de non disponibilité des ressources humaines qualifiées en quantité suffisante ;
- risques liés à l'environnement et aux changements climatiques ;
- risques liés au genre.

➤ Risques opérationnels

Le PNDS 2026-2030 comporte un nombre important d'actions prioritaires à mettre en œuvre. L'exécution de ces actions devra être faite dans un temps réduit avec une multitude d'acteurs à impliquer (MS, autres ministères, PTF, OSC, Secteur Privé, Collectivités locales), une centralisation et une affectation des ressources conséquentes. La complexité de ces conditions de succès pourrait retarder la mise en œuvre efficace et efficiente du Plan. Un fort engagement des parties prenantes s'avère indispensable pour atténuer ces risques.

➤ Risques sur la réalisation de l'impact attendu

Au terme de la mise en œuvre de ce PNDS, il est attendu à titre d'impact, une amélioration de l'état de santé de la population. Pour ce faire, il importe d'anticiper sur les risques indiqués dans le tableau ci-dessous intitulé "profil des risques identifiés" qui pourraient entraver l'atteinte de cet objectif. Pour atténuer ces risques, il faudra assurer une meilleure gouvernance, renforcer le système de planification et de suivi-évaluation et mettre en place un plan de communication.

Il y a également une nécessité absolue d'un alignement des partenaires et des interventions sur les priorités nationales telles que définies dans le présent PNDS et en respect des recommandations de l'initiative de Paris.

Il serait nécessaire de rendre fonctionnelles toutes les instances de prise de décision définies dans les directives et de rendre dynamique le partenariat avec les OSC, les communes et le privé.

La réalisation de l'impact attendu pourrait être menacée par les risques liés aux changements climatiques décrits plus haut.

➤ Risques de non disponibilité des RH qualifiées en nombre suffisant

Ce plan ambitionne de coordonner les activités à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et de mettre en place des mécanismes permettant d'assurer des synergies. Il projette la réduction significative de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, la viabilité des formations sanitaires et la maintenance adéquate et régulière des infrastructures et équipements. Cette ambition pourrait nécessiter le renforcement des cadres de concertation entre le Ministère de la Santé et les Ministères en charge de la formation des agents de santé, afin de juguler la non

disponibilité en nombre suffisant de personnel qualifié de façon générale et celle des spécialistes en particulier. En outre, la problématique de départ massif des compétences du secteur vers l'extérieur constitue un risque important à mitiger.

Un recrutement conséquent, une répartition équitable des RHS, la formation continue des RH, le bon fonctionnement de l'observatoire des ressources humaines et la mise en place des mécanismes incitatifs et de rétention pourraient atténuer ce risque.

➤ **Risques liés à l'environnement et aux changements climatiques**

La gestion des risques liés à l'environnement et aux changements climatiques revêt une importance capitale dans le contexte actuel où la planète est confrontée à des défis environnementaux de plus en plus complexes. Le Plan National d'Adaptation (PNA) aux changements climatiques du Ministère de la Santé étant finalisé, il convient d'œuvrer pour la mobilisation des ressources financières nécessaires à sa mise en œuvre. De plus, il importe de réaliser son évaluation périodique (triennale). Pour ce faire, la collecte continue des données sur les changements climatiques et la mise en œuvre de mesures proactives, telles que la résilience opérationnelle et l'adaptation aux changements climatiques sont les aspects clés poursuivis par le PNA. En mettant en place des pratiques transparentes de communication, en respectant les réglementations en constante évolution et en favorisant l'innovation durable, les organisations peuvent non seulement minimiser les risques potentiels mais également, contribuer à la construction d'un avenir résilient sur le plan environnemental.

➤ **Risque lié au genre**

Les inégalités de genre observées dans la société béninoise entraînent de nombreuses disparités entre les hommes et les femmes, les filles et les garçons en matière de santé au Bénin. Certaines interventions spécifiques (santé mère-enfant, planification familiale, ...) nécessitent une forte implication du personnel féminin, particulièrement au niveau de la communauté. Il sera utile, pour la réussite de ces programmes de promouvoir le recrutement du personnel féminin. Le Plan d'action genre et changements climatiques secteur santé 2023-2025 et le rapport diagnostic sur l'intégration du genre au MS étant désormais disponibles, leur mise en œuvre effective et efficiente permettra d'inverser la tendance et donnera un caractère inclusif aux offres de services de santé, à la gestion des ressources humaines, financières et matérielles. Ceci va réduire de façon substantielle les risques probables et parvenir à une culture organisationnelle et un cadre de planification plus genre sensible. Par ailleurs, il devra également tenir compte des dispositifs d'inclusion des personnes vivant avec un handicap et des couches vulnérables, notamment les personnes âgées.

Tableau 22 : Profil des risques identifiés

N°	Type de risques	Énoncé des risques	Possibilité de survenance P (1, 2 ou 3)	Incidence (1, 2 ou 3)	Cote (PxI)
1	Risque opérationnel	Non mise en place d'un mécanisme durable de financement du PNDS 2026-2030	2	3	6
		Crise financière	2	3	6
		Pesanteur politique qui empêche le fonctionnement adéquat des organes de mise en œuvre et de suivi du PNDS 2026-2030	3	3	9
		Recrudescence des marchés illicites de médicaments	1	3	3
		Dysfonctionnement du mécanisme de production et de l'utilisation des données (résultats, indicateurs...) dans la mise en œuvre du PNDS 2026-2030	2	3	6
		Faible implication des acteurs communautaires (élus locaux et communaux, associations de femmes et jeunes, les tradipraticiens, les leaders religieux, les détenteurs du pouvoir de changements, ONGs...) dans la mise en œuvre du PNDS 2026-2030 .	1	1	1
		Panne répétée des équipements médico-techniques	3	3	9
2	Risque sur la réalisation de l'impact attendu	Non disponibilité des infrastructures et équipements conformes aux normes	3	2	6
		Faible adhésion des parties prenantes	1	3	3
		Situation sécuritaire, politique et sociale trouble (terrorisme, guerre, etc.)	2	3	6
		Pesanteurs socio-culturelles qui limitent l'utilisation des services et l'adoption de comportements favorables à la santé	2	2	4
		Faible collaboration intersectorielle entre le Ministère en charge de la Santé et les autres Ministères	1	2	2
		Corruption et détournement des deniers publics	1	3	3
3	Risque de disponibilité des RH qualifiées en nombre suffisant	Non-respect des engagements des gouvernants vis-à-vis des partenaires	1	2	2
		Ressources humaines qualifiées en nombre insuffisant	2	3	6
4	Risque lié à l'environnement et aux changements climatiques	Fuite des cerveaux	2	3	6
		Catastrophes climatiques ou environnementales, recrudescence des maladies à potentiel épidémique (COVID-19, fièvres hémorragiques, maladies émergentes et ré-émergentes)	2	3	6

N°	Type de risques	Énoncé des risques	Possibilité de survenance P (1, 2 ou 3)	Incidence (1, 2 ou 3)	Cote (PxI)
5	Risques liés au genre	Disparité entre les hommes et les femmes , les filles et les garçons, les personnes vivant avec un handicap et les personnes âgées en matière de santé	2	2	4
		Harcèlement sexuel ou violences envers les patientes et les professionnelles de santé	2	2	4

6.5.2. Mesures de mitigation

Le niveau d'atténuation des risques est appréhendé à travers la cote obtenue suivant les modalités à 9 : Fort ; 4 ou 6 : Moyen et 1 à 3 : Faible

La synthèse de ces risques et les mesures d'atténuation se présentent comme suit :

Tableau 23 : Stratégies d'atténuation des risques

N°	Type de risques	Énoncé des risques	Niveau de risque	Stratégies d'atténuation des risques
1	Risques opérationnels	Non mise en place d'un mécanisme durable de financement du PNDS 2026-2030	Moyen	Mettre en place un mécanisme pérenne de financement du PNDS 2026-2030
		Crise financière	Moyen	Renforcer la qualité de la gouvernance et les mécanismes de contrôles des risques de gestion Accroître la mobilisation des ressources domestiques
		Pesanteurs politiques qui empêchent le fonctionnement adéquat des organes de mise en œuvre et de suivi du PNDS 2026-2030	Fort	Développer les mécanismes de suivi prévus dans le plan de suivi/évaluation Susciter la volonté politique dans le fonctionnement des organes
		Recrudescence des marchés illicites de médicaments	Faible	- Poursuivre la lutte acharnée pour l'éradication de ce fléau ; - Renforcer la régulation du secteur
		Dysfonctionnement du mécanisme de production et de l'utilisation des données (résultats, indicateurs...) dans la mise en œuvre du PNDS 2026-2030	Moyen	Rendre fonctionnel le mécanisme de production et de l'utilisation des données (résultats, indicateurs...) dans la mise en œuvre du PNDS 2026-2030

116

N°	Type de risques	Énoncé des risques	Niveau de risque	Stratégies d'atténuation des risques
		Faible implication des acteurs communautaires (élus locaux et communaux, associations de femmes et jeunes, les tradipraticiens, les leaders religieux, les détenteurs du pouvoir de changements, ONGs...) dans la mise en œuvre du PNDS 2026-2030.	Faible	Renforcer la participation communautaire (élus locaux et communaux, associations de femmes et jeunes, les tradipraticiens, les leaders religieux, les détenteurs du pouvoir de changements, ONG...) à la mise en œuvre du PNDS 2026-2030.
		Panne répétée des équipements	Fort	Renforcer la maintenance des infrastructures et équipements.
		Non disponibilité des infrastructures et équipements conformes aux normes	Moyen	Construire des infrastructures conformes et acquérir des équipements conformes aux normes en vigueur
2	Risque sur la réalisation de l'impact attendu	Faible adhésion des parties prenantes	Faible	Plaidoyer et sensibilisation des parties prenantes et leur implication dans les instances de prise de décision.
		Situation sécuritaire, politique et sociale trouble (terrorisme, guerre, etc.)	Moyen	Renforcer la bonne gouvernance
		Pesanteurs socio-culturelles qui limitent l'utilisation des services et l'adoption de comportement favorables à la santé	Moyen	Mettre en place des stratégies et mécanismes pour accroître la résilience nationale
		Faible collaboration intersectorielle entre le Ministère en charge de la Santé et les autres Ministères	Faible	- Renforcer la fonctionnalité des organes multisectoriels ; - Plaidoyer auprès des autres ministères pour la désignation en leur sein des points focaux du MS
		Corruption et détournement des deniers publics	Faible	Renforcer les mécanismes de gestion et de contrôle
		Non-respect des engagements des gouvernants vis-à-vis des partenaires	Faible	Mettre en place un mécanisme en vue du respect des engagements du Gouvernement en matière de santé vis-à-vis des partenaires
3	Risque de disponibilité des RH qualifiées en	Ressources humaines qualifiées en nombre insuffisant	Moyen	Renforcer la capacité nationale de production et de l'employabilité des ressources humaines en santé

116

N°	Type de risques	Énoncé des risques	Niveau de risque	Stratégies d'atténuation des risques
	quantité suffisante	Fuite des cerveaux	Moyen	Promouvoir la fierté nationale Développer des mécanismes incitatifs et d'évolution de carrière Faire un plaidoyer pour le développement des mécanismes et interventions régionales pour limiter la fuite des RHS
4	Risque lié à l'environnement et aux changements climatiques	Catastrophes climatiques ou environnementales, recrudescence des maladies à potentiel épidémique (COVID 19, fièvres hémorragiques, maladies émergentes et ré-émergentes)	Moyen	Mobiliser des ressources et mettre en œuvre les actions prévues dans le PNA 2020-2050 du Secteur
5	Risques liés au genre	Disparité entre les hommes et les femmes, les filles et les garçons, les personnes vivant avec un handicap et les personnes âgées en matière de santé	moyen	- Sensibilisation des communautés sur l'importance de l'accès équitable aux soins ; - Renforcement des stratégies d'accès universel aux soins.
		Harcèlement ou violences envers les patientes, les professionnelles de santé et le personnel administratif	moyen	- Adoption de politiques de tolérance zéro contre le harcèlement ; - Mise en place de mécanismes de signalement sécurisé et anonymes ; - Formation du personnel à la prévention des VBG.

6.6. Conditions de succès de la mise en œuvre du PNDS 2026-2030

La mise en œuvre du PNDS 2026-2030 est assujettie à plusieurs conditions :

- **La gestion des risques qui pourraient compromettre l'atteinte des résultats.**

Il s'agit principalement du risque opérationnel, du risque lié à la mauvaise gestion des ressources, du risque environnemental, du risque de planification inefficace, du risque lié aux changements climatiques et ceux liés au genre.

- **La mobilisation des parties prenantes autour de l'approche « un plan, un budget et un rapport »**

Il convient d'engager toutes les parties prenantes dans un système de planification efficient, rationnel, synchronisé et sans périsologie. La planification demeure le meilleur moyen de réussite mais, ne doit pas être une fin en soi. De même que l'élaboration du PNDS a suivi un processus inclusif, il est indispensable que sa mise en œuvre se conforme au même processus pour que les parties prenantes soient mobilisées sur la base de leurs intérêts. Il faudra s'assurer également de la continuité des plans opérationnels. Il est également nécessaire de respecter les

principes de la gestion axée sur les résultats. La culture des résultats doit être imprimée à toutes les parties prenantes.

- **L'augmentation du volume de financement de la santé**

Le rapport d'évaluation du PNDS 2018-2022 a révélé que l'insuffisance de financement figure parmi les problèmes prioritaires rencontrés lors de sa mise en œuvre. Bien que des efforts aient été considérables ces dernières années, la part du budget alloué au secteur de la santé dans le budget général de l'Etat demeure insuffisante.

Il semble donc judicieux de mobiliser plus de ressources domestiques. L'Etat béninois devra porter à 15% la part du budget du secteur santé dans le Budget général de l'Etat. Un plaidoyer convaincant doit être élaboré pour changer le paradigme selon lequel les dépenses de la santé sont des dépenses sociales importantes et non productives. En amenuisant la perte de productivité due aux épisodes de la maladie, le financement de la santé garantit la croissance économique. Toutefois, la mobilisation de plusieurs sources de financement sera déterminante pour une mise en œuvre réussie du PNDS 2026-2030. Le secteur privé peut être incité à contribuer au financement de la santé.

- **La gestion transparente des ressources**

La transparence, la lutte contre la corruption et l'utilisation rationnelle des ressources sont des leviers de commande de la consolidation du dialogue et de la responsabilité entre les parties prenantes de même que la redevabilité entre les bénéficiaires. Il est utile d'instituer des audits administratifs et financiers réguliers, de digitaliser la gestion administrative et financière et de cultiver la reddition de compte et la communication ou le partage de l'information.

- **La réduction des barrières financières**

Il faut subventionner les programmes de gratuité et poursuivre l'opérationnalisation de l'ARCH.

- **Une approche centrée sur la personne humaine**

La personne humaine et sa santé doivent être au cœur de toutes les planifications stratégiques. Cruciale, cette approche permettra de relever les nouveaux défis du système sanitaire du Bénin notamment les morbidités et les mortalités, le fardeau des maladies non transmissibles et des maladies transmissibles, la flambée des maladies et les crises sanitaires.

La construction des infrastructures, l'acquisition des équipements de pointe, la formation des ressources humaines ne doivent pas être une fin en soi. Il faut privilégier les actions ayant un impact direct sur la santé des populations.

- **La communication et l'information**

La mise en œuvre du PNDS 2026-2030 devra s'appuyer sur les types d'informations et de communications suivants :

- ✓ **Les informations sanitaires et administratives**

La production de l'information sanitaire de qualité sur les différents domaines programmatiques et financiers est nécessaire en tant que base de prise de décision.

✓ **La communication pour un changement de comportement**

C'est un volet incontournable de la mise en œuvre du PNDS 2026-2030. Elle va promouvoir l'adoption des comportements favorables à la santé, le renforcement de l'utilisation des services de santé et l'implication effective des communautés dans le développement sanitaire.

Les populations doivent absolument changer de paradigme et cesser de croire que leur santé dépend exclusivement du Gouvernement. Elles doivent s'assumer et prendre en charge leur santé ou contribuer à l'amélioration de leur état de santé.

✓ **La communication publique**

Un plan sectoriel de communication est nécessaire pour la prise en compte des besoins de communication interne et externe du Ministère de la santé. Ce plan est obligatoire pour informer régulièrement les populations et gérer le processus de dialogue entre les parties prenantes.

• **La promotion des médecines alternatives**

Ce n'est ni contradictoire ni paradoxal de retenir la promotion de la médecine alternative en l'occurrence la médecine dite traditionnelle comme condition de mise en œuvre réussie du PNDS 2026-2030. Dans le contexte actuel, l'atteinte des objectifs du PNDS requiert la création d'une interface entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle. Il y a lieu de conduire des recherches scientifiques afin de trouver, aussi, des réponses endogènes aux problèmes de santé des populations.

CONCLUSION

Le Plan National de Développement Sanitaire 2026-2030 du Bénin est élaboré conformément au guide national méthodologique d'élaboration des politiques et stratégies sectorielles intégrant les dimensions transversales. Il respecte les dispositions de la loi n°2024-09 du 20 février 2024 portant loi-cadre sur la planification du développement et sur l'évaluation des politiques en République du Bénin.

Dans une démarche participative et inclusive, toutes les parties prenantes ont contribué à sa rédaction. Ce plan est un ensemble composé d'une vision et des orientations stratégiques fondées sur les valeurs et principes pour l'amélioration de la santé des populations. C'est un outil qui décrit les enjeux du secteur de la santé, notamment la Couverture Sanitaire Universelle, la réduction de la morbidité et de la mortalité ainsi que, la lutte contre la maladie. Il est conçu autour de six orientations stratégiques.

Le coût global prévisionnel du PNDS 2026-2030 selon le scénario 3 (optimiste) est estimé à neuf cent quatre-vingt-seize milliards trois cent quatre-vingt-onze millions six cent trente-sept mille **(996 391 637 000)** de F CFA soit un milliard six cent soixante millions six cent cinquante-trois mille **(1 660 653 000)** dollars²² US.

Le PNDS est la boussole du secteur de la santé pour la période de 2026-2030. Son adoption, son appropriation et sa mise en œuvre méthodique par les différentes parties prenantes contribueront à améliorer sensiblement les indicateurs de performance du système de santé au Bénin.

²² Le cours du dollar est estimé à 600 FCFA

ANNEXES

Annexe 1 : Présentation du budget par orientation et axe stratégique, objectif spécifique, résultat et action prioritaire

Budget global				2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
				231 707 987	173 278 628	234 326 721	178 094 846	178 983 455	996 391 637
Orientation Stratégique (OS1) : Renforcement de la gouvernance du secteur santé				42 360 494	42 687 588	43 048 013	43 356 106	43 727 265	215 179 466
Programme budgétaire 1 : Pilotage et Soutien aux services du MS									
Axe Stratégique 1 : Développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé				2 290 986	2 397 228	2 508 581	2 625 298	2 747 640	12 569 733
ObS11		Assurer une coordination efficace et efficiente dans le secteur		1 328 772	1 390 392	1 454 977	1 522 673	1 593 631	7 290 445
RI111		La coordination interne des interventions à tous les niveaux est assurée		458 197	479 446	501 716	525 060	549 528	2 513 947
AP1111			Renforcement des capacités fonctionnelles des conseils nationaux et des agences	160 369	167 806	175 601	183 771	192 335	879 881
AP1112			Elaboration/actualisation/vulgarisation à temps des documents de stratégies sous-sectorielles, de planification et de suivi évaluation	91 639	95 889	100 343	105 012	109 906	502 789
AP1113			Application de la convention de partenariat entre le MS et la plateforme du secteur sanitaire privé	45 820	47 945	50 172	52 506	54 953	251 395
AP1114			Renforcement de la coordination, de l'alignement et de l'harmonisation des interventions du secteur	114 549	119 861	125 429	131 265	137 382	628 487
AP1115			Application de la réglementation en matière d'implantation des structures sanitaires privées et d'exercice en clientèle privée.	45 820	47 945	50 172	52 506	54 953	251 395

Budget global				2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
				231 707 987	173 278 628	234 326 721	178 094 846	178 983 455	996 391 637
AP1211			Opérationnalisation du mécanisme de coordination et de suivi des interventions des ONG partenaires et intervenants privés du secteur	91 639	95 889	100 343	105 012	109 906	502 789
AP1212			Adaptation du système managérial aux défis actuels et futurs : décentralisation, déconcentration, approche sectorielle, approche genre, achat stratégique, financements innovants, financements de l'environnement et des changements climatiques et responsabilisation des populations	114 549	119 861	125 429	131 265	137 382	628 487
AP1213			Actualisation et mise en œuvre du Plan de décentralisation et de déconcentration (Plan 2D) du secteur	160 369	167 806	175 601	183 771	192 335	879 881
AP1214			Renforcement des capacités des parties prenantes (Conseils communaux, organes de cogestion, OSC, Association des praticiens de médecine traditionnelle) sur leurs rôles et responsabilités :	114 549	119 861	125 429	131 265	137 382	628 487
AP1215			Promotion du Partenariat Public Privé	22 910	23 972	25 086	26 253	27 476	125 697
AP1216			Renforcement du partenariat intersectoriel en vue d'agir sur les déterminants de la santé	34 365	35 958	37 629	39 379	41 215	188 546
AP1217			Renforcement du partenariat entre le Ministère de la Santé et les instituts de formation pour une synergie d'actions dans le cadre de la formation spécifique (acquisition et maintenance des équipements, ...)	11 455	11 986	12 543	13 126	13 738	62 849
AP1218			Fonctionnalité des cadres de redevabilité aux niveaux intermédiaire et opérationnel.	22 910	23 972	25 086	26 253	27 476	125 697
ObS13			Assurer la transparence dans la gestion des ressources, la promotion de l'éthique, de l'équité, la responsabilité professionnelle et la redevabilité	389 468	407 529	426 459	446 301	467 099	2 136 855

Budget global				2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
				231 707 987	173 278 628	234 326 721	178 094 846	178 983 455	996 391 637
Obs21			Assurer la disponibilité des ressources humaines qualifiées conformément aux normes au niveau de toutes les formations sanitaires	17 858 304	17 944 371	18 044 508	18 114 892	18 214 235	90 176 311
RI211			La planification des ressources humaines en santé est renforcée	10 855 048	10 907 363	10 968 231	11 011 013	11 071 398	54 813 052
AP2111			Actualisation et renforcement du système d'information et de gestion des ressources humaines en santé	1 750 814	1 759 252	1 769 069	1 775 970	1 785 709	8 840 815
AP2112			Actualisation des normes d'effectifs en tenant compte de la charge de travail par formation sanitaire pour la détermination des besoins en personnel	1 750 814	1 759 252	1 769 069	1 775 970	1 785 709	8 840 815
AP2113			Satisfaction des besoins en ressources humaines du secteur	1 225 570	1 231 476	1 238 349	1 243 179	1 249 997	6 188 570
AP2114			Développement d'un mécanisme de suivi des stages en milieu professionnel	1 225 570	1 231 476	1 238 349	1 243 179	1 249 997	6 188 570
AP2115			Elaboration et mise en œuvre des documents programmatiques nécessaires pour la gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences prenant en compte tous les besoins notamment ceux en rapport avec le genre, l'environnement et les changements climatiques	1 050 488	1 055 551	1 061 442	1 065 582	1 071 426	5 304 489
AP2116			Promotion et mise en œuvre d'un système de recrutement sur poste	1 400 651	1 407 402	1 415 256	1 420 776	1 428 567	7 072 652
AP2117			Dynamisation de l'Observatoire des ressources humaines en santé	1 295 602	1 301 847	1 309 111	1 314 218	1 321 425	6 542 203
AP2118			Organisation des formations régulières au profit du personnel de l'Observatoire sur les méthodes de collecte de données, les techniques d'analyse statistique, et les compétences en matière de gestion de l'information.	1 155 537	1 161 106	1 167 586	1 172 140	1 178 568	5 834 938

Budget global				2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
				231 707 987	173 278 628	234 326 721	178 094 846	178 983 455	996 391 637
AP2223			Garantie de la sécurité et de l'intégrité physique et morale des agents en milieu de travail.	1 050 488	1 055 551	1 061 442	1 065 582	1 071 426	5 304 489
AP2224			Promotion des actions de lutte contre les VBG en milieu de travail	1 400 651	1 407 402	1 415 256	1 420 776	1 428 567	7 072 652
Axe Stratégique 3 : Amélioration du système d'information sanitaire, de la promotion de la recherche et de l'innovation en santé				4 966 858	5 018 088	5 069 940	5 122 428	5 175 565	25 352 879
Obs31			Assurer la disponibilité et l'utilisation de l'information sanitaire de qualité à tous les niveaux y compris le secteur privé	2 607 600	2 634 496	2 661 719	2 689 275	2 717 172	13 310 261
RI311			La production, la conservation, la diffusion et l'utilisation de l'information sanitaire de qualité sont assurées	1 942 041	1 962 072	1 982 347	2 002 869	2 023 646	9 912 976
AP3111			Actualisation/vulgarisation/mise en œuvre du Plan Stratégique de Renforcement du SNIGS en y intégrant les aspects spécifiques liés aux hôpitaux	198 674	200 724	202 798	204 897	207 023	1 014 115
AP3112			Institutionnalisation de la production des comptes de santé, des comptes WASH et des comptes de ressources humaines en santé	99 337	100 362	101 399	102 449	103 511	507 058
AP3113			Disponibilité des informations relatives à la vulnérabilité du secteur santé face aux changements climatiques	124 171	125 452	126 749	128 061	129 389	633 822
AP3114			Développement de l'interopérabilité de façon holistique entre le DHIS2 et les différentes bases de données y compris le niveau communautaire	104 304	105 380	106 469	107 571	108 687	532 410
AP3115			Production des outils décisionnels (carte sanitaire, annuaire des statistiques sanitaires, les tableaux de bord, les cartes scores...)	248 343	250 904	253 497	256 121	258 778	1 267 644

Budget global				2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
				231 707 987	173 278 628	234 326 721	178 094 846	178 983 455	996 391 637
AP3116			Promotion de l'utilisation des données empiriques et factuelles pour la prise de décisions à tous les niveaux et l'élaboration des documents stratégiques	84 437	85 307	86 189	87 081	87 985	430 999
AP3117			Elaboration et mise en œuvre d'un plan national de développement de la santé numérique	248 343	250 904	253 497	256 121	258 778	1 267 644
AP3118			Elaboration et mise en œuvre d'un plan d'évolution de la carte sanitaire	298 011	301 085	304 196	307 346	310 534	1 521 173
AP3119			Mise en conformité des systèmes d'information du secteur sanitaire avec la politique de sécurité des systèmes d'information de l'Etat	99 337	100 362	101 399	102 449	103 511	507 058
AP31110			Digitalisation de la gestion des ressources humaines en santé	208 608	210 760	212 937	215 142	217 374	1 064 821
AP31111			Digitalisation et intégration des campagnes de santé, de la gestion des vaccinations et de la surveillance épidémiologique/entomologique en lien avec la politique de santé communautaire en vigueur	228 475	230 832	233 217	235 632	238 076	1 166 232
RI312			La gestion et la conservation des archives et savoirs sont assurées	665 559	672 424	679 372	686 405	693 526	3 397 286
AP3121			Elaboration et mise en œuvre d'un plan de capitalisation des productions intellectuelles et savoirs du système sanitaire	203 641	205 742	207 868	210 020	212 198	1 039 468
AP3122			Actualisation et mise en œuvre du plan stratégique de développement des archives	248 343	250 904	253 497	256 121	258 778	1 267 644
AP3123			Dotation du Ministère de la Santé d'un dépôt de préarchivage normé.	213 575	215 778	218 007	220 264	222 549	1 090 174

Budget global				2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
				231 707 987	173 278 628	234 326 721	178 094 846	178 983 455	996 391 637
ObS32			Promouvoir la recherche et l'utilisation des résultats de recherche en santé.	869 200	878 165	887 240	896 425	905 724	4 436 754
RI321			Les capacités institutionnelles et opérationnelles dans le domaine de la recherche sont assurées	869 200	878 165	887 240	896 425	905 724	4 436 754
AP3211			Renforcement des capacités institutionnelles et opérationnelles des acteurs en matière de recherche en santé selon l'approche « ONE HEALTH », à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	307 945	311 121	314 336	317 591	320 885	1 571 878
AP3212			Mise en place d'un cadre de rencontre institutionnel et d'interactions entre les institutions et acteurs intervenant dans la recherche en santé	99 337	100 362	101 399	102 449	103 511	507 058
AP3213			Elaboration et mise en œuvre du plan quinquennal de recherche en santé	302 978	306 103	309 266	312 468	315 709	1 546 526
AP3214			Promotion de l'utilisation des résultats de recherches en santé	158 939	160 579	162 238	163 918	165 618	811 292
ObS33			Assurer la transformation numérique et digitale du secteur	1 490 057	1 505 426	1 520 982	1 536 728	1 552 670	7 605 864
RI331			La e-santé est utilisée à tous les niveaux y compris le niveau communautaire	1 490 057	1 505 426	1 520 982	1 536 728	1 552 670	7 605 864
AP3311			Actualisation et mise en œuvre du schéma directeur des Systèmes d'information du secteur	228 475	230 832	233 217	235 632	238 076	1 166 232
AP3312			Elaboration et mise en œuvre de la stratégie nationale de développement de la santé numérique intégrant les m-health	248 343	250 904	253 497	256 121	258 778	1 267 644
AP3313			Promotion de la télémédecine	198 674	200 724	202 798	204 897	207 023	1 014 115
AP3314			Mise en œuvre du SIH dans tous les hôpitaux publics	223 509	225 814	228 147	230 509	232 900	1 140 880

Budget global				2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
				231 707 987	173 278 628	234 326 721	178 094 846	178 983 455	996 391 637
AP4212			Opérationnalisation de la couverture universelle en santé sur l'ensemble du territoire selon le cycle de vie en tenant compte du profil épidémiologique (maladies chroniques, maladies infectieuses etc.) et de la capacité économique	5 355	5 408	5 462	5 517	5 572	27 315
AP4213			Réduction de la contribution des ménages au financement des dépenses de santé	7 255	7 327	7 401	7 475	7 549	37 007
AP4214			Contribution à la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire y compris l'intégration des mesures de gratuité à l'ARCH aux côtés du MASM	4 837	4 885	4 934	4 983	5 033	24 671
RI422			Le dispositif d'achat des services est renforcé	10 623	10 729	10 837	10 945	11 054	54 189
AP4221			Viabilité des formations sanitaires	6 305	6 368	6 432	6 496	6 561	32 161
AP4222			Développement du partenariat public privé (assurances privées, ...)	4 318	4 362	4 405	4 449	4 494	22 028
Orientation Stratégique (OS2) : Amélioration de la prestation de service et de la qualité des soins				10 913 618	10 988 474	11 073 888	11 136 830	11 223 265	55 336 075
Programme budgétaire 2 : Prévention et Sécurité sanitaire									
Axe Stratégique 5 : Prestation de service et amélioration de la qualité des soins				10 913 618	10 988 474	11 073 888	11 136 830	11 223 265	55 336 075
ObS51			Réduire la morbidité, la mortalité de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune	4 332 706	4 362 424	4 396 334	4 421 322	4 455 636	21 968 422
RI511			L'offre de services de qualité à la mère, au nouveau-né, à l'enfant, à l'adolescent et au jeune est assurée	2 368 255	2 384 499	2 403 034	2 416 692	2 435 449	12 007 928

Budget global				2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
				231 707 987	173 278 628	234 326 721	178 094 846	178 983 455	996 391 637
AP5111			Renforcement de la prise en charge des urgences de santé de la mère, du nouveau- né et de l'enfant : Soins Optimisés (SONU, SMK), TETU	436 545	439 539	442 956	445 473	448 931	2 213 443
AP5112			Renforcement de la fonctionnalité des réseaux SONU dans toutes les Zones Sanitaires (e-learning)	327 409	329 654	332 217	334 105	336 698	1 660 082
AP5113			Poursuite de la mise en œuvre de l'ETME/VIH, syphilis et hépatite B dans toutes les formations sanitaires et dans toutes les structures de référence	305 581	307 677	310 069	311 831	314 251	1 549 410
AP5114			Renforcement de la mise en œuvre de l'offre des paquets des services essentiels de base de qualité pour la mère, le nouveau-né et l'enfant (CPN, accouchement propres et sûrs, CPoN, vaccination, PCIME, consultation d'enfants sains, etc.)	327 409	329 654	332 217	334 105	336 698	1 660 082
AP5115			Renforcement des systèmes de référence, contre référence et d'informations	338 322	340 643	343 291	345 242	347 921	1 715 418
AP5116			Mise en œuvre de la Stratégie de la SRAJ	218 272	219 769	221 478	222 737	224 465	1 106 722
AP5117			Elaboration des plans pluriannuels de réduction de morbidité et de mortalité de la mère, du nouveau-né, des adolescents et des jeunes	283 754	285 700	287 921	289 558	291 805	1 438 738
AP5118			Renforcement de la surveillance des décès maternels et néo-natal et riposte (SDMR)	130 963	131 862	132 887	133 642	134 679	664 033
RI512			La parentalité responsable et les services de santé de la reproduction sexuelle et reproductive de qualité sont assurés	1 036 794	1 043 905	1 052 019	1 057 999	1 066 210	5 256 927
AP5121			Actualisation du plan d'action budgétisé de PF et son opérationnalisation	272 840	274 712	276 847	278 421	280 582	1 383 402

Budget global				2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
				231 707 987	173 278 628	234 326 721	178 094 846	178 983 455	996 391 637
AP5412			Mise en place d'un mécanisme de coordination multisectorielle opérationnelle en faveur de l'hygiène et de l'assainissement de base	163 704	164 827	166 108	167 052	168 349	830 041
AP5413			Développement d'un mécanisme d'implication et de participation active des populations en matière de l'hygiène et de l'assainissement de base	218 272	219 769	221 478	222 737	224 465	1 106 722
AP5414			Opérationnalisation de la loi sur l'hygiène publique	109 136	109 885	110 739	111 368	112 233	553 361
AP5415			Promotion du Wash, le Wash- FIT et de la lutte contre les maladies hydro fécales	327 409	329 654	332 217	334 105	336 698	1 660 082
AP5416			Promotion des mesures de lutte contre les maladies climato sensibles	218 272	219 769	221 478	222 737	224 465	1 106 722
RI542			La lutte contre les maladies transmissibles est assurée	654 817	659 308	664 433	668 210	673 396	3 320 165
AP5421			Renforcement de la lutte contre les infections associées aux soins	218 272	219 769	221 478	222 737	224 465	1 106 722
AP5422			Renforcement de la surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR)	185 532	186 804	188 256	189 326	190 796	940 713
AP5423			Renforcement des capacités de réponse au VIH, à la tuberculose, au paludisme, aux maladies diarrhéiques, aux IRA, aux hépatites et aux autres maladies transmissibles	141 877	142 850	143 961	144 779	145 902	719 369
AP5424			Renforcement de la collaboration et de l'implication du secteur privé dans la prise en charge des maladies transmissibles	109 136	109 885	110 739	111 368	112 233	553 361
RI543			La lutte contre les maladies non transmissibles est assurée	873 089	879 078	885 911	890 946	897 861	4 426 886

Budget global				2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
				231 707 987	173 278 628	234 326 721	178 094 846	178 983 455	996 391 637
AP5453			Dynamisation du fonctionnement des instances de coordination en appui au PEV	109 136	109 885	110 739	111 368	112 233	553 361
AP5454			Mise à l'échelle du système logistique optimisé pour la chaîne d'approvisionnement des vaccins et consommables vaccinaux	218 272	219 769	221 478	222 737	224 465	1 106 722
AP5455			Renforcement de la gestion des MAPI	141 877	142 850	143 961	144 779	145 902	719 369
RI546			La sécurité sanitaire selon l'approche One health est assurée	436 545	439 539	442 956	445 473	448 931	2 213 443
AP5461			Renforcement de la capacité du système de santé à assurer la préparation, la prévention et une riposte prompte face aux crises, catastrophes et urgences sanitaires, aux menaces d'épidémies	218 272	219 769	221 478	222 737	224 465	1 106 722
AP5462			Meilleur fonctionnement des instances de coordination de la lutte contre les crises et urgences sanitaires	76 395	76 919	77 517	77 958	78 563	387 353
AP5463			Renforcement de la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International 2005	32 741	32 965	33 222	33 410	33 670	166 008
AP5464			Dotation du système de santé de capacité d'adaptation et de résilience aux changements climatiques	109 136	109 885	110 739	111 368	112 233	553 361
ObS55			Renforcer la promotion de la santé	753 040	758 205	764 098	768 441	774 405	3 818 189
RI551			La promotion de la santé est assurée	753 040	758 205	764 098	768 441	774 405	3 818 189
AP5511			Renforcement de la communication en appui à la lutte contre les problèmes prioritaires de santé	43 654	43 954	44 296	44 547	44 893	221 344
AP5512			Prévention des facteurs de risques des accidents et promotion d'un mode de vie sain	109 136	109 885	110 739	111 368	112 233	553 361

Budget global				2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
				231 707 987	173 278 628	234 326 721	178 094 846	178 983 455	996 391 637
AP6113			Actualisation du plan de réhabilitation et de construction des infrastructures	7 129 355	4 774 903	7 197 593	4 932 796	4 949 477	28 984 124
RI612			Les équipements et autres technologies sanitaires sont rendus disponibles à tous les niveaux selon les normes	14 258 710	9 549 805	14 395 186	9 865 593	9 898 954	57 968 248
AP6121			Elaboration et mise en œuvre d'un plan national d'équipement et de maintenance conformément aux normes en y intégrant le renforcement des capacités, les dimensions genre, environnement et adaptation aux changements climatiques, les matériels et équipements informatiques et télécoms en lien avec la décentralisation et la déconcentration	8 911 694	5 968 628	8 996 991	6 165 996	6 186 846	36 230 155
AP6122			Disponibilité permanente de l'eau et de l'énergie électrique dans les formations sanitaires	5 347 016	3 581 177	5 398 195	3 699 597	3 712 108	21 738 093
ObS62			Assurer la maintenance des infrastructures sanitaires et des équipements	42 776 130	28 649 416	43 185 557	29 596 778	29 696 862	173 904 743
RI621			Le mécanisme d'entretien et de maintenance des infrastructures sanitaires, matériels et équipements est mis en place et fonctionnel	42 776 130	28 649 416	43 185 557	29 596 778	29 696 862	173 904 743
AP6211			Elaboration/actualisation et mise en œuvre d'un plan de maintenance des matériels, équipements médico-techniques, chaînes du froid, des matériels roulants et équipements informatiques et télécoms en intégrant les dimensions genres, environnements et adaptation aux changements climatiques	12 476 371	8 356 080	12 595 787	8 632 394	8 661 585	50 722 217
AP6212			Mise en place et fonctionnement du système de Gestion de la Maintenance Assistée par Ordinateur (GMAO).	14 258 710	9 549 805	14 395 186	9 865 593	9 898 954	57 968 248

Budget global				2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
				231 707 987	173 278 628	234 326 721	178 094 846	178 983 455	996 391 637
AP6213			Opérationnalisation de la plateforme de comptabilité matière au niveau du secteur	7 129 355	4 774 903	7 197 593	4 932 796	4 949 477	28 984 124
AP6214			Développement des formations pour l'amélioration de l'exploitation et de la maintenance des infrastructure de santé et du dispositif de santé	8 911 694	5 968 628	8 996 991	6 165 996	6 186 846	36 230 155
ObS63			Rendre disponibles les produits de santé de qualité	83 969 921	56 335 106	84 836 715	58 242 358	58 452 355	341 836 455
RI631			La disponibilité des produits de santé de qualité est assurée	83 769 921	56 105 106	84 571 715	57 960 358	58 156 355	340 563 455
AP6311			Mise en œuvre du plan d'opérationnalisation des réformes du sous-secteur pharmaceutique	8 911 694	5 968 628	8 996 991	6 165 996	6 186 846	36 230 155
AP6312			Renforcement de la lutte contre les produits falsifiés ou de qualité inférieure	8 911 694	5 968 628	8 996 991	6 165 996	6 186 846	36 230 155
AP6313			Disponibilité et accessibilité des produits de santé y compris les médicaments orphelins et rares	7 129 355	4 774 903	7 197 593	4 932 796	4 949 477	28 984 124
AP6314			Traçabilité des produits de santé conformément aux standards internationaux	8 911 694	5 968 628	8 996 991	6 165 996	6 186 846	36 230 155
AP6315			Disponibilité des produits sanguins labiles et de la sécurité transfusionnelle ;	5 347 016	3 581 177	5 398 195	3 699 597	3 712 108	21 738 093
AP6316			Disponibilité permanente des fluides médicaux au niveau des formations sanitaires	8 911 694	5 968 628	8 996 991	6 165 996	6 186 846	36 230 155
AP6317			Accroissement/promotion des capacités diagnostiques dans le pays y compris les technologies	8 911 694	5 968 628	8 996 991	6 165 996	6 186 846	36 230 155
AP6318			Promotion de la production locale des médicaments génériques et des médicaments traditionnels améliorés	7 129 355	4 774 903	7 197 593	4 932 796	4 949 477	28 984 124
AP6319			Disponibilité permanente des vaccins et consommables vaccinaux.	8 911 694	5 968 628	8 996 991	6 165 996	6 186 846	36 230 155

Budget global					2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
					231 707 987	173 278 628	234 326 721	178 094 846	178 983 455	996 391 637
AP63110				Contrôle de qualité des produits de santé et contrôle de qualité de l’eau de consommation fournie par les structures productrices et distributrices	7 129 355	4 774 903	7 197 593	4 932 796	4 949 477	28 984 124
AP63111				Contribution à la lutte contre la vente de l’eau non conforme aux normes	3 564 678	2 387 451	3 598 796	2 466 398	2 474 739	14 492 062
RI632				La promotion de la médecine traditionnelle est assurée	200000	230000	265000	282000	296000	1 273 000
AP6311				Promotion de la médecine traditionnelle	150 000	175 000	200 000	210 000	220 000	955 000
AP6312				Promotion des plantes médicinales	26 000	28 000	35 000	37 000	40 000	166 000
AP6313				Renforcement du partenariat entre les tradipraticiens et le secteur pharmaceutique et le secteur de la recherche en santé	24 000	27 000	30 000	35 000	36 000	152 000
ObS64				Renforcer l’assistance médicale aux personnes vulnérables et développer les pôles d’excellence	8 911 694	5 968 628	8 996 991	6 165 996	6 186 846	36 230 155
RI641				L’assistance médicale aux personnes vulnérables est renforcée et les pôles d’excellence développés	8 911 694	5 968 628	8 996 991	6 165 996	6 186 846	36 230 155
AP6411				Protection sanitaire	5 370 017	3 596 582	5 421 415	3 715 511	3 728 076	21 831 601
AP6412				Assistance aux hémodialysés	2 677 188	1 793 053	2 702 813	1 852 345	1 858 609	10 884 009
AP6413				Missions médico-chirurgicales	83 236	55 748	84 033	57 591	57 786	338 394
AP6414				Développement des pôles d'excellence	642 525	430 333	648 675	444 563	446 066	2 612 162
AP6415				Assistance aux personnes souffrant de troubles psychiques	138 727	92 913	140 055	95 985	96 310	563 990

Annexe 2 : Arrêté portant création, composition et fonctionnement du comité de pilotage du processus de l'évaluation du PNDS 2018-2022 et de l'élaboration du PNDS 2023-2030



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

01 BP 882 - COTONOU
Tél. : +229 21 33 2178 / 21 33 21 63
Adresse mail : sante.info@gouv.bj
Site web : www.sante.gouv.bj

ARRÊTÉ

ANNÉE 2022 N° 079/MS/DC/SGM/CJ/SA

Portant création, composition et fonctionnement du comité de pilotage du processus de l'évaluation du Plan national de développement sanitaire 2018-2022 et de l'élaboration du Plan national de développement sanitaire 2023-2030.

Le Ministre de la Santé,

- Vu la loi n° 90-32 du 11 décembre 1990 portant Constitution de la République du Bénin, telle que modifiée par la loi n° 2019-40 du 07 novembre 2019 ;
 - vu la décision portant proclamation, le 21 avril 2021 par la Cour constitutionnelle, des résultats définitifs de l'élection présidentielle du 11 avril 2021 ;
 - vu le décret n° 2021-257 du 25 mai 2021 portant composition du Gouvernement ;
 - vu le décret n° 2021-401 du 28 juillet 2021 fixant la structure-type des Ministères ;
 - vu le décret n° 2021-571 du 03 novembre 2021 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé ;
- considérant les nécessités de service,

ARRÊTE :



Article premier : Il est créé au Ministère de la Santé un comité de pilotage du processus d'évaluation du Plan national de Développement sanitaire 2018-2022 et d'élaboration du Plan national de Développement sanitaire 2023-2030.

Article 2 : Le comité de pilotage est chargé de donner les orientations stratégiques, de coordonner et de superviser les travaux, de valider les propositions du comité technique et des consultants. Il veille à l'alignement du Plan national de Développement sanitaire sur les stratégies internationales et nationales, à son ancrage avec le Programme d'Actions du Gouvernement et les réformes en cours dans le secteur de la santé.

Il veille également à la bonne organisation et au respect du chronogramme retenu.

Article 3 : Le comité de pilotage est chargé d'approuver la version finale du Plan national de Développement sanitaire 2023-2030.

Article 4 : Le comité de pilotage du processus d'évaluation du Plan national de Développement sanitaire 2018-2022 et d'élaboration du Plan national de Développement sanitaire 2023-2030 est composé comme suit :

- Président** : Ministre de la Santé
- 1^{er} Vice-président** : Directeur de Cabinet du Ministre de la Santé

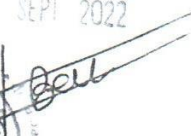
- 2^{ème} Vice-président** : Directeur général de la Politique de Développement du Ministère du Développement et de la Coordination de l'Action gouvernementale
- 1^{er} Rapporteur** : Conseillère technique au Suivi de la Performance du Secteur de la Santé
- 2^{ème} Rapporteur** : Directrice de la Planification, de l'Administration et des Finances du Ministère de la Santé
- Membres** :
- Secrétaire général du Ministère de la Santé
 - Président du Conseil national des Soins de Santé primaires
 - Président du Conseil national de la Médecine hospitalière
 - Secrétaire exécutif du Conseil national de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose, le Paludisme, les Hépatites, les Infections Sexuellement transmissibles et les Epidémies
 - Secrétaire permanent du Conseil de l'Alimentation et de la Nutrition
 - Directeur général de l'Evaluation et de l'Observatoire du Changement Social du Ministère du Développement et de la Coordination de l'Action Gouvernementale
 - Directeur général du Financement du Développement du Ministère de l'Economie et des Finances
 - Responsables des programmes budgétaires
 - Directeur général de la Médecine hospitalière et des Explorations diagnostiques
 - Président de la Plate-forme du Secteur sanitaire privé
 - Représentante résidente de l'Organisation mondiale de la Santé.

Article 5 : Les ressources nécessaires au fonctionnement du comité de pilotage sont imputables au budget du Ministère de la Santé et des Partenaires techniques et financiers.

Article 6 : Le comité de pilotage peut faire appel à toute personne ressource jugée utile pour l'accomplissement correcte de sa mission.

Article 7 : Le présent arrêté, qui abroge toutes dispositions antérieures contraires, prend effet pour compter de la date de sa signature.
Il sera publié au Journal officiel.

Cotonou, le 07 SEPT 2022



Benjamin I. B. HOUNKPATIN
 Ministre de la Santé

AMPLIATIONS : PR – Intéressés – Cabinet – SGM/MS – MDC – MEF – PTF – DDS

Annexe 3 : Arrêté portant création, composition et fonctionnement du comité technique de l'évaluation du PNDS 2018-2022 et de l'élaboration du PNDS 2023-2030



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

Adresse postale : 08 BP 882
Téléphone : +229 21 33 2178/ 21 33 21 63
Adresse mail : sante.infos@gouv.bj
Site web : www.sante.gouv.bj

ARRÊTÉ
ANNEE 2022 N° 0078/MS/DC/SGM/DPAF/CJ/SA

Portant création, composition et fonctionnement du comité technique de l'évaluation du Plan national de Développement sanitaire 2018-2022 et de l'élaboration du Plan national de Développement sanitaire 2023-2030.

Le Ministre de la Santé,

- Vu la loi n° 90-32 du 11 décembre 1990 portant Constitution de la République du Bénin telle que modifiée par la loi n° 2019-40 du 07 novembre 2019 ;
- vu la décision portant proclamation le 21 avril 2021 par la Cour constitutionnelle, des résultats définitifs de l'élection présidentielle du 11 avril 2021 ;
- vu le décret n° 2021-257 du 25 mai 2021 portant composition du Gouvernement ;
- vu le décret n° 2021-401 du 28 juillet 2021 fixant structure type des ministères ;
- vu le décret n° 2021- 571 du 03 novembre 2021 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé ;
- considérant les nécessités de service,

ARRÊTE :



Article premier

Il est créé au Ministère de la Santé, un comité technique de l'évaluation du Plan national de Développement sanitaire 2018-2022 et de l'élaboration du nouveau Plan national de Développement sanitaire 2023-2030.

Article 2

Le comité technique est composé comme suit :

- Président** : Secrétaire général du Ministère
- Vice-Président** : Président du Conseil national des Soins de Santé primaires
- 1^{er} Rapporteur** : Directrice adjointe de la Planification, de l'Administration et des Finances ;
- 2^{ème} Rapporteur** : Chef du Service des Etudes et de la Statistique
- Membres** :
- Conseillers techniques du Ministre de la Santé
 - Chargés de mission du Ministre de la Santé
 - Président de la Commission politiques, stratégies et réglementation du Conseil national de la Médecine hospitalière
 - Président de la Commission en charge de la Santé de la Mère, de l'Enfant et de la vaccination du Conseil national des Soins de Santé primaires
 - Responsable des Programmes budgétaires ou leurs représentants ;
 - Directrice des Systèmes d'Information ou son représentant
 - Directeurs généraux des agences du Ministère de la Santé
 - Directeur général de la Médecine hospitalière et des Explorations diagnostiques ou son représentant

- Directeur national de la Santé publique ou son représentant
- Directeur de la Formation et de la Recherche en Santé ou son représentant
- Directeur départemental de la Santé du Couffo
- Médecin Coordonnateur de la Zone sanitaire de Djougou-Copargo-Ouaké
- Représentant du Directeur général de la Politique du Développement du Ministère du Développement et de la Coordination de l'Action gouvernementale
- Représentant du Directeur général de la Coordination et du Suivi des Objectifs de Développement durable du Ministère du Développement et de la Coordination de l'Action gouvernementale
- Représentant du Directeur général du Financement de Développement du Ministère de l'Economie et des Finances
- Représentant du Directeur général de l'Agence nationale de la Protection sociale du Ministère des Affaires sociales et de la Microfinance
- Représentant du Directeur général de l'Environnement et du Climat du Ministère du Cadre de Vie et du Développement durable
- Secrétaire permanent du Comité interministériel de Pilotage de la Politique nationale de Décentralisation et de Déconcentration du Ministère de la Décentralisation et de la Gouvernance Locale
- Représentant du Directeur en charge de l'Elevage du Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pêche
- Chef du Service de l'Alimentation scolaire de la Direction de l'Enseignement du Ministère des Enseignements maternel et primaire
- Représentant du Ministère de l'Enseignement secondaire, technique et de la Formation professionnelle
- Représentant du Directeur en charge des Instituts de Formations du Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique
- Représentant du Directeur en charge de Recrutement du Ministère de Travail et de la Fonction publique
- Représentant de la Plateforme du Secteur sanitaire privé
- Représentant de la Société civile
- Partenaires techniques et financiers (OMS, CHAI et trois autres à désigner par le Chef de file).



Article 3

Le comité technique est placé sous la supervision du comité de pilotage à qui il soumet ses propositions et rend régulièrement compte de l'évolution des activités et des difficultés rencontrées pour avis et orientation.

Article 4

Les ressources nécessaires à la réalisation des activités du comité technique sont imputables au budget du Ministère de la Santé et des Partenaires techniques et financiers.

AB MB

Article 5

Le comité technique peut faire appel à toute personne ressource jugée utile pour l'accomplissement correcte de sa mission.

Article 6

Le président du comité technique met en place une équipe restreinte pour assurer la rédaction des documents.

Article 7

Le présent arrêté, qui abroge toutes dispositions antérieures contraires, prend effet pour compter de la date de sa signature.

Il sera publié au Journal officiel.

Fait à Cotonou, le 27 JUL 2022


Benjamin I. B. HOUNKPATIN
Ministre de la Santé

AMPLIATIONS :

Intéressés – Cabinet – SGM/MS – MDC – MEF –
AUTRES MINISTERES – PTF – DDS

Annexe 4 : Note de service de mise en place des GTT chargés de l'élaboration du PNDS 2023-2030



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

01 BP 882 - COTONOU
Tél. : +229 21 33 2178 / 21 33 21 63
Adresse mail : sante.infos@gouv.bj
Site web : www.sante.gouv.bj

N° 0059 /MS/DC/SCM/DPAF/SES/SA

Cotonou, le

NOTE DE SERVICE

05 JAN 2024

Objet : Mise en place des Groupes Techniques Thématiques de Travail chargés de l'élaboration du PNDS 2023-2030

Dans le cadre de l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2023-2030, il est mis en place des Groupes Techniques Thématiques (GTT) pour la rédaction des différentes parties du document. Il s'agit des Groupes Techniques Thématiques suivants :

- **GTT1** : Développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé (OS1) et amélioration du système d'information sanitaire, de la promotion de la recherche et de l'innovation en santé (OS5)
- **GTT2** : Prestation de services et l'amélioration de la qualité des soins (OS2)
- **GTT3** : Valorisation des ressources humaines en santé (OS3) et amélioration du mécanisme de financement pour une meilleure couverture universelle en santé (OS6)
- **GTT4** : Développement des infrastructures, des équipements, de la maintenance, des produits de santé de qualité et de la médecine traditionnelle (OS4)
- **GTT5** : Promotion de la santé, genre, environnement et transformation digitale

Les groupes sont composés des membres du Comité de pilotage et du Comité technique mis en place pour conduire le processus d'évaluation du Plan National de Développement Sanitaire 2018-2022 et d'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire 2023-2030 élargis à des responsables de projets/programmes du ministère de la Santé et des personnes ressources. Ils seront appuyés par trois consultants dont un national, un international et en charge du costing, chacun disposant de cahiers de charge bien définis. Le GTT 5, sera appuyé par une personne spécialisée dans le domaine des aspects transversaux.

Les personnes ayant les profils ci-dessous mentionnés sont désignées membres des Groupes Techniques Thématiques :

GTT1 : Développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé (OS1) et amélioration du système d'information sanitaire, de la promotion de la recherche et de l'innovation en santé (OS5)

Président	Secrétaire Général du Ministère de la Santé
Rapporteur	Directeur Départemental de la santé de Couffo
Membres	- Conseiller technique au suivi de la performance du secteur de la santé - Conseiller technique juridique - Président du Conseil national de Soins de Santé primaire - Directrice de la Planification, de l'Administration et des Finances - Directeur des Systèmes d'Information ou son représentant - Directeur de la Formation et de la Recherche en Santé ou son représentant - Représentant du Directeur général de la Politique du Développement du Ministère du Développement et de la Coordination de l'action gouvernementale - Directeur général de l'Evaluation et de l'Observatoire du Changement social du Ministère du Développement et de la Coordination de l'action gouvernementale - Secrétaire permanent du Comité interministériel de Pilotage de la Politique nationale de Décentralisation et de Déconcentration du Ministère de la Décentralisation et de la Gouvernance Locale - Représentant du Comité national d'Ethique et de Recherche en Santé - Représentant de la Société civile - Chefs Division de la Planification et des Statistiques Sanitaires - Représentants des Partenaires techniques et financiers (OMS, CHAI)

GTT2 : Prestation de services et l'amélioration de la qualité des soins (OS2)

Président	Conseiller Technique aux Soins de Santé Primaires
Rapporteur	Directeur Général de l'Agence Nationale de Soins de Santé Primaires
Membres	- Conseiller technique à la Médecine Hospitalière - Président du Conseil National des Soins de Santé Primaires - Président du Conseil National de la Médecine Hospitalière - Secrétaire exécutive du Conseil National de Lutte contre le VIH Sida, la Tuberculose, le Paludisme, les Hépatites, les Infections sexuellement transmissibles et les Épidémies - Représentant de la Directrice de la Planification de l'Administration et des Finances du Ministère de la Santé - Directeur National de la Santé Publique ou son représentant - Directeur Général de la Médecine Hospitalière et des Explorations diagnostiques



- Président de la commission politiques, stratégies et réglementation du Conseil National de la Médecine hospitalière
- Président de la commission en charge de la Santé de la Mère, de l'Enfant et de la vaccination du Conseil National des Soins de Santé Primaires
- Représentants du Directeur Général de l'Agence Nationale des Soins de Santé Primaires (Directeur de la Santé de la Mère et de l'enfant, des Soins Infirmiers et Obstétricaux, Directeur de l'Hygiène, de l'Assainissement de base et de la santé communautaire et Responsable Suivi Evaluation)
- Coordonnateur du Programme National de Lutte contre le Paludisme
- Coordonnateur du Programme Santé de Lutte contre le Sida
- Coordonnateur du Programme National de Lutte contre la Tuberculose
- Coordonnateur du Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles
- Coordonnateur du Programme National de Lutte contre les Maladies Transmissibles (PNLMT)
- Coordonnateur du Programme National de Lutte contre l'Hépatite
- Coordonnateur du Programme National des Soins palliatifs
- Directeur Général du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga
- Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune
- Directeur Départemental de la Santé du Littoral
- Chefs Division de la Planification et des Statistiques sanitaires
- Secrétaire Permanent du Conseil de l'Alimentation et de la Nutrition
- Représentant du Directeur en charge de l'Elevage du ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pêche (Point focal onehealth)
- Représentant du ministère de l'Enseignement secondaire, technique et de la Formation professionnelle
- Représentant du ministère des Enseignements Maternel et Primaire
- Président de la Plateforme du Secteur Sanitaire Privé
- Représentant du Directeur Général de la Coordination et du Suivi des Objectifs de Développement Durable du Ministère du Développement et de la Coordination de l'Action Gouvernementale
- Représentants des Partenaires Techniques et Financiers (OMS, UNICEF, UNFPA, USAID, ONUSIDA)



VOUS AVEZ EN FACE DE VOUS UN DOCUMENT CONFIDENTIEL. IL NE DOIT ÊTRE COMMUNIQUÉ À PERSONNE. IL NE DOIT ÊTRE REPRODUIT NI DIFFUSÉ. IL NE DOIT ÊTRE CÉDÉ NI PRÊTÉ. IL NE DOIT ÊTRE DESTROYÉ NI INCENDIÉ. IL NE DOIT ÊTRE VENDU NI ÉCHANGÉ. IL NE DOIT ÊTRE OFFERT NI DONNÉ. IL NE DOIT ÊTRE CÉDÉ NI PRÊTÉ. IL NE DOIT ÊTRE DESTROYÉ NI INCENDIÉ. IL NE DOIT ÊTRE VENDU NI ÉCHANGÉ. IL NE DOIT ÊTRE OFFERT NI DONNÉ.

GTT3: Valorisation des ressources humaines en santé et Amélioration du mécanisme de financement pour une meilleure couverture universelle en sante	
Président	Secrétaire générale adjointe du ministère de la Santé
Rapporteur	Directrice de la Planification, de l'Administration et des Finances
Membres	- Conseiller Technique au Partenariat et à la Politique Sanitaire - Président du Conseil National de la Médecine Hospitalière - Secrétaire Exécutif du Conseil National de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose, le Paludisme, les Hépatites, les infections sexuellement transmissibles et les épidémies ou son représentant - Directeur Général du Centre National Hospitalier et Universitaire de Pneumophtisiologie de Cotonou (CNHU-PC) - Chef du service en charge de la gestion des ressources financières de la DPAF - Chef du service en charge de la gestion des ressources humaines de la DPAF - Chefs Division de la Planification et des Statistiques sanitaires - Représentant du Directeur Général du Financement du Développement du Ministère de l'Economie et des Finances - Représentant du Directeur Général du Budget - Directeur Général de l'Agence nationale de Protection Sociale - Représentant du Directeur en charge de Recrutement du ministère de Travail et de la Fonction publique - Représentant du Directeur en charge des Instituts de Formation du ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique - Représentant du ministère des Enseignements secondaire, Technique et de la Formation professionnelle - Représentant du Directeur Général de l'Institut Régional de Santé Publique - Doyen de la Faculté de Sciences de Santé de l'Université d'Abomey-Calavi - Directrice de l'Institut national Médico-Sanitaire - Représentants des Partenaires Techniques et Financiers (OMS, USAID, ENABEL)
GTT4 : Développement des infrastructures, des équipements, des produits de santé de qualité et de la médecine traditionnelle	
Président	Chargé de mission du ministre de la Santé
Rapporteur	Directeur Général de l'Agence des Infrastructures Sanitaires, des Equipements et de la Maintenance
Membres	- Directeur Général de l'Agence béninoise de Régulation pharmaceutique - Directeur Général de la Société Béninoise pour l'Approvisionnement des Produits de Santé

4

	- Directeur général de l'Agence Nationale pour la Transfusion Sanguine - Directeur général de l'Agence Nationale de la Maintenance Hospitalière - Directeur Général de l'Agence Nationale de Contrôle de Qualité des produits de santé et de l'eau - Directeur Général de la Médecine Hospitalière et des Explorations diagnostiques ou son représentant - Représentant du Directeur général de l'Environnement et du Climat du Ministère du Cadre de Vie et des Transports, charge du Développement Durable - Cadre de la Direction de la Planification, de l'Administration et des Finances - Chefs Division de la Planification et des Statistiques sanitaires
GTT5 : Promotion de la santé, genre, environnement et transformation digitale	
Président	Président du Conseil National des Soins de Santé primaires
Rapporteur	Directeur des Systèmes d'Informations
Membres	- Chargé de mission du ministre de la Santé - Représentant de la Direction de la Planification, de l'Administration et des Finances (Cellule Genre et Environnement) - Représentant en charge de la gestion des urgences sanitaires à la Direction Générale de l'Agence Nationale de Soins de Santé Primaires - Représentant en charge l'hygiène, de l'assainissement à la Direction Générale de l'Agence Nationale de Soins de Santé Primaires - Directeur Général de la Médecine Hospitalière et des Explorations diagnostiques ou son représentant - Directrice Départementale de la Santé du Littoral - Responsable Suivi-évaluation du Programme National de Lutte contre le Paludisme - Représentant du ministère des Affaires Sociales et de la Micro-Finance - Représentant du Directeur Général de l'Environnement et du Climat du Ministère du Cadre de Vie et des Transports, charge du Développement Durable - Coordonnateur du Programme National de Lutte contre les Maladies Transmissibles (PNLMT) - Représentant du ministère de l'Enseignement secondaire, technique et de la Formation professionnelle - Représentant du ministère des Enseignements Maternel et Primaire - Chefs Division de la Planification et des Statistiques Sanitaires - Représentants des Partenaires Techniques et Financiers (OMS, CHAI, ENABEL, UNICEF)

y

5

Le Secrétaire Général du Ministère de la Santé assure la coordination des GTT, la Directrice de la Planification, de l'Administration et des Finances assure la gestion des opérations et le Chef Service des Etudes et de la Statistique de la DPAF assure la fonction du Point focal technique. Le rapporteur de chaque GTT est chargé de la compilation des résultats et de la mémoire des travaux.

Chaque Groupe se réunit à sa convenance en un lieu prédéfini par son Président. Il prend part active aux principales étapes du processus de l'élaboration du PNDS (consolidation du Draft, pré validation et validation) sur convocation du Secrétaire Général du Ministère de la Santé. Le GTT 5 s'assurera de la prise en compte des aspects transversaux dans toutes les parties du document de PNDS.

Chaque Groupe Technique Thématique peut faire appel à toutes autres personnes ressources nécessaires.

La présente note prend effet à compter de sa date de signature et annule toute disposition antérieure contraire.

Pour le Ministre et par délégation,



Enagnon Pétas AKOGBETO
Directeur de Cabinet