

STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS 2009-2013

BÉNIN



STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS 2009–2013

BÉNIN

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS/AFRO

Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays, 2009–2013 Bénin

1. Planification santé
2. Mise en œuvre plan sanitaire
3. Priorités en santé
4. État sanitaire
5. Coopération internationale
6. Organisation mondiale de la Santé

ISBN : 978 929 031 1249 (NLM Classification: WA 540 HB35)

©Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (2009)

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du protocole No 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès de l'Unité des Publications et des Langues, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, B.P. 6, Brazzaville, République du Congo (téléphone : +47 241 39100; télécopie : +47 241 39507; adresse électronique : afrobooks@afro.who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire la présente publication – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à la même adresse.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les mesures raisonnables pour vérifier l'exactitude des informations contenues dans la présente publication. Toutefois, cette publication est diffusée sans aucune garantie, fut-elle expresse ou sous-entendue. Le lecteur est responsable de l'interprétation des informations qu'elle contient et de l'utilisation qui en est faite. L'OMS ne peut en aucun cas être tenue responsable des dommages qui pourraient découler de l'utilisation de ces informations.

SOMMAIRE

Abréviations	vi
Préface	ix
Résumé	xi
SECTION 1 INTRODUCTION	1
SECTION 2 DÉFIS DE SANTÉ ET DE DÉVELOPPEMENT DANS LE PAYS	3
2.1 Géographie et population	3
2.2 Gouvernance	4
2.3 Situation économique	4
2.4 Profil épidémiologique	5
2.4.1 Maladies transmissibles	6
2.4.2 Maladies non transmissibles	7
2.4.3 Indicateurs de morbidité et de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile encore élevés	6
2.4.4 Eau, assainissement et problèmes environnementaux	11
2.4.5 Préparation aux situations d'urgence et assistance humanitaire	11
2.5 Organisation du système de santé	12
2.5.1 Secteur public	12
2.5.2 Partenariat entre le secteur privé et le secteur public	12
2.5.3 Secteur de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles	12
2.6 Politique, stratégies et principales réformes du secteur de la santé	13
2.7 Défis de la coopération OMS-Bénin	13
2.7.1 Défis de la Stratégie de Coopération OMS-Bénin 2004-2008	13
2.7.2 Défis actuels	14
SECTION 3 AIDE AU DÉVELOPPEMENT ET PARTENARIAT	15
3.1 Aide publique au développement	15
3.2 Aide extérieure dans le secteur de la santé	15
3.3 Principaux domaines d'intervention des partenaires extérieurs	15
3.4 Mécanismes et instruments de coordination des partenaires	17
SECTION 4 CADRE STRATÉGIQUE DE COOPÉRATION DE L'OMS AU NIVEAU RÉGIONAL ET MONDIAL	18
4.1 But et mission de l'OMS	18
4.2 Nouvelles méthodes de travail	18
4.3 Fonctions essentielles	18
4.4 Orientations stratégiques	19
SECTION 5 COOPÉRATION ACTUELLE DE L'OMS AVEC LE BÉNIN	20

5.1	Modalités de travail avec le Ministère de la Santé.....	20
5.2	Principaux domaines d'intervention	20
5.3	Ressources financières	21
5.4	Ressources humaines	21
5.5	Relations avec les partenaires	21
5.6	Appui du Bureau régional et du Siège	22
5.7	Forces, faiblesses, opportunités et menaces de la coopération de l'OMS avec le Bénin	22
SECTION 6 AGENDA STRATÉGIQUE		24
6.1	Renforcement du système de santé et amélioration de son utilisation dans l'optique des soins de santé primaires	24
6.1.1	Renforcement institutionnel	24
6.1.2	Opérationnalisation des zones sanitaires et mise en œuvre des soins de santé primaires	25
6.1.3	Renforcement de la lutte contre les maladies tropicales négligées et les géo-helminthiases	25
6.1.4	Développement des ressources humaines pour la santé	
6.1.5	Gestion de l'information sanitaire	25
6.1.6	Renforcement de la politique et de la gestion du médicament et des produits biologiques	26
6.2	Lutte contre la maladie	26
6.2.1	Renforcement de la surveillance intégrée des maladies et la riposte ...	26
6.2.2	Lutte contre les maladies évitables par la vaccination	27
6.2.3	Renforcement de la lutte contre les maladies tropicales négligées et les géo-helminthiases	27
6.2.4	Lutte contre les maladies non transmissibles	27
6.2.5	Mise à l'échelle des interventions de lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose pour un accès universel	27
6.2.6	Prise en charge sanitaire des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits ainsi que leurs effets sociaux et économiques	29
6.3	Renforcement de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, de la santé sexuelle et de la reproduction	29
6.3.1	Renforcement de l'Initiative pour une grossesse à moindre risque	29
6.3.2	Renforcement de la santé de l'enfant et de l'adolescent	30
6.3.3	Promotion de la santé sexuelle et de la reproduction, et du genre et santé de la femme	30
6.4	Promotion de la santé et protection de l'environnement	31
6.4.1	Promotion de la santé et réduction des facteurs de risque	31
6.4.2	Promotion d'un environnement plus sain, développement de la prévention primaire et inflexion des politiques publiques	31
6.4.3	Amélioration de la nutrition de base et de la sécurité sanitaire des aliments	32
6.5	Partenariats pour la santé et la mobilisation des ressources	32

SECTION 7 IMPLICATIONS DE L'AGENDA STRATÉGIQUE POUR L'OMS	33
7.1 Implications pour le bureau de pays	33
7.1.1 Planification/ budgétisation	33
7.1.2 Organisation et renforcement des capacités du Bureau de l'OMS dans le pays	33
7.1.3 Adaptation des locaux aux nouvelles fonctions	34
7.1.4 Information, communication, documentation	34
7.1.5 Institut régional de santé publique	34
7.2 Implications pour le niveau interpays	34
7.3 Implications pour le niveau régional	35
7.4 Implications pour le Siège	35
7.5 Suivi /Évaluation	36
CONCLUSION	37
ANNEXE 1	38
ANNEXE 2	41
ANNEXE 3	42

ABRÉVIATIONS

AFVP	:	Association française des Volontaires du Progrès
AMCES	:	Association médicale confessionnelle en santé
ANAPRAMETRAB	:	Association nationale des Praticiens de Médecine traditionnelle du Bénin
APD	:	Aide publique au développement
ARV	:	Antirétroviraux
BAD	:	Banque africaine de Développement
BCP	:	Bilan commun de pays (CCA)
BM	:	Banque mondiale
CAME	:	Centrale d'Achat des Médicaments essentiels
CBRST	:	Centre béninois de Recherche scientifique et technique
CCS	:	Complexe communal de Santé
CDTT	:	Centre départemental de traitement de la tuberculose
CDV	:	Conseil et dépistage volontaire
CHD	:	Centres hospitaliers départementaux
CNEEP	:	Comité national pour le suivi, l'exécution et l'évaluation des projets et programmes
CNHU	:	Centre national hospitalier et universitaire
COGES	:	Comité de gestion pour la santé
CREDESA	:	Centre régional pour le développement de la santé
CRS	:	Secours catholiques
CSA	:	Centre de santé d'arrondissement
CSC	:	Centre de santé de commune
CSSP	:	Centre de santé de sous-préfecture
DDSP	:	Direction départementale de la Santé publique
DEPOLIPO	:	Déclaration de politique en matière de population
DOTS	:	Traitement de courte durée sous observation directe
DPP	:	Directeur de la programmation et de la prospective
EDSB	:	Enquête démographique et de Santé au Bénin
EEZ	:	Équipe d'encadrement de zone sanitaire
ENIAB	:	École nationale des infirmières et infirmiers adjoints du Bénin
FAO	:	Fonds des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture

FMI	:	Fonds monétaire international
FNUAP	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
GAVI	:	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
GTZ	:	Coopération technique allemande
HCR	:	Haut Commissariat des Nations Unies aux Réfugiés
Hib	:	Haemophilus Influenzae type B
HTA	:	Hypertension artérielle
HZ	:	Hôpitaux de zone
IDEE	:	Institut de Développement et d'Études endogènes
IDH	:	Indice de développement humain
IEC	:	Information, éducation et communication
INMES	:	Institut national médico-social
INSAE	:	Institut national de statistiques et de l'analyse économique
IRSP	:	Institut régional de Santé publique
ISBA	:	Institut des sciences biomédicales avancées
IST	:	Infections sexuellement transmissibles
MAEIAF	:	Ministère des Affaires étrangères, de l'Intégration africaine et de la Francophonie
MCDI	:	Medical Care Development International
MEHU	:	Ministère de l'Environnement, de l'Habitat et de l'Urbanisme
MFSN	:	Ministère de la Famille et de la Solidarité nationale
MIILD	:	Moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée
MISP	:	Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité publique
MS	:	Ministère de la Santé
MSF	:	Médecins Sans Frontières
NEPAD	:	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
OMD	:	Objectif du Millénaire pour le développement
OMS	:	Organisation mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	:	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OOAS	:	Organisation ouest-africaine de la Santé
ORSEC	:	Organisation de secours en cas de catastrophe
PAG	:	Programme d'action du gouvernement
PAM	:	Programme alimentaire mondial
PAS	:	Programme d'ajustement structurel
PCIME	:	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

PEV	:	Programme élargi de vaccination
PIB	:	Produit intérieur brut
PIP	:	Programme d'investissements publics
PNLS	:	Programme national de lutte contre le sida
PNT	:	Programme national contre la tuberculose
PNUD	:	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTTE	:	Pays pauvres très endettés
PRSAO	:	Programme régional de Santé en Afrique de l'Ouest
PSMT	:	Plan stratégique à moyen terme
PSSN	:	Politiques et stratégies sanitaires nationales
PVVIH	:	Personnes vivant avec le VIH
RBM	:	Faire reculer le paludisme
RESNAUP	:	Réseau en santé et nutrition de l'Atlantique urbain et périphérie
RGPH3	:	Recensement général de la population et de l'habitat 3ème
ROBS	:	Réseau des ONG béninoises de santé
SCP	:	Stratégie de Coopération avec les Pays
SCRIP	:	Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté
SIMR	:	Surveillance intégrée des maladies et riposte
SNIGS	:	Système national d'Information et de Gestion sanitaires
SO	:	Objectifs stratégiques
SONU	:	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SOU	:	Soins obstétricaux d'urgence
SSP	:	Soins de santé primaires
UE	:	Union européenne
UNDAF	:	Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	:	Agence américaine pour le Développement international
UVS	:	Unité villageoise de santé
VIH/sida	:	Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome de l'immunodéficience acquise
ZS	:	Zone sanitaire

PRÉFACE

La Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays (SCP) cristallise l'essentiel des réformes adoptées par l'Organisation mondiale de la Santé en vue de renforcer son action au sein des pays. Elle a impulsé une orientation qualitative décisive aux modalités d'intervention, de coordination et de plaidoyer de notre institution dans la Région africaine. Actuellement bien établie comme outil de planification à moyen terme de l'OMS au niveau des pays, la Stratégie de Coopération vise plus de pertinence et de focalisation dans l'établissement des priorités, plus d'efficacité dans la réalisation des objectifs et une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources affectées à l'action de l'OMS dans les pays.

La première génération de documents de stratégie de coopération avec les pays a été établie à travers un processus participatif qui a mobilisé les trois niveaux de l'Organisation, les pays et leurs partenaires. Pour la majorité des pays, la période biennale 2004-2005 a constitué le point crucial de recentrage de l'action de l'OMS. Elle a permis aux pays de mieux planifier leurs interventions selon une approche basée sur les résultats et un processus gestionnaire amélioré favorisant la prise en compte de leurs besoins réels par les trois niveaux de l'Organisation.

Tirant des enseignements de la mise en œuvre des SCP de première génération, les documents de SCP de seconde génération, en harmonie avec le 11^{ème} Programme général de Travail de l'OMS et le Cadre stratégique à moyen terme, prennent en compte les priorités sanitaires des pays définies dans les plans nationaux de développement sanitaire et les plans sectoriels de lutte contre la pauvreté. Les SCP s'inscrivent aussi dans le nouveau contexte global de la santé et intègrent les principes d'alignement, d'harmonisation et d'efficacité, tels que formulés dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et dans les récentes initiatives telles que « Harmonisation pour la Santé en Afrique » (HHA) et « Partenariat international pour la Santé-Plus » (IHP+). Ils reflètent aussi la politique de décentralisation qui a été opérée et qui renforce la capacité de prise de décisions par les pays pour une meilleure qualité des programmes et des interventions de santé publique.

Enfin, les documents de SCP de deuxième génération sont en synchronisation avec le Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Je salue le leadership efficace et efficient assuré par les pays dans la conduite de cet important exercice de formulation des documents de stratégie de coopération de l'OMS avec les pays et demande à tout le personnel de l'OMS, en particulier aux Représentants de l'OMS et aux Directeurs des divisions, de redoubler d'efforts pour garantir une mise en œuvre effective des orientations de la Stratégie de Coopération avec les Pays en vue de la réalisation de meilleurs résultats sanitaires au bénéfice des populations africaines.



Dr Luis G. Sambo
Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique

RÉSUMÉ

Au moment où s'achève la première Stratégie de Coopération 2004-2008 entre l'OMS et le Bénin, l'élaboration d'une nouvelle stratégie s'impose dans le souci non seulement de la continuité des interventions, mais aussi de capitalisation des acquis et des enseignements tirés, et de prise en compte des nouveaux défis et des nouvelles opportunités pour mieux agir et conduire les populations béninoises vers l'atteinte du meilleur état de santé possible.

La Stratégie de Coopération de deuxième génération (SCP2) 2009-2013 a été élaborée en utilisant une revue documentaire détaillée, en réalisant une enquête qualitative et quantitative auprès des partenaires du secteur de la santé, et en organisant des sessions d'échanges avec les partenaires. Elle s'articule autour de sept chapitres, avec un accent particulier sur les défis de santé et de développement, le cadre stratégique de coopération, l'agenda stratégique et les implications de sa mise en œuvre aux niveaux régional, mondial et pays.

L'introduction traite de la justification de la formulation d'une nouvelle stratégie de coopération, de la méthodologie adoptée pour son élaboration, et des cadres nationaux, régionaux et mondiaux de référence tels que la nouvelle vision du développement sanitaire, le Plan national de développement sanitaire 2009-2018, les Déclarations de Ouagadougou, de Libreville et d'Alger, le Onzième Programme général de Travail 2006-2015, le Plan stratégique à moyen Terme 2008-2013, les treize objectifs stratégiques retenus par l'Organisation, et les objectifs du Millénaire pour le développement.

Le deuxième chapitre est consacré aux « Défis de santé et de développement ». Le profil épidémiologique reste marqué par une prédominance des maladies transmissibles et 70 % de la morbidité leur sont imputables. Cependant, les maladies non transmissibles, notamment les affections cardio-vasculaires, constituent une préoccupation majeure de par leur fréquence et les décès qu'elles entraînent. L'enquête nationale STEPS de 2008 a montré une prévalence élevée de nombreux facteurs de risque comme l'hypertension artérielle, le tabagisme, l'alcoolisme, l'inactivité physique et la faible consommation de fruits et légumes. La situation sanitaire des mères, des enfants de moins de cinq ans et des adolescents est caractérisée par une baisse lente et une persistance à des niveaux élevés des indicateurs de morbidité et de mortalité. Les femmes ne jouissent pas encore pleinement de leurs droits en matière de santé sexuelle et de la reproduction. Il faut ajouter à ces défis, l'ampleur croissante des problèmes de santé liés à l'environnement et ceux dus à l'insuffisance de la décentralisation et de participation communautaire.

L'aide au développement constitue le troisième chapitre et fait le point de l'aide publique au développement, de l'aide extérieure dans le secteur de la santé, des principaux domaines d'intervention des partenaires extérieurs, et des mécanismes et instruments de coordination des partenaires.

Un quatrième chapitre traite du « Cadre stratégique de coopération de l'OMS au niveau régional et mondial » en mettant l'accent sur le but et la mission de l'OMS, les nouvelles méthodes de travail, les fonctions essentielles et les orientations stratégiques.

La coopération actuelle de l'OMS avec le Bénin est l'objet du cinquième chapitre et décrit les modalités de travail avec le Ministère de la Santé, les principaux domaines d'intervention, les ressources financières, les ressources humaines, les relations avec les

partenaires, l'appui du Bureau régional et du Siège, et les forces, faiblesses, opportunités et menaces de la coopération de l'OMS avec le Bénin.

Le sixième chapitre intitulé « Agenda stratégique » est subdivisé en cinq axes stratégiques. Le premier axe stratégique est le « Renforcement du système de santé et l'amélioration de son utilisation dans l'optique des Soins de Santé primaires », qui comporte six sous-axes :

- i) le renforcement institutionnel basé sur la restructuration du système de santé à tous les niveaux;
- ii) l'opérationnalisation des zones sanitaires et la mise en œuvre des soins de santé primaires, avec un accent particulier sur les normes, les outils d'évaluation de la performance des ZS, la participation communautaire et le plaidoyer pour l'accroissement du budget alloué aux SSP;
- iii) le système d'orientation-recours et de référence et contre-référence, à doter de moyens efficaces et fonctionnels pour les urgences, notamment les urgences obstétricales et néonatales;
- iv) le développement des ressources humaines pour la santé sur la base du PNDRHS;
- v) la gestion de l'information sanitaire, y compris la mise à disposition régulière d'informations récentes et la mise à jour du profil sanitaire;
- vi) le renforcement de la politique et de la gestion du médicament et des produits biologiques, par l'adoption de normes et politiques pour le contrôle et la gestion, l'appui à la surveillance de la résistance aux médicaments tels que les ARV et les antipaludiques.

Le deuxième axe stratégique, qui est la « Lutte contre les maladies », est décliné également en six sous-axes:

- i) le renforcement de la surveillance intégrée des maladies et la riposte;
- ii) la lutte contre les maladies évitables par la vaccination;
- iii) le renforcement de la lutte contre les maladies tropicales négligées et les géo-helminthiases;
- iv) la lutte contre les maladies non transmissibles ;
- v) la mise à l'échelle des interventions de lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose pour un accès universel et;
- vi) la prise en charge sanitaire des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques.

Le thème « Renforcement de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et la santé sexuelle et de la reproduction » constitue le troisième axe stratégique et comporte trois sous-axes :

- i) le renforcement de l'Initiative Grossesse à moindre risque, notamment à travers le plaidoyer pour la mobilisation des ressources et le renforcement du partenariat, la promotion des soins intégrés et du continuum des soins, l'institutionnalisation des audits de décès maternels et néonataux, la lutte contre les trois retards et le monitoring des activités et le suivi/évaluation des progrès réalisés;
- ii) le renforcement de la santé de l'enfant et de l'adolescent, axé sur une véritable stratégie de survie de l'enfant, et l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de santé des adolescents adapté à leurs besoins, et;
- iii) la promotion de la santé sexuelle et de la reproduction, du genre et de la santé de la

femme, avec un accent particulier sur le repositionnement de la planification familiale et la lutte contre les pratiques néfastes à la santé de la femme tels que les mutilations génitales féminines (MGF), et la promotion du dépistage précoce des cancers génitaux et mammaires. Le quatrième axe stratégique «Promotion de la santé et protection de l'environnement» comprend la promotion de la santé et la réduction des facteurs de risque, la promotion d'un environnement plus sain, le développement de la prévention primaire et l'inflexion des politiques publiques, l'amélioration de la nutrition de base et de la sécurité sanitaire des aliments. Le cinquième axe stratégique est consacré aux « Partenariats pour la santé et la mobilisation des ressources » pour le renforcement du système de santé.

Le septième chapitre expose « Les implications de l'agenda stratégique pour l'OMS » aux différents niveaux de l'Organisation, à savoir : le bureau de pays, le niveau interpays pour l'Afrique de l'Ouest basé à Ouagadougou (Burkina Faso), le niveau régional et le niveau du Siège. La SCP2 sera déclinée en plans de travail biennaux, et sa mise en œuvre fera l'objet de monitoring/évaluation conjointement par l'Organisation, le Gouvernement du Bénin et les autres partenaires du secteur de la santé.

L'ancrage de la SCP2 dans les orientations programmatiques de développement du Bénin, l'implication des trois niveaux de l'OMS et celle de partenaires du secteur de la santé confortent les chances de succès dans sa mise en œuvre.

SECTION 1

INTRODUCTION

La Stratégie de Coopération 2004-2008 entre l'OMS et le Bénin tirant vers sa fin, il importe donc d'en élaborer une nouvelle dans le but d'assurer la continuité des interventions et de l'appui de l'Organisation au Bénin.

Au Bénin, les États généraux du secteur de la santé, tenus en novembre 2007, ont fait d'importantes recommandations sur le développement sanitaire du pays. Une nouvelle vision de développement sanitaire du Bénin a été définie au cours de cette assise qui stipule que « Le Bénin dispose en 2025 d'un système de santé performant basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles ou collectives, pour l'offre et la disponibilité permanentes de soins de qualité, soins équitables et accessibles aux populations de toutes catégories, fondés sur les valeurs de solidarité et de partage de risques pour répondre à l'ensemble des besoins de santé du peuple béninois ». Cette nouvelle vision est intégrée dans le plan national de développement sanitaire (PNDS) 2009-2018 élaboré quelques mois plus tôt.

Le Bénin, un pays à ressources limitées, a l'obligation de s'approprier des résolutions ou déclarations porteuses d'espoir, telle la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique, afin de s'inscrire dans une dynamique sous-régionale, voire mondiale, pour bénéficier des opportunités pouvant lui permettre de mettre en œuvre ses projets et programmes.

Aussi l'OMS, une organisation qui se veut dynamique dans son développement, a opté pour des stratégies d'interventions axées sur les résultats, contrairement à un passé récent où les interventions se basaient sur des domaines d'action particuliers. Ainsi en 2007, treize objectifs stratégiques ont été retenus par l'Organisation.

Après environ un demi siècle de coopération et surtout après la mise en œuvre de la première stratégie de coopération, il convient de marquer une pause pour évaluer le travail accompli, formuler de nouvelles résolutions et jeter les bases d'une collaboration plus renforcée et dans une vision et une perspective nouvelles orientées vers des résultats plus probants. Il est aussi nécessaire de faire ressortir le gain obtenu après la mise en œuvre des plans biennaux issus de la déclinaison de la première stratégie de coopération 2004-2008. Les pays de la Région africaine de l'OMS ont décidé de revitaliser les soins de santé primaires par la Déclaration de Ouagadougou en avril 2008. Deux autres déclarations, celle de Libreville sur la santé et l'environnement et celle d'Alger sur la recherche pour la santé, complètent la première et appellent à de nouvelles actions de développement sanitaire au Bénin. Enfin, la signature du document de Plan-Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement au Bénin (UNDAF) 2009-2013 oriente les partenaires et l'OMS vers une révision de la première Stratégie de Coopération entre le Bénin et l'OMS (SCP1).

Tenant compte des raisons évoquées plus haut et de la volonté de notre Organisation commune d'affiner la procédure d'élaboration du document de stratégie susceptible d'apporter des réponses cohérentes et adaptées aux nombreux défis des pays membres, la rédaction d'une stratégie de deuxième génération s'impose.

La Stratégie de Coopération de deuxième génération entre l'OMS et le Bénin (SCP) reflète fidèlement la politique institutionnelle de l'Organisation dans le pays et marque un tournant important dans l'histoire de la coopération entre l'institution et les pays membres.

Cette stratégie de coopération vise à soutenir activement les politiques et stratégies du Gouvernement du Bénin dans la perspective de l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et en accord avec la stratégie de l'Union africaine pour la santé 2007-2015 pour conduire les populations béninoises au niveau de santé le plus élevé possible, dans la mise en œuvre des soins de santé primaires et par le renforcement du système de santé. Cette stratégie s'intègre dans le contexte actuel du partenariat global pour la santé avec la Déclaration de Rome et de Paris, puis celle de Ouagadougou. Par conséquent, la SCP de 2^{ème} génération constituera, pour les cinq prochaines années, le cadre de référence pour le travail de l'ensemble de l'Organisation au Bénin.

La présente Stratégie de Coopération de 2^{ème} génération entre l'OMS et le Bénin est le résultat d'une revue documentaire fouillée et exhaustive et d'une concertation active et soutenue entre l'OMS et les partenaires gouvernementaux, bilatéraux et multilatéraux, d'une part, et entre l'OMS et les acteurs de la société civile et des ONG, d'autre part.

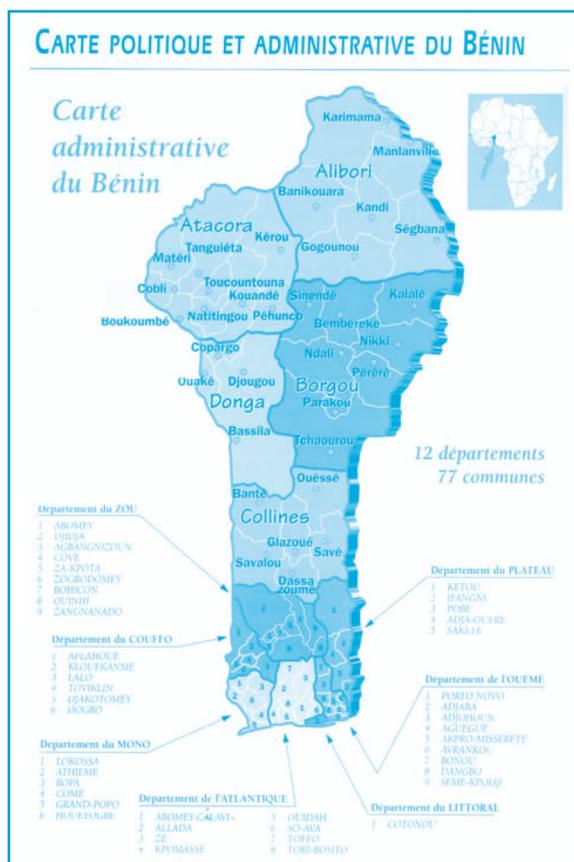
Les méthodes participative, consultative et interactive ont été largement utilisées par l'équipe du bureau de pays à travers l'organisation de séances de travail, de concertation et de débats. Une enquête quantitative et qualitative auprès des partenaires multilatéraux, bilatéraux et des organisations non gouvernementales (ONG), avec l'analyse du contenu, a complété les données. La SCP de 2^{ème} génération identifie les défis et les problèmes majeurs de santé auxquels les populations et le système de santé béninois sont confrontés. Elle présente ensuite l'agenda stratégique, les implications pour les interventions de l'OMS, ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation.

SECTION 2

DÉFIS DE SANTÉ ET DE DÉVELOPPEMENT DANS LE PAYS

2.1 GÉOGRAPHIE ET POPULATION

Située en Afrique occidentale, sur le Golfe de Guinée, entre le 6^{ème} et 11^{ème} degré de latitude Nord et le 1^{er} et 3^{ème} degré de longitude Est, la République du Bénin s'étend de l'Océan Atlantique au fleuve Niger, sur une longueur de 700 km et une largeur de 125 km sur la côte. Elle couvre une superficie de 114 763 km².



Au troisième recensement général de la population et de l'habitat, le taux d'accroissement annuel moyen est évalué à 3,25 % pour l'ensemble de la population entre 1992 et 2002. La population est structurellement jeune : les moins de 15 ans représentent 49 % de la population totale, tandis que les personnes âgées de 60 ans et plus en constituent environ 5 %. Les

enfants de moins de 5 ans représentent 18,3 % de la population totale. Les adolescents (10-19 ans) et les jeunes (15-24 ans) constituent 30 % de la population totale. Plus de la moitié de la population (51,5 %) est féminine. Les femmes en âge de procréer (15-49 ans) représentent 23,6 % de la population totale et 46 % de la population féminine.

Le taux brut de mortalité était estimé en 1992 à 15,6 pour mille et l'espérance de vie à la naissance est de 59,2 ans, légèrement plus élevée pour les femmes (61,25 ans) que pour les hommes (57,18 ans).

Le taux consolidé de scolarisation primaire et secondaire était de 45 %. Le taux brut de la scolarisation dans le primaire était de 59% en 2006. Quant à la promotion de l'égalité entre les sexes, le rapport filles/garçons était 0,75 dans le primaire, contre 0,52 dans le secondaire. Dans la population générale du Bénin, 64 % des femmes, contre 36 % des hommes, n'avaient aucune instruction, alors que 18 % des femmes et 26 % des hommes n'avaient pas achevé le cycle primaire (EDSB, 2006).

2.2 GOUVERNANCE

Une nouvelle constitution a été votée et toutes les institutions républicaines ont été installées : Assemblée nationale, Cour suprême, Cour constitutionnelle, Haute Autorité de l'Audiovisuel et de la Communication, Haute Cour de Justice, Conseil économique et social. Le pays est régi par trois pouvoirs : le pouvoir exécutif, le pouvoir législatif, le pouvoir judiciaire. Le régime politique au Bénin est de type présidentiel.

La promotion de la bonne gouvernance repose nécessairement sur les quatre piliers suivants:

- i) gouvernance administrative;
- ii) gouvernance économique;
- iii) gouvernance politique; et
- iv) défense et sécurité.

Le Bénin jouit d'une stabilité politique depuis près de deux décennies, avec un processus démocratique qui fait école dans la sous-région. Une volonté politique de lutte contre la corruption est clairement affichée et les résultats de ces efforts sont déjà perceptibles, mais devraient être consolidés. La pro-activité dont fait preuve l'Exécutif est contrariée par une lourdeur administrative qui influe négativement sur les taux de décaissement et de consommation des ressources disponibles.

La conception traditionnelle du rôle de la femme constitue une contrainte majeure à l'épanouissement de celle-ci et à sa participation au développement. Depuis 1998, le Gouvernement du Bénin s'investit dans l'amélioration de l'environnement politique, législatif et juridique et dans la mise en place de structures tenant de plus en plus compte de l'équité et du genre.

2.3 SITUATION ÉCONOMIQUE

L'économie du Bénin repose sur une agriculture vivrière qui occupe 56 % de la population: active. Les produits vivriers sont traditionnellement le maïs, l'igname, le manioc, le haricot, mil, sorgho et arachide. L'élevage et la pêche sont encore pratiqués de manière artisanale et couvrent environ 60 % des besoins de la population. Le secteur industriel est embryonnaire. La balance commerciale est globalement déficitaire.

Le produit intérieur brut (PIB) par tête d'habitant est passé de US \$248 en 2000 à US \$314 en 2006. Le taux de croissance économique est passé de 2,9% en 2004 à 3,5% en 2005 et 5,1 en 2007. L'indice de développement humain du Bénin est de 0,437, ce qui lui confère le 163^{ème} rang sur un total de 177 pays.

En outre, sur la base des données provenant de l'enquête modulaire intégrée sur les conditions de vie des ménages (EMICoV, 2006), l'indice de pauvreté monétaire est estimée à 37,4 %, ce qui signifie que deux personnes sur cinq vivent en dessous du minimum vital au Bénin. La pauvreté non monétaire est estimée à 40,2 % dans la population béninoise, en termes de condition d'existence et de patrimoine. La proportion de ménages pauvres est estimée respectivement à 52,2 % et 47,9 %, si l'on considère distinctement les conditions de vie et les actifs du ménage au Bénin.

2.4 PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Malgré la mise en œuvre des politiques à travers les projets, programmes et autres interventions depuis des décennies pour améliorer l'état de santé des populations, le profil épidémiologique du Bénin est caractérisé par une prédominance des maladies transmissibles avec des taux élevés de morbidité et de mortalité, et la menace constante de maladies émergentes comme la grippe aviaire et les maladies non transmissibles.

2.4.1 Les maladies transmissibles

Le profil épidémiologique du Bénin est encore caractérisé par la prédominance des maladies transmissibles. Plus de 70 % de la morbidité sont imputables aux maladies transmissibles.

Paludisme

Au Bénin, le paludisme demeure la première cause de consultation pour toute la population en général. L'incidence moyenne du paludisme simple, en 2006, était de 109,9 pour 1000, contre 123 pour 1000 en 2005. Chez les enfants de moins d'un an, elle était de 489 pour 1000 en 2006, contre 640 pour 1000 en 2005. L'incidence moyenne du paludisme grave était de 28,6 pour 1000 habitants, contre 15 pour 1000 habitants en 2005 et 13,4 pour 1.000 en 2003. La létalité moyenne nationale était de 6,2 pour 1000 cas, contre 14 pour 1000 pour le paludisme grave en 2005, 13,5 en 2004 et 11,6 en 2003 (SNIGS MS, 2003, 2004, 2005, 2006). L'EDSB3 de 2006 a montré que seulement 20 % des enfants de moins de cinq ans et 19,7 % de femmes enceintes ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide.

Le plan stratégique de lutte contre le paludisme 2006-2010, basé sur la nouvelle politique nationale, met l'accent sur l'amélioration de la prise en charge des cas, l'emploi des médicaments à base d'artémisinine (CTA) pour le traitement du paludisme simple, l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée d'efficacité (MILD) en ciblant les groupes considérés à risque (enfants < 5 ans et femmes enceintes), le traitement préventif intermittent à la sulfadoxine-pyriméthamine chez la femme enceinte et les interventions à base communautaire.

VIH/sida et infections sexuellement transmissibles

Le Bénin fait partie des pays à épidémie généralisée de faible prévalence. La prévalence s'était stabilisée autour de 2% de 2002 à 2005 avant de passer en 2006 à 1,2% selon l'EDSB III. Au 31 décembre 2007, 9 765 PVVIH étaient pris en charge par les ARV, 2554 femmes ont bénéficié d'un traitement ARV pour réduire la transmission mère-enfant du VIH. Le système

est confronté à de fréquentes ruptures de stock de médicaments pour le traitement des infections opportunistes et, régulièrement, à des risques de rupture d'ARV. Il existe des difficultés de coordination des activités de lutte contre le sida entre le Comité national de Lutte contre le Sida (CNLS) et le Programme national de Lutte contre le Sida (PNLS). Des efforts doivent être consentis pour éviter les ruptures de stock en médicaments destinés aux infections opportunistes.

Tuberculose

Avec un taux d'incidence de 44 cas pour 100 000 habitants en 2006, le programme du Bénin est l'un des meilleurs de la sous-région, avec un taux de succès thérapeutique de 87% et un taux de perdus de vue de moins de 5%. La co-infection tuberculose-VIH a progressé rapidement, passant de 14% en 2005 à 16% en 2006. La tuberculose pulmonaire demeure un problème de santé publique au Bénin. Cependant, le Gouvernement du Bénin déploie d'énormes efforts dans le cadre de la lutte contre cette maladie, ce qui justifie la bonne performance, à savoir un indice annuel d'infection (RAI) de 0,6 %, pour une moyenne régionale variant de 0,1 % à 0,2 % et un taux de guérison de TPM+ estimé à 85% en 2005.

Ulcère de Buruli

Mis sous surveillance depuis 1989 au Bénin, cette affection qui est une infection cutanée est un véritable problème de santé publique dans certaines de nos localités situées près des cours d'eau, des lacs et des marais. Le nombre de nouveaux cas augmente d'année en année. Le nombre de nouveaux cas est passé en 2000 de 291 cas à 1195 en 2006.

Autres maladies transmissibles

Les autres maladies transmissibles qui continuent d'affecter la santé des populations font partie des dix premières causes de consultation, ce sont : les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la rougeole, la méningite cérébro-spinale, le choléra et la fièvre jaune. Plusieurs maladies transmissibles comme les filarioses et les géo-helminthiases ont un poids non négligeable dans la morbidité des affections transmissibles. À l'instar des autres maladies transmissibles, toutes ces maladies, dont la grippe aviaire et les fièvres hémorragiques, font l'objet d'une surveillance épidémiologique intégrée.

2.4.2 Maladies non transmissibles

Les maladies non transmissibles constituent une préoccupation majeure de par leur fréquence et les décès qu'elles entraînent. Les principales maladies non transmissibles sont :

- i) les affections cardio-vasculaires avec une prévalence hospitalière des accidents vasculaires cérébraux (AVC) de 13,86% ; des décès dus aux AVC dans le service de neurologie du CNHU-HKM représentant 57,2% des décès et constituant la première cause d'hospitalisation dans ce service;
- ii) l'hypertension artérielle (HTA) dont la prévalence était de 27,5% (27,23% chez les hommes, contre 26,19% chez les femmes) selon les résultats de l'enquête nationale STEPs réalisée en 2008;
- iii) le noma avec 57 cas colligés sur la période allant de 1998 à 2007, au cours d'une étude rétrospective réalisée en 2007.

Leurs facteurs de risque ont également été relevés au cours de la même enquête, à savoir :

- i) l'obésité et la surcharge pondérale observées respectivement chez près de 9,4% et 20,5% de la population, avec une prédominance féminine (23,4% contre 16,8% chez l'homme);

- ii) le tabagisme, avec une prévalence de la consommation de tabac de l'ordre de 16%, plus élevée chez l'homme que chez la femme (25,2%, contre 6,7% chez la femme) et 65,3% des fumeurs enquêtés qui fument quotidiennement;
- iii) l'alcoolisme dont la prévalence est estimée à 2,9%, avec une prédominance masculine (4,6% chez l'homme, contre 1,2% chez la femme);
- iv) l'inactivité physique (8,3%), au même titre que la consommation insuffisante de fruits et légumes (78,05%), la glycémie à jeun élevée (2,6%) et l'hypercholestérolémie (1,8%).

Les fortes proportions de faible poids à la naissance (13 %), de retard de croissance (43 %) et le taux élevé d'anémie chez ceux de 6 à 59 mois (78 %) posent un réel problème de survie chez les enfants de moins de cinq ans, de la qualité de la santé à l'âge adulte et de la qualité de la réussite sociale, en termes de performance académique et de productivité économique. Les pratiques d'alimentation sont peu favorables à une croissance optimale du nourrisson et du jeune enfant. En effet, le taux d'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois est faible (43 %) et 10 % d'enfants entre 6 et 9 mois n'ont pas encore reçu d'aliments de complément. Le contexte du VIH/sida constitue un défi pour la promotion de l'allaitement au sein.

Le programme national de lutte contre les maladies non transmissibles assure également la promotion de la lutte contre le cancer, la lutte contre la cécité et la lutte contre la surdité.

2.4.3 Indicateurs de morbidité et de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile encore élevés

Au Bénin, la situation sanitaire de la mère, du nouveau-né et de l'enfant est caractérisée par une baisse lente et la persistance à un niveau élevé des indicateurs de morbidité et de mortalité, malgré une couverture satisfaisante des soins maternels et infanto-juvéniles. En effet, le ratio de mortalité maternelle est passé en 10 ans de 498 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1996 à 397 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2006. La mortalité infanto-juvénile a baissé de 166,5 à 125 pour 1000 naissances vivantes sur la même période. La mortalité néonatale fléchit peu, 38 pour 1000 naissances vivantes en 1996 à 32 pour 1000 naissances vivantes en 2006.

Cependant, 9 femmes sur 10 utilisent les services de consultations prénatales (CPN), 6 femmes sur 10 font les 4 CPN recommandées, et 7 femmes enceintes sur 10 bénéficient d'une assistance par du personnel qualifié à l'accouchement. La couverture géographique de la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant est de 68%. En dehors des causes directes bien connues aussi bien chez la mère que chez l'enfant, certains facteurs aggravent cette situation. Il s'agit notamment de la faible qualité des soins, du c t élevé des prestations limitant l'accessibilité et l'utilisation des services, notamment par les couches pauvres et défavorisées, des retards de prise en charge des urgences obstétricales et néonatales, liés à la faible implication des familles et communautés, au système de référence et contre- référence peu performant et au dysfonctionnement du système de santé (faiblesse du plateau technique, insuffisance en personnel qualifié, en particulier dans les régions septentrionales du pays, etc.). Environ 22 % des naissances surviennent encore à domicile surtout dans le nord du pays, en milieu rural (26 %) et dans les ménages les plus pauvres (43 %). Les besoins en soins obstétricaux d'urgence (SOU) satisfaits sont faibles (22,9 %), le taux de césariennes est de 2,6 % et la létalité obstétricale intra-hospitalière demeure élevée à 3,5%. Les enfants de moins d'un an vivant en milieu rural courent plus de risque (81 pour 1000) de décéder que ceux vivant en milieu urbain (59 pour 1000).

En matière de santé sexuelle et de la reproduction, les femmes ne jouissent pas encore pleinement de leurs droits. L'indice synthétique de fécondité est élevé, à 5,7 enfants par femme. La mise en œuvre de la cible 5B de l'OMD5 relative à l'accès universel à la santé de la reproduction est insuffisante. En effet, la prévalence contraceptive demeure faible (6,2% en 2006, contre 7,2% en 2001), alors que les besoins non satisfaits sont élevés (30% en 2006). La sexualité est précoce chez les adolescentes, avec une forte fécondité : 21 % des adolescentes de 15-19 ans ont eu des rapports sexuels et 17 % ont déjà eu au moins un enfant, et les avortements sont souvent pratiqués dans des conditions dangereuses. Les adolescents sont exposés aux infections sexuellement transmissibles et au VIH/sida et ont des comportements préjudiciables à leur santé. Il persiste des pratiques néfastes à la santé de la femme et de la petite fille telles que les mutilations génitales féminines dont la prévalence est estimée à 13% en 2006, et les mariages forcés souvent précoces (5% avant 15 ans en 2006). Les cas de cancers du sein et de cancers de l'utérus sont souvent vus à un stade avancé, faute de structures adéquates disponibles pour le dépistage et la prise en charge.

Le Gouvernement, avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers, déploie des efforts importants dans la perspective de l'atteinte des OMD 4 et 5. La santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et la santé sexuelle et de la reproduction constituent des priorités reflétées dans les documents normatifs et programmatiques tels que le Plan national de développement 2009-2018, les recommandations des États généraux de la santé, le Plan national de développement des ressources humaines pour la santé, la Stratégie de croissance pour la réduction de la pauvreté et le Plan-Cadre des Nations Unies pour l'Aide au développement au Bénin (UNDAF) 2009-2013. Le partenariat se renforce de plus en plus entre les différents programmes concernés, notamment le PNLP, le PEV, le PNLS, la Nutrition et le Système de santé.

L'évolution des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé se présente comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1: État d'avancement et probabilité d'atteinte des OMD au Bénin en 2006

Objectifs	Indicateurs retenus au Bénin	Valeur en 2002/2003 de l'indicateur	Valeur en 2006 de l'indicateur	Valeur cible pour 2015	Probabilité d'atteinte**
1. Éliminer l'extrême pauvreté et la faim	1. Indice de la pauvreté monétaire	28,40 %	37,40 %	15 %	Faible eu égard au recul des indicateurs sur la nutrition (2pts) et de l'autosuffisance alimentaire
	2. Indice de pauvreté humaine	48,90 %	40,30 %	16 %	Possible avec un peu plus d'effort car diminution d'année en année.
	3. Proportion d'enfants (0-5 ans) souffrant d'une insuffisance pondérale	17,9	18,40 %	14,60 %	Possible mais il faut beaucoup d'efforts car certains départements ont encore des niveaux élevés.
2. Assurer une éducation primaire pour tous	4. Taux net de scolarisation dans le primaire	17,90 %	79,87 %	100 %	Bonne si la tendance actuelle est maintenue.

	5. Taux d'achèvement au primaire	5 0%	59%	100 %	Bonne si on met l'accent sur le maintien des filles à l'école.
	6. Taux d'alphabétisation	42,90 %	45,60 %	100 %	Bonne si la tendance actuelle est maintenue (création du ministère de l'alphabétisation)
3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	7. Rapport fille - garçon dans le primaire et le secondaire	0,74	0,75	1	Faible car 0,75 au primaire, contre 0,52 au secondaire : effort supplémentaire requis
	8. Pourcentage des élus locaux par sexe (% femmes)	3,20 %	3,20 %	30 %	Faible : l'écart entre le niveau actuel de l'indicateur et la cible est très grand (sociologie du milieu)
	9. Indicateur de participation de la femme	0,346	0,36 %	1	Faible , pourrait augmenter légèrement, sociologie du milieu
4. Réduire la mortalité infantile	10. Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans	146,4 p.1000	125 p.1000	65 p.1000	Possible si des efforts supplémentaires sont consentis (PEV, PCIME, sida, paludisme)
	11. Taux de mortalité infantile	90 p.1000	67,6 p.1000	39 p.1000	Possible si des efforts supplémentaires sont consentis (PEV, PCIME, sida, paludisme)
	12. Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole	81(2000)	89	100 %	Possible si des efforts supplémentaires sont consentis (PEV)
5. Améliorer la santé maternelle	13. Ratio de mortalité maternelle ¹	474 pour 100 000	397 pour 100 000	125 p. 100 000	Possible si des efforts supplémentaires sont consentis (bonne tendance actuelle)
	14. Proportion d'accouchements assistés	72,9	78%	100 %	Possible si des efforts supplémentaires sont consentis (bonne tendance actuelle)
	15. Taux de couverture en soins prénatals	87,3	88 %	100 %	Possible si des efforts supplémentaires sont consentis (bonne tendance actuelle)
6. Combattre le VIH/sida, le paludisme et autres maladies	16. Taux de prévalence du VIH/sida chez les femmes enceintes de 15 à 24 ans	4,1	2 p.100	1,90 p.100	Stabilisation possible : inversion de la tendance demandera plus d'efforts

¹ Cible 13 : Ratio de mortalité maternelle : la cible est de 125 pour 100 000 NV au lieu de 390 (Source : Stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2006-2015)

	17. Taux d'utilisation de la contraception	13,2	8,80 p.100	40,90 p.1000	Faible : l'écart entre le niveau actuel de l'indicateur et la cible est très grand (sociologie du milieu)
	18. Nombre d'enfants orphelins du sida	32 810	32 810	Stabilisé	Faible
	19. Taux d'incidence du paludisme		116 p 1000	ND	Baisse possible si des efforts supplémentaires sont consentis (PCIME, MII)
	20. Létalité due au paludisme (%)	70	6,2 p100	ND	Baisse possible si des efforts supplémentaires sont consentis (PCIME, MII)
	21. Taux de prévalence de la tuberculose	4,5	4,50 p.100	Stabilisé	Stabilisation possible
	22. Taux de fréquentation des services de santé (soins curatifs)	38	44 %	100 %	Augmentation possible mais la cible ne peut être atteinte (mauvais accueil, accessibilité financière, etc.)
7. Assurer un environnement durable	23. Superficies des terres protégées (%)		0,18 %	1 %	Faible
	24. Mode d'évacuation des ordures ménagères (Taux de collecte des ordures)	9,6 %	10,10 %	34 %	Faible
	25. PIB par unité énergétique consommée (rendement énergétique)	3,2 (2001)	3,20 %	ND	Faible
	26. Émission de dioxyde de carbone (par habitant)	300	300	ND	Faible : mode de vie, pauvreté grandissante, mode de cuisson
	27. Proportion de la population ayant accès à une source d'eau potable	65,6 % (1998)	66,30 %	100 %	Possible si des efforts supplémentaires sont consentis (bonne tendance actuelle)

	28. Proportion de ménages ne disposant pas de latrine ou toilette	67,3	62 %	42 %	Faible
	29. Proportion d'unités d'habitation précaires	ND	ND	ND	Faible
8. Mettre en place un partenariat mondial pour le développement	30. S'attaquer aux besoins particuliers des pays moins avancés	ND	ND	ND	Possible si des efforts sont faits pour : relever le niveau de consommation de l'aide publique; enrayer la mauvaise gouvernance et la corruption; accélérer la performance du secteur privé; assouplir du côté des partenaires les conditionnalités liées aux dons et crédits.

NB : Données non disponibles pour la cible 5B de l'OMD 5 « Atteindre, d'ici 2015, un accès universel à la santé de la reproduction »

2.4.4 Eau, assainissement et problèmes environnementaux

Grâce aux efforts consentis par le Gouvernement pour la réalisation de puits, pompes, forages, latrines, les couvertures en eau potable et en assainissement sont en nette progression, mais encore inégalement réparties sur le territoire national. Dans l'ensemble, 66 % des ménages disposent de l'eau courante dans le logement ou à l'extérieur du logement ou s'approvisionnent à un robinet public. Cette proportion est deux fois plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural, 80 % contre 57 % (EDS 2006).

La gestion et la destruction des déchets biomédicaux ne sont correctement effectuées que dans environ 50 % des formations sanitaires. La pollution atmosphérique des grandes villes est peu propice à l'épanouissement des populations qui y vivent. L'une des actions concrètes menées par le Gouvernement est l'élaboration, en septembre 2001, d'un Plan stratégique 2002-2006 de la protection de l'environnement en général et de la pollution atmosphérique en particulier.

2.4.5 Préparation aux situations d'urgence et assistance humanitaire

Au Bénin, les catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme, notamment les inondations, les incendies, les accidents de circulation, etc. causent de nombreuses pertes en vies humaines, des dégâts matériels importants, une précarité des conditions de vie des populations et une dégradation de l'environnement. Cependant, les organismes chargés de ce volet ne sont pas suffisamment préparés à répondre efficacement aux situations d'urgence.

2.5 ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

2.5.1 Secteur public

Le système de santé du Bénin est organisé sous une forme pyramidale à trois niveaux : central avec les hôpitaux nationaux de référence ; intermédiaire avec les centres hospitaliers départementaux (CHD), et périphérique avec des hôpitaux de zone (HZ). La zone sanitaire est donc le niveau le plus opérationnel et le plus décentralisé du système national de santé du Bénin. Elle dessert une ou plusieurs communes et couvre une population de 100 000 à 200 000 habitants. Elle regroupe, autour d'un hôpital de zone, les structures privées et les structures publiques de santé de premier recours que constituent les unités villageoises de santé (UVS), les centres de santé de commune (CSC) et les centres de santé d'arrondissement (CSA) situés dans l'espace qu'elle dessert. Selon une étude conjointe OMS/MS, moins de 30 % des zones sanitaires couvertes par l'enquête sont fonctionnelles. Le système de référence et de contre-référence n'est pas fonctionnel. Le plateau technique demeure insuffisant dans la plupart des hôpitaux de référence.

La couverture en infrastructures est bonne (90 % en 2006, avec une variation entre départements allant de 71 à 98 %), mais le taux d'utilisation reste faible (34 % selon l'Annuaire statistique 2006). On note une insuffisance chronique du personnel qualifié, avec des disparités entre les départements et une faible motivation du personnel de santé. Cette situation hypothèque la permanence médicale, la fidélisation au poste, la continuité des soins et la bonne gouvernance dans le système de santé. Pour corriger ces insuffisances, le Bénin a élaboré le Plan national stratégique de développement des ressources humaines pour la santé 2008-2013.

2.5.2 Partenariat entre le secteur privé et le secteur public

Le secteur privé est très actif au Bénin aussi bien le secteur libéral que le secteur à vocation humanitaire ou encore le secteur pharmaceutique. Le partenariat s'est surtout développé entre le secteur public et le secteur privé à but humanitaire, notamment avec le secteur confessionnel dont les formations sanitaires sont intégrées dans le système national de référence et contre-référence, et les organisations non gouvernementales avec lesquelles le Gouvernement a signé plus de 80 protocoles d'accord. Un accord de partenariat entre le secteur privé et le secteur public est en cours de formulation. Il se pose cependant des problèmes liés à la réglementation de l'exercice de la profession dans le secteur privé, à l'installation anarchique des structures de santé et à des pratiques inadéquates.

2.5.3 Secteur de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles

Comme partout en Afrique, la majorité de la population du Bénin a recours à la médecine et à la pharmacopée traditionnelles pour ses soins. Pour la promotion de la médecine traditionnelle, le Bénin dispose d'une association de tradithérapeutes dénommée Association nationale des Praticiens de la Médecine traditionnelle au Bénin (ANAPRAMETRAB). Le décret N° 2001-036 du 15 février 2001 fixe les principes de déontologie et les conditions de l'exercice de la médecine traditionnelle en République du Bénin. En 2007, un nouveau Plan stratégique quinquennal (PSQ) a été élaboré pour la pharmacopée et la médecine traditionnelles Pour la période de 2008-2011. Au total 35 jardins botaniques ont été créés et sont entretenus par les tradithérapeutes au Bénin. La collaboration initiée entre le secteur public et les tradithérapeutes souffre d'une insuffisance d'ouverture d'esprit des parties en présence et mérite d'être dynamisée.

2.6 POLITIQUE, STRATÉGIES ET PRINCIPALES RÉFORMES DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Après la mise en œuvre des soins de santé primaires à travers l'Initiative de Bamako, la table ronde sur le secteur de la santé de 1995 a proposé la réorganisation de la base de la pyramide sanitaire en "zones sanitaires", avec leurs hôpitaux de zone et structures de gestion impliquant les communautés. La décentralisation des crédits alloués aux zones sanitaires est maintenant une réalité au Bénin, mais elle devrait être renforcée.

À la suite de la table ronde du secteur de la santé tenue en janvier 1995, un premier document de politique de santé a été élaboré en 1997. En matière de santé, la vision à long terme du Bénin est contenue dans les études nationales de perspectives à long terme, Bénin 2025 -Scénario Alafia, et réaffirmée par les États généraux de la santé de novembre 2007. Le financement du secteur de la santé s'entrevoyait aussi à travers la tentative de mutualisation de la santé et la participation communautaire afin d'assurer la mise en œuvre des soins de santé primaires. Cette vision met l'accent sur le bien-être social qui repose entre autres sur les éléments suivants : i) système éducatif efficace et performant; ii) dispensation de soins de santé de qualité; iii) fourniture d'eau potable, d'électricité et assurance d'un habitat sain pour tous; iv) création d'un cadre de vie sain.

Le Bénin possède une bonne capacité en matière de formation initiale grâce aux structures suivantes : Facultés des Sciences de la Santé de l'Université nationale du Bénin (Abomey-Calavi et Parakou), Écoles de formation professionnelle à l'Institut national médico-social (INMES) de Cotonou, École nationale d'infirmiers et d'infirmières adjoints du Bénin (ENIAB) de Parakou. Il existe aussi plusieurs instituts de formation et de recherche à vocation régionale, dont l'Institut régional de Santé publique (IRSP).

2.7 DÉFIS DE LA COOPÉRATION OMS-BÉNIN

Aux défis traditionnels auxquels le système de santé du pays n'arrive pas encore à apporter les solutions idoines s'ajoutent de nouveaux défis liés aux affections négligées, aux comportements et habitudes et aussi à la qualité de l'environnement qui se dégrade de plus en plus.

2.7.1 Défis de la stratégie de coopération OMS-Bénin 2004 - 2008

L'évaluation de la stratégie de coopération OMS-Bénin 2004-2008 auprès des différents acteurs, aussi bien au niveau des acteurs nationaux du secteur de la santé et des autres ministères partenaires qu'au niveau des partenaires de développement, a comporté un volet quantitatif et qualitatif. Une analyse croisée de ces informations nous a permis de dégager quelques forces et faiblesses de cette stratégie. Comme forces, les acteurs interrogés reconnaissent que l'OMS constitue une référence dans le domaine de la santé et un cadre de référence en matière d'élaboration de politiques et directives dans le domaine de la santé. Les faiblesses de la stratégie se résument à une faible visibilité de l'Organisation et à l'insuffisance des fonds catalytiques pour appuyer le secteur.

Au regard des déterminants et problèmes identifiés, les défis majeurs à relever par la première SCP touchaient les aspects suivants :

- a) la réduction des taux de morbidité et de mortalité, en particulier chez les femmes et les enfants ;

- b) l'accès universel aux soins essentiels, intégrés et de qualité, particulièrement pour les populations les plus démunies ;
- c) la prise en charge des maladies non transmissibles ;
- d) l'insuffisance de ressources humaines motivées en quantité et en qualité dans toutes les formations sanitaires du pays ;
- e) le manque de performance du système de santé et sa faible utilisation par les populations ;
- f) la faible promotion des bonnes pratiques pour une meilleure santé et d'un environnement sain.

La mise en œuvre des plans d'action opérationnels découlant de la première stratégie de coopération a permis de réaliser quelques progrès parmi lesquels on peut citer : la réduction du ratio de mortalité maternelle de 498 pour 100 000 naissances vivantes en 1996 à 397 pour 100 000 naissances vivantes en 2006 ; et celle du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans de 146,4 pour 1000 en 2002/2003 à 125 pour 1000 en 2006. Le taux de vaccination en DTC3 est passé de 83 % en 2004 à 97 % en 2007, et la couverture en infrastructures sanitaires du pays s'est considérablement améliorée.

2.7.2 Défis actuels

La mission du Ministère de la Santé est d'« améliorer les conditions socio-sanitaires des familles sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes ». Pour ce faire, les objectifs globaux suivants ont été définis : i) assurer un accès universel aux services de santé et une meilleure qualité des soins pour l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ; ii) renforcer le partenariat pour la santé ; iii) améliorer la gouvernance et la gestion des ressources dans le secteur de la santé.

Suite à cette analyse de la situation, et vu les résultats de l'évaluation de la SCP 2004-2008, les défis majeurs du secteur de la santé pour la SCP de deuxième génération 2008-2013 relèvent de :

- a) la réduction des taux de morbidité et de mortalité, en particulier chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans ;
- b) le renforcement du système de santé et l'amélioration de son utilisation à travers les soins de santé primaires et la mise en œuvre des recommandations des États généraux de la santé ;
- c) la réduction des risques, une meilleure gestion des catastrophes et urgences, et la promotion d'un environnement sain ;
- d) la constitution et le renforcement d'un partenariat en santé pour la bonne gouvernance, la participation effective de la communauté et le financement du secteur.

SECTION 3

AIDE AU DÉVELOPPEMENT ET PARTENARIAT

3.1 AIDE PUBLIQUE AU DÉVELOPPEMENT

En 2007, l'aide publique au développement (APD) nette versée au Bénin était de 360 millions de dollars des États-Unis, soit 6,4 % du produit intérieur brut. Elle est en diminution par rapport à 2004 où l'aide publique au développement était de 378 millions de dollars des États-Unis, soit 9,34 % du revenu national brut. Néanmoins, il faut faire remarquer qu'avec l'avènement du nouveau Gouvernement, la volonté politique est en faveur de l'augmentation des ressources allouées au secteur de la santé et au partenariat.

3.2 AIDE EXTÉRIEURE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

L'aide extérieure dans le secteur de la santé, qui représentait 12,5 % de l'aide extérieure totale au Bénin en l'an 2000, est passée à 13,2 %, et représente ainsi un des secteurs de concentration de l'aide. La contribution des aides internationales repose sur les partenaires multilatéraux et bilatéraux qui mènent des actions dans le secteur de la santé. Ils ont des relations formelles avec le Ministère de la Santé et apportent leur soutien en priorité à la partie gouvernementale. Leurs actions sont visibles et ils impulsent au système sanitaire le mouvement vers les normes internationales et les objectifs sanitaires internationaux.

3.3 PRINCIPAUX DOMAINES D'INTERVENTION DES PARTENAIRES EXTÉRIEURS

Les principaux domaines concernés par l'aide extérieure sont : les infrastructures de soins, la formation du personnel, le renforcement des capacités, la lutte contre la maladie, en particulier la vaccination, le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose, la santé de la reproduction, la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, l'appui global aux zones sanitaires, le soutien au développement des mutuelles de santé et l'appui au Système national d'information et de gestion sanitaire (SNIGS), la qualité des soins, l'assistance technique et la prestation de soins. Au cours des dernières années, l'aide extérieure à la santé s'est caractérisée par une réorientation vers l'aide budgétaire, au lieu de l'appui classique sous forme de projets (Union européenne, Coopération française, GTZ, Danemark, Belgique, Coopération suisse et Banque mondiale) ou l'approche programme (OMS, UNICEF etc.). Cet appui au budget de l'État est basé sur le suivi de certains indicateurs de performance tels que : le taux de couverture vaccinale, le nombre de nouveaux contacts, le taux de fréquentation des formations sanitaires ; le taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié. La capacité d'absorption de l'aide extérieure demeure cependant un problème récurrent, malgré les récents efforts fournis par l'État dans la gestion de l'aide au développement.

3.3.1 Principaux partenaires et domaines d'intervention dans la santé

Partenaires au développement	Domaine d'intervention	Niveaux d'intervention du partenaire
	Coopération bilatérale	
Coopération suisse	Accessibilité des populations aux services de santé de base et médicaments essentiels	Central et opérationnel
Coopération française	Amélioration de l'organisation du système sanitaire	Central et intermédiaire
Coopération technique belge	Appui institutionnel au développement des zones sanitaires	Opérationnel et central
Pays-Bas	Amélioration de la santé des populations dans les ZS	Opérationnel
Coopération canadienne	Lutte contre le sida (Projet sida III), recherche sur le système de santé et renforcement de la gestion des déchets solides	Central et opérationnel
Agence des États-Unis pour le Développement international (USAID)	Planification familiale, prévention des IST/VIH/Sida, réduction de la mortalité maternelle et infantile, lutte contre les maladies infectieuses et interventions à base communautaire	Central opérationnel
	Coopération multilatérale	
Union européenne (UE)	Sécurité transfusionnelle, renforcement des infrastructures et amélioration de la qualité des services	Central et opérationnel
Banque mondiale	Appui budgétaire à l'amélioration de la couverture en infrastructures sanitaires, de la santé de la reproduction et de la lutte contre les maladies (paludisme, VIH/sida)	Central
FAO	Sécurité alimentaire, qualité et sécurité sanitaire des aliments et lutte contre le VIH/sida	Opérationnel
UNDP	Lutte contre la pauvreté, la bonne gouvernance, la lutte le VIH/sida et les technologies de l'information et de communication	Central
UNFPA	Réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile, promotion de la femme du genre et de la santé de la reproduction, santé des adolescents, prévention du VIH/Sida	Central et opérationnel
UNICEF	Promotion de la santé des enfants, l'éducation des jeunes filles, eau et l'assainissement	Central et opérationnel
	Organisations non gouvernementales (ONG)	
PSI, CARE International, OXFAM Québec, Plan Bénin, Secours catholiques (CRS), Croix-Rouge béninoise et bavaroise, Médecin Sans Frontière (MSF), Association française des Volontaires du Progrès (AFVP), Medical Care Développement International (MCDI), ROBS et AMCES	Promotion de la santé	Opérationnel

3.4 MÉCANISMES ET INSTRUMENTS DE COORDINATION DES PARTENAIRES

La Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, signée en mars 2005, réitère le principe d'appropriation nationale : « Les pays partenaires exercent une réelle maîtrise sur leurs politiques et stratégies de développement et assurent la coordination de l'action à l'appui au développement ». Le Bénin a mis en place un dispositif de suivi et d'évaluation des performances, qui comprend :

- i) la cellule de suivi des programmes économiques et financiers (CSPEF), qui assure le suivi de la mise en œuvre de la SCRП dans toutes ses composantes sur la base d'une matrice des indicateurs de suivi des performances;
- ii) l'Observatoire du changement social (OCS), qui évalue l'impact de ce dispositif de suivi;
- iii) la Direction générale du Budget (DGB) et les Directions de la Programmation et de la Prospective (DPP) des ministères sectoriels;
- iv) le Comité de Pilotage du Cadre de Réforme de la Gestion budgétaire axée sur les résultats qui se réunit deux fois chaque année pour faire le point de la mise en œuvre du plan de réforme ;
- v) le cadre de concertation du Ministère de la Santé avec les partenaires au développement du secteur mis en place par décret à l'issue de la Table ronde des bailleurs de fonds en 1995 (CNEEP/CDEEP) et se réunissant tous les six mois.

Pour leur part, les partenaires au développement sanitaire se retrouvent, sur convocation d'un partenaire chef de file, en réunions internes de concertation sur une base *ad hoc* et une périodicité variable pour renforcer les mécanismes nationaux.

Enfin, d'autres mécanismes de concertation ont été mis en place pour des domaines spécifiques tels que : le groupe thématique ONUSIDA et le groupe des partenaires sur l'Initiative Faire Reculer le Paludisme.

En ce qui concerne spécifiquement les agences du Système des Nations Unies, les rencontres mensuelles, avec présidence tournante, constituent le cadre régulier de concertation et d'appui au pays. Le bilan commun de pays et l'UNDAF sont l'illustration d'une bonne coordination des activités, de même que l'établissement d'une base de données commune qui a été rétrocédée à l'INSAE.

SECTION 4

CADRE STRATÉGIQUE DE COOPÉRATION DE L'OMS AUX NIVEAUX RÉGIONAL ET MONDIAL

L'OMS a engagé d'importantes réformes dans sa façon de travailler, afin dans le but de mieux appuyer les États Membres de l'Organisation en vue de relever les principaux défis de la santé et du développement. Ce processus de changement organisationnel inclut la stratégie institutionnelle de l'OMS qui sert de cadre global pour son travail.

4.1 BUT ET MISSION DE L'OMS

La mission de l'Organisation mondiale de la Santé reste la même, à savoir "Amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible". Dans ce contexte, l'Organisation vise le renforcement de sa capacité à répondre aux besoins des États Membres.

4.2 NOUVELLES MÉTHODES DE TRAVAIL

La stratégie institutionnelle met l'accent sur les réponses suivantes de l'OMS au changement de l'environnement international. Il s'agit de :

- i) privilégier une approche plus large de la santé dans le contexte du développement humain durable, et centrer en particulier son attention sur les liens entre la santé et la pauvreté;
- ii) s'impliquer davantage dans l'adoption de consensus nationaux et internationaux sur les politiques, stratégies et normes de santé;
- iii) susciter des actions plus efficaces pour améliorer la santé et réduire les inégalités en négociant des partenariats appropriés; et
- iv) créer une culture institutionnelle propice à une pensée stratégique, à une action rapide, à l'établissement de réseaux productifs et à l'innovation.

4.3 FONCTIONS ESSENTIELLES

La typologie des fonctions essentielles de l'OMS, décrite ci-dessous, est basée sur les avantages comparatifs de l'Organisation à tous les niveaux, à savoir :

- i) jouer le rôle de chef de file dans les domaines essentiels pour la santé et créer des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire;
- ii) fixer les priorités de la recherche et inciter à acquérir, appliquer et diffuser des connaissances utiles;
- iii) fixer des normes et des critères, et encourager et suivre l'application;
- iv) définir des politiques conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes;

- v) fournir un appui technique, se faire l'agent du changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles;
- vi) surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances en matière de santé.

4.4 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Le onzième programme général de travail 2006-2015 fixe les grandes orientations de l'action de l'OMS en tant qu'institution mondiale chargée des questions de santé. Dans le contexte mondial, l'échéance pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement souffre d'importants déficits auxquels les pays doivent faire face avec l'appui de l'OMS, en matière de justice sociale, de responsabilités, de mise en œuvre, de connaissances.

Les priorités sont définies plus en détail dans le Plan stratégique à moyen Terme 2008 - 2013, sous la forme des treize objectifs stratégiques (Annexe n°2), et dans les budgets programmes biennaux, sous la forme de résultats escomptés au niveau du bureau de pays.

Les priorités établies au niveau régional tiennent compte des documents d'orientation au niveau mondial et des résolutions adoptées par les organes directeurs de l'OMS, des objectifs du Millénaire pour le développement, de la stratégie de santé du NEPAD, des résolutions adoptées sur la santé par les Chefs d'État de l'Union africaine, et des objectifs stratégiques de l'Organisation, définis dans le Plan stratégique à moyen Terme 2008-2013¹. Les priorités régionales sont présentées dans le document intitulé : «Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine 2005-2009». Les priorités portent notamment sur la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ; la survie de l'enfant et la santé maternelle ; l'action humanitaire en situation d'urgence ; la promotion de la santé ; et l'élaboration de politiques visant à mettre la santé au service du développement et à agir sur d'autres déterminants de la santé. Les autres objectifs prioritaires couvrent la santé et l'environnement, la sécurité sanitaire des aliments et la nutrition, les systèmes de santé, la gouvernance et les partenariats, la prise en charge et l'infrastructure.

En plus des priorités susmentionnées, la Région entend fournir aux pays un appui dans leurs efforts pour atteindre les OMD relatifs à la santé et s'attaquer à la crise des ressources humaines. En collaboration avec les autres organisations concernées, elle participe au processus d'identification des voies et moyens les meilleurs de mobiliser des fonds pour aider les pays à réaliser leurs objectifs, processus placé sous la conduite des pays eux-mêmes. Pour s'attaquer à ces défis supplémentaires, la Région accorde une haute priorité à la décentralisation et à la mise en place des équipes d'appui interpays pour mieux aider les pays dans leurs efforts de décentralisation, afin de s'assurer que les communautés tirent le meilleur parti de l'appui technique fourni.

Ces priorités concernent :

- i) le renforcement des bureaux de pays de l'OMS;
- ii) l'amélioration des relations de partenariat et l'extension des partenariats pour la santé;
- iii) la fourniture d'un appui pour la planification et la gestion des systèmes de santé de district;
- iv) la promotion de l'intensification des interventions de santé essentielles liées aux problèmes de santé prioritaires;
- v) l'intensification des activités de sensibilisation et l'amélioration de l'action sur les principaux déterminants de la santé.

SECTION 5

COOPÉRATION ACTUELLE DE L'OMS AVEC LE BÉNIN

L'accord de siège et de coopération entre la République du Bénin et l'OMS a été signé le 9 janvier 1961. La mission assignée à l'OMS au titre de cet accord est de "Fournir au Gouvernement une assistance technique de caractère consultatif, dans les limites de ses possibilités budgétaires ou sous réserve que les fonds nécessaires soient disponibles. Cette assistance technique de caractère consultatif sera fournie et reçue conformément aux résolutions et décisions pertinentes de l'Assemblée mondiale de la Santé, du Conseil exécutif et des autres organes de l'Organisation".

5.1 MODALITÉS DE TRAVAIL AVEC LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Depuis la signature de l'accord, l'OMS s'est toujours engagée aux côtés du Gouvernement du Bénin afin de lui fournir l'appui technique nécessaire pour l'élaboration et la mise en œuvre des différentes politiques et réformes de santé définies au cours des différentes périodes de planification du pays. L'OMS a ainsi contribué durant toute cette période aux efforts pour atteindre l'objectif de réduction de la mortalité et de la morbidité générales dans la population béninoise. Les stratégies adoptées et les domaines d'intervention sont définis d'un commun accord avec le Gouvernement, dans le cadre d'une concertation permanente. L'OMS a contribué, durant cette longue période de partenariat, à la mise en œuvre des trois principales stratégies ci-dessous :

- i) renforcement des capacités nationales en matière de gestion des programmes de santé (planification, mise en œuvre, suivi et évaluation);
- ii) réorganisation du système de santé, notamment celle axée sur le développement des zones sanitaires;
- iii) réduction des taux de morbidité et de mortalité spécifiques.

Cette contribution s'est faite à travers l'expertise technique, l'appui financier pour la mise en œuvre des activités arrêtées au cours des différents plans de travail biennaux, la diffusion des informations techniques, la formation des nationaux sur place ou à l'étranger et la participation des cadres béninois à divers forums ou séminaires internationaux.

5.2 PRINCIPAUX DOMAINES D'INTERVENTION

Les domaines d'intervention sont divers et touchent la plupart des secteurs du développement sanitaire. C'est ainsi que pour la période 2006-2007, vingt-cinq domaines d'interventions prioritaires ont bénéficié du soutien technique et financier de l'OMS. Ces domaines sont essentiellement relatifs à :

- i) la lutte contre la maladie, y compris les activités de surveillance, de prévention et d'éradication;

- ii) l'organisation des systèmes de santé, y compris le développement des ressources humaines;
- iii) la santé et l'environnement;
- iv) la préparation et la réponse aux situations d'urgence.

5.3 RESSOURCES FINANCIÈRES

Le soutien financier de l'OMS au Bénin, pour mettre en œuvre les activités définies, se fait dans le cadre d'un budget régulier dont le montant est passé de US \$1 920 000 pour la période 1998-1999 à US \$2 347 000 en 2000-2001, US \$2 447 000 pour la période 2002-2003, US \$ 255 000 pour la période 2004-2005, US \$2 450 000 pour la période 2006-2007 et US \$605 000 pour la période 2008-2009, soit un accroissement de 27 % en 10 ans. Plus de la moitié des ressources du budget ordinaire est consacrée à la lutte contre la maladie (28 %), à l'organisation des systèmes de santé (10 %), à la santé de la mère et de l'enfant (8 %) et à la santé et environnement (7 %).

Ce budget ordinaire est complété par des ressources financières extrabudgétaires dont le montant a atteint US \$79 000 en 1998-1999, US \$710 000 en 2000-2001, US \$1 154 10 en 2002-2003, US \$2 493 400 en 2004-2005 et US \$2 657 760 en 2006-2007. Le budget 2008-2009 prévoit la mobilisation sur fonds extrabudgétaires de US \$4 868 000 dont un montant de US \$2 088 000 destiné à la vaccination et à la lutte contre la maladie, y compris le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. Le niveau de consommation du budget global (budget ordinaire plus ressources extrabudgétaires) en 2006-2007 a été de 86 %.

5.4 RESSOURCES HUMAINES

Pour mener à bien ses activités d'appui, le bureau de l'OMS au Bénin dispose en 2008 d'un personnel dont le nombre s'élève à 30 agents. Ce personnel est composé de 10 professionnels techniques dont trois internationaux, et de 20 agents des services généraux.

L'OMS dispose également au Bénin de l'Institut régional de Santé publique (IRSP) qui est un établissement de formation, de recherche et de prestation de services dans le domaine de la santé publique. Les domaines de formation sont la santé publique, l'épidémiologie, la santé de la reproduction, la communication, l'entomologie médicale et la gestion des catastrophes et des urgences humanitaires. Afin de mieux répondre aux besoins des pays de la Région, la création de nouvelles filières de formation est actuellement à l'étude.

5.5 RELATIONS AVEC LES PARTENAIRES

Dans le cadre de la collaboration avec les autres acteurs du secteur de la santé au Bénin, l'OMS est fortement impliquée dans la coordination des activités des partenaires qui appuient le Gouvernement du Bénin. Cette implication se manifeste de la manière suivante :

- une action de conseil auprès du Ministère de la Santé;
- une participation active en vue d'une action coordonnée des partenaires;
- une participation active aux les activités des agences du système des Nations Unies.

Dans ce cadre, les membres du bureau de l'OMS dans le pays ont ainsi participé activement aux travaux des groupes thématiques pour l'élaboration du Bilan commun de Pays par le système des Nations Unies et l'OMS a été désignée comme agence facilitatrice

du processus d'élaboration du Plan-Cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF 2008-2013).

5.6 APPUI DU BUREAU RÉGIONAL ET DU SIÈGE

L'appui des autres niveaux de l'OMS se manifeste au Bénin essentiellement par des missions d'appui du Bureau régional et des équipes interpays. L'apport du Bureau régional et du Siège se manifeste également au plan financier par l'allocation de ressources additionnelles lors des situations d'épidémie ou de crises et à la suite de requêtes spécifiques du pays.

5.7 FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS ET MENACES DE LA COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LE BÉNIN

Les discussions avec les cadres nationaux du développement sanitaire et l'analyse de la situation ont fait apparaître des forces, des faiblesses, des opportunités et des menaces dans le cadre de la coopération.

Les forces comprennent :

- i) les bonnes relations de travail;
- ii) l'existence de cadres qualifiés au niveau du Ministère de la Santé;
- iii) la référence de l'OMS dans le domaine de la santé au plan mondial;
- iv) le leadership dans la lutte contre la maladie, y compris la Surveillance intégrée des Maladies et Riposte (SIMR);
- v) l'appui institutionnel, financier et technique de l'OMS :
 - disponibilité de l'expertise de l'OMS;
 - renforcement des compétences des acteurs et des services de santé;
 - appui financier pour la formation continue des agents;
 - présence de l'IRSP au Bénin comme cadre régional de formation continue des agents de santé;
 - assistance permanente de l'OMS à la gestion des situations d'urgence sanitaire;
 - élaboration régulière de POA validé par tous les acteurs;
 - OMS comme institution de référence pour les politiques et directives en matière de santé.

Les faiblesses ont trait à :

- i) la faible visibilité des actions de l'OMS ;
- ii) la complexité des procédures d'obtention des fonds alloués aux activités ;
- iii) l'insuffisance des fonds catalytiques ;
- iv) l'insuffisance de l'appui de l'OMS :
 - au secteur pharmaceutique;
 - au développement de la pharmacopée et de la médecine traditionnelles;
 - au milieu hospitalier aussi bien public que privé.

Les opportunités évoquées sont entre autres l'existence :

- i) d'un fort engagement politique en faveur de la santé ;
- ii) de l'Organisation Ouest-africaine de la Santé (OOAS) pour harmoniser les politiques et les prises en charge des maladies à potentiel épidémique à travers le Programme régional de Santé en Afrique de l'Ouest (PRSAO) ;
- iii) de la collaboration entre les partenaires au développement sanitaire ;
- v) de plusieurs sources de financement du secteur de la santé.

Elles concernent également la disponibilité des acteurs du secteur de la santé et la disponibilité des ressources d'autres partenaires. Une opportunité importante est l'augmentation notable du budget 2009 alloué à la santé de 71 % par rapport à 2008, soit 11 % du budget de l'État.

Les menaces à la coopération sont :

- i) l'indisponibilité de ressources financières par arrêt ou suspension de certains financements;
- ii) la baisse constante du cours du dollar, le budget de l'OMS étant exprimé en cette monnaie;
- iii) la faiblesse de la gestion et de la consommation des ressources mises à la disposition du Ministère de la Santé par les autres partenaires;
- iv) la faiblesse de l'implication des organisations de la société civile et du secteur privé dans la planification, la mise en œuvre et le suivi et l'évaluation des activités du Ministère de la Santé;
- v) la perception de l'OMS comme un bailleur de fonds.

SECTION 6

AGENDA STRATÉGIQUE

L'analyse des résultats de l'enquête, couplée avec une revue des documents de politique et stratégies nouvellement adoptés au Bénin, nous ont permis de retenir les cinq principaux axes stratégiques suivants :

- i) renforcement du système de santé et amélioration de son utilisation dans l'optique des soins de santé primaires;
- ii) lutte contre la maladie;
- iii) promotion de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et de la santé sexuelle et de la reproduction;
- iv) promotion de la santé et protection de l'environnement;
- v) partenariat pour la santé et la mobilisation des ressources.

6.1 RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ ET AMÉLIORATION DE SON UTILISATION DANS L'OPTIQUE DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

L'appui institutionnel de l'OMS au Bénin portera sur tous les niveaux du système de santé au regard de la nouvelle vision du Gouvernement, des conclusions des États généraux de la santé, de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique, du Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2009-2018 et du Plan national de Développement des Ressources humaines pour la Santé (PNDRHS).

6.1.1 Renforcement institutionnel

Il concernera tous les niveaux du système de santé du Bénin, à savoir : le niveau central, intermédiaire et périphérique. Au niveau central, l'OMS conseillera le Ministre de la Santé pour qu'il crée dans son département des structures ou Directions à même de veiller à une application intégrale des politiques, normes et directives et à une décentralisation effective du système. L'OMS va appuyer le pays dans l'élaboration ou la révision des politiques, normes, directives et standards devant régir le développement harmonieux du secteur.

L'OMS appuiera le Bénin dans la restructuration du système de santé afin de le rendre plus apte à répondre non seulement aux défis traditionnels des systèmes des pays en développement, mais aussi à ceux qui émergent actuellement, avec une forte implication du secteur privé, des ONG et une participation active des communautés et de la société civile. L'OMS accompagnera aussi le Bénin dans la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre des plans de développement du système de santé. L'OMS veillera sur le mécanisme garantissant la permanence médicale, la continuité des soins et le mécanisme de référence et de contre-référence. Elle soutiendra aussi le développement de l'hygiène hospitalière pour la lutte contre les affections nosocomiales.

6.1.2 Opérationnalisation des zones sanitaires et mise en œuvre des soins de santé primaires

Au niveau des zones sanitaires, l'OMS se consacrera à aider le Ministère de la Santé et les médecins coordonnateurs à définir des normes ou à adapter les outils d'évaluation de performance des zones sanitaires au contexte du Bénin. Il est aussi opportun que l'OMS accompagne les autorités du Ministère de la Santé du Bénin pour l'actualisation et la mise en œuvre des textes réglementant le fonctionnement des zones sanitaires afin d'assurer une gestion optimale et efficace des ressources. L'OMS amènera le Bénin à revitaliser les comités de gestion (COGEC, COGEZ, CSZ) à travers une révision des textes et veillera au renforcement des compétences des membres des comités de gestion et à une participation efficace et effective de la communauté et des bénéficiaires.

Le renforcement du système de santé passe par la revitalisation des soins de santé primaires. Dans le cadre de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires, des activités de plaidoyer seront conduites auprès du Gouvernement pour qu'au moins 60 % du budget soit consacré aux soins de santé primaires.

Des actions spécifiques seront menées pour dynamiser les équipes cadres des zones sanitaires afin que celles-ci remplissent dans les meilleurs délais les cinq critères de fonctionnalité d'une zone sanitaire. Les comités de gestion seront revitalisés à tous les niveaux, y compris au niveau de l'hôpital. L'OMS accompagnera le pays dans le renforcement des capacités des communautés à la prise en charge de leur santé à travers les animateurs ruraux.

6.1.3 Système d'orientation-recours, de référence et de contre-référence

Dans l'opérationnalisation effective du système d'orientation-recours et de la référence et de la contre-référence, l'OMS soutiendra le Gouvernement du Bénin dans la mise en place d'un mécanisme qui permet d'éviter les retards dans la prise en charge des urgences en général et notamment des urgences obstétricales et néonatales. L'OMS fera le plaidoyer auprès des institutions partenaires pour que le pays soit doté de moyens de transfert rapide tels que les ambulances pour les évacuations sanitaires, et de moyens de communication efficaces et fonctionnels en permanence comme le réseau aérien de communication/RAC et les technologies de l'information et de la communication (TIC).

6.1.4 Développement des ressources humaines en santé

Sur la base du plan national stratégique de développement des ressources humaines en santé, l'OMS appuiera le pays pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan opérationnel pluriannuel. La mobilisation des ressources humaines incluant le développement de compétences, le recrutement par la Fonction publique ou le secteur privé de personnels au chômage et l'appel à la riche diaspora béninoise, bénéficiera d'un appui technique. Cet appui ira également à la mise en place d'approches novatrices de gestion, de motivation et d'incitation du personnel. Enfin, l'OMS accompagnera la mise en place de l'Observatoire des Ressources humaines en Santé initiée en 2007, de même que le plaidoyer constant pour la mobilisation de financements internes et externes.

6.1.5 Gestion de l'information sanitaire

Le Système national d'Information et de Gestion sanitaire (SNIGS) continuera de bénéficier de l'appui de l'OMS pour son fonctionnement et celui du réseau de métrologie sanitaire. L'OMS continuera de mettre à la disposition des acteurs du système de santé les informations récentes sur des travaux de recherche dans le domaine de la santé et d'élaboration des

documents synthétiques sur l'évolution de la situation sanitaire du pays. Le profil sanitaire, dont la première version est en cours de finalisation, sera mis à jour périodiquement. L'OMS incitera les équipes de zone à s'inscrire dans cette logique d'analyse et de rédaction de leur propre profil sanitaire afin d'apprécier la performance de leur aire sanitaire et de prendre les décisions en conséquence.

6.1.6 Renforcement de la politique et de la gestion du médicament et des produits biologiques

L'OMS s'emploiera à appuyer le Bénin à adopter des normes et politiques devant régir l'approvisionnement, le contrôle et la gestion des médicaments et matériels médico-techniques de qualité. Un appui sera apporté pour l'opérationnalisation de la politique pharmaceutique nationale 2008-2012 afin d'assurer la disponibilité et l'accessibilité financière des médicaments, l'innocuité, l'efficacité, la qualité et l'usage rationnel des médicaments. Le renforcement de l'Autorité de régulation pharmaceutique, l'appui à la surveillance de la résistance aux médicaments tels que les ARV et les nouvelles molécules entrant dans la prise en charge à base communautaire du paludisme seront au centre des préoccupations de l'OMS.

6.2 LUTTE CONTRE LA MALADIE

Tenant compte des défis et problèmes majeurs identifiés plus haut, l'OMS entend orienter le Gouvernement béninois selon cinq sous-axes dans la lutte contre la maladie.

6.2.1 Renforcement de la surveillance intégrée des maladies et la riposte

L'appui de l'OMS sera intensifié en vue du renforcement de la mise en œuvre de la stratégie de surveillance intégrée des maladies et la riposte (SIMR), avec le passage à l'échelle des activités de lutte contre les maladies à potentiel épidémique telles que la méningite cérébro-spinale, la rougeole, le choléra, la fièvre jaune, la grippe aviaire et les fièvres hémorragiques; les maladies à éradiquer ou à éliminer, par la recherche active des cas de maladie du ver de Guinée, de paralysie flasque aiguë et de lèpre ; les maladies prioritaires constituant un problème de santé publique.

L'OMS apportera son appui technique en vue du renforcement des capacités techniques et gestionnaires des agents de santé au niveau des zones sanitaires.

Le Bénin bénéficiera de l'appui technique de l'OMS pour le renforcement de la cellule de surveillance intégrée des maladies et la riposte en matière de traitement, d'utilisation des données pour actions, de formation, de supervision et de coordination en se basant sur le nouveau guide révisé qui intègre les maladies émergentes comme la grippe aviaire et sur RSI. La surveillance de la sensibilité des germes aux médicaments utilisés dans le traitement des maladies prioritaires fera l'objet d'un appui technique de la part de l'OMS.

Le renforcement du réseau de laboratoires se poursuivra avec l'amélioration de l'assurance qualité et des capacités techniques et organisationnelles du personnel.

La recherche opérationnelle sur les principales maladies transmissibles et non transmissibles sera appuyée.

6.2.2 Lutte contre les maladies évitables par la vaccination

L'OMS renforcera la capacité des acteurs au niveau opérationnel pour l'amélioration de la qualité des données, le monitoring régulier des indicateurs du PEV et la surveillance des maladies cibles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. L'OMS va appuyer l'introduction de nouveaux vaccins (pneumocoque, rota virus etc.), de nouvelles technologies de la vaccination et la mise à l'échelle de la stratégie Atteindre chaque district (ACD) intégrée à d'autres interventions de survie de la mère et de l'enfant dans le cadre de la Stratégie mondiale pour les vaccins et la vaccination (GIVS). Les efforts entrepris jusqu'alors dans le cadre des initiatives pour l'éradication, l'élimination et le contrôle des principales maladies cibles du PEV (poliomyélite, rougeole, tétanos maternel et néonatal) seront maintenus.

L'entrée en vigueur, le 15 juin 2007, du nouveau Règlement sanitaire international (RSI) impose à tous les États Membres la déclaration de toute situation d'urgence de santé publique à portée internationale à tous les pays frontaliers. À cet effet, le point focal RSI du Bénin bénéficiera de l'appui de l'OMS pour le renforcement des capacités de tout le personnel de santé exerçant dans les communes frontalières des pays limitrophes en vue de l'application efficace du RSI.

6.2.3 Renforcement de la lutte contre les maladies tropicales négligées et les géo-helminthiases

La lutte contre les maladies tropicales négligées à savoir : la filariose lymphatique, l'onchocercose, l'ulcère de Buruli, la trypanosomiase humaine africaine, le trachome et les géo-helminthiases, fera l'objet d'une attention particulière surtout en milieu scolaire par la mise en œuvre de stratégies ayant fait leur preuve en recourant à la technique de traitement de masse.

6.2.4 Lutte contre les maladies non transmissibles

Les maladies non transmissibles comme les affections cardio-vasculaires, le diabète, l'asthme, le cancer, la malnutrition, les affections bucco-dentaires, les maladies mentales et la drépanocytose, ainsi que les facteurs de risque pour certaines d'entre elles, tels que l'obésité, le tabagisme et l'alcoolisme, constituent une préoccupation pour le pays. L'OMS apportera un appui technique pour l'élaboration de politiques et de stratégies de lutte contre les maladies non transmissibles. L'appui de l'OMS sera effectif pour l'utilisation des résultats de l'enquête nationale STEPS de 2008 pour l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies et d'interventions visant la réduction des facteurs de risque des maladies non transmissibles identifiés notamment par le renforcement des capacités du personnel de santé pour la prévention des facteurs de risque, la détection précoce et la prise en charge adéquate des maladies non transmissibles.

L'OMS aidera le Ministère de la Santé grâce au plaidoyer pour le soutien technique et financier des programmes de santé mentale, de nutrition, de prévention des affections buccodentaires et de lutte contre la drépanocytose.

6.2.5 Mise à l'échelle des interventions de lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose pour un accès universel

Dans le domaine du VIH/sida, l'OMS continuera d'appuyer le Programme national de Lutte contre le sida (PNLS) et les infections sexuellement transmises (IST) pour la mise à l'échelle des interventions d'accès universel aux services de prévention, soins et traitement des IST, du VIH et du sida à travers la formation des agents de santé sur :

- i) la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (PCIMAA) ;
- ii) le conseil et le dépistage initiés par le prestataire (CDIP) ;
- iii) le paquet générique de formation de l'OMS à la prévention du VIH, au traitement, aux soins et au soutien aux personnes infectées ou affectées ;
- iv) la co-infection tuberculose et VIH.

L'appui portera également sur le suivi des malades du sida sous antirétroviraux (ARV) avec le logiciel Health Mapper, le suivi de la résistance du VIH aux antirétroviraux et à la gestion des ARV et des réactifs afin d'éviter les ruptures fréquentes de stock.

Pour ce qui est de la lutte contre la tuberculose, l'OMS appuiera le Programme national contre la tuberculose (PNT) pour le développement de la DOTS² communautaire, la formation des agents de santé à la co-infection tuberculose et VIH et aux cas de tuberculose multirésistante.

L'OMS apportera son appui au Programme national de Lutte contre le Paludisme pour relever les défis relatifs à la mise en œuvre de la nouvelle politique de lutte contre le paludisme. Cette politique est orientée vers un accès universel aux interventions techniques de prise en charge et de prévention, le renforcement de la capacité de diagnostic, de la surveillance épidémiologique du paludisme, de la résistance des moustiques aux insecticides; le suivi de l'efficacité des antipaludiques, la lutte intégrée contre le vecteur; la pharmacovigilance; et la mobilisation des ressources dans un partenariat élargi. La lutte contre le paludisme se fera dans le contexte de renforcement des soins de santé primaires.

Avec neuf (9) autres pays africains (Niger, Sénégal, Madagascar, Ghana, Kenya, Nigéria, Ouganda, Rwanda et Tanzanie), le Bénin a été sélectionné par le Partenariat FRP et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP) pour la première phase de la mise en œuvre d'une nouvelle initiative DMAP (dispositif pour les Médicaments accessibles pour le paludisme). Les CTA seront fortement subventionnés au niveau de la production afin que le malade les ait à un prix abordable tant dans le secteur privé que dans le secteur public. Cette initiative aura des conséquences significatives sur l'accessibilité aux médicaments antipaludiques dans le cadre de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement au Bénin.

Au cours des cinq prochaines années, l'OMS apportera un appui technique au PNLP Bénin pour la réalisation d'un projet de la recherche sur l'impact de la résistance des vecteurs aux insecticides (Projet de WHO-GMP « *multicountry trial on the impact and management of insecticide resistance in malaria vectors* ». Ce projet de recherche d'un montant global de US \$13 839 336 pour cinq pays (Bénin, Kenya, Cameroun, Inde et Philippines), sera financé par la Fondation Gates. L'évaluation portera sur quatre aspects principaux, notamment :

- i) l'impact entomologique sur la réduction de la transmission;
- ii) l'impact clinique sur la réduction de la morbidité palustre étudiée au niveau du taux d'incidence des accès palustres « simples » enregistrés dans les centres de santé et des « accès palustres sévères et compliqués » enregistrés dans les hôpitaux de zone;
- iii) l'impact démographique sur la réduction des quotients de mortalité générale infanto-juvénile; et
- iv) l'impact économique sur la réduction des coûts, directs et indirects, du paludisme dans les zones considérées.

6.2.6 *Prise en charge sanitaire des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits ainsi que leurs effets sociaux et économiques*

Dans le cadre de la prévention et la prise en charge des catastrophes, l'OMS apportera son appui technique pour l'élaboration de la cartographie des risques, la réalisation des exercices de simulation, la révision du plan de l'Organisation du Secours en cas de Catastrophe (ORSEC) et pour le développement d'un plaidoyer auprès du Gouvernement et des partenaires pour sa mise en œuvre.

L'assistance humanitaire étant multisectorielle, la collaboration entre les différents intervenants doit être mieux organisée et mieux coordonnée. À cet effet, l'OMS se focalisera sur le renforcement des capacités des acteurs afin d'assurer une meilleure prise en charge des urgences et catastrophes, surtout au niveau déconcentré (centres de santé de commune) en apportant au Gouvernement son appui technique.

6.3 RENFORCEMENT DE LA SANTÉ DE LA MÈRE, DU NOUVEAU-NÉ, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT, DE LA SANTÉ SEXUELLE ET DE LA REPRODUCTION

Le présent axe stratégique, qui porte sur l'objectif stratégique 4 (OS4) du Plan stratégique à moyen Terme 2008-2013, vise à renforcer les actions pour l'amélioration de l'accessibilité et de l'utilisation de services et de soins de santé de qualité par les femmes enceintes, les nouveaux-nés, les enfants de moins de cinq ans et les adolescents. Il se propose d'accroître l'offre de services de santé sexuelle et de la reproduction de qualité aux populations en général et aux femmes en particulier. Il comportera trois sous-axes : i) Renforcement de l'Initiative pour une Grossesse à moindre risque ; ii) Renforcement de la santé de l'enfant et de l'adolescent ; iii) Promotion de la santé sexuelle et de la reproduction et du genre et santé de la Femme.

6.3.1 *Renforcement de l'Initiative pour une Grossesse à moindre Risque*

Au cours des cinq prochaines années, l'OMS se propose d'appuyer le pays pour l'opérationnalisation de la feuille de route nationale, à travers notamment :

- i) l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie nationale de plaidoyer pour la mobilisation des ressources ;
- ii) l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie de survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, en collaboration notamment avec les autres agences du système des Nations Unies et les autres partenaires techniques et financiers concernées, sur la base des différentes résolutions et déclarations conjointes et des partenariats mis en place;
- iii) la promotion de la prise en charge communautaire de la mère et du nouveau-né dans la perspective de la continuité et de l'intégration des soins, avec un accent particulier sur les zones à mortalité maternelle élevée;
- iv) l'institutionnalisation de la pratique des audits de décès maternels et périnataux ;
- v) la mise au point d'outils pour le monitoring des activités et le suivi/évaluation des progrès réalisés en matière de santé de la mère et du nouveau-né.

² Traitement sous supervision directe, chimiothérapie de courte durée.

L'OMS collaborera avec l'UNFPA pour la prévention et la prise en charge des fistules obstétricales. Notre institution apportera également son appui au pays, en collaboration avec les autres acteurs, pour l'identification et la mise en œuvre des stratégies les meilleures visant l'accroissement de l'accès aux soins maternels et néonataux pour les populations les plus pauvres et défavorisées, notamment les modalités de financement et de prise en charge des coûts des urgences obstétricales et néonatales pour éviter les retards préjudiciables à la santé de la mère et du nouveau-né.

6.3.2 Renforcement de la santé de l'enfant et de l'adolescent

Il s'agira, pour l'OMS, d'intensifier les actions de mise en œuvre de la PCIME à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, avec un accent particulier sur :

- i) le plaidoyer et le développement du partenariat, sur la base d'une stratégie nationale de survie de l'enfant ;
- ii) l'actualisation des directives, en tenant compte des orientations des différents programmes et des bases factuelles sur la prise en charge des cas comme la diarrhée et la prise en charge communautaire des infections respiratoires aiguës;
- iii) l'évaluation de la qualité de la prise en charge de l'enfant dans les formations sanitaires de référence et le renforcement des capacités des prestataires en matière de tri, évaluation, et traitement d'urgence (TETU);
- iv) la poursuite de l'appui pour l'amélioration de l'enseignement de la santé infantile dans les écoles de formation de base des agents de santé. L'OMS fournira par ailleurs son appui pour le développement d'un véritable programme de santé et développement des adolescents, qui tienne compte de leurs besoins.

6.3.3 Promotion de la santé sexuelle et de la reproduction, du genre et santé de la femme.

L'appui de notre institution se fera dans :

- i) l'actualisation des politiques et des directives pour l'amélioration de la qualité des services et des soins de santé sexuelle et de la reproduction de qualité, basés sur les données factuelles et les nouvelles orientations de l'OMS;
- ii) le renforcement des actions visant la réalisation de l'ODM 5B, notamment le plaidoyer pour le repositionnement de la planification familiale sur la base des outils mis au point par le niveau régional et dans le cadre du partenariat stratégique OMS/UNFPA pour la PF et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles;
- iii) la poursuite de l'appui au pays, en collaboration avec les autres partenaires, pour la lutte contre les pratiques néfastes à la santé de la femme et de la fille, notamment l'élimination des mutilations génitales féminines, la lutte contre les violences sous toutes les formes et la promotion du genre et santé;
- iv) le renforcement des capacités du pays pour le dépistage précoce et la prise en charge des cancers de l'utérus et autres cancers génito-mammaires;
- v) la promotion de la recherche opérationnelle en santé sexuelle et de la reproduction;
- vi) la documentation et la diffusion des meilleures pratiques dans le domaine.

6.4 PROMOTION DE LA SANTÉ ET PROTECTION DE L'ENVIRONNEMENT

La promotion de la santé requiert l'adoption des comportements et attitudes favorables à la bonne santé et la promotion d'un environnement sain et propice au bien-être social des individus et de la communauté.

6.4.1 Promotion de la santé et réduction des facteurs de risque

L'OMS s'attachera à apporter son appui technique au Gouvernement du Bénin pour l'élaboration d'un document de politique et de stratégie de promotion de la santé pour l'ensemble du secteur de la santé ; pour l'organisation de séances de plaidoyer en direction des décideurs pour l'adoption de nouvelles lois, leur mise en œuvre et pour la vulgarisation de la Convention-Cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT) et de la Loi antitabac. Elle renforcera aussi la capacité des mass médias publics et privés à lutter contre les violences et les traumatismes liés au non respect du code de la route. L'OMS s'efforcera également d'appuyer le Ministère de la Santé dans l'identification des déterminants sociaux de la santé.

6.4.2 Promotion d'un environnement plus sain, développement de la prévention primaire et inflexion des politiques publiques

Dans ce cadre, l'OMS a planifié d'aider le Gouvernement à organiser des enquêtes nationales liées à l'ampleur de la pollution atmosphérique, à la protection de la nature et à l'identification des déterminants sociaux, dans le cadre des menaces relatives à l'environnement.

6.4.3 Amélioration de la nutrition de base et de la sécurité sanitaire des aliments

En matière de nutrition, l'OMS se propose d'aider le Bénin à assurer la promotion d'une alimentation optimale chez le nourrisson et le jeune enfant. Il s'agira de faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre de la stratégie nationale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE), y compris ceux atteints du VIH/sida, et la dynamisation de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB). Les capacités des prestataires socio-sanitaires seront renforcées dans le domaine des conseils en alimentation et de l'utilisation des nouvelles courbes de croissance standards de l'OMS concernant l'enfant pour le suivi et l'évaluation de l'état nutritionnel. D'autres actions seront menées, telles que la lutte contre le double fardeau nutritionnel et la promotion de l'Initiative Écoles Amies de la Nutrition.

L'OMS fournira également l'appui pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action national de sécurité sanitaire des aliments en vue de réduire les risques liés aux aliments, notamment en milieu scolaire et de restauration publique.

6.5 PARTENARIATS POUR LA SANTÉ ET LA MOBILISATION DES RESSOURCES

L'OMS soutiendra le Bénin dans ses demandes d'adhésion aux divers partenariats qui se développent aux niveaux régional et mondial dans le cadre de la mobilisation des ressources. Le Bureau de l'OMS au Bénin saisira toutes les opportunités qui s'offriront pour inclure le pays sur la liste des pays devant bénéficier des avantages liés aux alliances et partenariats. Ces opportunités et partenariats renforceront le système de santé et permettront au Bénin de concrétiser son rêve de s'élever au rang des pays émergents et d'atteindre les OMD.

SECTION 7

IMPLICATIONS DE L'AGENDA STRATÉGIQUE POUR L'OMS

Compte tenu de son mandat, l'OMS mettra en œuvre des stratégies qui répondent à l'accomplissement de ses fonctions essentielles. Le renforcement de son rôle de leadership et de conseiller dans le domaine de la santé devrait lui permettre d'œuvrer de façon plus stratégique et d'harmoniser ses efforts avec ceux des autres partenaires dans la mise en œuvre des conclusions des États généraux de la santé, du Plan national de Développement des Ressources humaines pour la Santé et du Plan national de développement sanitaire.

La mise en œuvre de l'agenda stratégique se fera de façon conjointe entre l'Organisation mondiale de la Santé et le Gouvernement du Bénin, et ceci à travers les différents plans d'action qui seront des déclinaisons de la SCP couvrant la période 2009-2013. Cette approche permettra au bureau de la représentation de l'OMS au Bénin de capitaliser ses expériences et de s'enrichir de l'expertise des autres organisations partenaires du Bénin selon leurs domaines spécifiques.

De la qualité de l'exécution de la Stratégie de Coopération OMS-Bénin, résultera l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) dans le cadre d'un partenariat renforcé pour le secteur de la santé en particulier et pour le développement du pays en général. Dans ce cadre, le Ministère de la Santé, les autres ministères partenaires, les communautés, les ONG, les partenaires bilatéraux et multilatéraux et la société civile conjugueront leurs efforts pour l'atteinte des objectifs globaux de développement du pays.

7.1 IMPLICATIONS POUR LE BUREAU DE PAYS

7.1.1 Planification/ budgétisation

La Stratégie de Coopération OMS-Bénin de 2^{ème} génération est un document interne de l'OMS qui lui sert de cadre pour les actions de l'ensemble de l'Organisation pour les cinq (05) prochaines années (2009-2013). Pour les deux prochains exercices biennaux, les activités à mettre en œuvre découleront des principaux domaines d'intervention du document SCP du Bénin qui sera revu et ajusté en fonction des évolutions majeures qui interviendront dans le pays. L'allocation des fonds tiendra compte de la priorité et de l'importance accordée à chacun des principaux domaines d'intervention retenus.

7.1.2 Organisation et renforcement des capacités du Bureau de l'OMS dans le pays

La principale action du Bureau sera de renforcer l'équipe de l'OMS dans le pays afin de constituer un pool d'expertise technique à mettre à la disposition du Ministère de la Santé et de tous les autres acteurs œuvrant dans le secteur de la santé. À ce titre, il faut envisager :

- i) le recrutement de nouveaux membres du personnel tels qu'un conseiller chargé des maladies tropicales négligées, un conseiller chargé de la santé de l'enfant et de l'adolescent et de la nutrition, un économiste de la santé et des conducteurs de véhicules administratifs ;
- ii) le renforcement des capacités du personnel par des formations spécifiques comme le plaidoyer, la gestion des situations d'urgence et des catastrophes, le leadership, la mobilisation des ressources, l'organisation du système de santé, la survie de l'enfant et du nouveau-né, le Règlement sanitaire international (RSI), le suivi et l'évaluation des actions de l'OMS.

Un plan de formation budgétisé sera élaboré, mis en œuvre et évalué.

L'opérationnalisation des groupes de travail sera faite en tenant compte des nouvelles orientations du Bureau régional.

La réorganisation du Bureau et le reprofilage seront poursuivis en vue de répondre aux défis et besoins actuels.

7.1.3 Adaptation des locaux aux nouvelles fonctions

Le Bureau de pays devra se conformer aux nouvelles exigences de gestion de l'OMS par le GSM en se dotant de matériels adéquats, notamment informatiques, et en formant tous les membres du personnel.

Le renforcement des capacités du Bureau de la représentation de l'OMS au Bénin implique également l'adaptation des locaux par l'aménagement de bureaux pour accueillir les nouveaux conseillers, le renouvellement du parc automobile devenu vétuste et l'acquisition de nouveaux équipements, notamment un groupe électrogène pour couvrir à la fois les besoins en électricité du bâtiment A et du bâtiment B.

7.1.4 Information, communication, documentation

En matière d'information, de communication et de documentation, il sera nécessaire de rendre fonctionnel le site Web et d'envisager le partenariat avec les autres agences du Système des Nations Unies en matière de développement du centre de documentation et d'information.

7.1.5 Institut régional de santé publique

Afin de lui permettre de continuer de jouer son rôle régional de formation de cadres pour le renforcement du système de santé, il est envisagé le renforcement des capacités internes de l'Institut régional de Santé publique (IRSP) à Ouidah. La collaboration avec le Bureau de pays de l'OMS, le niveau régional et l'IRSP doit être renforcée pour la mise en place de programmes régionaux de formation et la transformation de l'IRSP en centre d'excellence.

7.2 IMPLICATIONS POUR LE NIVEAU INTERPAYS

En 2007, trois équipes interpays ont été mises en place dans la Région africaine de l'OMS pour assurer un appui de proximité aux différents pays. Dans ce cadre, l'équipe d'appui interpays pour l'Afrique de l'Ouest (IST/WA) basée à Ouagadougou (Burkina Faso) sera d'un grand recours pour la mise en œuvre de la SCP2 du Bénin, en particulier dans la mobilisation de l'expertise et des fonds extrabudgétaires. Elle devra apporter une réponse rapide aux requêtes du Bénin et améliorer l'appui technique pour opérationnaliser les différents programmes.

Cette équipe contribuera également à améliorer les possibilités de mobiliser l'expertise technique du Siège et du Bureau régional en aidant les différents acteurs de la santé à formuler leurs requêtes dans le respect des circuits internes de l'Organisation.

7.3 IMPLICATIONS POUR LE NIVEAU RÉGIONAL

Dans le cadre de la mise en œuvre de la SCP2, le Bureau de la représentation de l'OMS au Bénin aura besoin de l'appui du niveau régional pour entre autres :

- i) faciliter la mise en œuvre des orientations politiques;
- ii) renforcer les capacités des nationaux dans les domaines de la gestion;
- iii) élaborer les outils et les directives;
- iv) optimiser l'utilisation des centres collaborateurs que sont la Faculté des Sciences de la Santé (FSS), la Faculté de Médecine de Parakou, l'Institut national médico-social (INMES), l'École nationale des infirmières et infirmiers adjoints du Bénin (ENIAB, le Centre de formation sur le contrôle de la tuberculose dans les pays en développement du Programme national contre la tuberculose (PNT), le Laboratoire national de référence VIH etc.);
- v) tenir à jour une base de données sur les experts en santé;
- vi) maintenir des liens de communication avec les bureaux de pays et le Siège de l'OMS;
- vii) mobiliser les ressources et entreprendre des activités de plaidoyer;
- viii) soutenir la planification opérationnelle des activités de l'OMS au Bénin sur la base de la SCP2;
- ix) répondre aux besoins du bureau de la représentation de l'OMS au Bénin en matière d'information, de conseils et d'expertise à court terme, et de nouveaux modes de travail.

7.4 IMPLICATIONS POUR LE SIÈGE

La mise en œuvre de la SCP 2 est une opportunité pour permettre aux unités et divisions du Siège et du Bureau régional d'améliorer leurs réponses aux besoins exprimés par le Bénin aussi bien pour la qualité de l'appui que pour la rapidité des réponses. Dans ce cadre, le Siège aura à mobiliser les ressources et les appuis techniques et à répondre aux demandes spécifiques du Bénin ne pouvant être traitées aux niveaux inter pays ou régional.

Sans constituer une liste limitative, les domaines prioritaires pour lesquels une assistance technique est souhaitée du Siège sont : le développement des ressources humaines pour la santé, l'évaluation de la performance du système de santé, la lutte contre les maladies prioritaires, la santé génésique et les maladies non transmissibles, la gestion des risques, des urgences et catastrophes.

Afin d'améliorer la diffusion par le Bureau de la représentation de l'OMS au Bénin, des stratégies de l'OMS aux partenaires, aux institutions de la République et à la société civile, le Siège et le Bureau régional devront accorder une importance cruciale à la disponibilité des versions françaises des documents techniques.

La Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Bénin de la 2^{ème} génération induira des activités additionnelles. Le Siège et le Bureau régional devront envisager d'apporter les ressources qui permettront de les mettre en œuvre.

Concernant l'Institut régional de Santé publique (IRSP) de Ouidah, des dispositions devront être prises par les Divisions pour continuer d'y domicilier des formations stratégiques, des projets de recherche afin d'en faire un centre d'excellence pour le Bénin et la Région dans le domaine de la santé publique. Le Bureau régional et le Siège devront continuer d'y programmer des formations qui sont en liaison avec les mandats de l'Institut afin de contribuer au renforcement et à la viabilité de celui-ci.

7.5 SUIVI ET ÉVALUATION

Le suivi et l'évaluation de la stratégie de coopération, du fait de leur caractère transversal, s'exerceront à travers les plans de travail biennaux par rapport aux résultats attendus au regard des objectifs nationaux, sous-régionaux et par ricochet mondiaux. Ces exercices périodiques se feront conformément aux procédures de gestion de l'OMS.

Ainsi, le suivi et l'évaluation semestriels se feront en interne pour suivre la mise en œuvre des plans, alors que la revue à mi-parcours se fera de façon annuelle conjointement avec le Ministère de la Santé et les partenaires au développement du pays. Cette dernière permettra au bureau de pays de déceler à temps les risques de blocage et les facteurs susceptibles d'influencer négativement l'atteinte des résultats à bonne date, permettant dès lors de prendre les mesures correctrices nécessaires. Une évaluation du plan biennal sera réalisée au bout de deux années et une évaluation de la SCP de la deuxième génération en 2013. L'évaluation finale de la Stratégie de Coopération entre l'OMS et le Bénin se fera avec une approche participative à travers des entretiens individuels avec les partenaires et principaux acteurs ayant participé à sa validation. Après le traitement et l'analyse des données recueillies, un atelier permettra de valider les résultats et le rapport final de l'évaluation.

Le Système mondial de Gestion (GSM) en cours de mise en œuvre a pour but d'améliorer la gestion, d'en rationaliser les procédures et de fournir un meilleur appui à la mission de l'OMS. Il permettra par conséquent de mieux suivre le budget et l'atteinte des résultats escomptés, puis aidera dans le processus de planification subséquente.

Le Bureau de pays bénéficiera aussi de l'appui du Bureau régional pour des audits internes pour lui permettre de réorienter au besoin les stratégies ou actions envisagées.

CONCLUSION

La Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Bénin intervient dans un environnement post-États généraux de la santé, de réforme programmatique à l'OMS et de signature officielle du Plan d'aide des Nations Unies au Développement (UNDAF/Bénin) et l'engagement pris par le pays à dynamiser les soins de santé primaires. Le processus conduit au Bénin pour l'élaboration de cette deuxième génération de la stratégie de coopération, basé sur une large concertation avec l'ensemble des acteurs du secteur de la santé, a permis la définition d'une meilleure synergie avec les efforts des partenaires.

Cette nécessaire recherche de cohérence entre ces deux institutions entraînera, au moment de la mise en œuvre de la Stratégie de Coopération, des modifications significatives dans l'approche et les méthodes de travail de l'Organisation au niveau du pays mais également aux niveaux régional et mondial. Les axes stratégiques qui ont été définis constitueront les repères de l'action de chacun des acteurs.

Des changements seront introduits progressivement dans les approches. Pour être couronnées de succès, ces approches devront bénéficier d'une collaboration étroite entre l'ensemble des parties constitutives de l'Organisation et de l'appui des autorités nationales et des partenaires au développement.

L'OMS, pour sa part, veillera à assurer la mise en œuvre effective de la Stratégie de Coopération avec le Bénin sous la responsabilité et la coordination du Bureau de pays. Sous la direction du Représentant de l'OMS, l'équipe technique du Bénin jouera un rôle capital. Elle aura été outillée et renforcée, d'une manière appropriée, afin de faire face aux nouveaux défis qui se présentent.

Au cours de la mise en œuvre, l'OMS procédera, d'une part, au suivi et à l'évaluation de la Stratégie de Coopération avec le Bénin et, d'autre part, aux adaptations qui s'imposeront.

ANNEXE 1

RÉFÉRENCES

1. Actes des états généraux de la santé novembre 2007
2. Activités de l'OMS dans la Région africaine : Cadre stratégique 2002-2005
3. Annuaire des statistiques sanitaires, DPP/MS, Année 2006
4. Bilan commun de Pays/Common Country Assessment (C.C.A.), SNU, janvier 2002
5. Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA/IST au Bénin, PNLS/MSP, ONUSIDA, décembre 2000
6. Code des Personnes et de la Famille, Assemblée nationale, 07 juin 2002
7. Communication sur le développement des Ressources humaines du secteur santé, Réunion des partenaires au Développement du secteur santé, DRH/MSP, février 2003
8. Constitution de l'OMS, Article 1
9. Constitution du Bénin, décembre 1990
10. Déclaration du Millénaire des Nations Unies, 1999.
11. Deuxième Recensement général de la Population et de l'Habitation (RGPH2) : Synthèse des résultats, MECCAG-PD/INSAE, février 1992
12. Document d'appui au Ministère de la Santé/Rapport sur la mise en œuvre des SSP au Bénin et les relations SSP/OMD avril 2008
13. Document 45 ans de Coopération Technique Bénin/OMS.
14. Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) (Avant-Projet), MECCAG-PD, septembre 2002
15. Évaluation des Politiques et Stratégies sanitaires nationales pour la période 1997-2001 : Rapport intermédiaire des Consultants, Union européenne, octobre 2000
16. Enquête démographique et de la santé année 2006
17. Enquête 2008 du suivi de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris. rapport /Pays. Version finale 27 mars 2008.
18. Études nationales de perspectives à long terme Bénin 2025, (Scénario ALAFIA), MECCAG-PD et PNUD, Août 2000.
19. Évaluation de la capacité fonctionnelle des zones sanitaires. DDZS/MS sept 2007
20. Initiative de Bamako : nouveau cadre opérationnel, OMS/AFRO et UNICEF, 2000
21. La zone sanitaire : Stratégie de développement du système de santé au Bénin, CADZS/MSP, 2000
22. Loi N° 2003-03 portant répression des mutilations génitales féminines en République du Bénin, Assemblée nationale, mars 2003
23. Loi N° 2003-04 relative à la santé sexuelle et de la reproduction, Assemblée nationale, mars 2003
24. Manuel technique de l'outil « Marginal Budgeting for bottleneck » : Unicef, Banque mondiale, OMS.
25. Manuel de formation des praticiens.
26. Normes et standards en matière d'effectifs de personnel, d'infrastructures et d'équipements pour les zones sanitaires, MSP, 2000

27. Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique, Secrétariat NEPAD, Abuja (Nigéria), octobre 2001
28. Onzième programme de travail Région africaine de l'OMS
29. Plan cadre des Nations Unies pour l'assistance au développement au Bénin 2009-2013 (UNDAF), Coordination du Système des Nations Unies au Bénin, Novembre 2007
30. Plan d'action du Ministère de la Famille, de la Protection sociale et de la Solidarité (MFPSS) 2002-2003, MFPSS/Bénin, avril 2002
31. Plan d'action multisectoriel pour la mise en œuvre de la Politique nationale de
32. Plan national de Développement sanitaire (PNDS) 2007 -2016
33. Plan national stratégique de Développement de ressources humaines en santé PNSDRHS 2007
33. Profil sanitaire du Bénin 2007
34. Plan Cadre des Nation Unies pour l'assistance au développement au Bénin 2009 – 2013 (UNDAF) mai 2008
35. Plan stratégique 2002-2006, MEHU, septembre 2001
36. Politique de la santé pour tous dans la Région africaine de l'OMS pour le 21^{ème} Siècle :Agenda 2020
37. Plan de Travail 2006-2007 OMS-Bénin. (POA 2006-2007)
38. Politique et stratégies d'intégration de la pharmacopée et de la Médecine traditionnelle dans le système national de santé 2002-2006, Avant-Projet, PPPMT/MSP, mai 2001
39. Politique nationale de lutte contre le paludisme ; PNLN/MS 2005 Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2006-2010 PNLN/MS - 2006
40. Politique nationale de Promotion de la Femme, MFPSS, 31 janvier 2001
41. Politique, normes et standards en Santé familiale, DSF/MSP, octobre 1998
42. Profil-Pays, MSP et OMS, juillet 1995
43. Programme d'Action du Gouvernement 2001-2006 (PAG2), MECCAG-PD, août 2001.
44. Programme d'Actions prioritaires de la SCR 2007-2008.
45. Programme général de travail de l'OMS 2002-2005, OMS
46. Programme indicatif de Coopération bilatérale directe (PIC 2008 - 2011)
47. Programme national de lutte contre les Ulcères de Buruli : Plan d'action 2001- 2005, Avant-Projet, DNPS/MSP, Abomey, 17-19 août 2000
48. Projet de Rapport de l'atelier : Interregional Country Health Sector Team Meeting Lusaka Zambia 28 février – 1^{er} mars 2008 . International Health partnership and initiative (IHP+) Harmonization of Health in Africa (HHA)
49. Projet de Plan stratégique à moyen terme 2008 – 2013. Avant Projet de budget 2008 – 2009 Document OMS
50. Rapport DSRP 2005. Ministère du Développement, de l'Economie et des Finances. Septembre 2006.
51. Rapport d'inventaire Partenariat International pour la santé et initiatives connexes (PIS+) en collaboration avec le dispositif d'harmonisation pour la santé en Afrique. Contribution de la République du Bénin) Février 2008.
52. Rapport général des Etats généraux de la santé du Bénin 21 au 24 novembre 2007
53. Rapport Annuel OMS Bénin 2007
54. Rapport sur le développement humain 2007 – 2008.
55. Réforme de l'administration territoriale et réorganisation de la base de la pyramide sanitaire, MSP et USAID, Bohicon, 19-20 septembre 2000

56. Revue sectorielle conjointe de performance de l'année 2004. Secteur de la Santé. Ministère de la Santé Publique juin 2005.
57. Sommet africain sur l'Initiative Faire Reculer le Paludisme, Abuja, 25 avril 2000 Stratégie de croissance pour la réduction de la pauvreté 2007
58. Stratégie de Coopération de l'OMS avec les pays : Bénin 2004 2008.
59. Surveillance de l'infection par le VIH/SIDA/IST, PNLS/MSP, Année 2000 et Année 2006
60. Table ronde sur le secteur de la Santé, MSP et MPRE, janvier 1995.
61. Troisième Recensement général de la Population et de l'Habitation (RGPH3), MECCAG-PD/INSAE, février 2002.

ANNEXE 2

OBJECTIFS STATÉGIQUES DE LA SCP 2004-2008

N°	Sigle	Intitulé de l'objectif
1	OS4	Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé génésique et sexuelle et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé, en utilisant une approche sur la durée de la vie et en s'efforçant de réduire les inégalités.
2	OS8	Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement.
3	OS2	Combattre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose.
4	OS10	Améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur les données factuelles et les recherches fiables et accessibles.
5	OS9	Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et l'appui de la santé publique et du développement durable.
6	OS1	Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles.
7	OS7	Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur des droits de l'homme.
8	OS3	Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes.
9	OS6	Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque.
10	OS11	Élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation.
11	OS5	Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques.
12	OS12	Jouer un rôle de chef de file, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration avec les pays, le Système des Nations Unies et d'autres partenaires pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le Onzième programme général de Travail.
13	OS13	Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat.

ANNEXE 3

LISTE DES PERSONNES AYANT PARTICIPÉ À LA RÉUNION D'ADOPTION DES AXES STRATÉGIQUES DE LA STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE DEUXIÈME GÉNÉRATION 2008-2013

N°	NOM ET PRÉNOMS	STRUCTURE	FONCTION
1	TCHALA SARE Kessilé	Ministère de la Santé	Ministre de la Santé
2	ZOMONTO G. Olivier	DRS /	Chef /Service Coopération interinstitutionnelle
3	TOSSOUGBO H. Dagbégnon	DANA	Technicien de laboratoire/ Direction de l'Alimentaion et de la Nutrition appliquée
4	KOUSSIHOUÉDE Georges	DSF	Chef Service Santé de la Reproduction des Adolescents et Jeunes
5	SINTONDJI Franck	PNLMT/DNPS	Coordonnateur national/Programme national de Lutte contre les maladies transmissibles PNLMT
6	AKLASSATO L. Sidonie	DSIO/MS	Directrice des Soins infirmiers et obstétricaux
7	HAKPOME Y. Eustache	DPF/DGIFD/MPDEAP	Chef Division Système des Nations Unies
8	BIEY José	OMS	POINT FOCAL PEV
9	AGOSSOU François	OMS	NOP/ HPR
10	IMOROU KARIMOU Yacoubou	DNPS	Chef Service adjoint/Service de la Réglementation sanitaire
11	CALLENS Cyrille	Coop. française	Conseiller technique/MS/Coop. française
12	SOUDE Théodore	UNFPA	NPO/Santé de la Reproduction
13	KORA BATA Pascal	DPP/MS	Directeur de la Programmation et de la Prospective
14	ADJIBABI Chérifatou	CPTT/MS	Conseiller technique à la Pharmacie et Pharmacopée traditionnelle
15	ATTOLOU GBOHOUN Aimé	DA/MS	Chef Service Assurance qualité en milieu hospitalier
16	DEGLA DOSSOU Eugenie	CTQS/MS	Conseiller technique à l'Assurance Qualité
17	DIGBENOUE Oscar	PNLMT/DNPS	Chef de l'Unité cancer et HTA

18	DANSI Germain	PNLP	Coordonnateur national Adjoint / Programme national de Lutte contre le Paludisme
19	HOUNKPEVI Benoît	DPM/MS	Service Inspection et Pharmacovigilance/DPM
20	ATEKOU Rock	DRFM/MS	Chef /Division Assitance à la Formation
21	NAGO Marie Rose	DNPEV-SSP/MS	Directrice nationale du Programme élargi de vaccination et soins de santé primaires.
22	TRAORE Esther	OMS	NPO/FHP
23	GBENOU Dina	OMS	NPO/ MAL
24	YEVIDE Dorothé	MS	Directrice adjointe de Cabinet/MS
25	FAÏHUN Benoît	MS	Secrétaire général du Ministère/MS
26	YAROU Moussa	MS	Directeur de Cabinet/MS
27	GBARY Apka Raphaël	OMS	WR
28	DEGBOGBAHOUN Marcien	DRFM/MS	Chef division Appui à la Gestion
29	VIDO Daniel Didyne	JICA	Représentant résident adjoint
30	HOUANSOU Télésphore	OMS	NPO/HIV/TUB
31	SEMEGAN Barthélémy	OMS	NPO/MPN
32	DANSOU Epiphane	OMS	A/ICT
33	DIALLO Pathé	IRSP	Directeur IRSP Ouidah
34	TCHATCHOUANG Hermine	OMS	Administrateur
35	COMLANVI Comlan	OMS	NOP/DPC
36	YODOMA Issiaka	OMS	Assistant administratif
37	DAMASSOH S. Solange	DPP/MEPN	Conseiller/SCT
38	NASSIROU Lamatou	DRH/MFE	Directrice des Ressources humaines/ Ministère de la Famille et de l'Enfant
39	WHANNOU Stanislas	SP/CNC/FM/MS	Secrétaire permanent Comité national de Coordination du Fonds mondial