



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
REPUBLIQUE DU BENIN

Adresse postale : 01BP 882

Téléphone: +229 21 33 2178/ 21 33 21 63

Adresse électronique : Sante.infos@gouv.bj

Site web : www.sante.gouv.bj

POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ

(PNS 2018-2030)

Décembre 2018

Table des matières

<i>Liste des sigles et acronymes</i>	3
DECLARATION DE POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ	5
RESUME	6
Introduction	7
1 CONTEXTE	8
1.1- Données géographiques	8
1.2- Données démographiques.....	8
1.3- Données économiques.....	9
1.4- Organisation de l'administration territoriale	9
1.5- Organisation du système de santé.....	9
1.6- Profil épidémiologique	10
2. ANALYSE SITUATIONNELLE	12
2.1- Etat de santé de la population	12
2.2- Financement de la santé	13
2.3- Déterminants de la Santé.....	13
2.4- Forces, faiblesses et défis du système national de santé.....	13
2.5- Problèmes prioritaires.....	15
3. CADRE STRATEGIQUE	17
3.1- Cadres référentiels, valeurs et principes de la PNS.....	17
3.1.1- Cadres référentiels	17
3.1.2- Valeurs.....	18
3.1.3- Principes	19
3.2- Vision du Secteur	19
3.2.1 Enoncé de la Vision	19
3.2.2 Définition de concepts de la vision	19
3.3- Arrimage de la PNS avec les objectifs de développement	20
3.4- But de la PNS	21
3.5- Orientations stratégiques	21
3.5.1 Orientation Stratégique (OS1) : Développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé	22
3.5.2 Orientation Stratégique (OS2) : Prestation de service et amélioration de la qualité des soins.....	22
3.5.3 Orientation Stratégique (OS3) : Valorisation des ressources humaines en santé	23
3.5.4 Orientation Stratégique (OS4): Développement des infrastructures, des équipements, des produits de santé de qualité et de la médecine traditionnelle	24
3.5.5 Orientation Stratégique (OS5) : Amélioration du système d'information sanitaire, de la promotion de la recherche et de l'innovation en santé	25
3.5.6 Orientation Stratégique (OS6) : Amélioration de financement pour une meilleure couverture sanitaire universelle	25
4. MECANISME DE FINANCEMENT DE LA PNS	28

4.1- Sources de financement	28
4.2- Financement innovant	28
4.3- Les dispositifs de gestion optimale des ressources	28
5. MISE EN ŒUVRE ET SUIVI EVALUATION	28
5.1. Mécanisme de mise en œuvre	28
5.2. Suivi et évaluation	29
6. CONTRAINTES ET CONDITIONS DE SUCCES DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA PNS	30
6.1. Analyse des contraintes	30
6.2. Conditions de succès.....	30
ANNEXES : Equipes techniques de rédaction et Equipe de consolidation, de mise en conformité et de validation de la PNS 2018-2030.....	31

Liste des sigles et acronymes

ANTS	Agence Nationale pour la Transfusion Sanguine
ANV-SSP	Agence Nationale de Vaccination et des Soins de Santé Primaires
ARCH	Assurance pour le Renforcement du Capital Humain
ARV	Anti Rétro Viral
ASS	Annuaire des Statistiques Sanitaires
CDEEP	Comité Départemental de suivi de l'Exécution et de l'Evaluation des Projets et Programmes du secteur de la santé
CNEEP	Comité National du Suivi de l'Exécution et de l'Évaluation des Projets et Programmes du secteur santé
CNSSP	Conseil National de Soins de Santé Primaires
CNMH	Conseil National de la Médecine Hospitalière
CTRSS	Commission Technique des Reformes du Secteur Santé
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DDS	Direction Départementale de la Santé
DHIS	District Health Information Software (DHIS)
DPPD	Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses
EDS	Enquête Démographique de Santé
GMAO	Gestion de la Maintenance Assistée par Ordinateur
GPW	Programme Global de Travail de l'OMS
HTA	Hypertension Artérielle
IDH	Indice de Développement Humain
IRA	Infection Respiratoire Aigue
INSAE	Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
LOLF	Loi Organique Relative à la Loi des Finances
MICS	Multiple Indicateur Cluster Survey
MTN	Maladie Tropicale Négligée
OCJ	Organe Consultatif de la Jeunesse
ODD	Objectifs de Développement Durable

OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAG	Programme d'Actions du Gouvernement
PAP	Projets Annuels de Performance
PC2D	Programme de Croissance pour le Développement Durable
PF	Planning Familial
P2D	Plan de Décentralisation et de Déconcentration
PIB	Produit Intérieur Brut
PND	Plan National de Développement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNP	Politique Nationale de la Population
PNS	Politique Nationale de Santé
PONADEC	Politique Nationale de Décentralisation et de Déconcentration
PTD	Plan Triennal de Développement
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à son Enfant
PSER	Plan de Suivi-évaluation et Revue
PSSP	Plateforme du Secteur Sanitaire Privé
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SARA	Service Availability Readness Assesment
SNIGS	Système National d'Information et de Gestion Sanitaires
SONUB	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence de Base
STEP (Enquête)	Enquête réalisée étape par étape
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
VIH/SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome d'Immunodéficience acquise
ZS	Zone Sanitaire

DECLARATION DE POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ

Le droit à la santé, clairement stipulé par la Constitution du 11 décembre 1990 en ses articles 8 et 26, est un enjeu majeur pour le développement du Bénin. Les Etudes Nationales de Perspectives à Long Terme, Bénin ALAFIA 2025, en ont également fait une priorité. L'Etat béninois s'emploie à faire de la promotion du bien-être un de ses domaines prioritaires. Dans cette dynamique, le Programme d'Action du Gouvernement 2016-2021, intitulé « Bénin Révélé », a accordé une place de choix à l'amélioration des conditions de vie des populations.

Eu égard à tout ce qui précède, le pays a défini une politique de santé 2018- 2030 basée entre autres, sur des leçons apprises de la mise en œuvre de la précédente Politique Nationale de Santé de 2009 - 2018, des nouveaux défis nationaux, des conventions et déclarations internationales auxquelles notre pays a souscrit en vue de l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD).

La présente Politique Nationale de Santé est le résultat d'un processus inclusif et consensuel de l'ensemble des parties prenantes. Elle constitue un ensemble d'orientations fondées sur des valeurs et principes de base visant à influencer les décisions et les actions pour l'amélioration de la santé des populations. A ce titre, ce document de politique a défini les objectifs prioritaires et les orientations stratégiques du Bénin en matière de santé.

En effet, il a été retenu dans le présent document six (6) orientations stratégiques, à savoir:

- développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé ;
- prestations de service et amélioration de la qualité des soins ;
- valorisation des ressources humaines en santé ;
- développement des infrastructures, des équipements, des produits de santé de qualité et de la médecine traditionnelle ;
- amélioration du système d'information sanitaire, de la promotion de la recherche et de l'innovation en santé ;
- amélioration de financement pour une meilleure couverture sanitaire universelle.

S'il est vrai que l'implémentation de ces différentes orientations est primordiale pour la promotion du bien-être, il n'en demeure pas moins pour la mobilisation de ressources financières innovantes.

Il faudra par conséquent renforcer le plaidoyer, le leadership, la reddition des comptes, la gouvernance, la responsabilisation des niveaux décentralisés, la participation communautaire et la gestion efficace et efficiente des ressources en vue de combler les attentes des populations, surtout les plus vulnérables.

Compte tenu de la nature multisectorielle des problèmes de santé, tous les acteurs nationaux et internationaux sont invités à se mobiliser pour la traduction en stratégies opérationnelles de la présente politique.

Je saisis cette occasion pour féliciter tous ceux qui se sont investis dans l'élaboration de ce document. J'exprime également ma sincère gratitude à tous les Partenaires Techniques et Financiers pour leurs appuis soutenus et en particulier à l'Organisation Mondiale de la Santé.

J'exhorte tous les acteurs nationaux et internationaux à s'impliquer activement dans sa mise en œuvre.

Benjamin I.B. HOUNKPATIN

Ministre de la Santé

RESUME

Le Bénin, dans le but d'assurer le bien-être de sa population, a défini une politique de santé 2018-2030 basée entre autres, sur des leçons apprises de la mise en œuvre de la précédente Politique Nationale de Santé de 2009-2018, des nouveaux défis nationaux, des conventions et déclarations internationales auxquelles notre pays a souscrit en vue de l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD).

La présente politique nationale de santé, élaborée en étroite collaboration avec le Ministère du Plan et du Développement, est le résultat d'un processus inclusif et consensuel de l'ensemble des parties prenantes. Elle constitue un ensemble de vision et d'orientations fondées sur des valeurs et principes de base pour l'amélioration de la santé des populations.

La vision du secteur s'énonce comme suit : « Le Bénin dispose en 2030 d'un système de santé régulé, performant et résilient basé sur la disponibilité permanente de soins promotionnel, préventif, curatif, ré-adaptatif et palliatif de qualité, équitables et accessibles selon le cycle de vie, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec la participation active de la population ». Pour réaliser cette vision, il s'avère nécessaire de garantir à tous une bonne santé pour la promotion du bien-être selon le cycle de vie à travers les orientations stratégiques ci-après.

Orientations stratégiques

Six orientations stratégiques (OS) déclinées en objectifs spécifiques et axes d'interventions sont définies. Il s'agit de : (OS1) développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé, (OS2) prestations de services et amélioration de la qualité des soins, (OS3) valorisation des ressources humaines en santé, (OS4) développement des infrastructures, des équipements, des produits de santé de qualité et de la médecine traditionnelle, (OS5) amélioration du système d'information sanitaire, de la promotion de la recherche et de l'innovation en santé et (OS6) amélioration de financement pour une meilleure couverture sanitaire universelle.

Mécanisme de financement de la PNS

Le financement de la PNS 2018-2030 sera assuré par le budget de l'Etat, les collectivités territoriales, le secteur privé, les ONG nationales et internationales ainsi que les partenaires bilatéraux et multilatéraux. Il sera accompagné par les financements innovants qui constituent une source importante en vue de la prise en charge efficace du système sanitaire. La gestion optimale de l'ensemble de ces ressources se fera sur la base d'une bonne gouvernance pour la construction d'un système de santé performant.

Mise en œuvre et suivi évaluation de la politique

La Politique Nationale de Santé est mise en œuvre par le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). L'élaboration et la mise en œuvre d'un Plan de Décentralisation et de Déconcentration (Plan 2D) permettront de rendre effectif le principe de la subsidiarité par le transfert réel des compétences et ressources aux niveaux intermédiaire et périphérique.

Le suivi et l'évaluation de la politique du secteur se feront à travers le Plan de Suivi-Evaluation et de Revue (PSER) du PNDS et les cadres de concertation à divers niveaux de la pyramide sanitaire.

Le succès de la mise en œuvre de la PNS 2018-2030 nécessitera une coordination intra sectorielle, une gouvernance et un leadership affichés des décideurs, un engagement soutenu des parties prenantes du système de santé en vue d'assurer l'efficacité et l'efficience des interventions.

Introduction

Dans le but d'assurer le bien-être aux populations, le Bénin s'est doté d'une Politique Nationale de Santé (PNS) assortie d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018 adopté en Conseil des Ministres.

Après cinq années de mise en œuvre, le PNDS 2009-2018 a fait l'objet d'une évaluation à mi-parcours qui a ressorti des avancées, des défis majeurs à relever et des problèmes prioritaires du secteur de la santé.

Avec l'avènement du Gouvernement de changement en avril 2016, une nouvelle dynamique de l'action publique a été amorcée. Le Gouvernement ambitionne à travers son Programme d'Actions (PAG) 2016-2021, de relancer durablement le développement économique et social du Bénin. Dans ce cadre, le Plan National de Développement (PND) 2018-2025 a été élaboré avec son premier document d'opérationnalisation, le Programme de Croissance pour le Développement Durable (PC2D) 2018-2021.

Dans cette perspective, le gouvernement a mis en place la Commission Technique des Reformes du Secteur de la Santé (CTRSS). Les conclusions des travaux de cette commission ont permis de donner de nouvelles orientations pour l'amélioration de la performance du système de santé.

Eu égard à tous les changements intervenus aux plans national et international, notamment avec l'avènement des Objectifs de Développement Durable (ODD), il importe d'actualiser la Politique Nationale de Santé arrivée à terme afin de l'adapter aux nouvelles exigences sur la période de 2018-2030. La présente Politique Nationale de Santé (PNS) 2018-2030 est fondée entre autres sur les ODD, le PND 2018-2025, le rapport de la CTRSS et le 13^{ième} Programme Global de Travail de l'OMS (GPW 13).

Le processus d'élaboration de la présente Politique Nationale de Santé a été conduit selon une approche participative et inclusive mobilisant toutes les parties prenantes du système sanitaire (Ministère de la Santé, CTRSS, Partenaires Techniques et Financiers, autres Ministères, Société Civile, les Collectivités Locales, Organe Consultatif de la Jeunesse (OCJ) et partenaires sociaux). Il se résume essentiellement aux étapes successives ci-après : (i) la mise en place d'une équipe technique chargée de rendre disponible la version provisoire de la PNS, d'encadrer et de suivre la mise en œuvre de toutes les actions afférentes au processus et d'assurer la mobilisation de toutes les parties prenantes ; (ii) l'organisation des ateliers techniques d'examen et de validation nationale de la version provisoire de la PNS par les acteurs du secteur y compris les PTF et les personnes ressources, sa mise en conformité; et (iii) l'introduction pour examen et adoption par le Conseil des Ministres.

Le présent document de Politique Nationale de Santé s'articule autour de six (06) points : (i) contexte, (ii) analyse situationnelle, (iii) cadre stratégique en matière de la santé, (iv) mécanisme de financement (v) mise en œuvre et suivi évaluation de la politique, (vi) conditions de réussite.

1 CONTEXTE

1.1- Données géographiques

Située sur le Golfe de Guinée, la République du Bénin est un pays de l'Afrique de l'Ouest. Elle est limitée au Nord par le Niger, au Nord-Ouest par le Burkina Faso, à l'Ouest par le Togo, à l'Est par le Nigeria et au Sud par l'Océan Atlantique. Elle couvre une superficie de 114,763 km² et s'étend sur une longueur de 700 km et une largeur variant de 125 à 325 km.

Sur le plan de l'hydrographie, le pays est arrosé par de nombreux fleuves appartenant à trois grands bassins : le bassin du Niger, le bassin de la Volta et le bassin côtier. La plupart de ces cours d'eau prennent leur source dans le massif de l'Atacora pour alimenter les trois bassins. En effet, les fleuves : le Mékrou (410 km), l'Alibori (338 km) et la Sota (250 km) confluent dans le bassin du Niger. La Pendjari (380 km) prenant sa source dans l'Atacora se jette dans la Volta au Ghana. Les fleuves : Ouémé (510 km), Couffo (190 km) et Mono (500 km dont 100 km au Bénin) arrosent le bassin côtier. Les lacs et les lagunes leur servent de relais vers la mer. Tous ces fleuves en dehors du Niger ont un régime tropical avec une crue pendant la saison pluvieuse (juillet-octobre) et l'étiage vers la fin du mois de février.

Concernant la climatologie, le Bénin présente un climat chaud et humide ; les températures sont constamment élevées avec une moyenne de 25°C pour l'ensemble du pays. Elles sont souvent plus élevées au mois de mars tandis qu'en août on observe une baisse des températures. La variabilité des températures est plus importante dans le Nord que dans les zones côtières. Au cours de la période de Novembre à mi-janvier, l'harmattan y souffle et est très fort dans le Nord.

Le pays présente une végétation des régions soudanaises dans le nord et une végétation dégradée dans le sud avec des précipitations moyennes annuelles estimées à 700 mm dans le nord et à 1300 mm dans le sud et une température moyenne de 25° C.

Cet ensemble géomorphologique, climatique et hydrographique influence souvent le profil épidémiologique national essentiellement caractérisé par une variété de pathologies tropicales avec une prédominance des affections endémo épidémiques notamment le paludisme, le choléra et parfois la méningite cérébro-spinale.

1.2- Données démographiques

Les différents Recensements Généraux de la Population et de l'Habitat (RGPH) ont révélé que la population béninoise a connu une croissance rapide surtout pendant ces dernières années passant de 3 331 210 habitants en 1979 à 10 008 749 habitants en 2013, soit un taux d'accroissement inter censitaire de 3,29% en 34 ans. Sur la période 2002-2013, le taux annuel d'accroissement inter censitaire est de 3,5%, légèrement supérieur à celui obtenu entre 1992-2002 (3,25%). Cette forte croissance démographique résulte de la baisse de la mortalité et du maintien du niveau de fécondité.

Selon les résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH4-2013), 51% des béninois sont de sexe féminin, 46,65% âgés de moins de 15 ans et 55,43% vivent dans les milieux ruraux. Les projections de l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE) ont donné une population de 11 154 174 habitants en 2016. La croissance démographique exerce une très grande influence sur l'évolution de la demande sociale d'une part et une forte pression sur les ressources disponibles d'autre part.

1.3- Données économiques

L'analyse de la performance économique au Bénin révèle une croissance économique moyenne de 5,3% sur la période de 2011-2015. Cette croissance reste d'une part insuffisante dans un contexte où la croissance démographique est de 3,5% par an et d'autre part insuffisamment inclusive puisque la pauvreté s'est aggravée, passant de 36,2% en 2011 à 40,5% en 2015. L'Indice de Développement Humain (IDH) est de 0,485 en 2015 classant le Bénin au 165^{ème} rang sur 188 pays. La croissance économique du Bénin est notamment soutenue par l'accroissement de la production agricole, la consolidation des activités des industries manufacturières et la bonne tenue des activités des BTP. Le taux de croissance en 2016 est de 3,2% contre 5,2% en 2015. En 2016, le taux de croissance du PIB était de 4% (INSAE, 2016), grâce à la bonne tenue de la production agricole, l'accélération des réformes visant l'amélioration de l'environnement des affaires et la poursuite des grands chantiers de construction des infrastructures socio-économiques.

1.4- Organisation de l'administration territoriale

La loi n°97-028 du 15 janvier 1999 portant organisation de l'administration territoriale de la République du Bénin dispose en son article 6 que le territoire national est découpé en douze départements qui prennent les dénominations ci-après : Alibori, Atacora, Atlantique, Borgou, Collines, Couffo, Donga, Littoral, Mono, Ouémé, Plateau et Zou. Conformément à la loi ci-dessus citée, les douze départements sont les seuls cadres territoriaux où s'effectue la représentation de l'Etat.

Le Bénin compte 77 communes dont trois à statut particulier (Cotonou, Parakou, Porto-Novo) et 546 arrondissements répartis dans les départements. Chaque commune, subdivisée en arrondissements, est dotée de la personnalité morale, de l'autonomie financière et gérée par des organes élus que sont le maire et le conseil communal/municipal. L'arrondissement est divisé en villages ou quartiers de ville. Chaque village ou quartier de ville constitue l'unité administrative de base autour de laquelle s'organise la vie sociale et les activités de production. Cette organisation territoriale sert de fondement au déploiement des structures de l'Etat dont les services de santé.

1.5- Organisation du système de santé

Le système national de santé a une structure pyramidale axée sur le découpage administratif. Il comprend trois différents niveaux à savoir : le niveau central ou national, le niveau intermédiaire ou départemental et le niveau périphérique.

- *Niveau central*

Le Ministère de la Santé, conformément au Décret 426 du 20 juillet 2016 a pour mission, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la politique de l'Etat en matière de santé, conformément aux lois et réglementation en vigueur au Bénin et aux visions et politique de développement du Gouvernement. Il est constitué du cabinet, des directions centrales, techniques, des organismes sous tutelle, des organismes rattachés et des structures sanitaires de référence tertiaire.

- Niveau intermédiaire

Il regroupe les douze Directions Départementales de la Santé (DDS) et les structures sanitaires de 2^{ème} niveau. Les DDS sont chargées de la mise en œuvre de la politique sanitaire définie par le Gouvernement, de la planification et de la coordination de toutes les activités des services de santé, et d'assurer la surveillance épidémiologique dans les départements.

- Niveau périphérique

Le niveau périphérique constitue la base de la pyramide sanitaire et compte 34 zones sanitaires. Selon le décret 98-300 du 28 septembre 2005-611 portant réorganisation de la pyramide sanitaire, la zone sanitaire est l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé destinée à desservir une aire qui abrite entre 100.000 et 200.000 habitants. Elle est organisée sous forme d'un réseau de services publics de premier contact (Maternités et dispensaires seuls, Centres de Santé) et des formations sanitaires privées, le tout appuyé par un hôpital de première référence public ou privé appelé hôpital de zone.

1.6- Profil épidémiologique

La situation épidémiologique est caractérisée par des pathologies tropicales variées avec une prédominance des affections endémo-épidémiques. Ces affections sont dominées par:

Le paludisme qui se situe au premier rang des causes de consultation (42,8% des cas) et d'hospitalisation (52,3%) selon l'annuaire des statistiques sanitaires (ASS).de 2016.L'incidence et la létalité du paludisme dans la population sont respectivement de 14,6% et 0,9‰ en 2016 (ASS, 2016).

La prévalence au VIH dans la population générale s'est stabilisée à 1,2% depuis 2012 (EDS, 2012). La prévalence chez les patients tuberculeux est de 15% en 2015. On constate que cette prévalence demeure élevée dans certaines catégories de populations bien que les efforts faits aient confirmé leurs effets. Selon EDS 4, la prévalence chez les jeunes de 15 à 24 ans est passée de 0,4% en 2012 à 0,2% en 2015, chez les Professionnelles de sexe elle, est passée de 20,9% en 2012 à 15,7% en 2015, celle des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est de 7,7% en 2015 et celle des utilisateurs de drogues par voie intraveineuse est de 4,7% en 2015. Dans le cadre de l'Elimination de la Transmission du VIH/SIDA de la Mère à l'Enfant, l'objectif fixé pour le Bénin est une prévalence inférieure à 6% en 2016. Pour cet objectif le niveau atteint est de 6,7% en 2016.

La prévalence de la tuberculose au Bénin est passée de 108 à 101 cas pour 100.000 habitants toutes formes de 2005 à 2010 soit une baisse de 1% l'an. De 2010 à 2015, on observe plutôt une augmentation de la prévalence de 4% l'an qui est passée de 101 à 115 cas de tuberculose toutes formes pour 100 000 habitants. Son incidence est passée de 73 à 69 cas pour 100 000 habitants de 2005 à 2010 soit une baisse de 1% l'an. Sur la période 2010-2015, l'incidence a augmenté de 1% en passant de 69 à 74 cas pour 100 000 habitants.

Les maladies non transmissibles : selon l'enquête STEP 2015, la prévalence de l'HTA dans la tranche d'âge de 18 à 69 ans, est de 25,9% ; celle du Diabète sucré est de 12,4%. Les données sur les facteurs de risque se présentent ainsi qu'il suit : Obésité 7,4% ; Hypercholestérolémie 4,4% ; consommation du Tabac 5,0% et consommation excessive de l'Alcool 7,6%.

La drépanocytose est toujours un lourd fardeau pour la population et l'Etat béninois.

Les maladies tropicales négligées concernées par le plan du Bénin sont : Onchocercose (51 communes endémiques), Filariose lymphatique (48 communes endémiques), Schistosomiasis (76 communes endémiques, prévalence de 20% en moyenne), Géo helminthiase (toutes les 77 communes endémiques, prévalence de 22,6% en moyenne), Trachome (2 à 24% dans 25 communes du nord), Trypanosomiase Humaine Africaine (dernier cas notifié en 2001), le ver de Guinée (éradiqué en 2009 mais dont les activités de post certification continuent), Lèpre (0,14 pour 10.000 habitants), Ulcère de Buruli (312 nouveaux cas en 2016).

Les maladies à potentiel épidémique ; de 2013 à 2016, des épidémies ont été enregistrées. Il s'agit notamment, du choléra (874 cas enregistrés en 2016 dont 13 décès), de la méningite (1080 cas enregistrés en 2016 dont 142 décès), de la rougeole (318 cas enregistrés en 2016 dont 0 décès), de la fièvre hémorragique à virus lassa (54 cas enregistrés en 2016 dont 28 décès).

L'analyse de ces indicateurs révèle que le Bénin est potentiellement à risque pour l'écllosion des épidémies sus-citées.

2. ANALYSE SITUATIONNELLE

2.1- Etat de santé de la population

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

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

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

La tendance au niveau de la mortalité néonatale est stagnante autour de 38 décès pour 1000 naissances vivantes depuis plusieurs décennies : 38,2‰ en 1996 (EDS1) et 37,8‰ en 2014 (MICS). Quant à la mortalité infanto juvénile, elle est passée de 167‰ en 1992 à 106,3‰ (96,6‰ en milieu urbain et 112,1‰ en milieu rural) en 2013 (RGPH). Selon le MICS de 2014, ce taux est de 115,2 pour 1000 naissances vivantes. Les principales causes de décès des enfants de moins de cinq ans, selon ASS 2016 sont : le paludisme (incidence: 33% et létalité: 1,6‰.), les IRA (incidence : 9,8% et létalité : 0;0 ‰), la diarrhée (incidence: 2,5‰ et létalité: 9,1‰) et l'anémie (incidence: 5,2% et létalité: 7,4‰). Les niveaux de ces indicateurs pourraient aussi s'expliquer entre autres par les mauvaises conditions d'hygiène et l'augmentation des températures liée aux changements climatiques.

Par ailleurs, l'enquête SARA 2015 révèle que la disponibilité des médicaments essentiels dans les établissements de soins est faible (41%) de même que la capacité de diagnostic (51%). Les capacités opérationnelles à offrir les services de vaccination sont évaluées à 78% et la capacité de diagnostic en matière de soins prénataux et de soins de l'enfant à 64%. En moyenne la capacité opérationnelle des formations sanitaires à dispenser des SONUB est de 63%. Les services de conseil et dépistage du VIH/SIDA, la PTME, le traitement et le suivi des PVVIH sous ARV sont offerts dans respectivement 72%, 46% et 43% des structures sanitaires.

Selon le rapport de l'OMS sur le fardeau mondial des maladies (GBD 2017), au Bénin, les principaux facteurs de risques attribuables à la morbidité et à la mortalité de la population sont : les comportements (57,87% du fardeau des maladies), les comportements associés à l'environnement (18,37% du fardeau des maladies), l'environnement (11,21% du fardeau des maladies) et les problèmes métaboliques (6,52% du fardeau des maladies).

La santé des adolescents et des jeunes est caractérisée par une insuffisance d'offre de services de santé de la reproduction, avec pour conséquence des rapports sexuels précoces et non protégés, des grossesses précoces et non désirées, des avortements provoqués clandestins, un nombre élevé de cas d'infections à VIH, et de violences diverses. Cette situation est aggravée par la consommation d'alcool, de drogues, de tabacs et de substances hautement nuisibles pour la santé.

La situation des personnes adultes et âgées, quant à elle, est marquée par l'inexistence de dispositifs appropriés de prise en charge. Elles sont de plus en plus menacées par les affections liées au vieillissement ainsi que les maladies non transmissibles.

2.2- Financement de la santé

Le niveau de financement du secteur de la santé de 2009 à 2017 loin de répondre aux exigences de la déclaration d'Abuja qui recommande une allocation d'au moins 15% du Budget Général de l'Etat est caractérisé par une baisse permanente. Le niveau d'allocation est passé de 9% en 2009 à 5,53% en 2017. Malgré ce faible niveau de financement du secteur, des efforts louables sont faits au niveau du pays pour tendre vers la couverture sanitaire universelle. Au total, 17 mécanismes de subvention et de gratuité permettent aux pauvres et personnes en situation d'urgence sanitaire d'accéder aux prestations de services de santé.

Par ailleurs, une analyse des comptes nationaux de la santé révèle que la part des ménages aux dépenses courantes de santé est passée de 42% en 2012 à 52% en 2015 pendant que la contribution de l'Etat est passée de 24% en 2012 à 20% en 2015 et celle des Partenaires Techniques et Financiers de 29% en 2012 à 20% en 2015. La nouvelle dynamique mise en place par le Gouvernement à travers l'Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH) permettra de réduire la contribution des ménages aux dépenses courantes de santé.

2.3- Déterminants de la Santé

Plusieurs déterminants influencent l'état de santé de la population. Au nombre de ceux-ci, on peut citer : les facteurs politiques, économiques, démographiques, comportementaux, socioculturels, biologiques, environnementaux et climatiques. L'urbanisation accrue du pays soulève de nouveaux défis en matière de l'organisation de l'offre de services de soins. Le niveau d'analphabétisme élevé chez les 6 ans et plus (50,6%) dont 40,5% en zone rurale et 62,6% en zone urbaine, les pesanteurs socioculturelles et la faible disponibilité des services sociaux de base (eau potable, ouvrage d'assainissement....) limitent l'accès à l'information de base sur la santé, l'adoption de comportements favorables à la santé.

Par ailleurs, une analyse basée sur les chaînes d'impact des changements climatiques a permis d'identifier quatre déterminants majeurs à savoir : augmentation de la température, forte variabilité de l'humidité relative, élévation du niveau de la mer et changement des précipitations.

Pour une meilleure maîtrise de ces déterminants, il faudra développer une approche systémique, multisectorielle, OneHealth, renforcer la déconcentration et la décentralisation dans le secteur de la santé et promouvoir la participation communautaire.

2.4- Forces, faiblesses et défis du système national de santé

L'analyse de la situation du système de la santé issue de l'évaluation du PNDS 2009-2018 et des travaux de la CTRSS a révélé des forces, mais aussi des faiblesses de plusieurs ordres et des défis majeurs du système national de santé.

Principales forces

- forte volonté politique ;

- décentralisation et déconcentration du processus de coordination, de planification, de gestion, et de suivi-évaluation ;
- existence d'une Plateforme du Secteur Sanitaire Privé (PSSP) et des cadres de concertation entre le Ministère de la Santé et les Partenaires Techniques et Financiers ;
- existence de la plateforme Nationale de concertation, d'expression, d'action et de représentation de la jeunesse (Organe Consultatif de la Jeunesse) ;
- existence de paquets d'intervention à haut impact, de protocoles, de normes et directives de soins à chaque niveau de la pyramide sanitaire ;
- existence d'outils et mécanismes de planification des ressources humaines en santé ;
- existence de documents de politique en matière de produits de santé et des documents de normes et standards en matière des infrastructures et équipements ;
- existence du Système National d'Information et de Gestion Sanitaire (SNIGS) et de l'entrepôt de données District Health Information Software (DHIS2) ;
- prise de conscience par les principaux acteurs de la faible performance du secteur de la santé et de la nécessité d'agir.

Principales faiblesses par pilier

- **Le leadership et la gouvernance** : faible fonctionnalité des instances de coordination et de concertation, faible participation communautaire ; faible positionnement des priorités du pays, faible application du principe de déconcentration ; faible niveau du respect des engagements, insuffisance de reddition de comptes, non prise en compte des aspects transversaux liés au genre, à l'environnement, aux changements climatiques, à la dynamique de la population, la persistance de la non intégration de certains programmes et faible fonctionnalité du système de supervision/monitoring.
- **Prestations de services de santé**: le faible niveau de qualités de services et le mauvais fonctionnement du système d'alertes précoces ; faible disponibilité des services, faible capacité opérationnelle des services de prévention, de promotion, de traitement et de réadaptation, faible pratique de l'éducation pour la santé, persistance de comportements individuels et collectifs défavorables à la santé, inadéquation des stratégies de communication, absence de service de traitement des dépouilles.
- **Ressources humaines pour la santé** : l'insuffisance quantitative et qualitative de personnel de santé, une répartition extrêmement inéquitable des ressources humaines en santé et inefficacité du système d'évaluation de la performance du personnel existant.
- **Infrastructures, équipements et Produits de santé** : l'insuffisance de plateau technique, l'inadéquation des infrastructures et équipements, l'absence d'un mécanisme optimisé de gestion logistiques des produits de santé y compris les médicaments à base de plantes médicinales et faible niveau de maintenance des infrastructures, matériels et équipements sanitaires et informatiques, absence d'autonomie des formations sanitaires en eau et en énergies, insuffisance dans la gestion sécurisée des déchets (conforme aux normes) produits dans les formations sanitaires.
- **Système national d'information sanitaire et recherche en santé** : la fragmentation du système d'information sanitaire, la faible intégration des données du privé et des données communautaires, le système d'alerte précoce non opérationnel et la faiblesse de la coordination, du suivi des études de recherche en santé et leur exploitation.

- **Financement de la santé** : l'allocation inéquitable des ressources entre les niveaux de la pyramide sanitaire, entre les départements et entre les zones sanitaires régions, part élevée des ménages dans les dépenses de santé, l'absence de mécanisme de financements innovants et l'absence d'un mécanisme durable de financement de la santé communautaire. Cette analyse situationnelle a permis de mettre en exergue les problèmes prioritaires ci-dessous.

2.5- Problèmes prioritaires

Les principaux problèmes par pilier se présentent comme-suit :

Développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé :

- faible coordination des interventions dans le secteur ;
- absence de mécanisme de coordination des interventions multisectorielles
- insuffisance de transparence dans la gestion des ressources et faible prise en compte de l'équité et de la redevabilité ;
- faiblesse du mécanisme du partenariat entre les parties prenantes ;
- absence d'un cadre commun de planification dans le secteur ;
- faible application des dispositions législatives et réglementaires dans l'exercice et l'installation en clientèle privée ;
- absence quasi-totale de régulation de l'exercice de la profession de santé ;
- faiblesse du système de supervision/monitoring ;
- faible prise en compte des aspects transversaux liés au genre, à l'environnement et aux changements climatiques.

Prestations de service et amélioration de la qualité des soins :

- niveaux élevés des taux de morbidité, de la mortalité maternelle et infanto juvénile ;
- faible qualité de l'offre de soins ;
- faible protection du pays face aux urgences sanitaires ;
- faible participation des populations et d'intégration de la santé communautaire ;
- absence d'une plate-forme sur les soins de santé primaires ;
- insuffisance dans la mise en œuvre de dispositifs de prévention et de lutte contre la maladie.

Valorisation des ressources humaines en santé :

- insuffisance de ressources humaines qualifiées.

Développement des infrastructures, des équipements, des produits de santé de qualité et de la médecine traditionnelle :

- insuffisance et non-conformité aux normes du plateau technique ;
- faible qualité et disponibilité des produits de santé à tous les niveaux ;
- compléments alimentaires et des produits sanguins;
- insuffisance dans la gestion du médicament, des vaccins, consommables médicaux ;
- faible intégration de la médecine traditionnelle dans le système sanitaire

Amélioration du système d'information sanitaire, de la promotion de la recherche et de l'innovation en santé ;

- faible qualité des données, informations sanitaires et absence d'un système de pré archivage et de gestion des savoirs ;
- insuffisance dans la mise en œuvre des travaux de recherche et faible capitalisation des résultats ;
- retard dans la transformation digitale du système de santé.

Amélioration du financement pour une meilleure couverture sanitaire universelle.

- faible financement du secteur ;
- faible couverture médicale des plus pauvres et des personnes en situation d'urgences sanitaires ;
- fragmentation des mécanismes de subvention et de financement de la gratuité des soins.

3. CADRE STRATEGIQUE

3.1- Cadres référentiels, valeurs et principes de la PNS

3.1.1- Cadres référentiels

Au plan international

La PNS 2018-2030 du Bénin repose sur les engagements du gouvernement vis-à-vis de la communauté internationale de par son adhésion à des instruments juridiques en matière de santé. Elle a pour encrage fondamental les documents ci-après :

- la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (1948) ;
- la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples (20 janvier 1986) ;
- la Convention relative aux Droits de l'Enfant (CDE, 3 août 1990) ;
- la Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à l'égard des Femmes (12 mars 1992) ;
- la Charte Africaine des Droits et du bien-être de l'Enfant (2 juin 1996) ;
- la déclaration de Dakar relative à l'épidémie du SIDA en Afrique (1992) ;
- la déclaration de Tunis relative au "SIDA et l'enfant africain"(1994) ;
- la déclaration d'Abuja sur l'initiative « Faire reculer le paludisme » en Afrique (Avril 2000) ;
- la déclaration d'Alger sur la recherche pour la Santé dans la Région Africaine de juin 2008 ;
- la déclaration d'Abuja en 2001, l'objectif fixé par les Chefs d'Etat est de consacrer 15% des dépenses publiques à la santé pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement ;
- la Stratégie pour la Santé en Afrique de l'Union Africaine (2007) ;
- la déclaration de Ngor sur l'assainissement et l'hygiène adoptée par les ministres africains chargés de l'assainissement et de l'hygiène lors de la 4ème Conférence africaine sur l'assainissement et l'hygiène à Dakar, au Sénégal, le 27 mai 2015 ;
- l'Agenda 2063, adopté par l'Union africaine en tant que stratégie régionale visant à optimiser l'utilisation des ressources africaines au profit de tous les Africains (2015) ;
- le Règlement Sanitaire International (2005) ;
- la déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique d'août 2008 ;
- les Objectifs du Développement Durable (ODD) en 2015 « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge » ;
- la déclaration d'Astana du 25 octobre 2018 sur les soins de santé primaires ;
- l'Initiative de Bamako en 1987 ;
- la déclaration d'Addis-Abeba sur « l'accès universel à la vaccination comme fondement de la santé et du développement de l'Afrique » en 2016 ;
- la déclaration de Ouagadougou sur la relance des Soins de Santé Primaire en 2008 ;
- le Partenariat de Ouagadougou sur la PF ;
- la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement 2005 ;
- la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) ;
- les Maladies Non Transmissibles (MNT).

Au plan national

Dans leur politique de développement, les différents gouvernements de la République du Bénin ont toujours accordé une place privilégiée à la santé de la population. Cet effort est visible à travers :

- la Constitution du 11 décembre 1990 révisée par la loi N°2019-40 du 07 novembre 2017 : le droit à la santé, en ses articles 8 et 26, est un enjeu majeur pour le développement de notre société ;
- les Etudes Nationales de Perspectives à Long Terme Bénin 2025 ALAFIA mettent l'accent sur le bien-être social qui repose entre autres sur les soins de santé de qualité ;
- l'adoption des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2000 ;
- l'adoption en septembre 2015 des Objectifs de Développement Durable offre une opportunité à travers l'ODD3 « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge » ;
- la Politique Nationale de Population (PNP) vise la promotion de la santé à travers plusieurs de ses objectifs spécifiques notamment 2 et 3 qui aspirent respectivement à réduire les taux de fécondité précoce et tardive et à contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile ;
- le rapport de la table ronde sur le dividende démographique ;
- le document de la Politique Nationale de Décentralisation et de Décontraction (PONADEC) ;
- le Plan National de Développement (PND) 2018-2025 et ses documents d'opérationnalisation (PAG 2016-2026 et PC2D 2018-2021) :
 - ✓ le Programme d'Actions du Gouvernement (PAG) 2016-2021 ambitionne de « Relancer de manière durable le développement économique et social du Bénin ». A cet effet, trois (3) piliers ont été définis. Le troisième intitulé: "Améliorer les conditions de vie des populations" prend en compte les interventions du secteur de la santé à travers l'axe 6 relatif au renforcement des services sociaux de base et protection sociale ;
 - ✓ le Programme de Croissance pour le Développement Durable (PC2D) 2018-2021 qui est le document opérationnel du PND ;
- le rapport de la CTRSS ;
- l'enquête SARA (2015) qui a évalué la disponibilité, la capacité opérationnelle des services de santé au Bénin et la qualité des données du SNIGS.

3.1.2- Valeurs

La mise en œuvre de la PNS prend sa source dans les valeurs suivantes :

- la gouvernance et le leadership ;
- l'équité et la solidarité ;
- le respect de l'identité culturelle des communautés, du genre, du droit des usagers et de la justice sociale ;
- l'intégrité, la reddition des comptes, l'éthique et la bioéthique ;

Ces valeurs peuvent être érigées en principe selon l'évolution du système de santé.

3.1.3- Principes

- l'approche centrée sur le patient ;
- l'efficacité et l'efficience dans les interventions du système de santé ;
- la pro activité et la réactivité du système de santé ;
- l'obligation de formation continue pour les cadres du système sanitaire ;
- la coordination et la collaboration intersectorielle ;
- l'approche multisectorielle ;
- OneHealth ;
- la participation individuelle et collective ;
- la décentralisation et la déconcentration ;
- la prise en charge systématique sans conditions préalables des situations d'urgence sanitaire ;
- la transparence et la gestion axée sur les résultats ;
- la reddition des comptes.

3.2- Vision du Secteur

3.2.1 Enoncé de la Vision

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

3.2.2 Définition de concepts de la vision

Au sens de la présente politique, les termes suivants sont définis comme ci-après :

- **Système de santé régulé et performant:**

Un système de santé régulé et performant est l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé dans une logique respectueuse des normes, des standards, des dispositions législatives et réglementaires avec une optimisation des ressources.

- **Système sanitaire résilient**

Il s'agit d'un système de santé doté de capacité d'anticipation, d'absorption, d'adaptation ou de transformation lorsqu'il est exposé à un choc (épidémie, pandémie, catastrophe naturelle changements climatiques, conflits armés, chocs économiques et socio-politiques, crise des ressources humaines...) tout en maintenant sa capacité à fournir ses services et conserver le même contrôle sur sa structure et ses fonctions.

- **Soins de santé palliatifs**

Les soins palliatifs sont une approche pour améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, problèmes liés à des maladies potentiellement mortelles. Ils préviennent et soulagent les

souffrances grâce à la reconnaissance précoce, l'évaluation correcte et le traitement de la douleur et des autres problèmes, qu'ils soient d'ordre physique, psychosocial ou spirituel.

- **Soins promotionnels**

C'est l'ensemble de moyens (excepté médicaments) donnés à un individu ou un groupe de personnes pour le renforcement des connaissances, attitudes et pratiques pour les amener à se sentir responsables de leur propre santé, de celle de leur famille et de leur communauté en adoptant des comportements favorables ou en travaillant à la création d'environnement favorable à la santé.

- **Soins préventifs**

C'est l'ensemble de moyens diagnostics et médicamenteux donnés à un individu ou un groupe de personnes pour contrôler la survenue d'une maladie ou de ses complications dans le but de les retarder le plus longtemps possible.

- **Soins curatifs**

C'est l'ensemble de moyens diagnostiques et thérapeutiques donnés à un individu souffrant d'une maladie pour sa guérison ou la stabilité de son état.

- **Cycle de vie**

Il s'agit de toutes les phases de l'être humain depuis sa conception jusqu'à sa mort, y compris la gestion de la dépouille.

3.3- Arrimage de la PNS avec les objectifs de développement

Le Plan National de Développement (PND) 2018-2025 et ses documents d'opérationnalisation que sont le PC2D et le PAG fixent les repères de développement du pays. L'un des objectifs stratégiques du PND est le développement d'un capital humain sain, compétent et compétitif.. Selon le volet santé, trois objectifs spécifiques sont retenus, à savoir : (i) rendre accessibles aux populations, des informations, des produits, des services et des soins de santé de qualité ; (ii) mettre en place des mécanismes pérennes et inclusifs de protection sociale et (iii) assurer la sécurité alimentaire, nutritionnelle et l'accès à l'eau potable pour tous.

Le tableau N° 1 ci-dessous fait le récapitulatif des différents niveaux d'arrimage entre la PNS et le PND et montre que la vision de la PNS est en parfaite cohérence avec les trois objectifs rappelés supra.

Tableau N°1 : Arrimage de la Politique Nationale de Santé avec le Plan National de Développement

Objectif stratégique du Plan National de Développement : Développer un capital humain sain, compétent et compétitif			
Objectifs spécifiques du Plan National de Développement	Rendre accessibles aux populations, des informations, des produits, des services et des soins de santé de qualité	Assurer la sécurité alimentaire, nutritionnelle et l'accès à l'eau potable pour tous	Mettre en place des mécanismes pérennes et inclusifs de protection sociale
Orientations Stratégiques de la PNS	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration du système d'information sanitaire, de la promotion de la recherche et de l'innovation en santé. - Développement des infrastructures, des équipements, des produits de santé de qualité et de la médecine traditionnelle - Valorisation des ressources humaines en santé - Développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé - Prestation de service et amélioration de la qualité des soins - Amélioration de financement pour une meilleure couverture sanitaire universelle 	Prestation de service et amélioration de la qualité des soins à travers les soins de santé primaires	Amélioration de financement pour une meilleure couverture sanitaire universelle

3.4- But de la PNS

Le but de la Politique Nationale de Santé (PNS) 2018-2030 est de garantir à tous, une bonne santé pour la promotion du bien-être des populations selon le cycle de vie.

3.5- Orientations stratégiques

La réalisation de la vision repose sur six orientations stratégiques conformément aux six piliers du système de santé de l'Organisation Mondiale de la Santé avec la prise en compte de la recherche et de l'innovation en santé, la couverture sanitaire universelle, la protection contre les urgences sanitaires et les aspects transversaux (genre, environnement, changements climatiques et dynamique démographique). Elle s'inscrit également dans les objectifs de développement du PND 2018-2025. Il s'agit de :

- *développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé ;*
- *prestation de service et amélioration de la qualité des soins ;*
- *valorisation des ressources humaines en santé ;*
- *développement des infrastructures, des équipements, des produits de santé de qualité et de la médecine traditionnelle;*

- *amélioration du système d'information sanitaire, de la promotion de la recherche et de l'innovation en santé ;*
- *amélioration de financement pour une meilleure couverture sanitaire universelle.*

A chaque orientation stratégique est associé un objectif stratégique.

3.5.1 Orientation Stratégique (OS1) : Développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé

Le renforcement du leadership et de la gouvernance au niveau du secteur permet une utilisation optimale des ressources et la satisfaction des populations.

Objectif Stratégique (Obs1) : Renforcer le leadership et la gouvernance dans le secteur de la santé

Cet objectif vise à :

- assurer une coordination efficace et efficiente dans le secteur ;
- renforcer le partenariat entre les parties prenantes ;
- assurer la transparence dans la gestion des ressources ;
- promouvoir l'éthique, l'équité, la responsabilité médicale et la redevabilité ;
- renforcer le cadre juridique et réglementaire ;
- doter le secteur d'une autorité de régulation ;
- mettre en place de nouveaux organes tels que le Conseil National de Soins de Santé Primaires (CNSSP) et le Conseil National de la Médecine Hospitalière (CNMH) ;
- créer un cadre unique de planification et de revue dans le secteur ;
- faire de la plateforme du secteur sanitaire privé (PSSP), un véritable outil d'aide à la gouvernance dans le privé.

3.5.2 Orientation Stratégique (OS2) : Prestation de service et amélioration de la qualité des soins

Cette orientation est fondamentale et repose entre autres sur la promotion des Soins de Santé Primaires pour l'atteinte des ODD notamment l'ODD3.

Objectif Stratégique (Obs2) : Assurer des prestations de services de santé de qualité y compris les soins de santé primaire pour l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD3)

Il s'agit de renforcer la prévention, la lutte contre les maladies et d'améliorer la qualité des soins à divers niveaux de la pyramide sanitaire. Cet objectif permettra de :

- réduire sensiblement la morbidité et la mortalité de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune ;
- promouvoir la santé communautaire ;
- améliorer la qualité des soins ;
- prévenir et lutter contre les maladies.

A cet effet, il convient entre autres : (i) de renforcer l'offre de services de qualité ; (ii) d'intensifier les services de la Planification Familiale ; (iii) de renforcer l'offre de services de nutrition de qualité ; (iv) de renforcer l'organisation stratégique du volet santé communautaire sa médicalisation progressive et son financement ; (v) de se focaliser sur la préparation aux urgences et sécurité

sanitaire; (vi) de promouvoir l'hygiène et l'assainissement de base ; (vii) de réadapter le système de santé à la lutte contre les maladies transmissibles, non transmissibles et les maladies tropicales négligées y compris les maladies à prévention vaccinale ; et (viii) de promouvoir la formation continue des professionnels de santé.

3.5.3 Orientation Stratégique (OS3) : Valorisation des ressources humaines en santé

Cette stratégie permettra d'assurer, au niveau de toutes les formations sanitaires, la disponibilité des ressources humaines conformément aux normes.

Objectif Stratégique (Obs3): Assurer la disponibilité des ressources humaines qualifiées et motivées.

Le Gouvernement, à travers cet objectif opte de se conformer aux normes en matière de disponibilité des ressources humaines. Pour ce faire, il faudra :

- assurer la disponibilité des ressources humaines qualifiées conformément aux normes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- améliorer la qualité et la motivation des ressources humaines pour la santé.

Il s'agira entre autres (i) de renforcer la planification des ressources humaines ; (ii) de rationaliser la gestion des ressources humaines pour la santé ; (iii) de produire et développer les compétences des ressources humaines en santé ; et (iv) de mettre en place un mécanisme de motivation des ressources humaines en santé.

Le renforcement de la planification en la matière passera par la mise à jour des normes d'effectifs suivant les formations sanitaires pour ressortir les besoins en personnel. Ce dispositif sera appuyé par un document programmatique qui prendra en compte les profils liés au genre, à l'environnement et aux changements climatiques. De même il faudra instaurer un cadre juridique et mettre en place un système de recrutement sur poste.

La rationalisation de la gestion des ressources humaines, appelle à concevoir et mettre en œuvre un plan de carrière des agents afin de faciliter leur redéploiement. A cet effet, le gouvernement a entrepris des réformes dans ce cadre où leur opérationnalisation aboutira à l'amélioration du dialogue social et à l'effectivité du transfert des compétences pour l'amélioration de la gestion des carrières.

La production et le développement des compétences consisteront à améliorer la qualité des ressources humaines. Ceci nécessite la mise en place d'un cadre de collaboration entre le Ministère de la Santé et les autres ministères en vue de la création des écoles ou des filières offrant des formations pleines pour les différentes catégories de ressources humaines en santé (techniciens en maintenance, logisticiens de santé, auxiliaires de santé, spécialistes para médicaux, environnementalistes, cadres de la santé praticiens de santé, etc..) et/ou la mise à disposition des compétences indispensables. L'amélioration de la qualité des ressources humaines passe par la révision et la mise en œuvre du mécanisme d'allocation des bourses de formation avec l'adhésion des autres ministères sectoriels. Le développement des missions médicales étrangères et nationales avec les médecins spécialistes sur tout le territoire national en collaboration avec ceux de la diaspora en est aussi un facteur favorisant.

Le développement du système de motivation des agents en zones déshéritées, passe par la mise en place d'un paquet incitatif bien défini en agissant notamment sur les locaux, les matériels et équipements à octroyer de façon particulière puis la disponibilité des services sociaux de base. Ce

dispositif est renforcé par la mise en place d'un mécanisme de reconnaissance et d'incitation à la performance. Ces agents auront particulièrement une garantie pour leur sécurité et intégrité.

3.5.4 Orientation Stratégique (OS4): Développement des infrastructures, des équipements, des produits de santé de qualité et de la médecine traditionnelle

L'orientation stratégique 4 vise le renforcement des infrastructures, des équipements et des produits de santé.

Objectif Stratégique (Obs4) : Renforcer les infrastructures, les équipements, les produits de santé de qualité et la médecine traditionnelle

A travers cet objectif, il sera question de :

- assurer la disponibilité des infrastructures et équipements selon les normes tenant compte de l'adaptation aux changements climatiques ;
- veiller à la maintenance de ces infrastructures et équipements ;
- rendre disponibles les produits de santé de qualité et de la médecine traditionnelle.

La disponibilité des infrastructures et équipements passera par le développement des infrastructures répondant aux normes et adaptées aux changements climatiques et l'amélioration du plateau technique (équipements et produits de santé). Le Gouvernement aura à élaborer une carte sanitaire prospective qui tient compte des zones frontalières et des formations sanitaires privées. Il s'agira aussi de sécuriser juridiquement et physiquement les domaines des formations sanitaires. De même, des mesures seront prises en vue d'y intégrer les infrastructures informatiques et de télécommunications en lien avec la décentralisation et la déconcentration tout en assurant leur sécurité.

Dans un premier temps, des plans nationaux d'équipements, de construction ou réhabilitation d'infrastructures intégrant les dimensions environnementales et de Changements Climatiques seront élaborés. Cette phase sera suivie de l'élaboration d'un plan d'investissement dans l'acquisition des équipements. Un accent sera mis sur l'utilisation et la promotion des énergies renouvelables.

Pour assurer la maintenance des infrastructures sanitaires et des équipements, un plan de maintenance sera élaboré ou actualisé et mis en œuvre. Il intègre la maintenance des équipements medicotechniques, chaînes du froid, des matériels et équipements Informatiques et Télécoms prenant en compte les dimensions environnementales et changements climatiques. Cela implique une amélioration du système de Gestion de la Maintenance Assistée par Ordinateur (GMAO).

La direction en charge de la pharmacie et du médicament prendra des mesures pour renforcer la disponibilité des produits de santé de qualité (médicaments, vaccins, consommables vaccinaux, produits labiles de santé, produits médicaux et technologies) à tous les niveaux en élaborant et en mettant en œuvre un plan d'opérationnalisation des réformes du sous-secteur pharmaceutique. Le Ministère de la Santé prendra les dispositions utiles pour permettre non seulement à l'ANV-SSP d'assurer la disponibilité des vaccins et consommables vaccinaux mais aussi à l'Agence Nationale pour la Transfusion Sanguine (ANTS) d'améliorer la disponibilité des produits sanguins et la sécurité transfusionnelle. Il prendra également des dispositions visant à promouvoir la production locale des médicaments génériques et celle de la pharmacopée.

Par ailleurs, les mesures doivent être prises pour développer les explorations diagnostiques.

3.5.5 Orientation Stratégique (OS5) : Amélioration du système d'information sanitaire, de la promotion de la recherche et de l'innovation en santé

Objectif Stratégique (Obs5) : Assurer la disponibilité, l'utilisation des informations et des résultats de recherche, ainsi que la transformation digitale du système de santé à tous les niveaux y compris le secteur privé

Cet objectif vise à :

- assurer la disponibilité et l'utilisation des informations sanitaires de qualité à tous les niveaux y compris le secteur privé ;
- promouvoir la recherche et l'utilisation des résultats de recherche en santé ;
- assurer la transformation digitale du système de santé.

La prise de décisions objectives et efficaces en matière de santé repose de manière déterminante sur la disponibilité en temps réel de données fiables et probantes. Ainsi la production, la conservation et l'utilisation de l'information sanitaire de qualité (y compris celle du secteur privé) constituent des priorités à prendre en compte à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il s'agira concrètement entre autres : (i) d'actualiser, de vulgariser et de mettre en œuvre la stratégie cyber santé, le plan d'actions inhérentes et le plan stratégique de renforcement du SNIGS, avec un accent particulier sur le développement de l'interopérabilité de façon holistique entre le DHIS2 et les différentes bases de données y compris le niveau communautaire ; (ii) d'institutionnaliser la production des comptes de santé et des comptes de ressources humaines en santé ; (iii) de rendre obligatoire le rapportage des données produites par le secteur privé y compris les professionnels ; (iv) doter le système de santé d'un dépôt de pré archivage selon les normes.

La promotion de la recherche en santé et de l'utilisation des résultats constituent également une priorité pour le secteur. Ceci passe par le renforcement du cadre institutionnel et opérationnel dans le domaine de la recherche à travers le renforcement des capacités des acteurs en matière de recherche et de l'innovation en santé, en santé environnementale et changements climatiques à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

La mise en œuvre de la stratégie nationale de cyber santé intégrant le "m-health" et la mise en place d'un mécanisme sécurisé d'archivage et de gestion électronique des documents rendront possible l'utilisation de la e-santé à tous les niveaux y compris le niveau communautaire afin d'assurer la transformation digitale du système de santé.

3.5.6 Orientation Stratégique (OS6) : Amélioration de financement pour une meilleure couverture sanitaire universelle

Le défi majeur est l'amélioration de l'accessibilité surtout financière des populations aux soins et services de santé en particulier pour les populations les plus pauvres et les personnes en situation d'urgence sanitaire. Ceci exige la mobilisation de financements conséquents et la gestion rationnelle des ressources allouées au secteur.

Objectif Stratégique (Obs6) : Assurer le financement et la mutualisation des ressources en santé puis le mécanisme d'achats des services.

La réalisation de cet objectif permet :

- d'assurer le financement de la santé sur une base équitable, pérenne et prévisible ;
- de renforcer la mutualisation des ressources et le mécanisme d'achats des services.

La nouvelle stratégie nationale de financement du secteur santé nécessite entre autres la mise en place d'un mécanisme d'allocation équitable, pérenne et prévisible des ressources à tous les niveaux. Cette mesure permettra d'assurer la gestion efficiente des ressources.

L'intégration progressive des mesures de gratuité à l'ARCH, le développement du partenariat public/privé (assurance privées, ...) et l'opérationnalisation de la couverture sanitaire universelle sur l'ensemble du territoire permettront de renforcer la mutualisation des ressources et le mécanisme d'achat des services pour une meilleure prise en charge des populations surtout les plus pauvres.

ENONCE DE LA VISION

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



BUT

Garantir à tous une bonne santé pour la promotion du bien-être des populations selon le cycle de vie.



OS1	OS2	OS3	OS4	OS5	OS6
Développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé	Prestations de services et amélioration de la qualité des soins	Valorisation des ressources humaines en santé	Développement des infrastructures, des équipements, des produits de santé de qualité et de la médecine traditionnelle	Amélioration du système d'information sanitaire, de la promotion de la recherche et de l'innovation en santé	Amélioration de financement pour une meilleure couverture sanitaire universelle
Obs1	Obs2	Obs3	Obs4	Obs5	Obs6
Renforcer le leadership et la gouvernance dans le secteur de la santé	Assurer des prestations de services de qualité y compris les soins de santé primaire pour l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD3)	Assurer la disponibilité des ressources humaines qualifiées et motivées	Renforcer les infrastructures, les équipements, les produits de santé de qualité et la médecine traditionnelle	Assurer la disponibilité, l'utilisation des informations et des résultats de recherche, ainsi que la transformation digitale du système de santé à tous les niveaux y compris le secteur privé	Assurer le financement et la mutualisation des ressources en santé puis le mécanisme d'achats des services

4. MECANISME DE FINANCEMENT DE LA PNS

4.1- Sources de financement

Le financement de la PNS 2018-2030 sera assuré par le budget de l'Etat, les collectivités territoriales, le secteur privé, les ONG nationales et internationales ainsi que les partenaires bilatéraux et multilatéraux.

Le financement attendu de ces différentes parties prenantes sera défini en se référant à l'évolution constatée de l'importance de l'appui de chacune d'elles au cours des dix dernières années. Il est fait l'hypothèse que le rythme de progression du financement sera maintenu autour d'un taux moyen de 5% par an pour ce qui concerne les ressources de l'Etat. Ce niveau de financement est nécessaire pour atteindre les performances espérées. Ce rythme de croissance du financement de l'Etat est souhaité pour que l'engagement de l'Etat à porter le budget de la santé à 15% conformément aux recommandations de la conférence d'Abuja soit respecté.

Le financement extérieur est estimé à partir des données retracées dans les rapports d'autoévaluation des structures bénéficiaires de cet appui. L'hypothèse du maintien du niveau moyen constaté sur les dix dernières années est recommandée.

4.2- Financement innovant

Les financements innovants constituent aujourd'hui une source importante qu'il urge d'explorer en vue d'améliorer le financement du secteur. Les réflexions peuvent aller dans le sens du ciblage et de la taxation de certains produits tels que les billets d'avion, les boissons alcoolisées, la cigarette, les opérations de téléphonie mobile GSM, etc...

Aussi, des activités de collecte de fonds à travers des soirées de gala ou des téléthons constituent elles des opportunités à exploiter.

4.3- Les dispositifs de gestion optimale des ressources

La gestion des ressources financières se fera suivant l'approche sectorielle dont les principes de base sont: l'alignement des principaux bailleurs sur les priorités fixées dans la PNS, la gestion axée sur les résultats, la redevabilité mutuelle des PTF et du Gouvernement à travers le renforcement du mécanisme de suivi.

Il sera question de faire preuve de flexibilité en combinant plusieurs approches: l'appui budgétaire sectoriel et/ou global, les projets et programmes ainsi que les fonds spécialement affectés.

Les corps de contrôle de l'Etat seront sollicités pour effectuer des contrôles de gestion de façon annuelle à travers des audits financiers sur l'ensemble des financements et des rapports financiers. Ceci permettra de renforcer l'obligation de réédition de compte.

5. MISE EN ŒUVRE ET SUIVI EVALUATION

5.1. Mécanisme de mise en œuvre

La Politique Nationale de Santé est opérationnalisée par le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) accompagné d'un plan de suivi-évaluation. L'élaboration et la mise en œuvre d'un Plan de Décentralisation et de Déconcentration (Plan 2D) permettra de rendre effectif le transfert des compétences et ressources aux niveaux intermédiaire et périphérique.

En tenant compte des responsabilités institutionnelles et de la réforme budgétaire en cours : Loi Organique relative à la Loi des Finances (LOLF) 2013 dans l'espace UEMOA, le PNDS sera opérationnalisé à travers les Documents de Programmation Pluriannuelle des Dépenses (DPPD), les Projets Annuels de Performance (PAP) et les Plans Triennaux de Développement (PTD) des DDS et ZS. Ces PTD doivent être traduits en Plans intégrés de Travail Annuel (PITA). Un cadre commun de planification sera mis en place pour une meilleure coordination des interventions des différentes parties prenantes.

Les trois programmes budgétaires qui découlent de ces Documents d'opérationnalisation se présentent comme suit :

- ***Pilotage et soutien aux services du Ministère***

Ce programme prend en compte certains volets d'interventions couverts par les orientations stratégiques OS1, OS3 et OS5. Il s'agit de : (i) pilotage et coordination, planification, programmation et suivi-évaluation, promotion de l'éthique et responsabilité médicale ; (ii) ressources humaines, matérielles et financières, (iii) informations, archives et recherche en santé ;

- ***Prévention et sécurité sanitaire***

Le Programme budgétaire 2, est essentiellement fondé sur l'OS2 avec toutes ces interventions relatives à la promotion de l'hygiène et de l'assainissement, à la santé de la reproduction et à la lutte contre la maladie.

- ***Offre et accès aux soins de santé***

Le troisième Programme prend en compte l'OS4 et l'OS6 à travers (i) le développement hospitalier, le développement des Zones Sanitaires et la disponibilité des produits de santé, (ii) le renforcement de l'assistance médicale aux pauvres, indigents et couches vulnérables.

5.2. Suivi et évaluation

Dans le cadre du suivi et de l'évaluation du PNDS, un plan de suivi-évaluation est élaboré pour accompagner sa mise en œuvre.

Le suivi et l'évaluation de la politique du secteur, se fera à travers le Plan de Suivi-Evaluation et de Revue (PSER) du PNDS et les cadres de concertation à divers niveaux de la pyramide sanitaire. Le plan de suivi-évaluation précise les processus, les méthodes et les outils qui seront utilisés pour la collecte, l'analyse et la diffusion des données afin d'améliorer la performance du secteur de la santé.

Les cadres de concertations se présentent comme suit :

- ***Au niveau national :***

Le Comité National du suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets/Programmes (CNEEP), la Réunion trimestrielle des Partenaires Techniques et Financiers intervenant dans le secteur, la Délégation du Contrôle Financier, l'Inspection Générale de l'Etat, les organes de régulation et de lutte contre la corruption et le cadre de partenariat Secteur Public / Secteur Privé, la convention du Ministère de la Santé et la plateforme du secteur sanitaire privé ;

- **Au niveau intermédiaire :**

Le Comité Départemental du suivi de l'Exécution et de l'Evaluation des Projets/Programmes (CDEEP), la Conférence Administrative Départementale, la Délégation du Contrôle Financier, l'Inspection Générale de l'Etat, les organes de lutte contre la corruption et le cadre de partenariat Secteur Public / Secteur Privé ;

- **Au niveau périphérique :**

Le Comité de Santé, les Comités de Gestion, l'Inspection Générale de l'Etat, les organes de lutte contre la corruption et le cadre de partenariat Secteur Public / Secteur Privé.

Dans le cadre de l'évaluation de la PNS 2018-2030, une évaluation à mi-parcours se fera après les cinq années de mise en œuvre du PNDS 2018-2022, une autre en 2027 et une évaluation finale à la fin de la PNS en 2030. Ce qui permettra de mesurer les progrès réalisés dans l'atteinte des ODD3.

6. CONTRAINTES ET CONDITIONS DE SUCCES DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA PNS

6.1. Analyse des contraintes

Les contraintes de mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé sont essentiellement d'ordre politique, économique et socio-culturel liées à la pauvreté, au bas niveau d'éducation des populations et à la persistance de pratiques néfastes à la santé. Par ailleurs, la résolution des problèmes de santé est complexe du fait de leur caractère multisectoriel. Les aléas liés à l'adaptation aux changements climatiques doivent être atténués.

6.2. Conditions de succès

Le succès de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé (PNS) 2018-2030 nécessitera une coordination intra sectorielle, une gouvernance et un leadership affichés des décideurs, un engagement soutenu des parties prenantes du système de santé en vue d'assurer l'efficacité et l'efficience des interventions. Elle nécessitera également, la mise en place d'un cadre commun de planification, une collaboration multisectorielle organisée, notamment avec les autres départements ministériels, les ONG/Associations et la société civile.

Un changement des comportements et une adhésion de tous les acteurs seront indispensables. En outre, il faudra un engagement national au plus haut niveau et la dynamisation des corps de contrôle à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour une reddition des comptes et redevabilité à l'endroit des populations.

ANNEXES : Equipes techniques de rédaction et Equipe de consolidation, de mise en conformité et de validation de la PNS 2018-2030

1. EQUIPE TECHNIQUE DE REDACTION DE LA PNS 2018-2030

- ✎ *HOUNNAKAN C. Athanase*
- ✎ *AGBODANDE Mathilde*
- ✎ *VISSOH Agnès*
- ✎ *RADJI Suradjou*
- ✎ *PADONOU Victor Djossè*
- ✎ *HOUNHOUI Léandre*
- ✎ *ADEKPEDJOU A. Bachirou*
- ✎ *GABA Solange*

2. EQUIPE DE CONSOLIDATION DE LA PNS 2018-2030

N°	NOM ET PRENOMS	INSTITUTION / FONCTION	EMAIL ; TEL.
1	HOUNNANKAN C. Athanase	DPP/MS	ahounnankan@gouv.bj
2	DASSI Jeannine	Organe Consultatif de la jeunesse	jeannedassi@gmail.com
3	DOSSOU GBETE Lucien	Président/Plateforme Secteur Privé	Luciendgl@gmail.com
4	SESSOU Hinson Fidélia	CNLS-TP	tougouiyahoofr
5	TALON Aristide	VP-CTRSS	atalon@wanadoo.fr
6	ADEKPEDJOU A. Bachirou	SEP/DPP/MS	bachirade@yahoo.fr
7	SOSSOU Justin A.	HSS/OMS	asossou@who.int
8	DEDEWANOU Gildas	DAF/MS	dglidas@yahoo.fr
9	POSSIAN Nauylee	DRFMT	nauayleepossian@yahoo.fr
10	PADONOU Victor Djossè	C/DP/SEP/DPP/MS	padjosse@yahoo.fr
11	RADJI Suradjou	C/SEP-DPP/MS	suradjouradjis@yahoo.fr
12	HOUNTONGBE C Eric	C/SAASS/DGPD/MPD	erichountongbe@yahoo.fr
13	SALAMI Lamidhi	CTSSP/MS	s.lamidhi@gamil.com
14	SODABI G. Nicolas	DPMED/DA	nicosodas@yahoo.fr
15	DAHO Jean Yaon	DDS COUFFO	jeanyaon@gmail.com
16	GBENOU Honoré	DPP/MS	Honoregbenou9@gmail.com
17	ADJINDA Sourou	DPP/MS	Ridjninda_okis@yahoo.fr
18	GBAGUIDI Eric Bruno	PSLS/MS	Obaguidi8@hotmail.fr
19	CHOBLOI Martin	CTRSS/ Président	mchobli@yahoo.fr
20	KAUCLEY Landry	ANV-SSP/DLOC	khalaud@hotmail.com
21	AISSAN Julien	MCZS CBGT	Codjo3aj2000@yahoo.fr
22	HOUNHOUI Léandre	C/DE/SEP/DPP/MS	leandrehouhoui@yahoo.fr
23	CHALLA A. Fortuné	USAID-spécialité/santé communautaire	fchalla@usaid.gov
24	AHOANGBO Lydia	OMS/BENIN	ahouangbol@who.int

3. EQUIPE DE MISE EN CONFORMITE DE LA PNS

N°	NOM ET PRENOMS	INSTITUTION/ FONCTION	TELEPHONE et EMAIL
01	HOUNNANKAN C. Athanasie	DPP/MS	ahounnankan@gouv.bj , 97127191
02	EYEBIYI Christian	Consultant	eyebiyichristian@yahoo.fr , 96727667
03	SOSSOU Justin	OMS	asossou@who.int , 97193780
04	VISSOH Agnès	DAPP	pavissoh@yahoo.fr , 97474765
05	RADJI Suradjou	C-SEP/DPP/MS	suradjouradjis@yahoo.fr , 97048834
06	DEGILA Hermione	C-CE/DPP/MS	hermywdj@yahoo.fr , 97901818
07	HOUNTONGBE C. Eric	C-SPPSS/DGPD/MPD	erichountongbe@yahoo.fr , 97474312
08	HINSON Eric	C- SEPDE/DGPD/MPD	huisoueric@yahoo.fr , 95457616
09	DANSOU Epiphane	OMS	dansoue@who.int , 97290259
10	AÏSSAN Julien	MCZS/ CBGH/MS	Codjo3aj2000@yahoo.fr , 66345321
11	PADONOU Victor	C-DE/SEP/DPP/MS	padjosse@yahoo.fr , 61823401
12	ADEKPEDJOU Bachirou	C-DP/SEP/DPP/MS	bachirad@yahoo.fr , 97727267
13	GABA Solange	C-DIP/SEP/DPP/MS	aichagaba@yahoo.fr , 65761534
14	BAHOUDJE Dieudonné	C-SPIRS/DDS-MONO	donbady@yahoo.fr , 97217899

4. LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER DE VALIDATION DE LA PNS 2018-2030 AVANT LA MISE EN CONFORMITE

N°	Nom & Prénoms	Institution/ Fonction	Téléphone et E-mail
01	HOUNNANKAN C. Athanase	MS/DPP	97127191 / akounnankan@gouv.bj
02	MISSIHOUN S. Ricardo	USAID	97971127 / rmissihoun@usaid.gov
03	DOSSOU-GBETE Lucien	PSSP	95963832 / luciendgl@gmail.com
04	AISSAN Julien	ZS Comè	66345321 / codjo3aj2000@yahoo.fr
05	SOSSOU Adanmavokin Justin	OMS	97193780 / asossou@yahoo.fr
06	KOHOUN Rodrigue	DDS Littoral	97443266 / docteurkohoun@yahoo.fr
07	KAUCLEY Landry	D-LOG /ANVSSP	97051300 / tchalaud@hotmail.com
08	DASSI Jeannine	OCJ	64087777 / jeannedassi@gmail.com
09	TALON Aristide	CTRSS	atalon@wanadoo.fr
10	BETE Franck Hilaire	ANV-SSP	64335077 / fbete@yahoo.fr
11	AKOGBETO Pestas	Cabinet MS	96660833 / akopetas@yahoo.fr
12	ADEKPEDJOU A. Bachirou	DPP/MS	97727267 / bachirade@yahoo.fr
13	PADONOU Victor Djossè	DPP/MS	95818448 / padjosse@yahoo.fr
14	RADJI Suradjou	C-SEP/DPP/MS	97048834 / suradjouradji@yahoo.fr
15	DAHO Jean Yaovi	DDS Couffo	95401045 / jeanyaovi@gmail.com
16	VISSOH Agnès	DAPP	97474765 / pavissoh@yahoo.fr
17	HOUNDETON Laurent G	PNGEFFS/DIEM	96009649 / houndetonlaurent@hotmail.com
18	DJOSSOU Hervé	DPP/MS	97314430 / herdjoss@yahoo.fr
19	ADJINDA Sourou	DPP/MS	66440662 / adjinda_aki@yahoo.fr
20	ODELOUI G. Aude ELVIS	DIP/MS	97103310 / aeodeloui@gouv.bj
21	BACHABI Moussa	PSLS	95349631 / bachabimoussa@yahoo.fr
22	GBAGUIDI Eric Bruno	PSLS	95401200 / obaguidi8@hotmail.fr
23	BOURAIMA Ayinla Tohléb	DPP/SEP	96561935 / boubt20@yahoo.fr
24	AKPAMAGBO Clément	DPP	97535240 / clemuss@yahoo.fr
25	IBRAHIM Djibril	SEP/DPP	96213856 / idjis95@gmail.com

26	<i>ANANI Ludovic</i>	<i>ANTS</i>	97299914 / ananilu1002@yahoo.fr
27	<i>SALAMI Lamidhi</i>	<i>Cabinet MS</i>	97471287 / s.lamidhi@gmail.com
28	<i>GANDZETO Eldonore</i>	<i>Cabinet MS</i>	97826941 / eleonoregandjeto@gmail.com
29	<i>AFANOU Mesmin</i>	<i>ANGC</i>	97932126 / bninois@yahoo.fr
30	<i>DEDEWANOU Gildas</i>	<i>DAF/MS</i>	97605442 / degildas@yahoo.fr
31	<i>BOKOSSA Eloge</i>	<i>DSIO/MS</i>	96286535 / elogebokossa@yahoo.fr
32	<i>BOSSOU Bertin Dossor</i>	<i>DGEC/MCVDD</i>	95054785 / bossoubertin@gmail.com
33	<i>POSSIAN Nancy Lee</i>	<i>C/HRT/DRFMT</i>	95284705/nancyleepossian@yahoo.fr
34	<i>HINSON Fidélia</i>	<i>SE/CNLS-TP</i>	95055575 / tougoui@yahoo.fr
35	<i>DZIVO Pie</i>	<i>DNSP</i>	66842113 / djivopie@yahoo.fr
36	<i>TOBADA G. Gabriel</i>	<i>DNSP</i>	96254541 / amountob@yahoo.fr
37	<i>EL HADJ TIDJANI Travé</i>	<i>SC/DPP/MS</i>	97398515 / elhadjtidjani@yahoo.fr
38	<i>HOUNHOUI Léandre</i>	<i>SEP/DPP</i>	97690178 / leandrehouhouie@yahoo.fr

5. LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER DE VALIDATION DE LA PNS 2018-2030 MISE EN CONFORMITE

N°	NOM ET PRENOMS	INSTITUTION/ FONCTION	TELEPHONE et EMAIL
01	GANDIGBE Armand	Statisticien C/SSER/DFRMT	armandgandigbe@yahoo.fr, 66095322
02	EYEBIYI Christian	Consultant	eyebiyichristian@yahoo.fr, 96727667
03	DEGILA Hermione	C/CE/DPP	hermywdj@yahoo.fr, 97901818
04	HOUNTONGBE C. Eric	C/SPPSS/DGPD/MPD	erichountongbe@yahoo.fr, 97474312
05	FANOU C. Mathias	Administrateur DHZ/LA	fanou.cmathias@gmail.com, 95414760
06	AMOUSSOU C. A. Oscar	AHUI D/ CHD MC	aubinoscar@yahoo.fr, 97043738
07	DAHO Jean Yaovi	DDS COUFFO	jeanyaovi@yahoo.fr, 95401045
08	DANSOU Epiphane	OMS	dansoue@who.int, 97290259
09	PADONOU Victor	C-DE/DPP/MS	padjosse@yahoo.fr, 61823401
10	RADJI Suradjou	C-SEP/DPP/MS	souradjouradjis@yahoo.fr, 97048834
11	LIGAN B. Odon	C/SEP/ DPP/ MEF-	odon.ligan@yahoo.fr, 96992996
12	ZANNOU Robert Franck	DSME/MS	frzannou@gouv.bj, 97981198
13	GOUNFLE Darius	D/CHD/Z-C	dgounfle@yahoo.fr, 97633493
14	De SOUZA Géraldine	DPMED/MS	desouzageraldine@yahoo.fr, 97369455
15	LALEYE E. H. Roland	C/SGME DIEM	olohounto@yahoo.fr, 97113417
16	KAUCLEY Landry	D/Log ANVSSP	tchaland@hotmail.com, 97051300
17	GABA Solange	SEP/DPP/MS	aichagaba@yahoo.fr, 65761534
18	HINSON Eric	CSEPDE/DGPD/MPD	huisoueric@yahoo.fr, 95457616
19	VIGNIAVODE DASSI Claire	CSA/DPP	cvigniavode@gouv.bj, 95793091
20	KANMADOZO Hervé	Représentant SYMPAT- MS	kamdoze1@yahoo.fr, 96012630
21	SOSSOU Justin	OMS	asossou@who.int, 97193780
22	HOUNNANKAN C. Athanase	DPP/MS	ahounnankan@gouv.bj, 97127191
23	AGBLA Félix	SEA/CNLS-DP	fagbla3@gmail.com, 65613526
24	DJOSSOU Hervé	C/CSE/DPP	herdjoss@yahoo.fr, 97314430
25	ASSADETIN Firmin	ASGM	assadf@hotmail.com, 95421511
26	ADEKPEDJOU Bachirou	C/DP/DPP	bachirad@yahoo.fr, 97727267
27	AÏSSAN Julien	MCZS/ CBGH	Codjo3aj2000@yahoo.fr, 66345321
28	GLELE Parfaite	OMS	glelep@who.int ; 97260038

N°	NOM ET PRENOMS	INSTITUTION/ FONCTION	TELEPHONE et EMAIL
28	HOLLO Gislain	C-SRHDS/DAF	holargi@gmail.com , 97185235
29	AGBODANDE H. Mathilde	CTSPS Cabinet MS	magbodoude@gmail.com, 66616269
30	ADJIBOLA G. Carole	DAF/MS	ganiatou@gmail.com, 94148430