

REPUBLIQUE DU BENIN



MINISTERE DE LA SANTE



DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

POLITIQUE NATIONALE DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE

Le singulier utilisé dans ce document renvoie aussi bien au sexe masculin qu'à celui féminin. Il ne doit donc pas être perçu comme l'expression d'une marginalisation de genre.

SOMMAIRE

<i>Préface.....</i>	<i>iv</i>
<i>Liste des sigles et acronymes.....</i>	<i>vi</i>
<i>Résumé</i>	<i>ix</i>
<i>Introduction</i>	<i>1</i>
1. CONTEXTE.....	2
1.1. Caractéristiques du Bénin.....	3
1.2. Profil sanitaire.....	4
2. ANALYSE SITUATIONNELLE	7
2.1. Expériences de santé communautaire	8
2.2. Facteurs favorables à l'atteinte de bons résultats en santé communautaire en Afrique et dans le monde	13
2.3. Identification des problèmes prioritaires de santé communautaire au Bénin.....	13
2.4. Orientations stratégiques	14
3. VISION, BUT ET OBJECTIFS.....	15
3.1. Vision	16
3.2. But et Objectifs	16
4. STRATEGIES ET INTERVENTIONS	17
4.1. Institutionnalisation de la Composante Locale du Système de Santé (CoLoSS)	18
4.2. Gouvernance en matière de santé communautaire à tous les niveaux	22
4.3. Renforcement des capacités des acteurs	22
4.4. Collaboration inter et intra sectorielle en faveur du développement de la santé communautaire.....	23
4.5. Sécurisation du financement et de l'approvisionnement en intrants de la santé communautaire.....	23
4.5.1. Stratégies et interventions pour la sécurisation du financement	23
5. MISE EN ŒUVRE, SUIVI-EVALUATION ET RECHERCHE OPERATIONNELLE.....	25
5.1. Ancrage Institutionnel.....	26
5.2. Pilotage, organisation de la mise en œuvre	28
5.3. Suivi et évaluation de la mise en œuvre de la PNSC	28
ANNEXES	31
Annexe 1: Glossaire.....	32
Annexe 2: Liste des documents consultés	36

Préface

Le système de santé du Bénin est à la croisée des chemins, les défis sont connus et plusieurs documents de politique et stratégies ont été élaborés pour les gérer au mieux. Depuis une décennie, la mise en œuvre des stratégies d'accélération de la réduction de la morbidité et de la mortalité notamment maternelle néonatale et infantile et du paquet d'interventions à haut impact au niveau communautaire, a mis en exergue la fragilité du système de la santé communautaire au Bénin et la nécessité de changer de paradigme. En effet, il est évident que la réduction de la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale et infantile passe par des actions innovantes et participatives au niveau communautaire.

Le Forum National sur la Santé Communautaire initié en novembre 2013, a donné le ton en optant pour un changement de cap. Ce forum a recommandé, principalement, l'élaboration d'une Politique Nationale de Santé Communautaire au Bénin. A cet effet, le présent document a le mérite d'être un instrument fédérateur des efforts et des ressources en faveur de la santé communautaire.

Nous convions donc tous les acteurs à différents niveaux de la pyramide sanitaire, en particulier les Maires des Communes et tout le personnel de santé, à prendre leurs responsabilités et à les assumer entièrement.



Le Ministre de la Santé

Docteur Pascal DOSSOU TOGBE

Remerciements

L'élaboration de la Politique de Santé Communautaire du Bénin est le résultat de l'engagement et de la disponibilité de différents acteurs et institutions impliqués dans le système de santé. A ce titre, le Ministre de la Santé adresse ses sincères remerciements aux partenaires ci-après :

- l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS),
- l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID),
- le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF),
- le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA),
- la Coopération Technique Belge (CTB),
- la Coopération Suisse,
- la Banque Mondiale,
- le Catholic Relief Services (CRS),
- Plan Bénin,
- Africare, et
- toutes les agences et ONG internationales et nationales qui œuvrent au développement de la Santé Communautaire au Bénin.

Le Ministre de la Santé adresse aussi ses remerciements au Professeur Dorothée Akoko KINDE-GAZARD, ancien Ministre de la Santé, au comité de rédaction et de finalisation du document, aux responsables des directions centrales et techniques et des programmes nationaux, au professionnel de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, aux responsables des programmes de santé communautaire de la Faculté de Sciences de la Santé de Cotonou et de l'Ecole de Médecine de Parakou, à l'Institut Régional de Santé Publique de Ouidah, et aux chercheurs béninois pour leur implication et leur contribution.

Le Ministre de la Santé saisit cette opportunité pour renouveler sa gratitude aux élus locaux et aux communautés béninoises.

Liste des sigles et acronymes

ADR	: Agent de Développement Rural
AFBP	: Approche de Financement Basé sur la Performance
AMM	: Autorisation de Mise sur le Marché
ANCB	: Association Nationale des Communes du Bénin
ANCRE	: Advancing Newborn Child and Reproductive Health
ANPEV	: Agence Nationale du Programme Elargi de Vaccination
APC/JSI	: Advancing Partners and Communities/ John Snow Inc.
ARM3	: Accélération de la Réduction de la Mortalité et de la Morbidité dues à la Malaria
ASC	: Agent de Santé Communautaire
ASF	: Agent de Santé de Famille
ASCQ	: Agent de Santé Communautaire Qualifié
BASICS	: Soutien de base pour l'institutionnalisation de la survie de l'enfant
BCG	: Bacille de Koch Calmette et Guérin
BEPC	: Brevet d'Etude du Premier Cycle
BZS	: Bureau de Zone Sanitaire
CA	: Chef d'Arrondissement
CAD	: Conférence Administrative Départementale
CAME	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et consommables médicaux
CAP	: Couple Année Protection
CEDEAO	: Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CHD	: Centre Hospitalier Départemental
CNHU	: Centre National Hospitalier et Universitaire
COC	: Contraceptif Oral Combiné
COGECS	: Comité de Gestion des Centres de Santé
CoLoSS	: Composante Locale du Système de Santé
CPN	: Consultation Prénatale
CPS	: Centre de Promotion Sociale
CREDESA	: Centre Régional pour le Développement et la Santé
CTB	: Coopération Technique Belge
CRS	: Catholic Relief Services
CS	: Centre de Santé
CTA	: Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
CTB	: Coopération Technique Belge
CTM	: Cotrimoxazole
CVD	: Comité Villageois de Développement
DDS	: Direction Départementale de la Santé
DNSP	: Direction Nationale de la Santé Publique
DPMED	: Direction des Pharmacies, des Médicaments et de l'Exploration Diagnostic
DSME	: Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
DRFM	: Direction des Ressources Financières et du Matériel
EEZS	: Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire
EFMS	: Ecole de Formation Médico-Sociale
FADeC	: Fonds d'Appui au Développement des Communes
FBR	: Financement Basé sur les Résultats
FFOM	: Forces Faiblesses Opportunités Menaces
FISE	: Fonds International de la Santé de l'Enfant
GTT	: Groupe Thématique de Travail
Hbts	: Habitants
HOMEL	: Hôpital de la Mère et de l'Enfant du Littoral
IB	: Infirmier Breveté

IDE	: Infirmier Diplômé d'Etat
IEC/CCC	: Information Education Communication/Communication pour un Changement de Comportement
IDA	: Association Internationale de Développement
IRA	: Infection Respiratoire Aigue
JNV	: Journée Nationale de Vaccination
LNCQ	: Laboratoire National de Contrôle de Qualité
MTN	: Maladie Non Transmissible
MC	: Media Communautaire
ME	: Médicaments Essentiels
MESFPIJ	: Ministère de l'Enseignement Secondaire de la Formation Technique et Professionnelle de l'Insertion des Jeunes
MESRS	: Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
MIILD	: Moustiquaire Imprégnée d'Insecticides à Longue Durée d'action
MS	: Ministère de la Santé
MUAC	: Measure Upper Arm Circumference
MUSAN	: Mutuelle de Santé
MOU	: Mémoire d'entente
PARZS	: Projet d'Appui au Renforcement des Zones Sanitaires
PAS Com	: Programme d'Appui à la Santé Communautaire
PASS Sourou	: Projet d'Appui au Système de Santé – Sourou
PAZS	: Programme d'appui aux Zones Sanitaires
PEC	: Prise En Charge
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV/SSP-IB	: Programme Elargi de Vaccination /Soins de Santé Primaire - Initiative de Bamako
PF	: Planification Familiale
PIHI	: Paquet d'Interventions à Haut Impact
PITA	: Plan Intégré de Travail Annuel
PIHI-Com	: Paquet d'Interventions à Haut Impact pour le niveau Communautaire
PILP	: Projet Intégré de Lutte contre le Paludisme
PISAF	: Programme Intégré de Santé Familiale
PNLS	: Programme National de Lutte contre le Sida
PRISE-C	: Projet Intégré de Soins aux Enfants au niveau Communautaire
PROLIPO	: Projet de Lutte Intégrée contre le Paludisme dans l'Ouéme
PROSAF	: Programme de promotion intégrée de Santé Familiale dans le Borgou
PSC	: Politique de Santé Communautaire
PSI	: Population Service International
PTF	: Partenaire Technique et Financier
OBC	: Organisation à Base Communautaire
OCB	: Organisation Communautaire de Base
OD	: Organisation de Développement
OMD	: Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
OOAS	: Organisation Ouest Africaine de la Santé
OSC	: Organisation de la Société Civile
RAMU	: Régime d'Assurance Maladie Universelle
RC	: Relais Communautaire
ROBS	: Réseau des ONGs Béninoises de Santé
SBC	: Service à Base Communautaire
SFE	: Sage-Femme d'Etat
SIBC	: Système d'Information à Base Communautaire

SIGL	: Système d'Information de Gestion Logistique
SIGL-Com	: Système d'Information de Gestion Logistique au niveau Communautaire
SNIGS	: Système National d'Information et de Gestion Sanitaire
SRO	: Sel de Réhydratation Orale
SSP	: Soins de Santé Primaires
SYLOS	: Système Local de Santé
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	: Agence Américaine pour le Développement International
VAD	: Visite à Domicile
VAT	: Vaccination Antitétanique
VPO	: Vaccin Polio Oral
WASH	: Eau, hygiène et Assainissement
ZS	: Zone Sanitaire

Résumé

La Politique Nationale de Santé Communautaire au Bénin est née de la volonté des acteurs du secteur de relever les défis liés à la réduction significative de la morbidité et de la mortalité notamment maternelle, néonatale et infantile, et à la lutte contre les maladies non transmissibles émergentes et les maladies à potentiel épidémique récurrentes. Elle repose sur les éléments de consensus et les conclusions du Forum National sur la Santé Communautaire au Bénin organisé en novembre 2013.

La Vision véhiculée à travers cette politique est qu'**à l'horizon 2025, toute personne vivant au Bénin, a acquis des compétences et dispose de ressources pour gérer de façon autonome sa santé sur la base d'un partenariat solide et durable avec les professionnels de la santé, les membres de la communauté et les autres acteurs du développement, dans une organisation efficiente du système de santé au niveau local.**

Cette politique vise l'amélioration de l'état de santé et le bien-être de l'ensemble de la population à travers (i) le renforcement des capacités et l'autonomisation des communautés dans la gestion de leur santé, (ii) la réduction de la mortalité maternelle néonatale et infantile, et (iii) la prise en charge efficace des maladies non transmissibles et des maladies à potentiel épidémique au niveau communautaire.

Le document est articulé autour de cinq axes stratégiques que sont :

- (i) ***l'instauration d'une Composante Locale du Système de Santé (CoLoSS)*** dans chaque village/quartier de ville ; c'est la stratégie phare de la politique de santé communautaire du Bénin dont les éléments essentiels sont : le renforcement du pouvoir des communautés sur la gestion de leur santé à travers le réseautage de la demande, le recrutement et le positionnement d'un Agent de Santé Communautaire Qualifié (ASCQ) dans chacun des villages et quartiers de ville du Bénin. Les ASCQ fournissent les services et soins de santé avec les Relais Communautaires (RC) du village sous la tutelle administrative du Chef d'Arrondissement et du Maire. Ils assurent l'accès à des services de santé de base. Ainsi, sous la supervision technique du responsable du centre de santé, ils ont en charge au niveau communautaire la prévention et le traitement des maladies transmissibles et des maladies non transmissibles y compris les maladies à potentiel épidémique ; ils développent la santé communautaire axée sur l'assainissement, l'hygiène et la sécurité routière spécifique au milieu urbain et péri urbain, et le renforcement du système d'information à base communautaire intégré au Système National d'Information et de gestion Sanitaires (SNIGS).
- (ii) ***la gouvernance en matière de santé communautaire*** dont les éléments clés sont l'inscription d'une ligne « Santé Communautaire » dans le budget du Ministère de la Santé, la communication sociale pour la promotion de la santé dans les communautés, le renforcement et la délocalisation du cadre légal de concertation des acteurs de santé communautaire au niveau communal sous le leadership du Maire.

- (iii) **le renforcement des capacités des acteurs** dont la réalisation requiert l'accroissement des programmes et opportunités de formation en santé communautaire, et la mise à disposition des matériels et équipements de travail en santé communautaire.
- (iv) **la collaboration inter et intra sectorielle en faveur de la santé communautaire** qui interpelle le secteur privé, les tradipraticiens, les OSC et ONG et qui vise à opérationnaliser et rendre fonctionnelle une plateforme multisectorielle au niveau communautaire.
- (v) **la sécurisation du financement de la Santé Communautaire et de l'approvisionnement en intrants** qui vise à assurer un financement diversifié, soutenable et durable à la Politique Nationale de Santé Communautaire et réduire la dépendance financière des interventions vis-à-vis de l'aide extérieure. Les principales stratégies pour atteindre cet objectif sont articulées autour de **l'institutionnalisation par le Gouvernement d'une ligne budgétaire « Santé Communautaire » et la mobilisation de ressources par d'autres sources** (réorientation vers les interventions de Santé Communautaire d'une partie des fonds destinés à toutes les initiatives de gratuité, FBR au niveau communautaire, réalisation d'un panier commun au niveau de la Mairie, etc). **La sécurisation de l'approvisionnement en intrants** est essentielle à la santé communautaire et mérite la coalition des efforts des différents acteurs. Elle a l'ambition de garantir un approvisionnement régulier en intrants pour les interventions de Santé Communautaire et d'assurer une disponibilité et une accessibilité permanente de ces intrants au niveau des CoLoSS dans toutes les aires de santé. A cet effet, les stratégies clés reposent sur le développement d'un Système d'Information et de Gestion Logistique (SIGL) au niveau communautaire et son intégration dans le SNIGS, la mise à l'échelle du Système d'Information et de Gestion Logistique Communautaire (SIGL Com), le renforcement des capacités de stockage, de gestion des stocks et de l'approvisionnement des dépôts répartiteurs des Zones Sanitaires.

La Politique de Santé Communautaire dispose d'un ancrage institutionnel. Ainsi, à chaque palier de la pyramide sanitaire, il est prévu un point focal santé communautaire qui œuvre sous la coordination du responsable de la structure ou de l'institution depuis le Ministère de la Santé jusqu'au centre de santé d'arrondissement et au CoLoSS en passant par la Mairie. La coordination et le suivi de la mise en œuvre de la politique sont confiés à un Programme d'Appui à la Santé Communautaire (PASCom) chargé d'assurer l'élaboration des plans de développement communautaires et à la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du volet sanitaire. Ce programme sera créé par un arrêté ministériel et placé sous la tutelle de la Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP).

Introduction

Depuis plus de trois décennies, le Bénin a souscrit à l'approche des soins de santé primaires telle que définie à la conférence d'Alma-Ata (1978) et renforcée par l'Initiative de Bamako (1987). Le pays a mis en œuvre diverses expériences de soins de santé au niveau communautaire avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et la participation des Organisations Non Gouvernementales (ONG) et les Organisations Communautaires de Base (OCB). Celles-ci ont contribué à l'amélioration de l'offre des services de santé, malgré l'absence d'une politique coordonnée devant servir de cadre institutionnel à la santé communautaire.

A l'étape actuelle du processus de mise en œuvre de diverses expériences pilotes d'actions communautaires, le Ministère de la Santé s'est engagé dans une réflexion visant l'élaboration d'une politique nationale de santé communautaire. Celle-ci devra servir à encadrer la mise à l'échelle des interventions communautaires qui ont démontré leur efficacité et leur impact sur les populations cibles. Cette réflexion a entraîné la tenue du forum national sur la santé communautaire en Novembre 2013 à Cotonou.

Le document de Politique de Santé Communautaire s'arrime au Plan National de Développement Sanitaire à travers lequel le Bénin ambitionne de « disposer en 2025 d'un système de santé performant basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, pour l'offre et la disponibilité permanente de soins de qualité, équitable et accessible aux populations de toutes catégories, fondées sur les valeurs de solidarité et de partage du risque pour répondre à l'ensemble des besoins de santé du peuple béninois » Dans le présent document, il est défini une vision, des priorités et des stratégies pour les dix prochaines années en santé communautaire. La principale innovation réside dans la conception et la mise en place au niveau de chaque village et quartier de ville de la composante locale du système national de santé (CoLoSS) en partenariat avec toutes les parties prenantes. Le document précise les conditions requises et les mesures d'accompagnement pour la réussite de la nouvelle politique dans le sens de l'autonomisation (empowerment) progressive des populations.

1. CONTEXTE

1.1. Caractéristiques du Bénin

1.1.1. Caractéristiques géographique et administrative¹

La République du Bénin est un pays de l'Afrique de l'Ouest limité au Nord par le Niger sur 120 km, au Nord-Ouest par le Burkina Faso sur 270 km, à l'Ouest par le Togo sur 620 km, à l'Est par le Nigéria sur 750 km et au Sud par l'Océan Atlantique sur 125 km. Il couvre une superficie de 114.763 km² et s'étend sur une longueur de 700 km. Sa largeur varie de 125 km (le long de la côte) à 325 km (latitude de Tanguiéta) et présente de vastes étendues sous peuplées au nord (Alibori 20 hbts/km², Atacora 27 hbts/km²) et des zones méridionales surpeuplées (Ouémé 570 hbts/km², Littoral 8419 hbts/km²).

La capitale administrative est Porto-Novo, alors que la capitale politique et économique est Cotonou. Le Bénin est découpé en douze départements que sont l'Alibori, l'Atacora, l'Atlantique, le Borgou, les Collines, le Couffo, la Donga, le Littoral, le Mono, l'Ouémé, le Plateau, et le Zou. Les départements sont à leur tour subdivisés en Communes et les Communes en arrondissements. Au nombre de 77 dont 3 à statut particulier (Porto-Novo, Cotonou et Parakou), les Communes disposent d'une autonomie administrative et financière.

1.1.2. Caractéristiques socio-économiques

En termes de développement humain, le Bénin figure parmi les pays les moins développés. Il est classé 166^{ème} sur 186 selon l'Indice de Développement Humain (IDH) publié en 2013². Le PIB par habitant en 2012 était de 1.428 USD en parité de pouvoir d'achat. La proportion de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est estimée à 35,2 pour cent. La pauvreté est plus marquée en milieu rural (38,4%) qu'en milieu urbain (29,8%)³[20].

En dépit du tableau sombre précédemment décrit, la situation économique du Bénin a connu une évolution favorable sur les six dernières années. D'une façon générale, le gouvernement a maintenu un cadre macro-économique stable en raison des progrès significatifs enregistrés sur le plan des finances publiques.

Le ratio Budget secteur santé et Budget Général de l'Etat en 2009 était de 10,13% (111. 415 millions sur un budget général de l'Etat de 1. 100. 000 millions) [7] mais il a connu une chute de plus de quatre points (6% en 2013).

La population béninoise est composée d'une soixantaine d'ethnies réparties sur des aires géographiques bien déterminées et regroupées en une dizaine de grands groupes.

Les Fon (39%), les Adja (15%) les Yoruba (12%) et les Batombu (9%) constituent les groupes les plus importants⁴.

A côté des langues nationales, il y a le français qui a statut de langue officielle.

¹ PNS 2008

² PNUD, 2013. Rapport sur le développement humain

³ Enquête Modulaire et Intégrée sur les Conditions de Vie des Ménages (EMICOV) 2011, INSAE.

⁴ EDS 2011-2012

1.1.3. Caractéristiques démographiques

En 2013, le quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habit a permis de dénombrer 10.008.749 habitants résidents, dont 5.120.929 personnes de sexe féminin soit 51,2% de la population totale. Le taux de croissance démographique est estimé à 3,25%. Le Bénin a une population jeune ; plus de la moitié de ses habitants a moins de 18 ans. [20].

En effet, 46,8% de la population a moins de 15 ans. Les femmes en âge de procréer représentent 23,7% de la population générale et les enfants de moins de 5ans, 18,14%. L'espérance de vie à la naissance était de 56,5 ans en 2012⁵. L'urbanisation progresse à un rythme accéléré. La population urbaine qui était de 39% en 2002 (soit 3.893.715 hbts) a atteint 49,8% en 2012 (soit 4.971.975 hbts) et pourrait atteindre 50% (soit 5.150.000 hbts) en 2015 selon les projections.

1.2. Profil sanitaire

1.2.1. Pyramide sanitaire du Bénin

De manière générale, le système national de santé est calqué sur le découpage administratif territorial. Il a une structure pyramidale à trois (03) niveaux : (i) niveau central ou national, (ii) niveau intermédiaire ou départemental, (iii) niveau périphérique ou opérationnel.

Le niveau central (national) a pour rôle de : (i) concevoir la politique et les stratégies en fixant les priorités nationales ; (ii) définir les normes et standards applicables ; (iii) mobiliser les ressources et (iv) coordonner leur utilisation à l'exécution des activités.

Le niveau intermédiaire (départemental) est chargé de la mise en œuvre de la politique sanitaire définie par le ministère, de la planification et de la coordination de toutes les activités des services de santé en périphérie. Il est aussi chargé d'assurer la surveillance épidémiologique dans les départements. Le CHD constitue le centre de référence pour les cas référés par les hôpitaux de zone ou par les centres de santé.

Le niveau périphérique (zone sanitaire) est le niveau opérationnel où s'exécutent les activités. C'est le niveau prioritairement touché par la réforme en cours dans le secteur santé depuis 1998, suite à l'option faite en 1995 de réorganiser la base de la pyramide sanitaire en Zones Sanitaires (ZS). En effet, la zone sanitaire représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé couvrant une population de 100.000 à 200.000 habitants. Il existe à ce jour 34 ZS au Bénin. La ZS s'étend sur une ou plusieurs Communes selon le cas et est organisée sous la forme d'un réseau de services de santé de premiers contacts appuyés d'un hôpital de référence public ou privé dénommé Hôpital de Zone sous la coordination du bureau de zone. Les formations sanitaires de la Zone Sanitaire sont les formations sanitaires publiques, privées et confessionnelles, satellites de l'hôpital de zone, hôpital de référence.

En plus des structures publiques, il faudrait noter que le Bénin compte un nombre important de structures privées, d'acteurs de la médecine traditionnelle et des relais communautaires.

⁵INSAE, Résultats Provisoires du RGPH4, Juin 2013

1.2.2. Personnel de santé

Selon l'annuaire statistique 2014 du Ministère de la Santé, le Bénin comptait en 2013 : 1,5 médecin (toutes catégories confondues) pour 10.000 habitants, 2,4 infirmiers (toutes catégories confondues) pour 5.000 habitants et 2,9 sages-femmes pour 5.000 femmes en âge de procréer. Cependant, on note dans le pays une répartition géographique inégale et inéquitable du personnel qui se trouve concentré dans les grandes villes au détriment des zones rurales, éloignées ou enclavées et où les problèmes de santé se posent avec acuité.

1.2.3. Gestion des achats et stocks de médicaments et réactifs de laboratoires

Elle est assurée par :

- la Centrale d'Achats des Médicaments Essentiels et consommables médicaux (CAME), bénéficiant d'une autonomie de gestion et qui assure l'approvisionnement des structures sanitaires publiques et privées tant à but lucratif que non lucratif ;
- le Laboratoire National de Contrôle de Qualité des médicaments essentiels et consommables médicaux (LNCQ) qui assure l'analyse chimique des médicaments ;
- la Direction des Pharmacies, Médicaments et Explorations Diagnostiques (DPMED) qui délivre l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) sur la base des résultats du contrôle de la qualité des produits.

La CAME dispose de dépôts régionaux à Cotonou, Parakou et Natitingou pour assurer l'approvisionnement des formations sanitaires en médicaments.

Dans le secteur privé, l'approvisionnement est assuré par des grossistes répartiteurs qui alimentent en spécialités pharmaceutiques les officines privées qui à leur tour distribuent ou cèdent les médicaments aux dépôts pharmaceutiques privés et aux populations.

1.2.4. Etat de morbidité et de mortalité au Bénin

Au cours des deux dernières décennies, la situation sanitaire au Bénin s'est améliorée avec l'évolution favorable de plusieurs indicateurs épidémiologiques, mais des efforts restent encore nécessaires pour atteindre la plupart des objectifs fixés.

En effet, entre 2009 et 2014, l'espérance de vie à la naissance au Bénin est passée de 61,4 ans à 63 ans et le taux brut de mortalité pour 1 000 habitants est de 9,2 à 8 au cours de la même période. Ce taux est de 312 pour 1000 pour les hommes et 291 pour 1000 chez les femmes⁶. En ce qui concerne le taux de mortalité infantile, il est passé de 60,6‰ en 2009 à 54,8‰ naissances vivantes en 2014⁷. Quant au taux de mortalité infanto-juvénile, il est passé de 92,9‰ en 2009 à 87,7‰ naissances vivantes en 2014. Le ratio de mortalité maternelle, estimé à 397 pour 100 000 naissances vivantes en 2006 est passé à 154,6 pour 100 000 naissances vivantes en 2014 selon les sources ci-dessus citées.

Parmi les affections rencontrées en consultation chez les enfants de moins de cinq ans en 2014, le paludisme vient en tête avec un taux de 45,3% suivi des Infections respiratoires

⁶ INSAE, projection 2014 : EDS 2011

⁷ SGSI/DPP/MS, 2014

aigües 18,3%. L'anémie est en 3^{ème} position avec un taux de 7,5 pour cent et la malnutrition représente 0,8%⁸.

Au regard de ce qui précède, il ressort que de nombreux progrès ont été accomplis en matière d'amélioration de l'état de santé de la population. L'état général de santé de la population béninoise au plan de la mortalité et morbidité ainsi que de l'espérance de vie se sont améliorés.

Plusieurs initiatives ont été prises pour une couverture universelle des interventions à haut impact. Les interventions du PIHI au niveau communautaire sont actuellement mises en œuvre (tout le paquet ou certains éléments du paquet) dans presque toutes les zones sanitaires. La couverture vaccinale des femmes enceintes contre le tétanos est relativement élevée. Par exemple, près des trois quarts des femmes (71,2%) ont reçu les injections antitétaniques requises pour prévenir le tétanos néonatal en 2014.

Malgré les progrès enregistrés, des efforts restent à faire pour atteindre les objectifs fixés notamment en relation avec les OMD 4, 5 et 6 relatifs à la santé. Ainsi, malgré les décisions prises pour améliorer les indicateurs notamment la prise en charge gratuite des PV/VIH, la gratuité de l'enseignement maternel et primaire, la prise en charge gratuite de la césarienne et la gratuité de la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de cinq (05) ans et les femmes enceintes, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) peinent à évoluer vers les cibles fixées pour 2015. Les défis d'équité sont réels sur toute l'étendue du territoire sans oublier la mise en œuvre conséquente à l'échelle nationale de Paquets d'Interventions à Haut Impact (PIHI) sur la santé maternelle, néonatale et infantile.

En somme, cette situation appelle à des actions innovantes en matière de changement de paradigme afin d'offrir les services de soins de santé primaire au niveau communautaire jusqu'ici laissé pour compte. La redéfinition, la réorganisation et le rattachement de cette composante communautaire au système national de santé s'impose.

Afin d'atteindre une couverture universelle des interventions à haut impact, les pays organisent l'offre de service à travers trois modes de prestations de services représentant chacun des modalités opérationnelles et des capacités organisationnelles différentes pour délivrer les services :

Approche orientée vers la Communauté/Famille,

- Services programmables orientés vers la population,
- Services non programmables orientés vers l'individu.

Une combinaison judicieuse de ces modalités est indispensable pour assurer une couverture universelle des prestations et des interventions à haut impact sur la santé de la mère et de l'enfant.

⁸ *Annuaire des Statistiques Sanitaires Nationales 2014*

2. ANALYSE SITUATIONNELLE

2.1. Expériences de santé communautaire

2.1.1. Expériences de santé communautaire dans les pays en développement

Dans ces pays, diverses expériences ont été développées dans le domaine de la santé communautaire. Ainsi, afin de rendre les injectables plus accessibles aux femmes, les Agents de Santé Communautaires (ASC) ont fourni du “dépoprovera” dans plus d’une douzaine de pays dont l’Ethiopie, le Kenya, Madagascar, le Malawi, l’Uganda, et la Zambie en Afrique, comme l’Afghanistan, le Bangladesh, la Bolivie, le Guatemala, Haïti et le Népal. Ces pays ont utilisé les ASC dans le cadre d’une tendance plus large connue comme « changement de tâche » ou « partage de tâche » qui soutient l’utilisation de prestataires avec moins de formation médicale ou paramédicale pour fournir **des services tels que les contraceptifs injectables**, avec une formation et une supervision appropriées, et autres soutiens. Le terme ASC indique les agent(e)s de santé qui ont reçu une formation standardisée hors du curricula formel de formation en soins infirmiers et médecine ; les pays ont utilisé plusieurs noms et approches de formation pour cette catégorie [1].

Ces expériences ont mis en exergue l’efficacité de l’utilisation d’ASC à qui des compétences requises ont été données pour offrir des contraceptifs injectables en toute sécurité au niveau communautaire

Au Sénégal, l’expérience a porté sur la construction d’une case de santé, la mise en place de services curatifs et préventifs avec la présence de relais (un agent de santé communautaire pour la prise en charge, une femme pour les accouchements et le suivi puis le relais qui ne fait que la promotion des pratiques familiales essentielles) et un Comité de Santé [2].

Ici, l’approche case de santé au niveau communautaire, associe deux agent(e)s de santé communautaire qualifiés (l’homme pour la prise en charge et la femme pour les accouchements et le suivi) et un RC

Au Ghana [19] : L’expérience de Navrongo appuyée par la recherche opérationnelle a montré que:

- L’affectation des infirmier-ères dans les communautés sans l’appui des relais communautaires et des organisations communautaires comme à Matlab au Bangladesh n’est pas efficace et n’a pas d’effet sur la mortalité infantile.
- L’approche de l’initiative de Bamako qui mobilise l’organisation communautaire traditionnelle (les groupements féminins, les leaders locaux, le comité villageois de santé) et déploie les agents villageois de santé ou relais communautaires volontaires sans les infirmiers ne produit pas d’impact sur la mortalité infantile. En réalité, dans le long terme, cette approche a été moins efficace que l’absence de service à base communautaire.
- Mais le modèle de l’Initiative de Bamako renforcé par les services d’un(e) infirmier(ère) au niveau communautaire peut avoir un effet rapide sur la mortalité infantile. En effet, là où les infirmiers sont postés, la mortalité infantile décline rapidement.

Le projet de Navrongo a pris fin en positionnant graduellement des infirmiers(ères) dans toutes les communautés. Ce modèle est proche de celui mis en place au Sénégal. Les RC sont renforcés au niveau communautaire par des infirmiers(ères).

Au Niger : En retenant que 80% de la population vit en milieu rural, avec 30% de taux d'utilisation des services de santé, on note que les taux de mortalité infanto-maternelle les plus élevés s'enregistrent en Afrique. Les stratégies reposent au Niger sur le développement du réseau de cases de santé où exercent des agents communautaires non qualifiés; cette initiative est à 100% communautaire, avec la mise en place de kit de démarrage, la supervision par les ONG, etc.

Les agents communautaires sont rémunérés mensuellement à 30.000 FCFA au départ, mais l'Etat nigérien a augmenté cette motivation à 50.000 F CFA qu'il assume depuis quatre ans. Les étapes d'une intervention en milieu communautaire incluent : la visite préliminaire, le plaidoyer, l'atelier d'orientation et de planification, l'appui technique et financier des PTF (passage à l'échelle à partir du site pilote), etc. L'évaluation est porteuse, avec plus de 80% des pathologies qui sont prises en charge correctement par les agents communautaires. Elle repose sur la lutte contre la malnutrition, les campagnes intégrées de vaccination et de distribution de vitamine A, l'amélioration de l'utilisation des services de santé, etc. [2].

En synthèse, on retient que la case de santé a contribué à la réduction de la mortalité infanto-juvénile. Mais les interventions ont nécessité un coût important et un engagement politique fort. La supervision est la clé de la réussite de ces stratégies

Au Nigeria [1]: Le projet pilote « accès à base communautaire aux injectables » a été mis en œuvre en 2012 dans l'état de Gombe situé dans la région avec la plus forte mortalité maternelle, les plus forts taux de fécondité, et les plus faibles taux de prévalence contraceptive du pays. Au total, 30 ASC féminins ont été sélectionnés par les autorités du Gouvernement Local de la région pour servir comme volontaires dans le projet pilote. Les ASC ont été formées sur les méthodes de PF, le *counseling*, la sécurité en injection, la gestion des objets tranchants et piquants et la gestion des données. Le projet fournit des kits aux ASC pour transporter et stocker en sécurité les méthodes combinées de contraceptifs dont les Depo Provera (contraceptif injectable). Les supervisions mensuelles et les visites de monitoring ont été réalisées pendant la phase pilote de 6 mois pour revoir les outils de supervision utilisés pour monitorer les ASC et assurer la qualité des services. Les résultats ont démontré que les contraceptifs injectables sont la méthode préférée dans le nord rural du Nigéria, l'utilisation est plus élevée lorsque la méthode est fournie dans la communauté qu'au niveau des centres de santé, et que les ASC sont capables de fournir en toute sécurité les injections et gérer les déchets. La contribution du Depo Provera au Couple Année Protection (CAP) était plus élevée lors des prestations à base communautaire (257 CAP) que lors des prestations dans les centres de santé (52 CAP). Il y avait une augmentation notable du nombre de clients qui ont quitté l'offre des injectables au centre de santé pour l'offre des injectables à base communautaire.

En conclusion, les résultats ont démontré que les programmes fournissant l'accès à base communautaire aux contraceptifs injectables sont faisables et efficaces, même dans des régions comme le nord du Nigéria, qui est traditionnellement résistant à la PF. Le changement de politique du Conseil National de la Santé intervenu en 2012 permettant aux ASC de fournir des injectables au niveau communautaire peut accroître l'accès à la contraception et contribuer à l'atteinte des objectifs PF du pays.

Au Rwanda, après le génocide, on a essayé de renforcer le système de santé en mettant en place quatre agents de santé communautaire non qualifiés ou RC au niveau du village avec une répartition de tâches précises : au total, **60.000 relais ont été mobilisés, avec une motivation basée sur la performance**. Cette coopérative est payée sur des indicateurs de prévention et de promotion tels que le nombre de CPN vues et référées, le nombre d'accouchements assistés et référés par le RC, etc. Depuis quatre ans, **on a introduit des téléphones mobiles aux RC** qui renseignent sur les indicateurs, les urgences, les ruptures de stocks, etc. [2].

En Ethiopie : Les interventions sont basées sur la faiblesse des indicateurs au niveau communautaire. Ainsi, environ 40.000 Agents des Services à base Communautaire ont été recrutés, toutes des femmes, avec pour objectif d'améliorer les pratiques de santé au niveau des ménages, de renforcer le système de santé, d'améliorer la disponibilité et la qualité des produits de santé, etc. Les leçons apprises se rapportent à l'extension des services de santé au niveau communautaire, à travers un système de délégation des tâches, la formation des agents, la prise en charge des salaires par l'Etat (50 Dollars Etats Unis "USD" par mois). Les paquets d'activités comprennent: la cartographie des ménages, la sélection des familles modèles, la formation des familles modèles pendant quatre mois sur l'hygiène, la duplication des pratiques familiales, le suivi de la femme enceinte, les CPN (pas d'accouchement dans les postes de santé), le conseil sur les méthodes modernes de contraception, etc. [2].

L'expérience de l'Ethiopie met l'accent sur des ASC féminins salariés de l'Etat (25.000 FCFA/mois) qui délèguent des tâches à des familles modèles formées sur l'hygiène, les pratiques familiales et le suivi des femmes enceintes.

2.1.2. Expériences de santé communautaire au Bénin

Les expériences de Santé Communautaire au Bénin ont fleuri⁹ depuis le lancement des soins de santé primaire (SSP) en 1978 qui a proclamé la participation communautaire comme un principe directeur de l'action sanitaire que tous les pays en voie de développement devraient suivre.

Elles ont surtout été marquées sur la **période 1978-1987** par l'utilisation d'agents villageois de santé travaillant au niveau village dans une case de soins ou non (un homme pour les soins curatifs et préventifs et une femme « matrone » pour les accouchements et les soins promotionnels) soutenus et suivis par un comité villageois de santé. Ces agents villageois étaient volontaires et bénévoles. Ils étaient supervisés par les agents de santé qualifiés des centres de santé et bénéficiaient de primes de 1.500 à 3.000FCFA/mois (*Expérience de Tori-Bossito sur l'Education pour la Santé dans le cadre de la lutte contre la lèpre ; Projet Bénino-Néerlandais ; le Projet de développement sanitaire de Pahou devenu Centre Régional pour le Développement et la Santé (CREDESA) ; Projet Bénino Suisse ; l'Agence Béninoise de Promotion de la Famille (ABPF) avec la mise en place d'un système de distribution à base communautaire des contraceptifs*). Dans la recherche de stratégies à faible coût, les Agents de Santé de Famille (ASF) ont été utilisés dans l'arrondissement de Gakpè avec un succès relatif. Ces expériences ont montré la faisabilité et l'efficacité de l'offre des soins maternels et infantiles (curatifs, préventifs et promotionnels) à base communautaire ; mais posaient déjà la problématique de leur financement, de l'approvisionnement en intrants, de la supervision et du suivi par les agents de santé du centre de santé de tutelle. La recherche de solution à ces défis a conduit au Financement Communautaire conçu et expérimenté par CREDESA au Centre de Santé de Pahou.

En 1988 l'adoption de l'Initiative de Bamako (IB) au Bénin a permis de créer un espace de négociation avec les autorités politiques et les communautés, d'accélérer le PEV/SSP – IB, et de créer la centrale d'achat des médicaments essentiels (ME)¹⁰. La période 1988 -1998 fut celle du PEV/SSP-IB financé en grande partie par l'UNICEF, des ONG internationales et des projets tels que CREDESA, le *Projet Bénino Allemand des SSP*, *Projet Bénino Suisse*, l'ABPF, le *Projet Bien-Etre Familial*, le *Projet de Promotion Intégrée de Santé Familiale (PROSAF)*, le *Projet de Lutte Intégrée contre le Paludisme de l'Ouémé (PROLIPO) financé par USAID y compris Africare, CRS et Plan Bénin*. Ces initiatives ont permis de rationaliser le financement des interventions, des structures et acteurs (les unités villageoises de santé (UVS), les agents villageois de santé (AVS), les comités villageois de santé (CVS) et les comités de gestion des centres de santé (COGECS) et l'approvisionnement en intrants par le biais du Financement Communautaire. Mais la question du « paquet minimum d'activités (curatives, préventives et promotionnelles) » n'était pas encore résolue.

Cette période fut également marquée par **la création en 1994, des Zones Sanitaires** avec la réorganisation de la base de la pyramide sanitaire et l'émergence des structures telles que le Bureau de Zone Sanitaire (BZS), l'Hôpital de Zone (HZ), l'Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire (EEZS) et le Comité de Santé. Mais cette réorganisation a été faite au détriment du

⁹ Se référer l'annexe 3 pages 52-56 pour plus de détail sur l'historique de la santé communautaire au Bénin.

¹⁰ Autorisation de vente des médicaments essentiels et rétention des recettes des formations sanitaires en leur sein (décret N° 88-444 du 18 Novembre 1988)

niveau village et quartier de ville ; et les UVS, AVS et CVS furent relégués à l'arrière-plan. Seuls les COGECS au niveau des Centres de Santé et les Comités de Santé au niveau des ZS ont été conservés, mais dépouillés de leurs prérogatives de contrôle des actions sanitaires entreprises par les personnels de santé. Les COGECS furent par exemple limités à un rôle de vérification financière et de contrôle de l'approvisionnement en médicaments en inadéquation par rapport aux textes du Ministère de la santé.

A partir de 2001 le Bénin, dans le but de réduire la morbidité et la mortalité infantiles, a adopté et mis en œuvre avec les PTF plusieurs stratégies dont la PCIME clinique et la PCIME Communautaire [2]. **A partir de 2003**, la promotion de la santé au niveau communautaire au moyen de l'utilisation des Relais Communautaires (RC) a été formalisée à travers le document intitulé « *Mécanisme d'implication des relais communautaires* » [1]. La Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) communautaire a entraîné un regain d'intérêt pour les RC avec la proposition pour le niveau communautaire des paquets d'activités mieux structurés y compris les **Pratiques Familiales Clés** à mettre en œuvre par les RC dans le cadre des Services à Base Communautaire (SBC).

Ainsi, de 2001 à 2010 : Plusieurs Agences des Nations Unies, des projets et ONG locales et internationales¹¹ ont expérimenté partiellement ou totalement le Paquet Minimum d'Activités dans différentes ZS, et dans différentes Communes d'une même ZS sans pouvoir couvrir ni toutes les Communes, ni toutes les ZS. En plus des paquets d'interventions, ces expériences ont également permis de tester différents types de RC (relais individu ou relais groupements OBC), différentes modalités de motivation financière des RC, différents mécanismes d'approvisionnement en intrants, de système d'information à base communautaire, de supervision, de suivi et d'implication des élus locaux. Pendant cette période, apparut le concept de SYLOS (Système Local de Santé) promu par la CTB avec un renforcement de l'offre et de la demande à travers le PAZS et le PARZS.

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

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

¹¹ UNICEF (survie de l'enfant), OMS (Roll Back Malaria), UNFPA, USAID (BASICS, PROLIPO, PROSAF, PISAF, PRISE-C), Coopération Suisse (PSS), CRS (Palu Alafia), Africare (PILP), Plan Bénin, Caritas, PSI, CTB (PAZS, PARZS)

(CTB) dans 5 ZS¹². Dès 2012, l'UNICEF, le CRS et Africare ont appuyé dans certaines zones d'intervention, l'Approche de Financement Basé sur la Performance (AFBP) au niveau communautaire. Les premiers résultats révèlent que cette approche est une alternative crédible au financement de la Santé Communautaire basé sur la performance. Au cours de la même année, les expériences de mise en œuvre du PIHI Communautaire furent documentées et capitalisées avec l'appui de l'OOAS et de l'UNICEF, et à partir de 2013, la CTB à travers le PARZS dans le Mono Couffo et la Donga a développé le réseautage des acteurs communautaires dans le cadre du renforcement de la demande des services de santé.

2.2. Facteurs favorables à l'atteinte de bons résultats en santé communautaire en Afrique et dans le monde

De ces différentes expériences en santé communautaire en Afrique et dans le monde, il ressort les facteurs favorables à l'atteinte de bons résultats suivants :

- a. Engagement politique fort**
- b. Association de plusieurs compétences (Relais communautaire + Agents qualifiés)**
- c. Encadrement technique**
 - Formation initiale et suivi post-formation
 - Formation en cours d'emploi et supervisions régulières
 - Monitoring
 - Description de poste et délégation de tâches selon les règles de l'art
 - Motivations financière et non financière
- d. Organisation locale des acteurs**
 - Partenariat (comité de santé, groupement de femmes, leaders locaux, familles modèlesetc.)
 - Multisectorialité (autres acteurs locaux de développement)
- e. Renforcement de la communication (adoption des technologies de l'information et de la communication)**
- f. Intégration des services et soins**
 - soins promotionnels, préventifs, curatifs et réadaptatifs
 - hygiène et assainissement
- g. Disponibilité des intrants et du matériel (logistique)**
- h. Ciblage des territoires d'intervention sur la base des critères de vulnérabilité. Identification des problèmes prioritaires de santé communautaire au Bénin**

Au terme d'une analyse des expériences de santé communautaire au Bénin, les principaux problèmes ont été identifiés. Ce sont :

- Courte durée des interventions,
- Mauvaise dispensation de la formation,
- Absence de suivi post formation,
- Faible mobilisation des ressources,
- Insuffisance de supervision par les agents de santé,

¹² Depuis le 1er juillet 2015, l'opérationnalisation de la mise à l'échelle du FBR dans les 21 autres Zones a démarré avec le Fonds Mondial (17 ZS) et GAVI (4ZS)

- Retard dans le décaissement des financements par certains bailleurs,
- Faible niveau d'instruction des RC,
- Faible appropriation des mécanismes de pérennisation par le système de santé,
- Approvisionnement aléatoire des RC en médicaments, et Kits,
- Non harmonisation des primes,
- Centralisation de la politique uniquement pour les enfants de moins de 5 ans,
- Faible appropriation des agents de santé,
- Absence d'une approche systémique dans l'opérationnalisation de la santé communautaire,
- Exclusion des adolescents et les jeunes des deux sexes de 10-24 ans et des personnes du 3^{ème} âge;
- Non intégration des affections mentales et des Maladies Non Transmissibles (MNT) ;
- Faible participation des bénéficiaires comme (enfants, et communautés) dans le processus de planification et de gestion des interventions sanitaires dans les communautés ;
- Absence de gestion transparente des ressources financières issues des prestations communautaires.

A côté des problèmes prioritaires identifiés, l'analyse a pris également en compte les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces devant servir dans l'identification des orientations stratégiques (voir forces, faiblesses, opportunités, menaces en annexe).

2.4. Orientations stratégiques

La synthèse des analyses de la situation met en évidence les orientations stratégiques suivantes autour desquelles est articulée la Politique de Santé Communautaire. Ce sont :le renforcement du leadership du Ministère de la Santé,

- le renforcement des capacités des acteurs de santé communautaire,
- le multi partenariat en faveur de la santé communautaire,
- la mise en place d'une Composante Locale du Système de Santé (CoLoSS)¹³,
- la mise à contribution de sources de financement pérennes et innovantes,
- l'approvisionnement permanent et continu du niveau communautaire en intrants,
- le renforcement du Système d'Information à Base Communautaire (SIBC) ;
- la recherche opérationnelle.

De ces orientations stratégiques ont été tirées cinq (5) axes stratégiques qui constituent l'ossature de la Politique de Santé Communautaire du Bénin.

¹³ Où l'unicité de l'agent communautaire est une réalité, et où les interventions sont déclinées en paquets d'activités prédéfinies (incluant des actions promotionnelles, préventives, curatives et ré-adaptatives) et exigent la participation active de toutes les parties prenantes (organisations communautaires et de la société civile, enseignants, agent(e)s de santé, élus locaux etc.).

3. VISION, BUT ET OBJECTIFS

3.1. Vision

A l'horizon 2025, toute personne vivant au Bénin, a acquis des compétences et dispose des ressources pour gérer de façon autonome sa santé, sur la base d'un partenariat solide et durable avec les professionnels de la santé, les membres de la communauté et les autres acteurs du développement, dans une organisation efficiente du système de santé au niveau local.

3.2. But et Objectifs

3.2.1. But

Contribuer à l'amélioration du bien-être de l'ensemble de la population béninoise avec la pleine participation de celle-ci.

3.2.2. Objectifs généraux

- Renforcer les capacités et l'autonomie des communautés béninoises en matière de gestion de leur santé ;
- Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité au sein de la population.

3.2.3. Objectifs spécifiques

- Instituer une composante locale du système de santé au niveau de chaque village et quartier de ville ;
- Renforcer l'autonomie et les capacités des communautés à gérer leur santé à travers le fonctionnement de la composante locale ;
- Assurer à la Santé Communautaire un financement sécurisé et pérenne par la création d'un panier commun ;
- Assurer à la Santé Communautaire un approvisionnement sécurisé en intrants intégré au Système d'Information et de Gestion Logistique (SIGL) de la Zone Sanitaire ;
- Instaurer un Système d'Information à Base Communautaire (SIBC) intégré au SNIGS;
- Instaurer un système de suivi-évaluation des interventions en santé communautaire.

4. STRATEGIES ET INTERVENTIONS

La présente Politique de Santé Communautaire est articulée autour de cinq (5) axes stratégiques, chacun d'eux est structuré en stratégies et interventions. Il s'agit de :

- l'institutionnalisation d'une Composante Locale de Système de Santé ;
- la gouvernance en matière de santé communautaire ;
- le renforcement des capacités des acteurs ;
- la collaboration intra et inter sectorielle en faveur du développement de la santé communautaire ;
- la sécurisation du financement et de l'approvisionnement en intrants de la Santé Communautaire.

4.1. Institutionnalisation de la Composante Locale du Système de Santé (CoLoSS)

4.1.1. Définition et Contours de la CoLoSS

La CoLoSS est l'extension au niveau village et quartier de ville du système national de santé. C'est une organisation locale de développement et de gestion communautaires des services et soins de santé (*préventifs, promotionnels, curatifs et réadaptatifs*). Cette approche vise l'autonomisation/capacitation de la communauté. La Communauté à travers ses représentants a le pouvoir de décision et de contrôle local sur toutes interventions en matière de santé et de développement.

4.1.2. Piliers de la CoLoSS

- le développement d'un partenariat large et multisectoriel ;
- la communication sociale pour le développement ;
- le renforcement des capacités des communautés en ressources humaines, matérielles et compétences techniques ;
- l'accroissement de la disponibilité et de l'accessibilité des services et prestations de soins communautaires ;
- l'assurance qualité des services et des soins communautaires ;
- la gestion et la sécurisation des intrants ;
- la participation communautaire ;
- la coordination des actions.

4.1.3. Principaux acteurs

- Tous les Relais Communautaires¹⁴ du village ou quartier de ville concerné ;
- les élus locaux du village ou du quartier de ville ;
- les leaders d'opinions et les chefs religieux ;
- la mutuelle de santé du village ou du quartier de ville s'il en existe ;
- les Organisations féminines et masculines du village ou du quartier de ville ;
- les ONG locales de santé du village ou du quartier de ville ;
- les membres de COGECS ;

¹⁴Tels que définis par le Forum National sur la Santé Communautaire [2]

- les Enseignants des écoles primaires publiques, privées et confessionnelles du village ou du quartier de ville ;
- les animateurs sociaux, les agents de l'agriculture, de l'hydraulique et de l'assainissement qui interviennent dans le village ou le quartier de ville ;
- l'Agent(e) de Santé Communautaire Qualifié (ASCQ).

Les membres du comité local de santé (bureau de l'organisation locale) sont constitués de :

- Chef village ;
- L'Agent de Santé Communautaire Qualifié ;
- Trois membres élus parmi les acteurs de l'organisation locale de santé communautaire.

La nouveauté dans cette organisation est le positionnement d'un Agent de Santé Communautaire Qualifié (ASCQ) dans tous les villages et quartiers de ville que compte le Bénin¹⁵ ;

Un ASCQ est un homme ou une femme âgé(e)s de 20 ans et plus, titulaire du BEPC ou d'un diplôme équivalent, et qui a reçu une formation diplômante en soins infirmiers et obstétricaux de base dans une école accréditée. Ils/elles sont recruté(e)s par la Mairie qui les met à la disposition des aires de santé pour leur affectation dans les villages en fonction des besoins.

Chaque ASCQ sera supervisé par le responsable de l'aire sanitaire. Il aura en moyenne sous sa responsabilité trois relais communautaires

4.1.4. Organisation et fonctionnement de la CoLoSS

La CoLoSS est sous la tutelle administrative du Chef d'Arrondissement (CA) et du Maire de la Commune. Il entretient des relations techniques étroites avec le chef poste du Centre de Santé de l'aire de santé et avec le responsable du Centre de Santé de la Commune.

Les membres de la CoLoSS signent avec le Chef d'Arrondissement, un accord de partenariat qui précise les droits et responsabilités de chaque acteur.

Au sein de la CoLoSS, l'ASCQ signe un contrat de performance le liant au Chef d'Arrondissement et au chef poste et qui est validé par le Maire de la Commune.

De même, chaque RC signe un contrat de performance avec le CA et le chef poste.

Le Chef d'Arrondissement assure la coordination des CoLoSS de son territoire et rend compte au Maire. Le chef poste a la tutelle technique des ASCQ et des RC de son aire sanitaire. Il a le devoir de valider leur plan de travail et de rendre compte au Chef d'Arrondissement de leur performance avant leur paiement.

De la même façon, le chef poste de l'aire de santé est lié au Chef d'Arrondissement par un contrat de partenariat qui détaille entre autres les responsabilités du chef poste et de son équipe à superviser, coacher, monitorer la performance et recycler périodiquement l'ASCQ et ses RC dans chaque CoLoSS. Enfin, l'ASCQ est en contrat de partenariat avec le chef poste du CS de l'aire de santé ; chaque acteur sachant précisément ce que l'un attend de l'autre et quelles sont les contre parties.

¹⁵ Le Bénin compte 12 départements, 34 Zones Sanitaires, 77 communes, 546 arrondissements, 802 aires de santé et 5076 villages et quartiers de ville (Statistiques Sanitaires, DPP/MS, 2013 ; Afrique l'avenir est numérisé, découpage électoral au Bénin, février 2013)

4.1.5. Paquets d'activités des acteurs communautaires de la CoLoSS

Les paquets d'activités varient selon le type d'acteur et sont susceptibles d'adaptation en fonction de l'environnement géographique, socio-économique et sanitaire de chaque CoLoSS (voir tableau 2 en annexe).

4.1.6. Rémunération des RC et des ASCQ

La rémunération de ces deux acteurs sera faite sur la base de leur performance dont les modalités, les critères et les indicateurs seront définis dans les directives et repris dans les contrats de prestation.

Cette rémunération est payée à partir d'une cagnotte commune gérée par la Mairie alimentée par plusieurs sources : budget national, collectivités locales, financement communautaire des CS, les PTF, la CAME et les sources de financement alternatives.

4.1.7. Textes réglementaires

L'institutionnalisation de la CoLoSS requiert de l'autorité sanitaire des textes qui l'officialisent et l'instaurent dans le système sanitaire du Bénin et à la base de la pyramide sanitaire. Ces textes sont :

- Relevé du Conseil des Ministres qui consacre l'adoption de la Politique Nationale de Santé Communautaire ;
- Décret portant structuration, organisation fonctionnement et financement de la santé communautaire au Bénin ;
- Arrêté interministériel portant Attributions, Organisation et Fonctionnement de la Composante Locale du système de Santé au Bénin ;
- Arrêté interministériel portant Rôles et Responsabilités de la DDS, des ZS, des CS, des Maires et Chef d'Arrondissements vis-à-vis de la CoLoSS ;
- Note Circulaire du Ministère de la Santé instituant et confirmant les modalités d'exécution des quatre paquets d'activités dévolus au RC retenus par le Forum National de Santé Communautaire.

4.1.8. Intégration du Système d'Information à Base Communautaire (SIBC)

Il s'agit de créer et de rendre fonctionnel un système d'information à base communautaire intégré au Système National d'Information et de Gestion Sanitaire (SNIGS) qui permet la collecte et la remontée de données fiables aux fins d'un monitoring et évaluation de la performance des interventions de Santé Communautaire. A cet effet, les actions suivantes sont nécessaires :

ASCQ : Agent de Santé Communautaire Qualifié ; CA : Chef d'Arrondissement ; CHD : Centre Hospitalier Départemental ; CM : Conseil Municipal ; CNHU : Centre National Hospitalier et Universitaire ; CS : Centre de Santé ; CSQ : Comité de Santé de Quartier ; CVS : Comité Villageois de Santé ; DDS : Direction Départementale de la Santé ; Dir EPP : Directeur de l'Ecole Primaire Publique ; EEZ : Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire ; Ens P : Enseignement Primaire ; EPP : Ecole Primaire Publique ; HOMEL : Hôpital Mère et Enfant Lagune ; HZ : Hôpital de Zone ; MS : Ministère de la Santé ; OD : Organisation de Développement ; OCB : Organisation Communautaire à la Base ; ONG : Organisation Non Gouvernementale ; RC : Relais Communautaire ; Resp Ens Prim : Responsable de l'Enseignement Primaire ; Resp Eau & Assain : Responsable de l'Eau et de l'Assainissement ; Resp Agriculture : Responsable de l'Agriculture

- i. Finalisation de la carte sanitaire en cours d'élaboration et mapping des interventions et services de santé communautaire :
 - Remplir l'entrepôt de données du SNIGS par village et pour tous les villages ;
 - Exploiter des données pour la mise à l'échelle du PIHI-Com y compris le SIGL-Com ;
- ii. Adaptation des supports du SNIGS aux données du niveau communautaire et intégration des activités du PIHI-Com telles que les pratiques familiales dans les indicateurs ;
- iii. Mise en place de procédures et dates harmonisées et acceptées de tous pour remonter les données des ASCQ vers les CS ;
- iv. Renforcement de la motivation et la redevabilité des ASCQ et des agents de santé des CS en matière de gestion des données générées au niveau communautaire :
 - Inscription de la gestion des données du niveau communautaire parmi les critères d'appréciation de la performance des agent(e)s de santé et alignement du versement des primes du FBR ;
 - Supervision des ASCQ en matière de collecte des données ;
 - Inscription de la gestion des données du niveau communautaire parmi les critères d'appréciation de la performance des RC et ASCQ et alignement du versement des primes du FBR-Com.
- v. Suivi et évaluation de la performance des interventions de Santé Communautaire au niveau national.

4.2. Gouvernance en matière de santé communautaire à tous les niveaux

Elle comprend les interventions ci-après :

- La coordination ;
- La délégation du pouvoir (responsabilisation) ;
- La diffusion et l'application des normes/sanctions ;
- La communication (plaidoyer, lobbying, mobilisation sociale, communication interpersonnelle) en faveur de la santé communautaire ;
- Le renforcement des capacités des acteurs en matière de bonne gouvernance ;
- La redevabilité/transparence (compte rendu surtout à la population).

4.3. Renforcement des capacités des acteurs

- a. **Accroissement des programmes et opportunités de formation en santé communautaire**
 - i. Elaborer un plan de formation de tous les acteurs en santé communautaire en adaptant les modules aux différentes catégories socio-professionnelles à intégrer au plan de formation du secteur de la santé ;
 - ii. Elaborer un curriculum de formation en santé communautaire à intégrer aux programmes de formation des agents socio-sanitaires ;
 - iii. Créer un pool de formateurs plurisectoriel de zone pour la formation, le recyclage et le coaching des acteurs communautaires.
- b. **Mise à disposition du matériel et équipement de travail en santé communautaire**

4.4. Collaboration inter et intra sectorielle en faveur du développement de la santé communautaire

L'importance de la collaboration inter et intra sectorielle pour la réussite de la Politique de Santé communautaire impose les actions suivantes :

- a. Mapping et création par niveau d'un répertoire des structures sanitaires privées (hôpitaux privés, cliniques privées, cabinets de soins), des OSC et ONG de Santé Communautaire, des mutuelles de santé, des relais communautaires, des programmes et projets des Ministères connexes (*Agriculture et élevage, Communication, Décentralisation, Enseignement, Développement, Mines, Energie et Eau, Micro finances/micro crédits, Famille*) ;
- b. Création et animation de cadres de concertation par niveau entre différents partenaires en vue de formaliser et d'harmoniser les rôles et responsabilités ainsi que les paquets d'activités pour chaque catégorie d'acteurs ;
- c. Mise en place d'un système d'accréditation harmonisé des structures partenaires au niveau local.

4.5. Sécurisation du financement et de l'approvisionnement en intrants de la santé communautaire

4.5.1. Stratégies et interventions pour la sécurisation du financement

- a. **Plaidoyer et lobbying** par le Ministère Santé et ses PTF auprès du Gouvernement et de l'Assemblée Nationale pour accroître la part du budget national au secteur santé ;
- b. **Institutionnalisation par le Gouvernement d'une ligne budgétaire « Santé Communautaire »** dans les budgets des Ministères concernés par la Santé Communautaire, de leurs Directions Départementales, des Zones Sanitaires et des Mairies ;
- c. **Mise en place d'un système d'information financière** pour une estimation fiable des besoins de financement du secteur santé en matière de Santé Communautaire et constitution annuelle de fonds suffisants pour les couvrir (**DPP, DRFM, DNSP / MS**) ;
- d. **Plaidoyer auprès des PTF pour la constitution et le fonctionnement du Compact « Panier Commun » au niveau Communal ;**
 - i. Relance des cadres de concertation, et élaboration d'une feuille de route pour la mise en œuvre du Compact ;
 - ii. Suivi et évaluation de la performance du Compact.
- e. **Réorientation vers les interventions de Santé Communautaire** d'une partie des fonds destinés à la prise en charge gratuite des cas de paludisme chez les enfants de moins de cinq (05) ans et les femmes enceintes, des fonds sanitaires des indigents, des crédits délégués et des recettes du financement communautaire à travers :
 - i. Etudes de faisabilité de la réorientation des différents fonds vers la Santé Communautaire ;
 - ii. Décrets et arrêtés ;
 - iii. Exécution, suivi-évaluation des décrets et arrêtés.
- f. **Elaboration et vulgarisation de procédures administratives et financières pour l'utilisation des fonds et la reddition des comptes.**

g. Extension progressive du FBR au niveau communautaire dans toutes les Zones Sanitaires

- i. Evaluation des expériences en cours ;
- ii. Elaboration d'un plan opérationnel budgétisé d'extension du FBR communautaire ;
- iii. Mobilisation des fonds ;
- iv. Mise en œuvre, suivi et évaluation.

h. Mise à contribution des sources de financement alternatives

- i. Cartographie des sources de financement alternatives ;
- ii. Etude de la volonté et du niveau de contribution des sources de financement alternatives ;
- iii. Plaidoyer auprès de l'Etat, des PTF, des entreprises privées, des ONG internationales et nationales, des Associations de développement, des Mairies et du FADeC pour la mise à disposition des financements alternatifs y compris la levée de nouvelles taxes sur l'alcool et la cigarette, le droit de passage à l'aéroport et au poste de péage, la téléphonie mobile et autres technologies de l'information et de la communication en faveur de la Santé Communautaire ;
- iv. Mise en place des memoranda d'entente (MOU), des procédures administratives et financières ;
- v. Utilisation, suivi et reddition des comptes.

De façon spécifique pour les Communes il faut :

- Créer une ligne budgétaire santé communautaire au niveau du FADeC ;
- Mettre en place un panier commun au niveau des Mairies ;
- Mettre en cohérence les plans communaux de développement avec la stratégie de financement de la santé communautaire ;
- Elaborer et mettre en place des mécanismes pour la culture de partage de risque et la culture de prépaiement des soins par la communauté.

4.5.2. Stratégies et interventions pour la sécurisation de l'approvisionnement en intrants

a. Capitalisation des expériences de Système de Gestion de la Logistique ;

- i. Evaluation et validation des expériences ;
- ii. Documentation ;
- iii. Diffusion / Dissémination.

b. Intégration du SIGL Communautaire au SNIGS ;

c. Mise à l'échelle du SIGL intégré au SNIGS dans le cadre de la mise à l'échelle du PIHI-Communautaire ;

d. Renforcement des capacités de stockage, de gestion des stocks et de l'approvisionnement des dépôts répartiteurs des Zones Sanitaires ;

- i. Agrandissement des espaces de stockage,
- ii. Acquisition de matériels de stockage,
- iii. Mise en place du matériel informatique et logiciels,
- iv. Formation/recyclage des agents.

e. Suivi et évaluation du SIGL Communautaire.

5. MISE EN ŒUVRE, SUIVI-EVALUATION ET RECHERCHE OPERATIONNELLE

5.1. Ancrage Institutionnel

5.1.1. Au niveau central

La Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP) a la tutelle du programme d'appui mis en place pour conduire la politique de santé communautaire. Ce programme coordonne les interventions de santé communautaire conformément à la politique en vigueur. La DNSP est le seul interlocuteur des PTF sur des questions et décisions stratégiques touchant à la Santé Communautaire au Bénin.

La DNSP veille à la mise en place du panier commun dont la gestion est confiée aux Mairies.

La DNSP développe un partenariat multisectoriel et interagit avec les autres directions du Ministère de la Santé et des autres secteurs du développement communautaire.

Elle aura pour répondant au niveau intermédiaire le service départemental de la santé publique à travers une unité d'appui à la santé communautaire.

Le cadre de concertation des acteurs intervenant au niveau communautaire mis en place par la DNSP devra être élargi pour répondre à la nouvelle politique en termes de collaboration intra et inter sectorielle.

5.1.2. Au niveau départemental

Le leadership et la synergie d'actions des acteurs intervenant dans la santé communautaire au niveau départemental sont sous la responsabilité du Directeur Départemental de la Santé

L'entité de coordination des activités de santé communautaire au niveau départemental est la Conférence Administrative Départementale (CAD).

Une unité d'appui à la santé communautaire sera logée dans le service départemental de la santé publique sous la tutelle de la direction départementale de la santé. Son secrétariat sera assuré par la division santé communautaire.

Elle aura pour rôle de centraliser toutes les informations et suivre la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé Communautaire avec compte rendu à la CAD et à la DNSP. De même, elle apporte un appui technique aux cellules d'appui de santé communautaire au niveau des ZS.

5.1.3. Au niveau Zone sanitaire

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

L'Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire est garante de la mise en œuvre de la politique, des directives et normes des interventions de santé communautaire. Elle a pour rôle d'apporter un appui technique au fonctionnement des cellules d'appui à la santé communautaire et des comités locaux de santé. Elle rend compte de ces actions au comité de santé.

5.1.4. Au niveau Commune

La santé communautaire se développera au niveau de chaque Commune. Une unité d'appui à la santé communautaire sera la garante de la mise en œuvre de cette politique. Le leadership de la Santé Communautaire est assuré par le Maire de la Commune qui assure le recrutement, la signature du contrat de performance et la rémunération des RC et des ASCQ.

Les attributions de l'unité sont décrites comme suit :

- le leadership du comité de santé par la création d'un environnement facilitant et engagé ;
- le renforcement des capacités des communautés en ressources humaines, matérielles et compétences techniques ;
- l'accroissement de l'accessibilité des services et prestations de soins communautaires ;
- l'assurance qualité des services et des soins communautaires ;
- le renforcement du système de gestion et de la sécurisation des intrants ;
- la mobilisation des ressources et la gestion du panier commun ;
- le partenariat multisectoriel ;
- le suivi évaluation des interventions.

L'unité **d'appui à la santé communautaire** comprenant : **le point focal santé communautaire** de la Mairie, le Médecin Chef, le responsable du développement rural, le responsable du centre de promotion sociale, le chef de circonscription scolaire de la Commune sous la tutelle du Maire de la Commune.

L'unité est l'organe d'exécution de toutes les décisions prises par le Conseil Communal en matière d'interventions communautaires à qui elle est redevable.

5.1.5. Au niveau de chaque arrondissement

Il sera créé un comité d'arrondissement composé du Chef d'Arrondissement, des chefs de village, et des responsables des autres structures existantes au niveau de cet arrondissement (Centre de santé, Enseignement, ONG, COGECS, etc.) Ce comité sera chargé de la coordination et du suivi/supervision des activités de santé communautaire. Il rendra compte de la mise en œuvre des interventions communautaires à l'unité d'appui à la santé communautaire au niveau communal.

5.1.6. Au niveau village/quartier de ville

La santé communautaire sera mise en œuvre au niveau de chaque village/quartier de ville. Elle permettra d'assurer à chacune des communautés son autonomisation en matière de gestion et de développement sanitaire. Une organisation locale de santé communautaire sera la garante de la mise en œuvre de cette politique. Le leadership de la Santé Communautaire est assuré par la CoLoSS qui participe à l'identification des RC, veille à la promotion du genre par le développement du leadership des femmes et des jeunes dans les OCB, la promotion de l'inclusion et la non-discrimination des personnes et des communautés marginalisées par la gestion des inégalités sociales en matière de santé.

Les attributions de la ColoSS se résument comme suit :

- le développement d'un partenariat multisectoriel ;
- la communication sociale pour le développement ;
- La promotion des services et prestations de soins au sein de la communauté ;

- La participation à l'intermédiation sociale ;
- la gestion et la sécurisation des intrants ;
- la participation communautaire, la promotion des initiatives communautaires et la mutualisation des actions ;
- La mobilisation des ressources.

La Composante Locale du Système de Santé est sous la tutelle administrative du Chef Village (CV). Elle entretient des relations techniques étroites avec le responsable de l'aire de santé. Elle prend les décisions idoines après consultation et avis technique de ce dernier.

Le responsable de l'aire de santé et son équipe sont liés au Chef d'Arrondissement par un contrat de partenariat. Les responsabilités du chef poste et de son équipe sont : superviser, coacher, monitorer la performance et recycler périodiquement l'ASCQ et les RC dans chaque CoLoSS. La CoLoSS a un devoir de redevabilité au Conseil Communal.

5.2. Pilotage, organisation de la mise en œuvre

La mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC) est assurée par un **Programme d'Appui à la Santé Communautaire (PASCom)** sous la tutelle de la DNSP. L'élaboration des Plans Opérationnels Budgétisés pour la mise en œuvre de la Politique incombe au PASCom. Cependant quatre (4) outils sont prévus pour le pilotage et le suivi de sa mise en œuvre. Ce sont :

- Une Feuille de route*** de la mise en œuvre de la PNSC qui fixe les délais des principales étapes stratégiques à franchir ainsi que les responsables (*elle sera l'outil privilégié du Ministre de la Santé, des autres ministères concernés et des PTF*) ;
- Des directives de mise en œuvre de la politique ;***
- Un Plan Opérationnel Quinquennal budgétisé 2016-2020*** de mise en œuvre de la PNSC. En fin 2020, un Plan Opérationnel budgétisé pour la période 2021-2025 sera élaboré, validé et mis en œuvre ;
- Un Plan de Management de la Performance de la PSC*** qui détaille par année les délais des principales actions et interventions à mettre en place et des conditions critiques à remplir y compris les fonds à rendre disponibles ainsi que les responsables.

5.3. Suivi et évaluation de la mise en œuvre de la PNSC

Le suivi et l'évaluation de la Politique Nationale de Santé Communautaire sont du ressort de la DNSP. A cet effet, la DNSP s'appuiera sur les outils suivants :

- Le cadre logique de la mise en œuvre de la PNSC.*** Il fait partie du Plan Opérationnel Quinquennal Budgétisé qui détaille les objectifs et résultats à atteindre, les actions à mener pour les atteindre à différentes échéances ainsi que les indicateurs objectivement vérifiables ;
- Un tableau de bord*** qui est un résumé des principaux indicateurs à suivre pour identifier les goulots d'étranglement et réagir à temps ;
- Des recherches opérationnelles ;***
- Un agenda de supervision*** de la mise en œuvre de la PNSC dans les départements ;

Un Plan de Monitoring de la Performance de la PNSC qui détaille et opérationnalise les indicateurs ainsi que les procédures de collecte et d'analyse des données.

Conclusion

L'élaboration de la Politique Nationale de Santé Communautaire du Bénin est l'aboutissement d'un long processus d'expérimentation et d'analyse participative des leçons tirées des expériences antérieures. Elle a bénéficié de l'engagement et de la mobilisation de tous les acteurs du système de santé depuis le niveau central jusqu'au niveau périphérique.

Le document tel que présenté répond non seulement aux défis mis en évidence par les multiples expériences de santé communautaire mais aussi aux besoins d'autonomisation des communautés béninoises en matière de développement sanitaire et de contrôle sur leur santé. Elle garantit à chaque Béninois(e) l'accès à des services de santé de proximité, abordable et de qualité.

Cette politique présente dans leurs grandes lignes les stratégies à suivre et les interventions à mettre en œuvre dans les dix années à venir. Ces stratégies et axes d'interventions devront être opérationnalisés dans le cadre d'un Programme National de Santé Communautaire qui élaborera des Plans Opérationnels Budgétisés pour sa mise en œuvre.

Enfin, le document constitue un précieux instrument de plaidoyer auprès du Gouvernement, des Elus locaux, des PTF, des OSC et ONG afin qu'ils reconnaissent la santé communautaire comme une priorité pour améliorer le bien-être des populations, et qu'ils mobilisent en conséquence les ressources requises pour sa mise en œuvre.

ANNEXE

Annexe 1: Glossaire

Communauté: Une communauté est un groupe d'individus qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociales. Ses membres sont liés à des degrés variables par des caractéristiques: politiques, économiques, sociales et culturelles. Communes ainsi que par des intérêts et des aspirations communs, y compris en matière de santé. Exemple: Communautés rurales villageoises, communautés urbaines, communautés des élèves, des travailleurs de la santé, etc.

Santé Communautaire¹⁷: La Santé Communautaire implique une réelle participation et responsabilisation de la communauté à l'amélioration de sa santé. Elle se base sur l'analyse situationnelle, la définition des priorités, la mise en place, gestion et évaluation des activités. Il y a santé communautaire quand les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur leurs problèmes de santé, expriment des besoins prioritaires et participent activement à la mise en place et au déroulement des activités les plus aptes à répondre à ces priorités. Elle se met en œuvre selon le principe de la proximité dans une vision holistique de santé. C'est une cogestion pour s'assurer l'appropriation des activités par la communauté et la pérennité des acquis.

Autonomisation¹⁸ ou empowerment en anglais ou encore **capacitation**, est la prise en charge de l'individu par lui-même, de sa destinée économique, professionnelle, familiale et sociale. L'empowerment, comme son nom l'indique, est le processus d'acquisition d'un « pouvoir » (*power*), le pouvoir de travailler, de gagner son pain, de décider de son destin de vie sociale en respectant les besoins et termes de la société. L'autonomie d'une personne lui permet d'exister dans la communauté sans constituer un fardeau pour celle-ci. La personne autonome est une force pour la communauté.

Autonomisation de la Communauté¹⁹: C'est le processus par lequel des mobilisateurs stimulent les communautés à accroître les activités qui contribuent à leur développement et leur permettre de devenir plus autonomes. Mais comme toute communauté n'existe pas dans un vide, ces actions mobilisatrices doivent tenir compte de l'environnement politique et administratif.

Relais communautaire²⁰

Le Relais Communautaire (RC) est une personne non salariée, de sexe masculin ou féminin, volontaire, choisie/désignée par sa communauté selon des critères définis et validés par celle-ci, pour la promotion de la santé au niveau de la population de sa localité. Toutefois, les critères de base tels que le volontariat, la disponibilité et la résidence dans la localité sont

¹⁷ Manciaux M. & Deschamps J.P.; *la santé de la mère et de l'enfant*, Flammarion 1978.

¹⁸ Bertrand Livinec, Juin 2009

¹⁹ Par Phil Bartle, PhD traduit par Pierre Moreau ; FAVORISER L'AUTONOMISATION DES COMMUNAUTÉS : Facteurs politiques et administratifs qui influencent le développement autonome ; Juin 2011.

²⁰ Directives nationales pour la promotion de la santé au niveau communautaire, 2010.

suggérés. Le RC participe à l'amélioration des conditions socio- sanitaires des populations qui l'ont désigné.

Participation communautaire : La Participation Communautaire est le processus par lequel les individus et les familles a) prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté et b) développent leurs capacités de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté.

Au Bénin, la santé communautaire a été opérationnalisée à travers: l'implication des relais communautaires, les organisations à base communautaire dans différents programmes et projets ; la promotion de l'approche de participation communautaire, la promotion des structures de cogestion et assimilés, l'association des donneurs de sang, l'implication des Maires (élus locaux)²¹.

Capacité²²: Désigne dans ce document l'ensemble des connaissances, aptitudes, compétences et ressources dont dispose ou qu'il faut faire acquérir à un individu ou un groupe d'individus pour accomplir une activité.

Cogestion²³ : La cogestion est un modèle de gestion dans lequel la gestion est assumée à la fois par les membres de la communauté et les professionnels de la santé. Elle porte sur la gestion financière, la gestion des médicaments, etc.

Partenariat²⁴ se définit comme une association active de différents intervenants qui, tout en maintenant leur autonomie, acceptent de mettre en commun leurs efforts en vue de réaliser un objectif commun relié à un problème ou à un besoin clairement identifié dans lequel, en vertu de leur mission respective, ils ont un intérêt, une responsabilité, une motivation, voire une obligation¹. Le partenariat s'envisage souvent dans le cadre d'alliances. Une entreprise qui fonctionne systématiquement en organisant des partenariats est une entreprise en réseau.

Le partenariat peut être de nature économique, financière, scientifique, culturelle, artistique, etc. Il permet de créer des synergies, de tirer profit d'une complémentarité, de mettre en commun des ressources, d'affronter en commun une situation, etc. La relation entre les partenaires est formalisée par un **contrat** ou un **protocole de collaboration** dans lequel les responsabilités, rôles et contributions financières de chacune des parties sont clairement définis. Le partenaire se distingue d'une partie prenante ordinaire, dans le sens que les relations opérationnelles avec le partenaire sont plus étroites. Les obligations d'une entreprise vis-à-vis d'une partie prenante peuvent découler de contraintes juridiques, se traduire par des obligations d'information, mais ne pas avoir de concrétisation opérationnelle dans le cadre de partenariats. Les parties prenantes de l'entreprise permettent d'exprimer des attentes, les partenaires d'y répondre.

²¹ *Historique et problématique de la santé communautaire au Bénin les actions et les résultats obtenus de 1970 à 2013, Présentation au Forum national sur la santé communautaire, Palais des congrès, Cotonou Les 27, 28 et 29 novembre 2013.*
²² Marcel Sagbohan, février 2015.

²³ Rapport Forum national sur la santé communautaire au Bénin [2].

²⁴ BARREYRE Jean-Yves (sous la dir. de), Dictionnaire critique de l'action sociale, Fayard, Paris, 1995 ;

<http://www.toupie.org/Dictionnaire/Partenariat.htm>

Gestion communautaire (ou axée sur la communauté)²⁵ : Elle est une modalité de Participation Communautaire et particulièrement un mode de gestion des interventions à base communautaire par lequel les promoteurs des interventions organisent la participation active des représentants de la communauté aux différentes phases et aspects de la gestion des activités. Dans ce contexte, les intérêts et la satisfaction des besoins de la communauté sont au cœur de toutes les préoccupations. Le but visé est de favoriser le contrôle communautaire et développer la transparence.

Interventions Communautaires²⁶ : Les Interventions communautaires comprennent la prévention, la gestion des cas à domicile et au niveau de la communauté, la surveillance communautaire et l'auto-suivi communautaire de la performance des différentes interventions de lutte contre la maladie. Les membres de la communauté sont impliqués dans la prise de décision, la planification et la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du programme.

Organisations Communautaires de Base (OCB)²⁷ : Ce sont des organisations populaires, également indépendantes de l'Etat. Les risques, les coûts et les bénéfices sont partagés entre les membres, et les dirigeants ou les gestionnaires sont responsables devant les adhérents. Elles sont généralement autofinancées et certaines fonctionnent en tant qu'entreprises commerciales coopératives » ; elles ont une couverture locale ou régionale, se situent principalement en milieu rural et se préoccupent du bien-être d'une communauté.

Au Bénin, les OCB sont des Groupements (féminins ou masculins) d'Initiative Commune (GIC) de taille modeste, généralement 10 à 30 membres s'associant dans le but de réaliser une activité rémunératrice. Elles sont identifiées, sélectionnées et formées sur la base du volontariat pour servir de Relais Communautaires : ce sont les Relais Groupements ou Relais Associations par opposition aux Relais Individus.

ONG²⁸ : Ce sont des organisations professionnelles, à but non lucratif, indépendantes par rapport à l'Etat, qui entreprennent diverses activités afin de favoriser le développement.

Politique de Santé²⁹ : Les politiques de santé (ou politiques sanitaires, ou encore politiques de santé publique) comprennent l'ensemble des choix stratégiques des pouvoirs publics et privés pour améliorer l'état de santé des populations dont ils ont la responsabilité : il s'agit ici de déterminer les aires et champs d'intervention, préciser les objectifs à atteindre, ainsi que faire des choix judicieux en matière de priorités, et programmer les moyens qui seront engagés à ce niveau de responsabilité collective.

Elles correspondent au terme anglais « *Policies* ». Une politique de santé rassemble donc des plans de santé (*health policy*) et des programmes de santé.

25 Jean-Pierre Olivier de Sardan et Abdou Elhadji Dagobi ; *La gestion communautaire sert-elle l'intérêt public ? Le cas de l'hydraulique villageoise au Niger*.

26 OMS Afrique (<http://www.afro.who.int/fr/groupes-organiques-et-programmes/ddc/paludisme/composantes-du-programme/community-based-interventions.html>).

27 Adamawa, Cameroun, *Organisations communautaires de base et renforcement de la société civile en milieu rural*, 2005.

28 Adamawa, Cameroun, *Organisations communautaires de base et renforcement de la société civile en milieu rural*, 2005.

29 Wikipédia (http://fr.wikipedia.org/wiki/Politique_de_sant%C3%A9).

Société Civile³⁰ : C'est l'ensemble des associations volontaires non gouvernementales qui renforcent le débat démocratique. Telle qu'elle est définie, la société civile défend les intérêts de collectivités spécifiques; elle opère ainsi un pont entre les intérêts privés des individus, négociés au sein du marché, et l'intérêt public, défendu par l'Etat qui gère les conflits d'intérêts entre particuliers et entre collectivités. Les types d'OSC au Bénin sont précisés en annexe.

³⁰Lochak, 1986; Houtart, 1998; Eberly, 2000; Howell & Pearce, 2001.

Annexe 2: Liste des documents consultés

1. FMOH, PPFN, USAID, UNFPA, Fhi 360, SFH, Ship, PROGRESS in Family Planning - Expanding Access to Injectable Contraception : Community based access to Injectable, November 2012.
2. Ministère de la Santé/Direction Nationale de la Santé Publique, Forum national sur la santé communautaire au Bénin : les actes - « Osons changer de cap ! », Document final, Cotonou (Bénin), 2013.
3. Ministère de la Santé – OOAS, Documentation du processus institutionnel de la mise en œuvre du paquet d'interventions à haut impact au niveau communautaire au Bénin – Rapport final 1^{ère} partie, Novembre 2012.
4. Ministère de la Santé – OOAS, Documentation du processus institutionnel de la mise en œuvre du paquet d'interventions à haut impact au niveau communautaire au Bénin – Rapport final 2^{ème} partie, Novembre 2012.
5. Ministère de la Santé, Historique et problématique de la santé communautaire au Bénin les actions et les résultats obtenus de 1970 à 2013, Présentation au Forum national sur la santé communautaire, Palais des congrès, Cotonou Les 27, 28 et 29 novembre 2013
6. Ministère de la Santé, PNDS 2009-2018
7. Ministère de la Santé, Plan Directeur National de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées 2012-2016, 2011.
8. Rapport de l'Evaluation des besoins en SONU au Bénin, 2010.
9. Rapport de la Cartographie des Interventions et Intervenants en SMNI y compris la Communication pour le Développement au Bénin, Ministère de la Santé - Unicef Bénin, 2011.
10. Plan Opérationnel de mise à l'Echelle Nationale des Interventions à Haut Impact sur la réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto Juvénile, Ministère de la Santé - Unicef Bénin 2011.
11. Document de stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Bénin 2006-2015.
12. Paquets d'Interventions à Haut Impact par niveau de soins pour l'atteinte des OMD au Bénin, 2010.
13. Stratégie de mise en œuvre de la gratuité de la prise en charge des cas de Paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5ans, 2011.
14. Annuaire Statistiques du Ministère de la Santé, 2010 et 2011.
15. La stratégie pour l'accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle, Périnatale, Néonatale et Infantile en Afrique de l'Ouest, OOAS, 2009-2013.
16. Autres documents pertinents identifiés lors des échanges préliminaires avec les membres du comité de pilotage de l'étude et les PTF.
17. Murray CJL, Lopez AD (1994). *Global Comparative Assessments in the Health Sector : Disease Burden, Health Expenditures, and Intervention Packages*. Geneva : World Health Organization.
18. Pelletier DL, Frongillo EA, Habicht JP (1993). Epidemiologic evidence for a potentiating effect of malnutrition on child mortality. *American Journal of Public Health*, 83, 1130-1133.
19. James F. Phillips, Evidence-based Transfer of success : Lessons Learnt from Community Health Worker Experiments in Bangladesh & Ghana, 2011.
20. Programme Alimentaire Mondial (PAM) – Analyse Globale de la Vulnérabilité et de la Sécurité Alimentaire (AGVS), République du Bénin, janvier 2014.
21. Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) : « Rapport sur la Situation Economique et Sociale du Bénin en 2000

22. World Health Organization (1997b). IMCI Information. Integrated Management of Childhood Illnesses. Geneva : World Health Organization
23. World Health Organization (1997c). Follow-up after training in the course on Integrated Management of Childhood Illnesses for first-level health workers. Geneva : World Health Organization.
24. World Health Organization (1998). Pre-service training for Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI) : Report of an informal consultation. Geneva : World Health Organization.
25. World Health Organization (1999a). IMCI Information : adaptation of the PCIME technical guidelines and training materials. Geneva : World Health Organization.
26. World Health Organization (1999b). Pre-service training for Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI) : Report of a workshop for project consultants. Geneva : World Health Organization.
27. World Health Organization. (1997a). Integrated Management of Childhood Illnesses : a WHO/UNICEF Initiative. *Bulletin of the World Health Organization*, Suppl. 1, 75, 3-128.

TABLE DES MATIERES

<i>Préface.....</i>	<i>iv</i>
<i>Liste des sigles et acronymes.....</i>	<i>vi</i>
<i>Résumé.....</i>	<i>ix</i>
<i>Introduction.....</i>	<i>1</i>
1. CONTEXTE.....	2
1.1. Caractéristiques du Bénin.....	3
1.2. Profil sanitaire.....	4
1.2.1. Pyramide sanitaire du Bénin.....	4
1.2.2. Personnel de santé.....	5
1.2.3. Gestion des achats et stocks de médicaments et réactifs de laboratoires.....	5
1.2.4. Etat de morbidité et de mortalité au Bénin.....	5
2. ANALYSE SITUATIONNELLE.....	7
2.1. Expériences de santé communautaire.....	8
2.1.1. Expériences de santé communautaire dans les pays en développement.....	8
2.1.2. Expériences de santé communautaire au Bénin.....	11
2.2. Facteurs favorables à l'atteinte de bons résultats en santé communautaire en Afrique et dans le monde	13
2.3. Identification des problèmes prioritaires de santé communautaire au Bénin.....	13
2.4. Orientations stratégiques.....	14
3. VISION, BUT ET OBJECTIFS.....	15
3.1. Vision.....	16
3.2. But et Objectifs.....	16
3.2.1. But.....	16
3.2.2. Objectifs généraux.....	16
3.2.3. Objectifs spécifiques.....	16
4. STRATEGIES ET INTERVENTIONS.....	17
4.1. Institutionnalisation de la Composante Locale du Système de Santé (CoLoSS).....	18
4.1.1. Définition et Contours de la CoLoSS.....	18
4.1.2. Piliers de la CoLoSS.....	18
4.1.3. Principaux acteurs.....	18
4.1.4. Organisation et fonctionnement de la CoLoSS.....	19
4.1.5. Paquets d'activités des acteurs communautaires de la CoLoSS.....	21
4.1.6. Rémunération des RC et des ASCQ.....	21
4.1.7. Textes réglementaires.....	21

4.1.8.	Intégration du Système d'Information à Base Communautaire (SIBC).....	21
4.2.	Gouvernance en matière de santé communautaire à tous les niveaux	22
4.3.	Renforcement des capacités des acteurs	22
4.4.	Collaboration inter et intra sectorielle en faveur du développement de la santé communautaire.....	23
4.5.	Sécurisation du financement et de l'approvisionnement en intrants de la santé communautaire.....	23
4.5.1.	Stratégies et interventions pour la sécurisation du financement	23
4.5.2.	Stratégies et interventions pour la sécurisation de l'approvisionnement en intrants	24
5.	MISE EN ŒUVRE, SUIVI-EVALUATION ET RECHERCHE OPERATIONNELLE.....	25
5.1.	Ancrage Institutionnel.....	26
5.1.1.	Au niveau central.....	26
5.1.2.	Au niveau départemental.....	26
5.1.3.	Au niveau Zone sanitaire	26
5.1.4.	Au niveau Commune	27
5.1.5.	Au niveau de chaque arrondissement	27
5.1.6.	Au niveau village/quartier de ville.....	27
5.2.	Pilotage, organisation de la mise en œuvre	28
5.3.	Suivi et évaluation de la mise en œuvre de la PNSC	28
	ANNEXE	31
	Annexe 1: Glossaire.....	32
	Annexe 2: Liste des documents consultés	36