



People's
Health
Movement **Bénin**

BENIN: LA SANTE POUR TOUS, SINON RIEN

*Rapport d'évaluation participative
de PHM sur le droit à la santé et à ses déterminants.*



SOUS LA COORDINATION DU



JUILLET 2008



LA SANTE POUR TOUS, SINON RIEN



SOUS LA COORDINATION DU



JUILLET 2008

Plusieurs milliers de personnes ont participé à l'évaluation du rapport sur le droit à la santé au Bénin soit en proposant des histoires, en remplissant nos formulaires, en participant ou en organisant des consultations publiques. Merci à toutes les personnes, membres de People's Health Movement ou non, gouvernement ou ONU, groupements, scolaires qui ont contribué à ce que la voix des gens d'en bas soit écoutée, pour l'équité et l'égalité en santé ! Merci de porter le Mouvement !



SOMMAIRE

Remerciements.....	2
Sommaire.....	3
Liste des sigles.....	4
Liste des tableaux.....	5
I - Présentation du Bénin.....	6
II - Introduction	9
III - Méthodologie.....	10
IV - La législation nationale et internationale.....	11
V - Les politiques de population et de développement au Bénin.....	13
1) Politique de population	
2) Politique de santé	
VI – La politique économique de la santé.....	15
VII - Impact des politiques économiques et de développement sur la santé au Bénin.....	17
1) Actions concrètes du gouvernement	
2) Contexte sanitaire	
3) Déterminants sociaux de la santé	
4) Note sur les gens vulnérables	
5) Quelques résistances nationales et internationales à la mise en œuvre du droit à la santé	
VIII - Les services santé et sociaux non publiques.....	28
1) Les structures lucratives	
2) Les autres structures	
IX - Conclusion	30
X – Références.....	31
XI - Photos.....	31
XII – Recommandations.....	32



LISTE DE QUELQUES SIGLES

APD Aide Publique au Développement
APPROACH Annonce, Présentation, Problématique, Réalisation, Organisation, Action, Conclusion, Horizon
BM Banque Mondiale
CNLS Comité National de Lutte contre le Sida
CSA Centre de Santé d'Arrondissement
CSC Centre de Santé de Commune
CAME : Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux
CAP : Connaissance Aptitude Pratique
CCS : Complexe Communal de Santé
CHD : Centre Hospitalier Départemental
CNHU : Centre National Hospitalier et Universitaire
CSSP : Centre de Santé de Sous-préfecture
DDSP : Direction Départementale de la Santé Publique
DDS Direction Départementale de la Santé
DSCRDP Document de Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté
EDS Enquête Démographique et de Santé
EMICoV : Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie des Ménages
EPT Education Pour Tous
FSS : Faculté des Sciences de la Santé
GIRE Gestion Intégrée des Ressources en Eau
HZ : Hôpital de Zone
IEC : Information Education Communication
INSAE : Institut National des Statistiques et de l'Analyse Economique
ISO : Infirmier Spécialisé en Odontologie
ICF Indice de Condition de la Femme
IDH Indice de Développement Humain
IEC Information Education Communication
IMF Institut de Micro Finance
INSAE Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
IPF Indice de Participation de la Femme
IPH Indice de Pauvreté Humaine
IPPTE Initiative Pays Pauvres Très Endettés
IRA Infections Respiratoires Aiguës
IST Infections Sexuellement Transmissibles
MARP Méthode Accélérée de Recherche Participative
MSP Ministère de la santé publique
NPE Nouveau Programme d'Enseignement
OCDE Organisation de Coopération et Développement Economiques
OEV Orphelins et Enfants Victimes
OMC Organisation Mondiale du Commerce
OMD Objectifs de Développement du Millénaire
OMS Organisation Mondiale de la Santé
ONG Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA Organisation des Nations Unies pour le SIDA
OSC Organisation de la Société Civile
ONG : Organisation Non Gouvernementale
PAM Programme Alimentaire Mondial
PAS : Programme d'Ajustement Structurel
PEV : Programme Elargi de Vaccination
PHM : People's Health Movement
PIB : Produit Intérieur Brut
PNB : Produit National Brut
PSP : Projet Santé et Population
PNLABD : Programme National de Lutte contre les Affections Bucco-dentaires
SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SNIGS : Système National d'Information et de Gestion Sanitaire
SSP : Soins de Santé Primaires
SBEE : Société béninoise d'électricité et d'eau
UEMOA : Union économique et monétaire ouest africaine
UVS : Unité Villageoise de Santé



LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Quelques indicateurs.....	6
Tableau 2 : Caractéristiques générales des douze départements en 2002.....	6
Tableau 3 : Disponibilité en eau potable.....	7
Tableau 4 : Mode d'aisance	7
Tableau 5 - Liste des Conventions signées par le Bénin	11
Tableau 6- Liste de quelques Documents signés par le Bénin.....	12
Tableau 7 - Liste des Lois et Politiques fondamentales	12
Tableau 8: Allocation budgétaire par secteur sur la période 2007-2009 (% des dépenses hors service de la dette).....	15
Tableau 9: Coût et Financement de la S.C.R.P.....	15
Tableau 10 - Rapport budget santé, budget national de 1995 à 2005.....	15
Tableau 11 : Loi des finances 2008 au Bénin.....	16
Tableau 12 - Financement des dépenses de santé de 2000 à 2005.....	17
Tableau 13 : Aide internationale par sources de financement au secteur santé (en million FCFA) en 2005.....	17
Tableau 14 : Organisation du système sanitaire au Bénin.....	19
Tableau 15 - Répartition du personnel de santé et principaux ratios par département en 2003.....	20
Tableau 16 : Indicateurs clés population et santé au Bénin.....	21
Tableau 17: Répartition des affections rencontrées en consultation par ordre décroissant.....	22
Tableau 18 : mortalité des enfants.....	22
Tableau 19 : Fréquentation en 2001 des centres de santé de Cotonou.....	23
Tableau 20 : Principales causes d'hospitalisation au CNHU en 2001.....	24



I -PRESENTATION DU BENIN

La République du Bénin est un pays d'Afrique occidentale limité au Nord par le Niger, au Nord-ouest par le Burkina Faso, à l'Ouest par le Togo, à l'Est par le Nigeria et au Sud par l'Océan Atlantique. Son relief est peu accidenté. Sa superficie est de 114.622 km². Le Bénin comptait 7 513 946 habitants en 2006 et est indépendant depuis le 1^{er} août 1960, sous la dénomination de République du Dahomey, avant de prendre son nom actuel, le Bénin en 1975. Il est divisé en 12 départements. La capitale est Porto-Novo mais Cotonou est la plus grande ville et capitale économique. Le pays surnommé le « Quartier latin de l'Afrique » a comme langue officielle le Français et comme monnaie le franc CFA . **1Euro équivaut à environ 655 Franc CFA.**

Tableau 1 : Quelques indicateurs

Population du Bénin (RGPH3 Février 2002)	6 769 914
Masculin	3 284 119
Féminin	3 485 795
Population en 2007	8 053 690
Masculin	3 934 723
Féminin	4 118 967
Population urbaine	41,81%
Population rurale	58,19%
Indice Harmonisé des Prix à la Consommation (Novembre 2007)	137,4%
Indicateur de convergence UEMOA (Novembre 2007)	1,7 %
Indice de la production Industrielle (4 ^{ème} Trimestre 2006)	169,1%
Taux de croissance réel du PIB en 2006	3,8 %
Prévisions de croissance du PIB en 2007	5,0 %
Déflateur du PIB 2006 (Provisoire)	3,1%

Tableau 2 : Caractéristiques générales des douze départements en 2002

Département	Densité (hab. /km ²)	Poids démographique	Population (%)	
			Rurale	Urbaine
BENIN	59	100,00	61,15	38,85
Alibori	20	7,70	78,26	21,74
Atacora	27	8,12	62,32	37,68
Atlantique	248	11,84	62,02	37,98
Borgou	28	10,70	56,57	43,43
Collines	38	7,92	78,01	21,99
Couffo	218	7,75	79,38	20,62
Donga	31	5,17	69,12	30,88
Littoral	8419	9,82		100,00
Mono	224	5,32	78,63	21,37
Ouémé	570	10,79	55,73	44,27
Plateau	125	6,01	70,08	29,92
Zou	114	8,86	71,71	28,29



Tableau 3 : Disponibilité en eau potable (%)

Eau de consommation	BENIN	Cotonou
Eau potable	61,1	98,9
Eau SBEE a la maison	10	43,6
Eau SBEE ailleurs	21,6	54,5
Robinet public	5,7	0,1
Pompe villageoise	15,5	0
Puits protégé ou buse	8,3	0,7
Eau non potable	38,9	1,1
Citerne	2,4	0
Puits non protégé	22,6	1
Rivière ou marigot ou mare	13,2	0
Autre	0,7	0

Source : RGPH3 / février 2002

Tableau 4 : Mode d'aisance

Département	Latrines à fosse ventilée	Latrines à fosse non ventilée	Toilette a chasse	Dans la nature
BENIN	13,6	12,5	2,8	67,3
Alibori	2,6	7,1	1,8	86,1
Atacora	1,6	5,8	0,7	90
Atlantique	14,5	14,4	1,6	65,1
Borgou	7,3	13,5	1,7	74,7
Collines	4,4	5,3	0,7	88,3
Couffo	3,8	7,9	1,9	81,4
Donga	2	8,6	0,3	87,3
Littoral	61,9	4,8	11,7	17,6
Mono	8,4	10,1	1,1	75
Ouémé	10	22	3,4	61,4
Plateau	1,9	19,3	1,3	74
Zou	2,3	21,2	0,5	68,1



Le régime du Bénin est présidentiel et son chef d'État est Boni Yayi , un ancien président de la Banque ouest africaine de développement qui a succédé à Mathieu Kérékou lors des élections du 19 mars 2006, avec 74,51% des suffrages, contre 25,49% pour Me Adrien Houngbédji. L'élection de Boni Yayi à la tête du Bénin suscite beaucoup d'espoir aussi bien au niveau des partenaires au développement qu'au sein de la population qui croient beaucoup en sa vision de faire du Bénin un pays émergent. Depuis la fin du marxisme-léninisme en 1989, le Bénin demeure un des pionniers de la démocratie multipartite en Afrique.

Selon le dernier rapport 2007 - 2008 du Programme des nations Unies pour le développement, le Bénin occupe le 163ème rang sur 175 pays avec un IDH de 0.437. Il est à noter que 95 % de l'économie béninoise est souterraine en raison de la fluidité des frontières notamment avec nos voisins du Nigéria. Sur près de 5 millions d'hectares de terre arable à peine 1 million est cultivé chaque année. Pourtant, l'agriculture occupe une place de choix dans le processus de développement économique et social vu qu'il occupe 70% de la population active, contribue à 36% au produit intérieur brut (PIB), procure 90% des recettes d'exportation du pays et participe à hauteur de 15% aux recettes de l'Etat. Selon le FIDA, l'agriculture béninoise compte environ 400 000 petites exploitations agricoles dont la surface moyenne varie entre 0,5 et 2 ha. De manière générale, la production agricole de ces petites exploitations croît au même rythme que la population, soit 3% par an. En 1996, le Bénin était 4ème producteur d'ignames, 15ème producteur de coton, 19ème producteur de manioc. Cette performance ne signifie pas le paradis puisque un enfant de moins de cinq ans sur quatre souffre d'un retard de croissance et huit pour cent d'entre eux ont un retard sévère.

Le pays est doté de trois principales zones climatiques à savoir :

- le climat tropical humide du Sud, avec deux saisons pluvieuses et deux saisons sèches. La température est élevée mais ne subit que de faibles variations entre 24 et 32°C et les précipitations varient de 90 mm à 1480 mm durant l'année.
- le climat tropical semi humide du Centre, avec une accentuation de la pluviométrie moyenne annuelle (1000 à 1200 mm par an).
- pendant ce temps au Nord, on note un climat de type aride semi-aride avec une saison sèche et une saison pluvieuse. La pluviométrie y varie de 99 mm à 1300 mm durant l'année

La pluviométrie, le paysage et le climat font du Bénin, un otage de certains agents responsables des maladies tropicales comme les mouches, les moustiques, les rongeurs, entre autres. La population est jeune à 65% et son espérance de vie à la naissance était de 56 ans en 2006.

Sur le plan culturel, le pays compte une cinquantaine de groupes ethniques dont les principaux sont : les Fons (28% de la population), les Yorubas (12%), les Gouns (12%), les Adjias (10%), les Baribas (10%). Dans le domaine de la culture populaire, le Bénin peut se targuer d'avoir quelques points, Angélique Kidjo une chanteuse de funk et de new jazz à décrochée en 2008 un Grammy Awards et a déjà été nominée au moins 5 fois à ces Grammy depuis 1995. Une diversité de sites dont les tatas sombas, le Parc W, la Pendjari, la Ville d'Abomey, les villages lacustres, les îles ou le culte vodoun, permettent au pays d'être une destination non moins importante pour les touristes. Voilà à peu de choses près la carte d'identité du Bénin.



II - INTRODUCTION GENERALE

La Campagne mondiale sur le droit à la santé initiée par PHM vise à faire connaître aux populations leurs droits sociaux et à les organiser afin qu'elles fassent pression pour être mieux impliquées dans les processus de prise de décision. Chaque pays participant fait une évaluation de la santé et/ou des déterminants sociaux les plus criants de la santé. Ce rapport rend compte de l'état de la mise en œuvre de la *Convention internationale sur les droits économiques, sociaux et culturels* notamment dans son *Observation Générale 14* qui parle du droit à la santé et des moyens de sa mise en œuvre.

People's Health Movement (PHM) est un réseau d'organisations et d'individus engagés dans la promotion de la santé pour tous et est régi par une Charte qui décrit avec plus de détails les principes et les fondements des droits de la personne centrés sur la santé et ses déterminants. Elle précise les défis aussi bien économiques, sociopolitiques qu'écologiques pour atteindre la santé pour tous en lançant un appel à l'action à tous les peuples du monde. Le Mouvement est doté d'un secrétariat tournant abrité par une organisation hôte désignée. Le Bangladesh et l'Inde ont déjà abrité le secrétariat qui est actuellement en Egypte. Au Bénin, le ReJPoD coordonne PHM. Pour plus d'informations, cliquez sur www.phmovement.org.

L'objectif de l'évaluation est de s'assurer que les politiques des gouvernements sont conformes aux normes internationales et qu'il n'y a pas de violation des droits aux déterminants de la santé tels que ceux écologiques, sociopolitiques et économiques. La finalité est de garantir la réduction de la pauvreté et l'accès pour tous aux services sociaux y compris les soins et services d'information en santé pour tous. *Le rapport final* sera suivi des grands axes stratégiques et d'un plan d'action alternatif qui va plaider pour la réparation des injustices causées par les décideurs notamment la violation du droit des gens à la santé et aux services sociaux. Au Bénin comme dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, le système sanitaire ou l'accès aux services sociaux est à la traîne. Les problèmes ont noms : pauvreté et manque de ressources, analphabétisme, destruction sauvage de l'environnement, pauvreté chronique, travail des enfants, absence de services d'accueil et d'information pour les jeunes et les adolescentes, la cherté des traitements et des médicaments, les maux des services de santé sont incommensurables. Tout ceci a pour conséquence, les grossesses précoces et non désirées, les fistules obstétricales, le fort taux de mortalité maternel et infantile, les mutilations génitales, le VIH/SIDA, le boom de la médecine traditionnelle, le boom des endémies (paludisme, tuberculose, fièvres typhoïdes,...), le cycle des grèves des agents de santé avec leurs conséquences...Il urge que les activistes santé, les défenseurs des droits de l'homme, les jeunes, les moins jeunes, tout le monde se lève comme un seul homme afin de briser les inégalités dans tous les domaines de la vie qui entravent la santé des gens et empêchent le développement parce qu'elles enfoncent les populations dans la pauvreté endémique. Il est temps que les gens démunis aient voix au chapitre!

L'Etat béninois reconnaît le droit à la santé et a fait voter des Lois pour sa mise en œuvre mais, les sanctions et l'implication des populations aux prises de décision reste des promesses. Compte tenu de l'urgence sanitaire, de l'engouement et des problèmes soulevés, nous devons réclamer l'accès à la santé pour tous y compris des médicaments à bas prix contre le paludisme et la tuberculose ; la réduction de la pauvreté ; les droits des femmes y compris ceux en santé et en alphabétisation ; le service accueil et conseil pour adolescents et jeunes en santé reproductive y compris le VIH/SIDA ; la sécurité alimentaire pour les populations lacustres ; l'adaptation au changement climatique et le développement durable. Ce rapport sur le droit à la santé est un instrument de lobbying et de plaidoyer afin que le droit à la santé pour tous soit atteint au Bénin. Il présente :

- la législation en vigueur aux niveaux national et international,
- les politiques du gouvernement et leur impact sur la santé
- un zoom sur les services de santé non publique
- une conclusion et des recommandations.



III - METHODOLOGIE

L'évaluation du droit à la santé par les populations est un processus participatif où les populations sont sensibilisées sur leurs droits à la santé, sur la législation et sur les attitudes qu'elles doivent tenir. Les populations à la base sont signataires du rapport dont elles ont participé à l'élaboration. De février à avril, des consultations publiques ont été organisées à Cotonou, Abomey Calavi, Abomey, Dassa Zoumè, Parakou et Porto Novo entre autres. Le travail a consisté pour l'équipe de campagne d'informer les populations sur les données qu'elle a collectées sur les documents et conventions ratifiés par le Bénin. Le travail a été orienté par le Guide d'évaluation du droit à la santé élaboré par PHM International.

Il a été procédé :

- à la production et à la diffusion des matériels d'information (spots, posters...)
- au lancement officiel de l'évaluation,
- à une revue documentaire pour les organisations impliquées dans le processus,
- à la collecte des données dans les centres de documentation et instituts de statistiques,
- à l'organisation d'ateliers d'auditions des populations,
- au traitement des données

Information, éducation, communication. La campagne médiatique est organisée dans le but d'informer les populations et les appeler à rejoindre la campagne et à raconter leurs histoires. Voici quelques moyens d'information développés : le lancement officiel de la campagne, des banderoles et des calicots sont disposés à des lieux clés, des spots sont diffusés sur des chaînes radio et, des posters collés partout, des brochures distribuées.

Lancement officiel de l'évaluation. Le lancement officiel de la campagne est en soit une stratégie de communication. Elle permet de parler directement à une masse comprenant les partenaires, les membres de PHM, des membres de la société civile mais surtout des gens démunis et les médias. Elle marque également le début du processus et vise aussi à donner de la vigueur aux meneurs de campagne.

La revue documentaire. Elle a permis aux organisations et aux personnes impliquées d'harmoniser leurs points de vue et de faire le point des documents essentiels élaborés par le gouvernement, les partenaires et les organisations de la société civile. S'en est suivie une distribution des thématiques ou des domaines afin d'accélérer le travail en suivant le Guide d'évaluation.

Collecte des données. Ici, il a été question de collecter les données en suivant les étapes du Guide d'évaluation à travers : une recherche documentaire approfondi dans les centres de documentation ou sur Internet ou au niveau des ONG, des enquêtes par sondage qui a atteint au moins deux milles personnes issues de diverses régions.

Les auditions des populations. Plusieurs auditions publiques ont été organisées à Cotonou, Abomey Calavi, Abomey, Porto Novo, Parakou et Dassa Zoumè entre autres à des degrés divers. Par des entrevues ouvertes et autoportraits, les points de vue des gens qu'on n'associe pas souvent ou dont les droits sont le plus susceptibles d'être violés. Il s'agit notamment des catégories d'âge (enfants, personnes âgées, jeunes), de sexe (femmes rurales ou urbaines), de condition sociale (pauvres, démunis), de handicaps (handicapés physiques, mentaux), géographique (migrants, nomade, habitants d'îles ou presqu'îles) de bien être (séropositifs, cancéreux), de petits producteurs (paysan, jardinier, artisans), de catégorie socio-éducative (scolaires, étudiants), de travailleurs...

Les histoires des gens ont été écoutées directement à travers des meetings publics ou indirectement à travers des textes ou support qu'eux-mêmes ont envoyé à l'équipe de coordination de la campagne ou à des lieux de collecte que l'équipe a indiqués.

Le processus de collecte des histoires et des témoignages continue aussi longtemps que la campagne.

Le traitement des données. Toutes les parties impliquées dans le processus déposent leurs travaux accompagnés par les supports. Les données dépouillées par les participants sont faites de divers



éléments : des rapports, des tableaux contenant les données sur la santé, des textes des histoires compilées, les photos (parfois) des gens rencontrés, des coupures de journaux ou de documents qui ont décrit des exemples d'abus ou de pratiques positives.

Atelier de conclusion et de recommandation. Un atelier entre les participants a permis de valider les données et de faire des recommandations. Au cours de cet atelier auquel ont participé divers acteurs sociaux, il a été question d'élaborer des recommandations à l'endroit du gouvernement afin que les conventions et politiques qu'il a librement signées soient respectées. Que celles parmi les politiques qui nuisent au bien être des populations soient revues et corrigées. Au total, plus de 2000 questionnaires ont été distribués. Et nous estimons le nombre de personnes touchées par cette évaluation à plusieurs milliers.

IV - LA LEGISLATION NATIONALE ET INTERNATIONALE

« La santé est un droit fondamental de l'être humain, indispensable à l'exercice des autres droits de l'être humain. Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint, lui permettant de vivre dans la dignité. La réalisation du droit à la santé peut être assurée par de nombreuses démarches, qui sont complémentaires, notamment la formulation de politiques en matière de santé ou la mise en œuvre de programmes de santé tels qu'ils sont élaborés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ou l'adoption d'instruments juridiques spécifiques. En outre, le droit à la santé comprend certains éléments dont le respect est garanti par la loi »

C'est un extrait Observations Générales 14 de l'article 12 du Pacte International sur les droits économiques, sociaux et culturels qui a constitué le point 3 de l'ordre du jour de la 22^{ème} session du Comité des droits économiques, sociaux et culturels tenue à Genève du 25 Avril au 12 Mai 2000. Une convention que le Bénin a librement signée et qui a été appuyée par les stratégies des soins de santé primaires contenue dans la Déclaration d'Alma Ata en 1978 qui prône l'équité, la participation communautaire et la collaboration intersectorielle en santé. Vu que personne ne l'a obligé à signer les documents collectifs et conventions, le Gouvernement béninois devrait créer des conditions favorables à : l'intégration du droit à la santé dans le droit national; aux recours dans les cas de violation du droit à la santé en même temps que des sanctions exemplaires pour les cas de violations; la participation des bénéficiaires y compris des personnes marginalisées, au processus de prise de décisions relatives au droit à la santé. Voici une liste de quelques Conventions signées par le Bénin et qui recommandent le droit à la santé pour tous :

Tableau 5 - Déclarations signées par le Bénin

N°	Documents	Année
1	Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires	1978
	Plate-forme d'action de Beijing	1995
	CIPD	1994
4	Objectifs de Développement du Millénaire	2000
5	Mécanisme Africain d'Evaluation par les Pairs	2003
6	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique, NEPAD	mai 2002
7	Déclaration d'Abuja sur l'initiative Faire reculer le paludisme en Afrique	(avril 2000)
8	Déclaration de Tunis relative au Sida et l'enfant africain	1994
9	L'Engagement d'Actions de Ouagadougou sur la lutte contre le VIH/Sida en Afrique;	(mai 2000)
10	Déclaration de Dakar relative à l'épidémie du Sida en Afrique;	(1992)
11	L'Appel d'Alger pour l'intensification de la lutte contre le Sida en Afrique	(avril 2000)
12	Initiative de Bamako pour relancer et revitaliser Alma Ata	1987

**Tableau 6- Quelques conventions et chartes ratifiées par le Bénin**

N°	Conventions et chartes	Années
1	Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à l'égard des Femmes	mars, 1992
2	Convention relative aux Droits de l'Enfant (CDE)	août 1990
3	Convention Internationale sur les Droits Civils et Politiques	1966
4	Pacte Internationale sur les Droits Economiques, Sociaux et Culturels (CIDESC)	1966
5	Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples	janvier 1986
6	Charte Africaine des Droits et du Bien -être de l'Enfant	juin, 1996
13	La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et des Peuples	Déc. 1948

Comme on peut le constater dans les tableaux 5 et 6, le Bénin s'est empressé de signer la plupart des accords majeurs depuis la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 en passant par le Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels de 1966, à l'Initiative de Bamako en 1987 qui avait des projets aussi ambitieux ceux :

- d'assurer l'approvisionnement et la distribution des médicaments,
- de déléguer le pouvoir aux districts,
- de déterminer des objectifs au niveau communautaire,
- de former des personnels de santé et des gestionnaires du système
- de favoriser l'accès des femmes au système
- de développer des d'alliances avec les institutions internationales et les ONG

Tout se passe comme si une grosse chicotte en main, on obligeait les Etats à signer les Conventions même celles qu'ils sont à peu près sûrs de ne pas respecter.

Sur le plan national, le Bénin a voté et promulgué une diversité de Lois qui prônent le droit à la santé pour tous à commencer par la Constitution de la République validé par un référendum en 1990 (tableau 7). Les stratégies de mise en œuvre de ces lois et programmes prennent en compte divers aspects de la santé pour tous mais ont souvent été influencées par l'ordre international : les programmes d'ajustement structurel (PAS) des institutions de Bretton Woods, les accords de l'OMC qui ne sont pas toujours favorables à la réalisation du droit à la santé.

L'un des problèmes majeurs de la santé au Bénin est la gestion de la médecine traditionnelle et l'automédication. On estime à plus de 80%, les Béninois qui se ruent sur la médecine traditionnelle pour diverse raison. L'avancée au galop de l'économie souterraine encourage également l'automédication. La création en 1996 du Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelles (PNPMT), en application des décisions issues de la table ronde de 1990 est une réponse au phénomène. Ce programme sera renforcé par l'adoption, en 2001, du Décret 2001-036 du 15 février 2001 fixant les principes de déontologie de la médecine traditionnelle au Bénin. Suivra en 2002, la Politique de promotion et d'intégration de la pharmacopée et de la médecine traditionnelles dans le système national de santé.

Tableau 7 - Lois et Politiques fondamentales

N°	Legislation	Année de naissance
1	Constitution Béninoise loi 90-032	11 décembre 1990
2	Document de Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRP)	2007
3	Vision Benin 2025	2000
4	Déclaration de Politique Nationale de Population	2002
5	Déclaration de Politique de Population DEPOLIPO	2 mai 1996
6	Code des Personnes et de la Famille	24 août 2004
7	La loi sur la répression de la pratique des mutilations génitales féminines	mars 2003
8	La loi sur la santé sexuelle et de la reproduction.	mars 2003
9	Politique Nationale de la Jeunesse	2003
10	Politique de promotion de la femme	2005
11	Politique Nationale de Santé (2007 – 2017)	2008
12	Table Ronde sur le Secteur Santé à Cotonou	12 et 13 janvier 1995



V - LES POLITIQUES DE POPULATION ET DE DEVELOPPEMENT AU BENIN

1) Politique de population

L'avant-projet du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) a été validé en 2002 par la Commission Nationale pour le Développement et la Lutte contre la Pauvreté (CNDLP) et adopté le 20 septembre 2002 par le Gouvernement en Conseil des Ministres puis approuvé par la Banque Mondiale et le Fonds Monétaire International respectivement en mars 2003. La Déclaration de Politique de Population (DEPOLIPO) de 1996 s'étend sur une période de 15 ans et a pour principaux objectifs de :

- Assurer un enseignement de qualité à tous les citoyens béninois.
- Résoudre de façon profonde et durable les problèmes de formation professionnelle et de l'emploi.
- Relever l'espérance de vie à la naissance de 54 ans en 1992 à 65 ans en l'an 2016.
- Promouvoir une fécondité responsable.
- Assurer une meilleure répartition spatiale de la population.
- Prendre en compte les migrations internationales dans le processus de développement.
- Garantir à chacun en tout temps et en tout lieu une alimentation suffisante, saine et capable d'assurer un bien être nutritionnel.
- Promouvoir l'habitat sain, la protection et le respect de l'environnement.
- Créer les conditions favorables à une pleine participation des femmes au processus de développement et à la jouissance des fruits qui en découlent.
- Créer les conditions pour une valorisation optimale des potentialités de la jeunesse.
- Assurer une sécurité sociale confortable aux personnes âgées.
- Intégrer les personnes handicapées dans le processus de développement.
- Adapter la mise en œuvre de la politique de population aux spécificités régionales.
- Intégrer des éléments de la politique dans les plans et programmes de développement.
- Mobiliser la population béninoise autour des problèmes socio-économiques et démographiques du pays.
- Améliorer les connaissances socio-économiques et démographiques du pays.

On constate aisément que la encore les dirigeants ont un programme ambitieux et on ne peut plus multisectoriel. Outre la DEPOLIPO, une série de recherches sur les perspectives de développement à long terme du Bénin ont été réalisées auprès de différentes couches sociales du pays, et ont abouti à l'élaboration d'une vision stratégique nationale du Bénin à l'horizon 2025. Selon la Vision Bénin 2025, « le Bénin est, en 2025, un pays phare, un pays bien gouverné, uni et de paix, à économie prospère et compétitive, de rayonnement culturel et de bien-être social ». Le PRSP, Document de Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté qui est renouvelé tous les trois ans tient compte de la Déclaration de Politique de Population, des perspectives du Bénin à l'horizon 2025 et du Programme d'Action du Gouvernement en cours. En 2007, le DSRP est devenu à l'arrivée de Boni Yayi, le SCR, le Document de Stratégies de croissance pour la réduction de la pauvreté.

Cette nouvelle Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCR) du Bénin s'inscrit dans un exercice participatif qui a associé l'Administration publique, les opérateurs économiques et la société civile. Cette stratégie est assortie d'un Programme d'Actions Prioritaires (PAP), couvrant la période 2007-2009, bâti autour des axes stratégiques et réparti par secteur et par ministère. Le processus qui a conduit à l'élaboration de la SCR a comporté plusieurs étapes, dont les principales sont les suivantes :

- *l'évaluation de la SRP 2003-2005, qui a permis de tirer les grandes leçons de la mise en œuvre de la SRP 1;*



- *le forum national sur la nouvelle Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté qui a regroupé tous les acteurs du processus et a permis de définir les principes directeurs qui ont guidé l'élaboration de la Stratégie ;*
- *la définition des Orientations Stratégiques de Développement (OSD) 2006-2011, qui présente les grandes lignes de la vision de développement à moyen terme du Gouvernement de laquelle découle la SCRP;*
- *la mise en place de dix groupes de travail, regroupant toutes les parties prenantes (« stakeholders »), et qui ont travaillé sur les thématiques majeures de développement pour relever les problèmes majeurs, évaluer les politiques et programmes en cours et proposer des révisions pour les trois prochaines années afin d'accroître les effets sur la croissance pour la réduction durable de la pauvreté au Bénin ;*
- *l'organisation d'ateliers spécifiques sur certains travaux thématiques, notamment le genre (14 novembre 2006), la population (14 novembre 2006), les droits de l'homme (14 et 15 novembre 2006) ; l'environnement (05 au 09 novembre 2006) et le VIH-SIDA (28 février au 02 mars 2007) ;*
- *la réalisation d'une Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie des Ménages (EMICoV), organisée en quatre (04) passages dont le premier s'est déroulé du 07 août au 25 novembre 2006 et a touché près de 18 000 ménages répartis sur l'ensemble du territoire national, et qui a permis d'élaborer le profil de la pauvreté et de recueillir les aspirations des populations à la base ;*
- *l'organisation de consultations avec les différentes structures nationales, départementales et locales, qui ont permis à toutes les parties prenantes de s'approprier le contenu de la SCRP.*

2) Politique en santé au Bénin.

Depuis les années 2000, le gouvernement béninois a développé une politique sanitaire résumée en 24 programmes dont:

- la réorganisation du niveau périphérique de la pyramide sanitaire à travers la création progressive de 36 zones sanitaires à la base de la pyramide, soit 3 tranches de 12 zones sanitaires et la décentralisation plus poussée des services de santé;
- le développement des ressources humaines, à travers l'utilisation rationnelle et une répartition équitable et à relever le niveau de qualification et de conscience professionnelle du personnel de santé ;
- l'amélioration de la santé de la reproduction. Les objectifs du gouvernement étant de
- l'amélioration des conditions d'hygiène et d'assainissement.
- la lutte contre le paludisme
- la lutte contre les maladies et les grandes épidémies par le maintien à travers la vaccination de tous les enfants
- la lutte contre les maladies diarrhéiques, notamment chez les enfants de 0 à 5 ans.
- la prévention et la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le SIDA ;
- et la collaboration avec le secteur privé

Le gouvernement a mené deux actions majeures depuis le régime Kérékou de 1996 à 2006, il s'agit de la création d'une ligne budgétaire réservée à la lutte contre le VIH/SIDA au sein de chaque ministère et la constitution d'un fonds de solidarité nationale fait de ressources issues de "l'Initiative Pays Pauvres Très Endettés" (PPTE) contre le paludisme et le VIH/SIDA, une stratégie d'allègement de la dette des pays les plus endettés.

En 2007, les états généraux de la santé ont rassemblé les syndicalistes, les agents de santé, les gouvernants autour d'une politique de santé sur dix ans. Malgré cela, des grèves dans le secteur appellent à des réformes et à plus d'investissement dans la santé.



VI - LA POLITIQUE ECONOMIQUE DE LA SANTE AU BENIN

Comme vous avez pu le noter, le Bénin est un pays pauvre très endetté. Pour atteindre ses objectifs, l'Etat a alloué un budget conséquent et susceptible de faciliter la mise en œuvre de la SCR. Les tableaux 8 et 9 nous informent sur l'allocation budgétaire de 2007 à 2009 et les tableaux 10 et 11 nous dressent les différents budgets d'Etat et les allocations à la santé de 1995 à 2005 et la loi des finances 2008.

Tableau 8: Allocation budgétaire par secteur sur la période 2007-2009 (% des dépenses hors service de la dette)

	Période DSRP (*)				Période SCR		
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Secteurs sociaux	28,3	27,6	29,2	31,0	30,6	30,7	31,2
Education	20,3	19,4	19,2	20,2	19,7	19,7	19,3
Santé	6,6	6,4	8,0	8,7	9,1	9,2	10,1
Autres secteurs sociaux	1,4	1,7	2,1	2,1	1,8	1,8	1,9
Production et commerce	6,9	9,7	8,8	8,3	8,5	8,3	9,1
Infrastructures Productives	12,1	12,6	10,5	19,6	19,5	21,7	23,0
Gouvernance	10,9	10,8	12,4	9,0	8,7	8,0	7,5
Politique	2,6	3,2	4,7	3,1	3,4	3,2	3,2
Economique	8,2	7,6	7,7	6,0	5,3	4,8	4,3
Défense et Sécurité	9,0	9,1	12,6	7,6	8,0	7,5	6,6
Souveraineté	4,6	4,6	6,8	3,8	3,8	3,6	3,5
Total Ministères et institutions	71,7	74,6	80,3	79,3	79,1	79,9	80,9
Autres budgets	28,3	25,4	19,7	20,7	20,9	20,1	19,1
Total Budget	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : MDEF 2006

Note : Les données de 2003-2005 sont des dépenses ordonnancées et celles de 2006-2009 des dotations.

Tableau 9: Coût et Financement de la S.C.R.P. (en milliards CFA)

	2007	2008	2009
Dépenses Publiques estimées *	631,0	711,3	776,0
Ressources Internes	506,7	522,8	568,7
Recettes Fiscales et non Fiscales	465,4	521,5	580,4
Autres Financements publics internes**	41,3	1,3	-11,7
Ressources externes (non compris l'allègement de la dette)	113,0	132,1	146,5
Gap de Financement	11,3	56,4	60,8

Source : MDEF 2006

Notes : * Dépenses Totales moins les pensions moins les intérêts de la dette due moins les paiements en rapprochement.

** y compris les variations d'arriérés.

Tableau 10 - Rapport budget santé, budget national de 1995 à 2005

Année	Budget national en CFA	Budget santé en CFA	Rapport budget santé/budget national (%)
1995	93.126.000.000	4.551.092.000	4,98
1996	96.271.711.000	24.101.475.000	4,90
1997	96.623.000.000	25.629.101.000	6,85
1998	104.363.000.000	30.814.212.000	6,72
1999	170.196.348.000	30.937.019.000	5,10
2000	372.800.000.000	34.219.947.000	9,17
2001	416.835.000.000	40.874.175.000	9,80
2002	477.609.000.000	38.328.000.000	8,03
2003	401.908.000.000	39.430.000.000	9,81
2004	547.700.000.000	45.670.000.000	8,34
2005	556.923.000.000	44.148.527.000	7,92

Source : Lois de finances, 1995 à 2005.



Tableau 11 : Loi des finances 2008 au Bénin

**TABLEAU D'EQUILIBRE GENERAL DE LA LOI DE FINANCES, GESTION 2008
(en millions de francs CFA)**

OPERATIONS	RESSOURCES		CHARGES		SOLDE	
	2007 Rév.	2008	2007 Rév.	2008	2007 Rév.	2008
A - OPERATIONS A CARACTERE DEFINITIF	518 432	598 283	836 890	915 299	-318 458	-317 016
I - BUDGET GENERAL DE L'ETAT	495 108	560 044	812 561	875 896	-317 453	-315 852
1 - Budget des institutions et ministères	471 473	535 757	738 699	815 476	-267 226	-279 719
a - Recettes des régies	470 700	535 757			470 700	535 757
b - BIAC	773	0			773	0
c - Dépenses ordinaires hors arriérés			451 840	443 566	-451 840	-443 566
d - Dépenses en capital			286 859	371 910	-286 859	-371 910
2 - Budget annexe	15 009	15 966	27 901	30 831	-12 892	-14 865
Fonds national des retraites du Bénin	15 009	15 966	27 901	30 831	-12 892	-14 865
3 - Autres budgets	8 626	8 321	10 187	10 189	-1 561	-1 868
a - Caisse autonome d'amortissement	6 000	6 000	1 386	1 388	4 614	4 612
b - Fonds routier	2 626	2 321	8 801	8 801	-6 175	-6 480
4 - variation nette des arriérés			35 774	19 400	-35 774	-19 400
II - COMPTE D'AFFECTATION SPECIALE	23 324	38 239	24 329	39 403	-1 005	-1 164
- Compte SYDONIA			1 005	1 164	-1 005	-1164
- Compte maintien de la paix	23 324	22 000	23 324	22 000	0	0
- Compte Education (appui ciblé)		16 239		16 239		0
B - OPERATIONS A CARACTERE TEMPORAIRE	38 236	109 942	36 494	108 000	1 742	1 942
I - COMPTES DE PRÊT	36	3 500	1 720	8 000	- 1 684	-4 500
II - COMPTES D'AVANCE	38 200	106 442	34 774	100 000	3 426	6 442
SOUS-TOTAL	556 668	708 225	873 384	1 023 299		
C - BESOIN DE FINANCEMENT DE LA LOI DE FINANCES					-316 716	-315 074
FINANCEMENT DU DEFICIT	316 716	315 074				
D - RESSOURCES INTERIEURES	88 423	53 668				
RESSOURCES EXCEPTIONNELLES DE TRESORERIE	88 423	53 668				
E - RESSOURCES EXTERIEURES	228 293	261 406				
I- DONNS PROJETS	67 333	92 586				
II- PRETS PROJETS	58 400	96 812				
III- ALLEGEMENTS DE LA DETTE	22 000	27 657				
IV- AIDES BUDGETAIRES	80 560	44 351				
TOTAL GENERAL	873 384	1 023 299	873 384	1 023 299	0	0

Source : Lois des Finances 2008 / MDEF

Le rapport budget santé / budget national (%) s'en va décroissant de 1995 à 2005. A ce jour, le pourcentage de la santé par rapport au budget général d'Etat est largement en dessous des 10% souhaité par l'OMS. Le rapport du budget santé sur le budget national qui représentait 8,81% en 1987 est passé à 3,7 en 1990 et 3,37 en 1991 (2,7 milliards de francs CFA), 4,89% en 1995, 5,85% en 1996, 6,85% en 1997, 6,72% en 1998 et 5,10% en 1999. Mais le budget santé par habitant augmente d'année en année 844 F en 1996 et 1450 F en 1999, 6000 en 2001. Le budget servant à l'équipement y compris le matériel et les médicaments ne suffit pas pour couvrir les besoins de formations sanitaires publiques et des services publics en vue d'assurer la santé pour tous.



Les partenaires financiers. Les principaux partenaires financiers de la santé au Bénin sont l'OMS, l'UNICEF, la Banque Mondiale, le Fonds Européen de Développement, la GTZ, l'USAID, l'UNFPA, les Coopérations belge et suisse, l'Association Française Raoul Follereau. Voir tableau 13. Les domaines d'intervention des partenaires sont les constructions, l'équipement des formations sanitaires, l'assistance technique, la formation et le recyclage du personnel, l'approvisionnement en médicaments, vaccin et eau potable. Ils interviennent également dans la recherche et la lutte contre certaines maladies : le paludisme, les diarrhées, la tuberculose, la lèpre, l'onchocercose, et le SIDA. Les organismes nationaux tels que la Croix-rouge Béninoise, l'Association Raoul Follereau du Bénin, le Rotary Club et le Lion's Club donnent également un appui au secteur de santé. Les collectivités locales participent également au financement de la santé à travers un système national de recouvrement des coûts dans l'ensemble des formations sanitaires du pays basé sur la vente des médicaments essentiels sous nom générique géré par une Centrale d'Achat qui s'approvisionne en médicaments essentiels à partir du marché international.

Tableau 12 - Financement des dépenses de santé de 2000 à 2005

Périodes	Budgets Santé en CFA	Ressources externes		Ressources internes	
		Montant en CFA	Budget secteur (%)	Montant en CFA	Budget secteur (%)
2000	34.219.497.000	14.338.000.000	42	19.881.497.000	58
2001	40.874.175.000	11.846.000.000	29	29.028.175.000	71
2002	38.328.000.000	6.432.000.000	17	31.896.000.000	83
2003	39.430.000.000	4.898.000.000	13	34.532.000.000	87
2004	45.670.000.000	8.098.000.000	18	37.572.000.000	82
2005	44.148.527.000	7.717.000.000	18	36.431.527.000	82

Source : Lois de finances, 2000 à 2005.

Tableau 13 : Aide internationale par sources de financement au secteur santé (en million FCFA) en 2005

Partenaires	Prévision 2004	Prévision 2005
AFRF	39	39
GTZ	83	-
OMS	295	992
UNICEF	695	135
UNFPA	138	138
Coopération Belge	56	1472
Fond Mondial	-	1295
USAID	1430	540
FED	0	737
Coopération Suisse	757	700
Pays Bas	0	0
Japon	0	0
ACDI	235	144
BID	34	200
IDA	-	200

ASS 2005

VII - IMPACT DES POLITIQUES ECONOMIQUES ET DE POPULATION SUR LA SANTE AU BENIN.

1) Quelques actions concrètes du gouvernement

Programme élargi de vaccination. En 2002 le Gouvernement, l'Unicef et l'OMS croyaient avoir gagné la bataille de la poliomyélite quand en 2003, deux cas de virus importés du Nigeria voisin se sont déclarés. Pourtant, le Bénin était parti pour avoir zéro cas de polio. Déjà en 1990, l'Initiative d'Immunisation Universelle avait atteint les 80% au niveau des 0 à 11 mois. La couverture vaccinale du PEV dans le cadre du renforcement est très



excitant : le vaccin antituberculeux est de 90% tandis que le vaccin antidiphthérique et antipoliomyélite est au dessus des 80% et le vaccin antirougeoleux vari entre 80% et 95%. Par ailleurs, malgré une population diversifiée où on retrouve des peuls nomades, on note à chaque journée nationale de vaccination un taux de couverture d'au moins 95%. Le Bénin a même remporté en décembre 2007 à Madagascar le trophée « Task force in immunisation in Africa en récompense de ses efforts dans la couverture vaccinale quatre années durant. En 2008 les enfants âgés de 6 à 59 mois ont reçus en plus du vaccin, une dose de vitamine A. Quant à ceux de 12 à 59 mois, ils ont reçus en plus une dose vermifuge. 2156562 enfants de 1 à 5 ans sont ciblés pour recevoir de l'albendazole, et 2677408 pour le vaccin polio oral. Selon les prévisions de l'Etat, en 2013, on ne devrait plus être en train de parler de cette maladie.

Paludisme. En partenariat avec l'OMS et le Fonds mondial et l'USAID, le gouvernement distribuent gratuitement des moustiquaires imprégnées aux enfants de 0 à 5 ans. C'est une grande avancée dans un pays où le paludisme est la première cause de morbidité et de mortalité. La lutte contre le paludisme devrait être renforcée après l'augmentation de l'aide américaine au programme paludisme annoncée par Georges W. Bush à son arrivée au Bénin en 2008. Environ 1,4 million de moustiquaires imprégnées ont été distribuées dans les 77 communes du Bénin, en 2007.

Gratuité de la césarienne. Le gouvernement prendra désormais en charge les frais de césarienne pratiquées sur les femmes lors de l'accouchement, selon le conseil des ministres du 13 Avril 2008 à Cotonou. Selon le communiqué de ce conseil des ministres, de "rendre gratuite au Bénin la prestation obstétricale qu'est la césarienne" dans un effort national de solidarité à l'endroit des populations les plus vulnérables. Les modalités de mise en œuvre de cette mesure sociale seront précisées dans les brefs délais par le ministre de la Santé. La césarienne au Bénin a un coût direct de 126.128 FCFA en moyenne, une somme qui n'est souvent pas à la portée des plus pauvres. Cet effort est une avancée exceptionnelle dans le cadre de la réalisation du droit à la santé au Bénin. Parmi les testimoniaux collectés au cours de l'évaluation certaines personnes ont raconté comment des femmes ont été obligées à rester à la maternité parce qu'elles n'ont pas payé les frais de traitement. D'autres sont décédées parce qu'elles n'ont pas pu payer les frais de médicaments ou de soins nécessaire à leur traitement. Le Sommet d'Abuja en 2000 recommandait avant la fin de 2005, 60% de taux de couverture en moustiquaires imprégnées et 60% de la prise en charge des cas de paludisme aussi bien dans les formations sanitaires qu'à domicile. Le Bénin est passé de 4,4% en 2001 à 40,62% en 2005 chez les 0 à 5 ans pour les moustiquaires imprégnées et de 59,97% pour les moustiquaires simples.

Prise en charge des malades du SIDA par les ARV. Les antirétroviraux sont gratuits au Bénin depuis 2004 mais le pays comptant à peine 48 centres de prise en charge sur tout le territoire, ce qui cause des ruptures d'approvisionnement en ARV, notamment en milieu rural. De même, 80 pour cent des quelque 8 420 patients aujourd'hui sous ARV au Bénin sont en situation d'insécurité alimentaire et près du 1/4 souffre de malnutrition.

La réglementation de la médecine traditionnelle et les actions contre l'automédication. 7.500 Praticiens de la Médecine Traditionnelle (PMT) ont été formés sur l'ensemble du territoire national sur la prévention, le diagnostic et le traitement du paludisme. Cette formation sur le paludisme est complétée par le capacity building en matière de prise en charge du VIH/SIDA. Le gouvernement a aidé à la création de 35 jardins de plantes médicinales.

Le gouvernement compte également procéder à l'actualisation de la pharmacopée, la cartographie des plantes médicinales, la révision de la politique et du plan stratégique.

En 2002 le gouvernement a signé un accord s'étendant sur trois ans et estimé à 400 millions de F Cfa avec la Fondation Jean Pierre Fabre afin d'assurer le contrôle des médicaments en



dotant le Laboratoire national de contrôle de la qualité de moyens financiers destinés à améliorer les équipements et la formation, d'améliorer la formation des magasiniers de la centrale d'achat et de participer à la mise en place d'une politique d'IEC sur les médicaments essentiels, enfin appuyer la Faculté des sciences de la santé (FSS).

Conseils en SR pour adolescents et jeunes : cas du Projet CCC/SRAJ. En partenariat avec l'UNFPA et l'UNICEF, le gouvernement met en œuvre plusieurs programmes et projets en Santé de reproduction des adolescents et jeunes dans un grand nombre des communes du Bénin qu'il dote de Centres de jeunes et de loisirs. Les jeunes pairs éducateurs formés par centaines sont éduqués à la protection contre les IST/SIDA en même temps qu'ils apprennent des choses sur la planification familiale.

La micro finance au plus pauvres. Selon Boni Yayi, le Président béninois, « toutes ces expériences ont montré que la micro finance, tout en étant un moyen de lutte contre la pauvreté, constitue un véritable outil de développement. » Dès son arrivée, il a instauré le micro crédits pour tous, un processus où les femmes se font accorder 30 000 FCFA avec un taux de remboursement supérieur à 99%. Le chef de l'Etat a porté à 20 milliards le Fonds de micro finance qui était en 2007 de 10 milliards. Cette mesure vient au secours de la santé des femmes en raison de l'autonomisation qu'elle encourage chez cette catégorie de béninois qui constitue 52% de la population.

Gratuité de l'enseignement primaire et universitaire en 2008. Nombre de Béninois ont accueilli la nouvelle avec beaucoup de joie. Cette mesure encourage une grande scolarisation des enfants dans le cadre de l'éducation pour tous. L'éducation est d'autant plus un déterminant social de la santé qu'une femme lettrée perçoit mieux l'importance des soins prénataux et est plus susceptible de lire la posologie d'un médicament ou d'un autre.

2) Le contexte sanitaire au Bénin

Tableau 14 : Organisation du système sanitaire au Bénin

Niveau	Structures	Institutions Hospitalières et socio-sanitaires	Spécialités
CENTRAL OU NATIONAL	Ministère de la Santé Publique	-Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) -Centre National de Physiologie -Centre National de Psychiatrie -Centre Nationale de gérontologie -Hôpital de la Mère et de l'Enfant (HOMEL)	-Médecine, Pédiatrie, Chirurgie, Gynéco obstétrique, Radiologie, Laboratoire, O.R.L, Ophtalmologie. -Autres spécialités
INTERMEDIAIRE OU DEPARTEMENTAL	Direction Départementale de la Santé Publique (DDSP)	-Centre Hospitalier Départemental (CHD) -Centres Nationaux de Traitement de l'Ulçère de Buruli	-Médecine, Pédiatrie, Chirurgie, Gynéco obstétrique, Radiologie, Laboratoire, O.R.L, Ophtalmologie. -Autres spécialités
PERIPHERIQUE	Zone sanitaire (Bureau de Zone)	-Hôpital de Zone -Centre de santé de commune (CSC) -Formations sanitaires privées	-Médecine générale, Chirurgie d'urgence, Gynéco obstétrique, Radiologie, Laboratoire, Pharmacie
		-Centre d'Action de la Solidarité et d'Evolution de la Santé (CASES)	Alphabétisation Loisirs
		Centre de santé d'Arrondissement (CSA) -Maternité et dispensaires	-Dispensaires -Maternité -Pharmacie ou dépôt pharmaceutique
		Unité villageoise de santé (UVS)	-Soins, Accouchements, Caisse de pharmacie

Source : MSP



Tableau 15 - Répartition du personnel de santé et principaux ratios par département en 2003

Formations sanitaires	Départements							Bénin
		Atacora/ Donga	Atlantique/ Littoral	Borgou/ Alibori	Mono/ Couffo	Ouémé/ Plateau	Zou / Colline	
Médecins	Publique	24	184	32	42	60	44	386
	Privées	24	469	14	9	42	31	589
	Total	48	653	46	51	102	75	975
Nombre hbt / Médecin		19540	4669,5	33337	19492	15074	19420	6,612
Infirmiers	Publiques	118	442	226	148	247	226	1407
	Privées	8	430	21	38	111	125	733
	Total	126	872	247	186	358	351	2140
Nombre habitants/ Infirmier		7662	2232	5713	5015	5054	6774	2,754
Sage-femme	Publiques	42	258	51	63	150	111	675
	Privées	2	253	14	4	50	38	361
	Total	44	511	65	67	200	149	1036
Nombre hbts/sage-femme		4517	852,5	5005,5	4345	1971	1847	1,544
Techniciens de laboratoire	Publiques	25	93	32	36	51	58	295
	Privées	5	81	12	1	17	10	126
	Total	30	174	44	37	68	68	421
Nombre hbts/ TL		31285	1660,1	32678	31696	29678	21516	17,329

Source : MSP, 2003

En 2000 le Bénin comptait quelques 1.302 formations sanitaires dont 671 publics et 631 cliniques privées. En 2003, la couverture sanitaire était de 86,4%. De façon plus détaillée, il y a en 2003, au moins 34 hôpitaux de zone soit 1 pour 199115 habitants ; 5 Centres hospitaliers départementaux, soit 1 pour 1353 982 habitants ; 80 Centres de santé communaux, soit 1 pour 84624 habitants ; 359 Centres de santé d'arrondissement soit 1 pour 18857 habitants.

La question de la Formation. Au cours de nos consultations publiques, Madame Eugénie, une revendeuse de 39 ans racontait qu'elle a perdu son enfant deux jours après la naissance de celui-ci parce qu'on lui a administré une antibiotique d'adulte. Le médecin, un pédiatre lui aurait prescrit le médicament que les infirmières lui ont injecté. Cela c'est passé à Mènontin dans la capitale économique du Bénin il y a quelques moi seulement. « *J'ai gardé ma grossesse pendant 9 mois pour que mon enfant meurent deux jours après sa naissance, il faut que le gouvernement repense la formation des agents de santé* » grognait – elle. Pourtant, il existe plusieurs écoles de formation au Bénin qui sont regroupés au sein de :

- **l'Institut national médico-social (INMES)**, composé de l'Ecole Nationale des Infirmières et Infirmiers d'Etat du Bénin créé en 1963, de l'Ecole Nationale des Sages Femmes d'Etat du Bénin (ENSFEB, 1965), de l'Ecole des Techniciens de Laboratoire d'Analyses Médicales (ETLAM, 1972), de l'Ecole Nationale des Assistants Sociaux niveau 1 (ENAS, 1975), et de l'Ecole des Techniciens Sanitaires (ETS, 2001)
- la **Faculté des Sciences de Santé (FSS)** qui regroupe l'Ecole de Médecine et l'Ecole de kinésithérapie.
- de l'**Institut régional de santé publique (IRSP)**
- l'**Ecole nationale des infirmiers et infirmières du Bénin**
- l'**Ecole nationale des agents d'assainissement et d'hygiène (ENAAH)**
- l'**Ecole nationale de formation des infirmiers et sages-femmes en anesthésie réanimation (ENAFISAR)**



Tableau 16 : Indicateurs clés population et santé au Bénin

INDICATEURS	2003	2004	2005	VALEUR CIBLE DSRP 1
Taux de Mortalité Infantile (TMI)	68	66	66,8	65
Taux de Mortalité Infanto juvénile (TMM5)	107	105	105	117
Taux de Mortalité Maternelle (pour 100 000 naissances)	474			
Taux de fréquentation des services de santé	38	39	37	37
Taux de fréquentation des services de santé pour les enfants de 0 à 5 ans	78	86	76,2	Nd
Taux d'accouchements assistés par du personnel médical et/ou paramédical	76	76	75	75
Taux de consultation prénatale	76	76	90	84
Taux de prévalence du VIH-SIDA parmi les femmes enceintes au cours de visites prénatales dans les centres de santé	2,2	2	2,1	Moins de 6%
Taux de létalité du paludisme pour 10000 habitants	Nd	135	140	62,5

Source : Rapport d'avancement 2005 DSRP

Quatre malades sur dix consultés souffrent du paludisme au Bénin. L'incidence du paludisme simple au Bénin est de 108% avec des chiffres beaucoup élevés chez les 0 à 5 ans.

3) Taux de fréquentation

Le taux de fréquentation des centres de santé à Cotonou comme vous pouvez le voir sur le tableau ci-dessous est bas. Et dites vous que , vu que c'est la capitale économique et le plus grand centre urbain, le taux est moins bas qu'en milieux ruraux où la médecine traditionnelle est très sollicitée. L'Organisation Mondiale de la Santé estime 80 à 85% des gens au Bénin font recours à la médecine traditionnelle pour leurs besoins en santé. Cette réalité est prise en compte dans la Déclaration d'Alma Ata (1978) et les recommandations de la Politique Régionale de Santé pour Tous au 21ème siècle qui soulignent l'importance de la médecine traditionnelle en matière de soins de santé primaires. De même, les Chefs d'Etat africains ont réaffirmé, lors des rencontres de l'Union Africaine qui sont tenus à Abuja et à Lusaka en 2001 leur engagement à faire de la recherche en médecine traditionnelle une priorité en déclarant la période 2001-2010 « *Décennie de la médecine traditionnelle africaine* ». On a assisté en si peu de temps à la légitimation de la médecine traditionnelle en Afrique et au Bénin. La présence on ne plus remarquable de la médecine traditionnelle dans les structures au Bénin est largement due à la conjoncture économique faite d'une hausse vertigineuse des prix des médicaments modernes, le boom de certaines maladies et les limites de la médecine moderne, à cela il faut ajouter la paupérisation.



Tableau 17: Répartition des affections rencontrées en consultation par ordre décroissant

Affections	Nombre de cas					
	Masculin	%	Féminin	%	Total	%
Paludisme	498 578	39,6	548 296	39,8	1 046 874	39,7
IRA	185 852	14,8	178 844	13,0	364 696	13,8
Autres affections gastro-intestinales	82 112	6,5	92 530	6,7	174 642	6,6
Traumatisme	93 969	7,5	53 278	3,9	147 247	5,6
Diarrhées	65 459	5,2	61 350	4,5	126 809	4,8
Anémie	52 225	4,1	54 462	4,0	106 687	4,0
Affections dermatologiques	30 574	2,4	30 322	2,2	60 896	2,3
Affections oculaires	23 738	1,9	27 085	2,0	50 823	1,9
Hypertension artérielle	15 328	1,2	27 051	2,0	42 379	1,6
Autres affections uro-génitales	9 871	0,8	22 692	1,6	32 563	1,2
Reste des affections	211 534	16,8	304 188	22,1	515 722	19,6
Total des cas	1 259 369	100	1 377 406	100	2 636 775	100

Source: SNIGS/SSD/DPP/MS, 2006

Tableau 18 : mortalité des enfants

Nombre d'enfants	Milieu de résidence		
	Bénin	Rural	Urbain
Décédés sur 1000 naissances			
Avant le premier anniversaire			
Ensemble	90,0	92,0	83,0
Masculin	101,0	100,0	91,0
Féminin	82,0	84,0	73,0
Avant le cinquième anniversaire			
Ensemble	146,4	150,1	134,3
Masculin	166,6	163,9	148,3
Féminin	131,6	135,3	115,6

Source : INSAE / RGPH3



Tableau 19 : Fréquentation en 2001 des centres de santé de Cotonou

	Consultants hospitalisés					Consultants non hospitalisés					Total Général	%
	0_11 mois	1_4 ans	5_14 ans	15 ans et +	Total	0_11 mois	1_4 ans	5_14 ans	15 ans et +	Total		
Ex Cotonou 1												
COTONOU 1						36	211	1 325	7 720	9 292	9 292	48,1
CSMI						6 168	3 863	5		10 036	10 036	51,9
Ex Cotonou 2												
ALLODO1						624	1 215	876	3 269	5 984	5 984	25,5
COTONOU 2						2 483	2 889	1 945	6 087	13 404	13 404	57,2
DISP AGBATO						695	585	361	1 473	3 114	3 114	13,3
MATERN COTONOU II						101	0	26	797	924	924	3,9
Ex Cotonou 3												
CENTRE MED KPONDEHO						44	189	272	433	938	938	2,2
COTONOU 3						3 773	3 135	1 517	5 142	13 567	13 567	31,3
MINONKPO						310	660	909	1 522	3 401	3 401	7,8
OASHA						141	380	359	1 015	1 895	1 895	4,4
ST EMMANNUEL						0	8	13	23	44	44	0,1
ST MARIE LES ANGES						5 460	6 365	2 225	9 472	23 522	23 522	54,2
Ex Cotonou 4												
AHOANSORI						627	465	242	462	1 796	1 796	9,4
CMS SANTE POUR TOUS						521	786	862	3 578	5 747	5 747	30,0
COTONOU 4						2 171	2 708	2 679	4 037	11 595	11 595	60,6
Ex Cotonou 5												
BETHESDA						4 516	6 505	6 938	19 294	37 253	37 253	46,0
COTONOU 5						1 809	2 650	1 380	5 593	11 432	11 432	14,1
CS MENONTIN						3 342	3 926	2 438	12 701	22 407	22 407	27,6
DISP SIKECODJI						256	376	302	1 010	1 944	1 944	2,4
OASH ONG						20	33	69	233	355	355	0,4
ZOGBO						2 255	1 895	915	2 605	7 670	7 670	9,5
Ex Cotonou 6												
COTONOU 6						536	1 277	1 264	4 693	7 770	7 770	10,5
HOUENOUSSOU						2 604	2 286	623	2 368	7 881	7 881	10,6
CS/ORDH						251	770	689	2 987	4 697	4 697	6,3
DISP. CADJEHOUN						109	174	275	1 050	1 608	1 608	2,2
DJOMEHOUNTIN						189	309	156	908	1 562	1 562	2,1
GARNISON									1 891	1 891	1 891	2,6
JORDAN						315	479	340	1 590	2 724	2 724	3,7
ST JEAN						10 943	11 349	5 218	18 407	45 917	45 917	62,0
Total						50 299	55 488	34 223	120 360	260 370	260 370	

Source : MSP/DPP/SSDRO-SNIGS

**Tableau 20: Principales causes d'hospitalisation au CNHU en 2001**

Type de maladies	Cas	%	Décès	Létalité
Maladies infectieuses	1622	15,8	136	8,4
Tumeurs	277	2,7	35	12,6
Maladies du sang	1416	13,8	78	5,5
Maladies endocriniennes	189	1,8	27	14,3
Troubles mentaux	21	0,2	0	0,0
Maladies du système nerveux	192	1,9	17	8,9
Maladies de l'oeil	87	0,8	1	1,1
Maladies de l'oreille, nez et gorge	27	0,3	1	3,7
Maladies de l'appareil circulatoire	759	7,4	83	10,9
Maladies de l'appareil respiratoire	418	4,1	42	10,0
Maladies de l'appareil digestif	576	5,6	24	4,2
Maladies de la peau et des tissus sous cutanés	50	0,5	5	10,0
Maladies de l'appareil ostéo-articulaire	184	1,8	0	0,0
Maladies de l'appareil uro-génital	444	4,3	37	8,3
Obstétrique	2328	22,7	9	0,4
Néonatalogie	262	2,6	43	16,4
Malformations congénitales	188	1,8	4	2,1
Lésions traumatiques	841	8,2	17	2,0
Causes externes	14	0,1	1	7,1
Autres motifs de recours	357	3,5	14	3,9
Ensemble	10252	100,0	574	

Source : CNHU, 2001

3) Déterminants sociaux de la santé

Le droit à la santé est déterminé par un certains nombres de facteurs dont l'éducation, l'environnement sain, la sécurité alimentaire, le logement entre autres. Avec 70% de sa population analphabète et environ 30% de gens vivant sous le seuil de la pauvreté, le Bénin est un pays où les moyens financiers sont au cœur des choses. Des frais de scolarité aux frais de loyer et de nourriture, la pauvreté est l'un des freins à la réalisation du droit à la santé.

Qu'on ne demande pas à des gens qui vivent dans des taudis sans eau potable ou avec à peine un repas par jour de s'acheter des médicaments comme ceux pour le traitement du paludisme!

4) Les groupes vulnérables

Les groupes les plus vulnérables sont entre autres, les femmes, les enfants et les adolescentes, les Peuls nomades du nord Bénin, les migrants vendeurs ambulants, les Personnes Vivant avec le VIH, les handicapés.

Les femmes, les enfants et les adolescentes. Les femmes et les adolescentes constituent un groupe très vulnérable au Bénin en raison des disparités au niveau des sexes encouragées par les us et coutumes en même temps que l'absence de lois appliquées sur leur droit à la santé et aux services sociaux. A Ganvié par exemple, quelques centaines d'adolescentes et de femmes s'entassent chaque jour à l'embarcadère de Ganvié à Abomey Calavi en vendant du poisson matins et soirs. Les fillettes de 0 à 20 ans sont aussi là en compagnie de leurs mères au grand dam de l'éducation pour tous au moment où les enfants et adolescents de leur age sont complètement tranquillement les cours primaires ailleurs. L'embarcadère de Ganvié est un



défi pour tous. Droit à l'alimentation, droit à l'éducation, à un environnement sain, tout est foulé au pied dans cette localité puisqu'il n'y a ni eau potable, ni latrine encore moins des poubelles officielles. En étant du spectacle pour les touristes d'ici et d'ailleurs, ces populations lacustres qui vivent de pêche constituent une des communautés géographiques les plus vulnérables du pays et les politiques du gouvernement à l'endroit des pauvres devraient mieux s'intéresser à eux. Aujourd'hui elles sont indifférentes à la politique parce que très occupées à assurer leur pitance journalière qu'elles arrachent difficilement à la sueur de leurs fronts. Au cours des entretiens que nous avons eu avec eux elles auraient aimé faire autre chose mais elles n'ont ni terre, ni d'autres possibilités de travail afin d'assurer leur sécurité alimentaire puisqu'elles vivent dans une localité lacustre.

Les Peuls nomades du nord Bénin : pâturages et parturition. Au Bénin comme dans certains pays africains, les peuls sont minoritaires, nomades et migrent entre les localités du Bénin selon les saisons. C'est une communauté de grands éleveurs de bovins et de moutons. Ils vivent dans les champs et échappent parfois aux recensements essentiels. Ils sont en marge des mutations et de l'évolution technologique comme Internet, la télévision etc. mais sont néanmoins protégés de la pollution urbaine. Les parturientes peules accouchent souvent dans la brousse. Les peuls du Nord Bénin n'ont recours à des centres de santé qu'après des complications dont le contrôle leur échappe s'ils sont proches des centres de santé. Ils ne bénéficient pas des mêmes avantages que les autres communautés sédentaires parce qu'ils vivent dans des structures périphériques. Bien sûr, ils ne vivent pas dans la grande paupérisation, mais ils sont en proie à l'isolement même s'ils ne sont pas des îles.

Les migrants vendeurs ambulants. Le Bénin est certainement l'un des pays les plus hospitaliers au monde. Aux heures de crise au Togo, des centaines de réfugiés togolais ont occupés des camps au Bénin. Dans le même temps, plusieurs centaines de nigériens vivent dans des conditions précaires au Bénin. Ce sont principalement des vendeurs ambulants d'appareils de première nécessité et de friperie dans les avenues des grandes villes du Bénin. Ils constituent une partie des personnes les plus pauvres de la population béninoise. Avec à peine un repas par jour, les nigériens sont en plein dans la malnutrition. Issifou, un jeune homme de 28 ans vendeur de chaussure à Porto Novo a « quitté le Niger parce que là bas (il) n'arrivait pas à joindre les deux bouts » Là bas où il a femme et enfants et où il compte aller s'installer quand il aura eu les moyens d'installer sa propre affaire. Une discrimination officieuse et parfois officielle caractérise ces migrants. Officiellement durant les recrutements à la fonction publique où seuls les béninois ayant une nationalité béninoise postulent. Officieusement dans la vie courante où les populations locales défendent les leurs face à eux. Parce qu'ils n'ont pas les moyens, ces gens sont réputés pour habiter les taudis à plusieurs en ayant accès à peine à l'eau potable en pleine agglomération de Cotonou.

Les handicapés. Les handicapés au Bénin sont comme ailleurs exclu et sont eux aussi des îles qui ne disent pas leurs noms ! Nombreux sont ceux qui voient d'un œil subjectif une personne handicapée physique ou moteur. Pendant ce temps, la santé publique ne prévoit pas des soins gratuits à cette catégorie de gens vulnérables : par exemple, Judicaël a dit dépenser une fortune pour se soigner quand il tombe malade.

Les Personnes Vivant avec le VIH. Les personnes vivant avec le Virus du Sida sont mal vues aussi bien par leurs familles que par la société en générale. Malgré les grandes campagnes de sensibilisation à l'endroit du grand public, les stéréotypes sont demeurés et emportent dans leurs vagues les malades du Sida qui se trouvent ainsi rejetés d'emblée ! Mathieu, élève en classe de Terminale à Parakou, contait l'histoire de Nadine, une jeune fille d'environ 29 ans qui est décédée des suites du Sida. « Elle était rejetée par tout le monde sauf par ses parents. A la maison, ses frères la gardent bien à distance en la taxant tous les jours de salle prostituée puante ! Elle pleurait à longueur de journée. Elle était maigre comme une



vache d'après la sécheresse au Ténére ! Finalement, elle est décédée malgré les thérapies fournies par le gouvernement. Son décès n'a pas fait l'objet de grandes funérailles comme c'est souvent le cas dans notre pays. »

Il y a quelques actions populaires qui n'encouragent pas les bonnes actions du gouvernement.

5) Quelques exemples de résistances aux efforts du Gouvernement

Le refus de la vaccination par les populations de Tchaourou. Djougou et Tchaourou sont deux localités décrétées à haut risque en raison des résistances musclées contre les vaccins antipolio. Parfois, le ministre de la santé a dû s'employer lui-même pendant plusieurs années avant que les meneurs de ces résistances ne reviennent à la raison. Dans le Zou/Collines, le tissu porté par les agents de vaccination est le prétexte des populations pour boycotter les vaccinations. En effet, les populations de cette région du pays habillaient leurs morts dans ce genre de tissu avant de les enterrer. Que des gens qui prétendent les sauver se présentent tous habillés de ce tissu, il y a à leurs yeux quelque chose de curieux ! Aujourd'hui, on n'est pas à 0% de résistance mais, il y en a de moins en moins.

Les morts causées par prises multiples de Vitamines à cause de moustiquaires gratuites. Le gouvernement béninois avait lancé en octobre 2007 une vaste distribution gratuite de moustiquaires imprégnées de longue durée d'action (MIILD), de la vitamine A et de l'albendazole. Cette campagne historique de distribution vise la protection des enfants de moins de cinq ans contre plusieurs maladies évitables notamment le paludisme, les parasitoses intestinales et la carence en vitamine A. L'ambition était de :

- couvrir au moins 90% des enfants de moins de cinq ans de moustiquaires imprégnées d'insecticides de longue durée d'action ;
- sensibiliser 100% des mères d'enfants de moins de 5 ans présentées au poste de distribution sur l'utilisation des MIILD en leur apprenant à bien installer les MIILD ;
- administrer à au moins 90 % des enfants de 12 mois à 5 ans des comprimés d'albendazole et de vitamine A ;
- administrer à au moins 90 % des enfants de 6 à 11 mois la vitamine A.

Cette distribution sans précédent s'est soldée par plusieurs morts d'enfants. En raison de la gratuité des moustiquaires et dans le dessein de se procurer le plus possible de moustiquaires, certaines mères notamment dans la commune d'Abomey Calavi à Tokan ont amené leurs enfants à plusieurs postes de distribution dans la même journée. Conclusion, elles ont reçu plusieurs moustiquaires gratuitement mais, elles ont perdu leurs enfants par overdose. Une fin tragique d'une opération qui ne manque pas d'audace et de volonté d'éradiquer le paludisme.

L'immunité parlementaire et la lutte contre la corruption. Quelques jours après son arrivée au pouvoir, le Chef de l'Etat n'a pas tardé à montrer son activisme. Il a organisé une marche verte contre la corruption où il a marché 15 kilomètres dans la ville de Cotonou ! Ce fait a été salué par les partenaires au développement à l'unanimité. La volonté du gouvernement d'aller jusqu'au bout dans la lutte contre la corruption est engagée. Déjà en 2004, un Observatoire indépendant de lutte contre la corruption (OLC) a été officiellement installé qui prend en charge l'élaboration et la coordination des programmes anti-corruption. L'observatoire est un organisme autonome et indépendant de toutes les institutions de l'Etat qui a pour objectif de :

- Rechercher et analyser les faits de corruption et les infractions connexes à quelques niveaux que ce soit
- Se saisir des dossiers de corruption ou de fraude et de faire mener des investigations sur ces dossiers
- Collecter les données sur la corruption, suivre les dossiers de corruption ;



- Faire prendre des mesures nécessaires à la protection des témoins
- Produire un rapport et en faire copie à toutes les institutions etc.

En 2007, alors que un rapport de l'OLC mettait en cause deux députés proches de la mouvance présidentielle en raison de leur gestion « peu transparente » alors qu'ils étaient à la tête d'une société d'Etat, le Chef de l'Etat a demandé contre toute attente au Parlement la levée de l'Immunité parlementaire des deux mis en cause. Les députés n'en ont rien fait. Au contraire, ils ont dénoncé ce qu'ils appellent « une menace de la démocratie ». En clair, la lutte contre la corruption qui devrait aider à la réalisation effective du droit à la santé rencontre des résistances les plus farouches au sein même des institutions d'Etat. Il y a quelques années, un rapport d'une autre commission celle là chargée de la moralisation de la vie publique a révélé que environ 70 milliards de FCFA ont été détournés des caisses de l'Etat entre 1996 et 2001.

Les suites de la suspension des décisions de justice sur les conflits domaniaux.

Pas un jour à Cotonou où des bulldozers ne détruisent une maison. Des décennies après leur installation, des populations se retrouvent sans domicile fixe. Mais fidèle à sa vocation de rester plus proche des populations, le président Boni Yayi a suspendu les démolitions de maisons suite à des décisions de justice. Pour les bénéficiaires, Dieu vient de descendre enfin ! Mais la justice elle ne voit pas la chose d'un bon œil ! Les huissiers, les magistrats se sont lancés dans une série interminable de grève pour manifester leur mécontentement jusqu'à ce que la Cours Constitutionnelle casse la décision du gouvernement. Sossavi, 68 ans artisan à Sèmè Kpodji nous a fait savoir qu'il a été chassé des terres où son grand père menait son métier de forgeron où il vivait jusqu'à il y a quelques mois avec ses femmes, ses fils et ses petits fils. Il ne pouvait s'imaginer qu'un de ses matins, il se retrouverait dans la rue. Le droit au logement bafoué entraîne une violation du droit à la santé. Depuis 1953, les trois systèmes fonciers du Bénin sont le régime coutumier, le permis d'habiter et le titre foncier. La grande majorité des terroirs appartiennent aux populations et non à l'Etat. Selon Sossavi, les immatriculations de régime foncier, le lotissement sont coordonnées par des structures corrompues. Actuellement, un parlementaire vient d'introduire une loi pour corriger les insuffisances de celle de 1953.

Les programmes internationaux. Des programmes internationaux comme l'Accord Général sur les Tarifs douaniers et le Commerce, les Aspects des Droits de la Propriété Intellectuelle qui touchent au Commerce, les programmes d'ajustement structurels du Fmi et de la Banque Mondiale ou encore les Accords de partenariat économique ACP-UE ne sont pas susceptibles de contribuer à la réalisation du droit à la santé. Au contraire, ils ne tiennent pas compte de la spécificité de la santé publique ou développent des concepts non favorable au droit aux déterminants sociaux de la santé dans les pays du Sud.

Les actions peu citoyennes de l'homme. Les actions de certaines gens en matière d'hygiène ou d'entretien des acquis en matière de santé et environnement rament largement à contre courant des efforts des organisations de la société civile, des partenaires au développement et du gouvernement. Certaines personnes urinent dès qu'ils peuvent sur la place publique. D'autres versent des eaux usées dans les rues et dans les fossés avec à la clé des odeurs qui alertent tout le quartier !

L'économie souterraine sur les médicaments. Parce qu'elles sont en contact permanent avec des médicaments dont elles disent être très efficace, les populations du Bénin ne sont pas prêtes à cautionner la lutte contre l'automédication au Bénin. D'ailleurs, cette pratique permet de faire deux chose essentielles nous rapportait Estella, une vendeuse de médicament à Glazoué, dans les collines : d'abord un emploi pour le vendeur, ensuite un remède pour les malades !



VIII - LES SERVICES SANTE ET SOCIAUX NON PUBLIQUES

Devant l'immensité des tâches à accomplir, l'Etat se voit inapte à couvrir le territoire national en soin de santé primaire. Après la Conférence nationale des forces vives de la nation de 1990 et le Référendum sur la Constitution, le gouvernement a créé des conditions favorables à l'implantation des structures de santé privée. Il existe un flot de centres de santé privés, d'hôpitaux confessionnels mais aussi des groupes lucratifs notamment dans le domaine pharmaceutique.

1) Les structures lucratives

Il y a au Bénin 5 grossistes répartiteurs principaux : GAPOB, MEDIPHARM, PROMOPHARMA UBPHAR et GBPHARM. On retrouve également 2 producteurs de médicaments et de consommables médicaux : PHARMAQUICK et SOPAB. Les officines de pharmacie sont environ 161 et les dépôts au nombre de 270.

Avec ses 9 millions d'euros de chiffre d'affaire en 2005 et ses quelques 9 300 personnes employées dans le monde, La Fondation Pierre Fabre reste le deuxième laboratoire pharmaceutique privé français. Le groupe est présent en Europe du Nord, Russie, Japon, États-Unis, soit par le biais de filiales, soit par l'acquisition de sociétés. Au Bénin le groupe Pierre Fabre a signé un contrat de 400 millions de F Cfa avec le gouvernement afin d'assurer le contrôle des médicaments en dotant le Laboratoire national de contrôle de la qualité de moyens financiers destinés à améliorer les équipements et la formation, d'améliorer la formation des magasiniers de la centrale d'achat et de participer à la définition et à la mise en place d'une politique d'IEC sur les médicaments essentiels mais aussi de soutenir, l'enseignement de la Faculté des sciences de la santé de Cotonou. Une série de campagne sont menées afin de lutter contre les médicaments vendus sur le marché informel mais le mal est encore là perceptible au bord de nos voies.

2) Les autres structures

Les organismes à but non lucratifs sont en foisonnement dans le domaine des soins et des services sociaux. Ici, on note une grande diversité sur l'ensemble du territoire national. On peut en citer quelques-uns.

Béthesda. C'est en 1987 que le Conseil Interconfessionnel des Eglises Protestantes du Bénin (CIEPB) a mis sur pied une commission Technique chargée d'élaborer la politique en matière de santé. Une équipe de médecin appuyée par le Français Daniel GOLDSCHMIDT, délégué des Mennonites auprès de la Commission, a réfléchi en 1989 à l'établissement des besoins matériel et en médicament et la définition de l'organisation du travail. Et c'est en février 1990 que le Centre de Santé BETHESDA (CSB) a commencé ses activités en 1990 au même moment que la Conférence Nationale. Suite à ces travaux, l'inauguration officielle du centre a eu lieu le samedi et le démarrage effectif des activités le lundi 19 février avec une période d'essai c'est-à-dire jusqu'au 30 novembre 1990. Depuis 1990, le Centre de Santé BETHESDA (CSB), est un Département de l'ONG BETHESDA lancé par le Conseil et officiellement déclarée et enregistrée au Ministère de l'Intérieur comme institution intervenant dans le développement en 2002. Depuis, l'ONG BETHESDA s'est engagée dans un programme de développement socio-sanitaire visant à améliorer le bien-être physique, mental et social de l'individu, de la famille et de la communauté à un coût réduit et accessible. En 1993, une deuxième plate-forme baptisée Développement Communautaire et Assainissement du Milieu (DCAM) a été créée pour prévenir la santé par l'amélioration du cadre de vie. Béthesda comporte aujourd'hui un volet micro crédit depuis 1996, la Promotion d'Épargne -Crédit à Base Communautaire (PEBCo). Les projets sont présents à Cotonou et à Hévié dans la commune d'Abomey Calavi où sont en partenariat plusieurs groupements de femmes. Béthesda est une des plus grandes structures non étatiques



de santé communautaire au Bénin. Ses services comprennent aussi bien les maternités que les soins généraux et sont ouverts à tout public sans distinction de religions.

Association béninoise de planification familiale, ABPF. A ses débuts en juillet 1972, l'ABPF s'appelait Comité National du Dahomey pour la Promotion de la Famille (CNDPF). Elle a pour but la promotion de la santé sexuelle et de la reproduction, y compris la planification familiale et la parenté responsable, la lutte contre les MST, ainsi que l'élimination de toutes les formes de violences et de discrimination à l'encontre des femmes.

44 Services à Base Communautaire dont 17 avec «cliniques de zone» où on retrouve service conseil, produits contraceptifs, soins cliniques et consultations gynécologiques, pré et post-natales et de médecine générale gratuites de même que des tests de dépistage et des analyses biomédicales. A cela s'ajoute une trentaine de Centre Socio-Educatifs pour Adolescents et Jeunes (CSEAJ). L'Association a également mis sur pied un réseau de jeunes pairs éducateurs bénévoles, baptisé NAYA qui offrent l'information aux autres jeunes et adolescents. Les membres devraient avoir 25 ans au plus et ont diverses professions : coiffeuse, élèves, étudiants...

Action Plus SIDA Santé (APSS). En 1999, à la date de la fondation du Centre de soins par le Professeur Christian Courpottin, un spécialiste français du VIH, et Denis da Conceição, Action Plus SIDA Santé se voulait un relief d'espérance pour les malades du SIDA. « *Nous avons bâti ce centre pour pouvoir offrir aux personnes séropositives et à leur famille des ressources de base, notamment des conseils et des repas, sachant qu'ils n'avaient, pour la plupart, pas les moyens de se nourrir correctement.* » raconte da Conceição, le directeur de APSS. Basé à Porto-Novo, l'APSS sensibilise et conseille une vingtaine de bénéficiaires du traitement ARV, un repas par jour à l'appui, six jours sur sept. Les personnes qui fréquentent le centre préféreraient y recevoir deux repas par jour, sept jours sur sept.

L'Association des femmes juristes du Bénin (AFJB). Créée en 1990, elle a mis sur pied un centre d'écoute juridique afin d'« être à l'écoute des populations quand tout le monde ne peut pas aller devant les tribunaux ». Les centres écoutent au cours de séances de consultations juridiques, des gens qui ont des problèmes relatifs aux droits de succession, de recherche de paternité, de garde d'enfants, de conflits entre époux. Il s'agit d'une stratégie de plaidoyer pour la paix sociale et entre les couples. Parfois, l'AFJB a obligé des époux qui avaient abandonné le domicile conjugal à payer une pension alimentaire à leurs épouses. Les MGF sont également combattus avec la dernière rigueur. L'association intervient également en faveur des veuves qu'on oblige à se remarier à un membre de la famille de son mari après le décès de celui-ci. La collectivité familiale est invitée à organiser un « conseil de famille » où seront expliqués les droits de chacun et les procédures en matière de succession. Pour assurer le relais de l'AFJB dans les contrées du Bénin, il est formé des gens qui sont en contact permanent avec la population quelques soient leurs professions. Ce sont les para juristes. Ils sont choisis en fonction de leur disponibilité, de leur contact avec les populations, peu importe leur profession. En partenariat avec l'UNFPA, l'AFJP offre des services conseil aux adolescentes en matière de santé de reproduction et constitue au Bénin un exemple en matière d'information en SR.

L'Organisation mondiale de la santé estime entre 80 à 85% les gens qui au Bénin font recours à la médecine traditionnelle pour leurs besoins en santé. La présence on ne plus remarquable de la médecine traditionnelle dans les structures au Bénin est largement due à la conjoncture économique faite d'une hausse vertigineuse des prix des médicaments modernes, le boom de certaines maladies et les limites de la médecine moderne, à cela il faut ajouter la paupérisation. Mais, la médecine traditionnelle évolue puisque l'Institut français de la propriété industrielle (INPI) a décerné au docteur béninois Jérôme Fagla Médégan, un brevet de découverte pour la mise au point d'un médicament dénommé "VK 500" pour le traitement



de la drépanocytose, une pathologie héréditaire répandue en Afrique et dans le monde. Selon un communiqué du Conseil des ministres, des laboratoires pharmaceutiques de renom produisent déjà en France ce médicament pour le monde entier. C'est une découverte d'autant plus historique qu'elle est issue d'une combinaison de plantes. Au Bénin un nouveau-né sur 6.000 contracte la drépanocytose.

IX - CONCLUSION

Depuis que Yayi est au pouvoir, il fait des efforts louables. Il est devenu un président activiste. On peut récapituler comme actions entre autres :

- la marche verte de 15 kilomètres par le Chef d'Etat contre la corruption,
- les soins gratuits pour les moins de 5 ans, les césariennes gratuites pour les femmes,
- la distribution record de plus de 1,5 millions de moustiquaires,
- les micros crédits au plus pauvres,

C'est une avancée historique, qui ne doit pas être l'arbre qui cache la forêt du grand fossé sanitaire entre les nantis et les démunis.

- Quelques 33% des gens vivent avec moins de 500 francs par jour,
- le taux de mortalité maternel (397 pour 100 000) et infantile (65 pou 1000) est encore élevé, les personelles santés largement insuffisant,
- les hôpitaux concentrés dans les grands centres urbains,
- 85% des gens se soignent par la médecine traditionnelle incontrôlée en boudant la médecine traditionnelle parce que déçus soit par l'accueil, soit par la cherté des soins, soit par la distance des hôpitaux, soit par l'incompétence des soignants.
- l'automédication et la vente illicite des médicaments sont encore une réalité amère malgré le contrat à coût de millions signé entre l'organisation française Pierre Fabre et le gouvernement béninois dans le cadre de la régulation du secteur.
- même si la corruption recule elle continu d'être un frein à la réalisation du droit à la santé.
- le service conseil en SR est insuffisant en milieux ruraux
- des communautés entières sont en marge de l'Education pour tous. L'exemple des adolescentes de Ganvié est illustratif.
- en somme, les droits des groupes vulnérables sont foulés aux pieds allègrement.
- et les milliers de personnes interrogées en ont apporté la confirmation

Au total, les histoires collectées se suivent et se ressemblent : décès sur la voie de l'hôpital, décès par mauvaise injection, décès pour négligence ou parce que pauvre, autant de violations qui vont continuer si nous ne nous levons pas dans un élan collectif pour sauver ces vies en faisant pression sur le gouvernement.

Tout ceci est dû entre autres :

- d'abord à la pauvreté monétaire,
- à un budget santé qui évolue en décroscendo,
- à des accords peu favorables à la santé publique comme ceux du FMI, de l'OMC, de l'Union Européenne débouchant sur des politiques et programmes verticaux,
- la corruption qui sucre ou réduit les initiatives, les résistances des populations face à certaines innovations qui pourraient favoriser leurs droits à la santé,
- les politiques étatiques de l'ère démocratique qui sont centrées sur la voix de la majorité,
- le manque de prise de position de l'OMS face à certains enjeux de la santé publique,
- les politiques économiques des partenaires bilatéraux etc.



X – QUELQUES REFERENCES

- PEOPLE'S HEALTH MOVEMENT – Guide d'évaluation du droit à la santé de PHM
- CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL, *Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint*, , Vingt-deuxième session Genève, 25 avril-12 mai 2000, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights Geneva, Switzerland,
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE L'ANALYSE ECONOMIQUE (INSAE), *Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation*, Février 2002, Volume II, Analyse des résultats, Cotonou, octobre 2003.
- MINISTERE CHARGE DU PLAN, DE LA PROSPECTIVE ET DU DEVELOPPEMENT, Fonds des Nations Unies pour la Population, *La santé de la reproduction au Bénin : défis et perspectives*, Cotonou, août 2003.
- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE (2001), *Normes et Standards en Matière d'Activités, d'Effectifs de Personnel, d'Infrastructures et d'Equipement pour les Zones Sanitaires*.
- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE (MSP), *Politique et stratégies de développement du secteur santé 2002-2006*, Cotonou, novembre 2002
- TOMETISSI, Pacôme, *Bénin : les défis de l'après élection* - Revue Relations n° 706 / Montréal 2006
- PANAPRESS, *L'Etat prend en charge les frais de césarienne au Bénin* - 13 Avril 2008
- **CH. E.**, *Journées nationales de vaccination contre la polio:La campagne 2008 démarre* **LE MATINAL 01/04/08**
- LANCEMENT DE LA 12E EDITION DES JNV : VAINCRE ENFIN LA POLIO...La Nation du 13/04/2007
- AGBODIAN, Têtèvi Dodzi, *Le droit à la santé en Afrique subsaharienne : vers des soins communautaires et ou une assurance maladie*, www.cedim.uqam.ca (/articles/santé_mg.pdf)
- BACHAND Rémi, LAMARCHE Lucie, *Le droit à la santé et la lutte contre la pauvreté en Afrique*, 2002, Centre d'Etude dur le droit international et la mondialisation (CEDIM) www.cedim.uqam.ca.
- PROJET SANTE ET SERVICES SOCIAUX DES ADOLESCENTES AU BENIN, *Evaluation externe* Août 2005
- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, *Annuaire des statistiques sanitaires* - Cotonou 2005
- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, *Partenariat sanitaire pour le Bénin* – PAG 2 2001-2006
- MINISTERE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET LOISIRS, *Politique Nationale de la Jeunesse*
- UNFPA / MSP, *Santé familiale au Bénin, normes et standards*
- INFRE, *L'aspect genre dans le développement* – Mai 2003
- MINISTERE DU PLAN, *Population au Bénin : Evolution et Impact dur le développement* – Mai 2000
- NATIONS UNIES BENIN, *À l'heure du renouvellement* - Trait d'Union N°8et 9, Octobre 2005
- BANQUE MONDIALE, *Mini Atlas des OMD : Edifier un monde meilleur*, Eska 2005
- MINISTERE DU DEVELOPPEMENT DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, *Document de Stratégies de Croissance pour la réduction de la pauvreté au Bénin (SCRCP)*
- REPUBLIQUE DU BENIN, *Constitution du 11 décembre 1990*
- MINISTERE DE LA FAMILLE / UNFPA, *Politique nationale de promotion de la femme*
- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE (MSP), *Politique et stratégies de développement du secteur santé 2002-2006*, Cotonou, novembre 2002.
- PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DEVELOPPEMENT (PNUD), *Rapports mondiaux sur le développement dans le monde*, 2002, 2003, 2004, 2005, 2005, 2006, 2007
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE L'ANALYSE ECONOMIQUE (INSAE), *Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation*, Février 2002, Volume II, Analyse des résultats, Cotonou, octobre 2003.
- NAPOLEON, Léon (sous la coordination de) - *Atelier régionale sur l'intégration des objectifs du NEPAD, des DSRP et des politiques nationales de population en Afrique subsaharienne*, Rapport final 2004
- MJSL, *Symposium sur le devenir de la jeunesse du Bénin*, Janvier 2001
- WILDAF BENIN, *RAPPORT ALTERNATIF : Le Bénin et la convention des nations unies de novembre 1979 sur l'élimination de toutes les formes de discrimination a l'égard des femmes* – Cotonou Mai 2005

XI - PHOTOS

- Couverture : Une pancarte sur le droit à la santé (PHM Bénin – G. Goubiyi)



XII – RECOMMANDATIONS

A l'endroit du gouvernement :

- **Valider en Conseil des ministres, un Plan d'action de mise en œuvre du droit à la santé y compris un cadre pour les recours à la justice et des projets spécifiques pour les gens vulnérables ciblés par âge, par sexe et par région.**
- **Mettre sur pied un dispositif pour favoriser les recours à la justice sur les sujets de santé**
- **Promouvoir les projets qui s'intéressent au domaine plurisectoriel de santé**
- **Mettre sur pied une politique nationale de promotion du droit à la santé**
- **Aider à asseoir un réseau international de la société civile pour la promotion et le monitoring du droit à la santé à travers l'éducation populaire, le lobbying...**
- **Refuser les APE, les ADIP, le GATS, le PAS...**
- **Continuer la lutte contre la corruption**
- **Asseoir un partenariat ONU, ONG, Gouvernement, donateurs, media pour atteindre le droit à la santé**
- **Subventionner les médicaments de première nécessité**
- **Assurer une décentralisation matérielle et en personnel de la santé**
- **Institutionnaliser la micro finances aux plus pauvres y compris pour l'achat des médicaments**
- **Traduire dans les faits les soins gratuits pour les 0 à 5 et la gratuité de la césarienne**
- **Rendre les premiers soins gratuits pour les femmes, les handicapés et les populations lacustres**
- **Aider à asseoir les services conseil en SR dans chaque centre de santé**
- **Eduquer les populations sur le traitement et les symptômes du paludisme**
- **Baisser les frais d'étude en médecine**
- **Créer des options en anthropologie médicale et de communication en santé dans les l'Universités publiques**
- **Mener une vaste campagne nationale de sensibilisation sur le droit à la santé**
- **Voter une loi en correction de celle de 1953 sur le foncier**
- **Encourager la mise sur pied d'un observatoire sur le droit à la santé**
- **Susciter plus d'investissement dans la santé au niveau des principaux partenaires**
- **Promouvoir le développement durable**
- **Promouvoir les ONG de santé communautaire**

A l'endroit du parlement :

- **Voter une loi sur le droit en santé y compris celle qui assure de façon systématique la gratuité des soins pour les gens vulnérables**

A l'endroit des OSC :

- **joindre les forces avec celles des organisations militant pour le droit à la santé**
- **pour ceux qui ont voix au chapitre, prendre en compte les recommandations et être le porte-voix du droit à la santé,**
- **Etablir un Plan d'action national et de mise en œuvre du droit à la santé**
- **Continuer l'éducation populaire**



- **Produire chaque année un rapport sur le DS**
- **Publier des ouvrages militants sur les enjeux de la planète y compris ceux liés à la santé**
- **Asseoir un plan de plaidoyer et de lobbying**
- **Asseoir un réseau international de la société civile pour la promotion et le monitoring du droit à la santé à travers l'éducation populaire, le lobbying...**
- **Refuser les APE, les ADIP, le GATS, le PAS...**
- **Contrôler l'action du gouvernement y compris l'analyse budgétaire.**

A l'endroit des partenaires au développement :

- **l'OMS doit être le porte-voix en santé et encourager une plus large participation des OSC aux prises de décision des agences onusiennes,**
- **faire pression sur les gouvernants pour de moins en moins de programmes verticaux**
- **susciter un plus grand engouement des autres partenaires pour le financement de la santé la santé**
- **les agences investissant dans l'éducation pour tous doivent accorder plus d'attention à l'alphabétisation formelle**
- **l'UNESCO doit adapter l'initiative LIFE au DS,**
- **encourager et exiger une large participation des groupes vulnérables aux processus de prise de décision politique avec une démocratisation du processus de sélection,**
- **réfuter toute politique ou institutions de Bretton Woods nuisible à la santé**

A l'endroit des populations :

- **garder contact avec la société civile et aider à créer des points focaux à tous les niveaux, dans toutes les localités, dans tous les services,**
- **participer aux formations et se tenir prêtes à lutter pour le droit à la santé**
- **avoir plus de comportements citoyens,**
- **exiger et participer aux processus de prise de décision.**