

REPUBLIQUE DU BENIN
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
DIRECTION DE LA SANTE FAMILIALE

DOCUMENT DE STRATEGIE NATIONALE DE REDUCTION DE LA MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE AU BENIN 2006-2015



Version Finale

Elaboré par : Dr Sourou GBANGBADE Consultant
Sous la direction de la : Direction de la Santé Familiale/MSP

Version Mars 2006

SOMMAIRE

Préface

Sigles et abréviations iii

Résumé.....v

1.	INTRODUCTION.....	1
2.	ANALYSE ET DIAGNOSTIC DE LA SITUATION DE LA MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE AU BENIN.....	3
3	RIPOSTE DU PAYS.....	15
4.	CADRE STRATEGIQUE	17
5.	CADRE DE MISE EN OEUVRE	42
6.	CADRE DE SUIVI ET EVALUATION.....	46
7.	COUTS DE LA MISE EN ŒUVRE DES STRATEGIES.....	47
8.	CONCLUSION.....	47
9.	BIBLIOGRAPHIE.....	48
10.	ANNEXES	51

SIGLES ET ABREVIATIONS

ADD	Aplahoué/Dogbo/Djakotomey
CAME	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels
CPN	Consultation Périnatale
CSA	Centre de Santé d'Arrondissement
CSC	Centre de Santé de Commune
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CNDLP	Commission Nationale pour le Développement et la Lutte contre la Pauvreté
CUGO	Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique
DIEM	Direction des Infrastructures, des équipements et de la Maintenance
DDZS	Direction du Développement des Zones Sanitaires
DEDTS	Direction des Explorations Diagnostiques et de la Transfusion Sanguine
DPP	Direction de la Programmation et de la Prospective
DSF	Direction de la Santé Familiale
DRH	Direction de Ressources Humaines
DRFM	Direction des Ressources Financières et Matérielles
DH	Direction des Hôpitaux
DCZS	Direction de Coordination des Zones Sanitaires
DSIO	Direction des Soins Infirmiers et Obstétricaux
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EDSB	Enquête Démographique et de Santé du Bénin
FIGO	Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique
FOSA	Formation Sanitaire
GATPA	Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement
HOMEL	Hôpital Mère et Enfant Lagune
HZ	Hôpital de Zone
ICM	Confédération Internationale des Sages femmes
INSAE	Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
MAS	Micro-assurance de santé
MII	Moustiquaire Imprégné d'Insecticide
MPRE	Ministère du Plan et de la Restructuration Economique
OC	Organisation Communautaire
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAS	Programme d'Ajustement Structurel
PF	Planification Familiale
PHPP	Prévention des Hémorragies du Post Partum
PTPE	Prévention de la Transmission Parent Enfant
RAC	Réseau Aérien de Communication
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RMMN	Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SAA	Soins Apres Avortement

SNIGS	Systeme National d'Information et de Gestion Sanitaire
SNPU	Soins Néonataux Précoces d'Urgence
SNU	Soins Néonataux d'Urgence
SMN	Santé maternelle et néonatale
SRMMN	Stratégie de réduction de la mortalité maternelle et néonatale
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
SOUB	Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
SOUC	Soins Obstétricaux d'Urgence Complets
SSD	Service de Statistique et de Documentation
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
TN	Tétanos néonatal
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities
USAID	United States Agency for international Development
Unicef	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

RESUME

L'analyse et le diagnostic de la situation de la mortalité maternelle et néonatale au Bénin montrent que les indicateurs stagnent depuis plusieurs décennies respectivement autour de 473 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes et 38 décès de nouveau-nés pour 1.000 naissances vivantes.

Bien que les complications obstétricales telles que les hémorragies, l'éclampsie, les dystocies, les infections et les complications d'avortement soient les éléments inaugurant le processus mettant en jeu la vie des femmes, il apparaît de plus en plus clairement que l'un des principaux facteurs des décès maternels et néonataux au Bénin est le dysfonctionnement du système de santé.

Dans ce document un choix stratégique d'objectifs, d'interventions, d'actions et d'activités a été fait en vue de permettre au Bénin d'atteindre les objectifs du millénaire pour le développement relatifs à la mère et au nouveau-né. La stratégie de réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2006 - 2015 est axée sur huit objectifs, un paquet d'interventions directes et de sept (7) groupes interventions d'appui et vingt actions stratégiques.

Les huit objectifs pour la période de 2006 à 2010 sont :

- Assurer la disponibilité 24h sur 24 du paquet optimal d'interventions obstétricales et néonatales à haut impact dans les sept (7) hôpitaux nationaux et départementaux existants et dans toutes les formations sanitaires de 15 zones sanitaires.
- Rendre géographiquement et financièrement accessibles le paquet optimal d'interventions obstétricales et néonatales à haut impact dans les 7 hôpitaux nationaux et départementaux existants, et dans toutes les formations sanitaires de 15 zones sanitaires.
- Améliorer la qualité des services obstétricaux et néonataux dans les 7 hôpitaux nationaux et départementaux existants, et dans toutes les formations sanitaires de 15 zones sanitaires.
- Améliorer le taux d'utilisation des services obstétricaux et néonataux dans les 7 hôpitaux nationaux et départementaux existants, et dans toutes les formations sanitaires de 15 zones sanitaires.
- Améliorer le taux des accouchements assistés par du personnel de santé qualifié dans les 7 hôpitaux nationaux et départementaux existants, et dans toutes les formations sanitaires.
- Renforcer les capacités des individus, des familles, et de la communauté pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né.
- Renforcer le partenariat avec le secteur privé pour assurer la disponibilité, l'accessibilité et la qualité du paquet optimal d'interventions obstétricales et néonatales à haut impact.
- Suivre, évaluer les progrès et programmer la période 2011-2015

Les sept (7) groupes d'interventions sélectionnés par le Bénin sont :

- paquet optimal de 12 interventions maternelles et néonatales directes,
- plaidoyer et mobilisation sociale
- Interventions politiques et législatives
- interventions sur le système de santé
- interventions communautaires
- coordination des actions des partenaires
- recherche opérationnelle.

Ces actions stratégiques prenant en compte tous les huit objectifs sont choisies pour réduire la mortalité maternelle et néonatale au Bénin.

Ces groupes d'interventions seront administrés selon l'approche de continuum de soins depuis la grossesse à la période post - partum au niveau des formations sanitaires, en stratégie avancée, au sein et avec les communautés.

Le présent document de stratégie couvre la période allant de 2006 à 2015 et est subdivisée en deux grandes phases :

- une phase de préparation, d'impulsion et d'intensification caractérisée par des activités à haute intensité de préparation et de lancement de l'initiative de réduction de mortalité maternelle et néonatale au Bénin (2006-2010) ;
- une phase de consolidation et de stabilisation caractérisée par la consolidation des activités mises en chantier lors de la première phase avec des mesures d'ajustement.

Un cadre de mise en œuvre incluant les différents acteurs du système de santé a été défini.

De même un cadre de suivi et d'évaluation de la stratégie s'appuyant sur des indicateurs précis d'intrant, de processus, de résultats et d'impact a été clarifié.

1. INTRODUCTION

Selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 529.000 femmes meurent chaque année dans le monde de complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches [1,2]. Près de la moitié de ces décès survient en Afrique SubSaharienne, une région qui abrite seulement 13,5% de la population mondiale et où se produisent 23,5% des naissances globales [2]. Avec un ratio estimé à 1000 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, la région africaine a la mortalité maternelle la plus élevée du monde. Quoiqu'il existe des variations régionales, le ratio de certains pays est au dessus de 500 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, alors que d'autres ont un ratio supérieur à 1000 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, en particulier dans les pays en Afrique Subsaharienne [2].

Au Bénin au moins 1400 femmes meurent chaque année des complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches [3]. Dans l'évaluation des besoins en Soins Obstétricaux d'Urgence de Mai 2003 il apparaît de plus en plus clairement que l'un des principaux facteurs des décès maternels est le dysfonctionnement du système de santé. Ce dysfonctionnement est caractérisé par les trois retards suivants:

- retard dans la prise de décision de recourir aux services de santé;
- retard d'acheminement vers un service de santé approprié;
- retard à la prise en charge après l'arrivée dans les services de santé.

Selon le Lancet [4] sur les 130 millions d'enfants qui naissent chaque année dans le monde, 4 millions environ meurent dans les quatre semaines après la naissance et surtout durant la première semaine de vie. En Afrique, le taux de mortalité néonatale estimé à 45 décès pour 1.000 naissances vivantes, est le plus élevé du monde, comparé à 34 pour mille en Asie, à 17 pour mille en Amérique Latine et à 5 pour mille dans les pays développés.

Au Bénin, le taux de mortalité néonatale stagne autour de 38 décès pour 1.000 naissances vivantes depuis plusieurs décennies [5,6,17].

En dépit de l'état de pauvreté des populations dans la plupart des pays de l'Afrique Subsaharienne, un minimum de progrès est possible si d'une part il existe une réelle concrétisation d'une volonté politique de faire de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale la priorité, et d'autre part si les ressources au plan national et international sont libérées et effectivement investies dans des actions sanitaires efficaces et focalisées. En effet, comme l'ont noté Maine et Rosenfeld [7], la contre performance observée au niveau des initiatives de maternité à moindre risque dans les pays en développement, n'est due ni à un manque de connaissance, ni à un manque de technologies mais plutôt à l'absence d'une stratégie claire, concise et faisable.

L'élaboration de ce document de stratégie de réduction de la mortalité maternelle et néonatale constitue la deuxième phase d'un processus amorcé en janvier 2003 par un atelier méthodologique sur l'évaluation des besoins en Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) organisé dans le cadre de la collaboration Unicef et AMMD de l'Université de Columbia. Les quatre phases de ce processus sont :

- L'évaluation des besoins en SOU
- L'élaboration d'un programme ou d'une stratégie de réduction de la mortalité maternelle et néonatale axée sur les Soins Obstétricaux d'Urgence.
- La mise en œuvre du programme ou de la stratégie
- Evaluation du programme

L'amorce de ce processus se justifie par le constat d'une stagnation des indicateurs de mortalité maternelle et néonatale depuis plusieurs décennies et par l'engagement pris par le Gouvernement béninois au Sommet du Millenium de réduire la mortalité maternelle et la mortalité infanto-juvénile (OMD-4 et OMD-5) [8]. A quelques années de l'échéance des Objectifs du Millénaire pour Développement, l'espoir est encore permis de donner un sens à la devise : « Ne plus mourir en donnant la vie ».

2 ANALYSE ET DIAGNOSTIC DE LA SITUATION DE LA MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE AU BENIN

2.1 Analyse des indicateurs de mortalité maternelle et néonatale au Bénin

2.1.1 Mortalité maternelle

L'analyse de la situation de la mortalité maternelle au Bénin s'appuie d'une part sur l'évolution de l'indicateur d'impact classique qui est le ratio de mortalité maternelle et d'autre part sur l'examen du niveau des indicateurs de processus des Nations Unies relatifs au SOU [9, 10, 11].

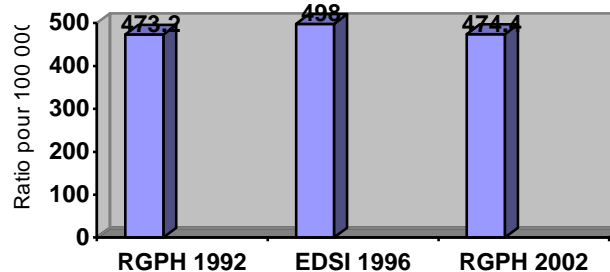
- **Evolution du ratio de mortalité maternelle**

Jusqu'en 1992, *la situation réelle* du niveau de mortalité maternelle n'était pas bien connue au Bénin. En effet, les seules estimations disponibles jusqu'alors provenaient des sources hospitalières qui ne traduisent guère la réalité au sein de la population. Ce n'est qu'en 1992 qu'à travers le deuxième recensement général de la population et de l'habitat que la première estimation de la mortalité maternelle basée sur des données de population a été publiée[12]. Deux autres estimations du ratio de mortalité ont été publiées en 1996 (EDSI I) [5] et en 2002 (RGPH3) [13]. Ces estimations ont permis d'apprécier l'impact sur la mortalité maternelle des différentes politiques et stratégies mises en œuvre depuis 1992 dans le domaine sanitaire. En effet depuis 1992 trois documents de politiques et stratégies de développement du secteur santé ont été mis en œuvre et couvrent les périodes 1993-1996, 1997-2001 et 2002-2006.[14, 15,16,17].

Comme le montre le graphique 1, le ratio de mortalité maternelle stagne autour de 473 pour 100 000 naissances vivantes de 1992 à 2002 [18].

Alors que la mortalité maternelle marque le pas, la mortalité infantile quant à elle, a sensiblement baissé de 94 pour 1000 naissances vivantes en 1996 à 89 pour 1000 naissances vivantes en 2001 [6]. Ceci constitue probablement la preuve que ces deux problèmes n'ont certainement pas reçu la même attention au cours de la période 1992-2002.

Graphique 1: Evolution du Ratio de MMR au Bénin (1992-2002)



- **Evaluation du progrès vers une réduction de la mortalité maternelle au Bénin à l'aide des indicateurs de processus des Nations Unies**

Si le ratio de mortalité maternelle a stagné de 1992 à 2002, y a-t-il eu un changement après 2002 ? En l'absence de nouvelles estimations du ratio de mortalité, les indicateurs de processus des Nations Unies mesurés en 2003 [3] à l'échelle nationale, et en 2005 à l'échelle d'une zone sanitaire [19], apportent une réponse à cette question. Les indicateurs de processus des Nations Unies sont une série de six indicateurs permettant d'évaluer les activités qui conduisent à la réduction de la mortalité maternelle. La liste complète des indicateurs peut être consultée en annexe (Annexe 1) de ce document.

L'évaluation nationale des besoins en SOU réalisée en Mai 2003 [3], a porté sur l'ensemble des 48 formations sanitaires susceptibles d'offrir les Soins Obstétricaux d'Urgence complets (SOUC) et sur un échantillon aléatoire de 234 sur les 581 formations sanitaires susceptibles d'offrir les Soins Obstétricaux d'Urgence de base (SOUB). Cette évaluation a permis d'obtenir les principaux résultats suivants (Tableau 1) :

- Le Bénin dispose de peu de formations sanitaires offrant réellement les SOU.
- Le déficit est surtout préoccupant pour les formations sanitaires offrant les SOU de base : 1,4 au lieu de 4 pour 500.000 habitants.
- Tous les indicateurs d'utilisation des SOU sont au dessous du niveau minimal acceptable : 12,6% au lieu de 15% pour la proportion de naissances survenant dans les établissements de SOU ; 22,9% contre 100% pour les besoins satisfaits en services de soins obstétricaux d'urgence, et 2,6% au lieu de 5% au moins pour le nombre de césariennes rapporté au nombre total de naissances au sein de la population.
- Le taux de létalité obstétricale indiquant la qualité des SOU offerts est de 3,5% au lieu d'être inférieur 1%.

L'évaluation de la disponibilité, de l'utilisation et de la qualité des SOU réalisé en Août 2005 dans la zone sanitaire Aplahoué-Dogbo-Djakotomey [19] a montré que cette zone sanitaire bien qu'appuyée par l'UNFPA a une performance très peu différente de celle des niveaux national et départemental de Mai 2003 (Tableau 2).

Il apparaît clairement que jusqu'en 2005, le Bénin est confronté à d'énormes goulots d'étranglement pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Ces goulots d'étranglement se situent à tous les niveaux du processus conduisant à une réduction de la mortalité maternelle à savoir disponibilité des SOU, utilisation des SOU et qualité des SOU. Ces résultats suscitent des questions sur la pertinence et l'efficacité des interventions et stratégies mises en oeuvre depuis des décennies.

Tableau 1: Synthèse des Indicateurs du Processus des Nations Unies du Bénin (Année 2003)

Indicateur	Normes	Niveau Actuel	Ecart	Conclusion
Indicateur 1: Disponibilité des SOU (pour 500,000 population)	1 SOUC 4 SOUB	1,9 1,4	+0,9 -3,6	Conforme Déficit
Indicateur 2: Répartition Géographique des SOU	Répartition Equitable	Mauvaise répartition		Déficit
Indicateur 3: Proportion du nombre total de naissances survenant dans les FOSA SOU	15%	12,6%	-2,4%	Déficit
Indicateur 4 : Besoins en services de SOU Satisfaits	100%	22,9%	-77,1%	Déficit
Indicateur 5 : Les césariennes en pourcentage du nombre total de naissances	5%	2,6%	-2,4%	Déficit
Indicateur 6 : Taux De Létalité Obstétricale	Moins 1%	3,5%	+2,5%	Excès

Source : Evaluation des besoins en SOU, DSF 2003

Tableau 2: Comparaison des Indicateurs de la Zone sanitaire ADD à ceux du des niveaux national et départemental

Indicateur	ZS ADD (2005)	Département Mono-Couffo (2003)	Ensemble du pays (2003)	Conclusion
Indicateur 1: Disponibilité des SOU (pour 500,000 population)	1,6 SOUC 0 SOUB	1,7 SOUC 0 SOUB	1,9 SOUC 1,4 SOUB	Peu différent des niveaux départemental et national
Indicateur 3: Proportion du nombre total de naissances survenant dans les FOSA SOU	6,8%	4,8%	12,6%	Pire que le niveau national Peu différent du niveau départemental
Indicateur 4 : Besoins en services de SOU Satisfaits	19,3%	24,6%	22,9%	Pire que les niveaux départemental et national
Indicateur 5 : Les césariennes en pourcentage du nombre total de naissances	1,4%	1,3%	2,6%	Pire que le niveau national Peu différent du niveau départemental
Indicateur 6 : Taux De Létalité Obstétricale Zone Sanitaire ADD Hôpital de Zone	1,8% 2,7 %	1,7%	3,5%	Peu différent du niveau départemental

Source : Evaluation des besoins en SOU, DSF 2003 et Evaluation de la disponibilité, de l'utilisation et de la qualité des soins obstétricaux d'urgence dans la zone sanitaire d'Aplahoué/Djakotomey/Dogbo (Département Mono-Couffo)- DSF, 2005

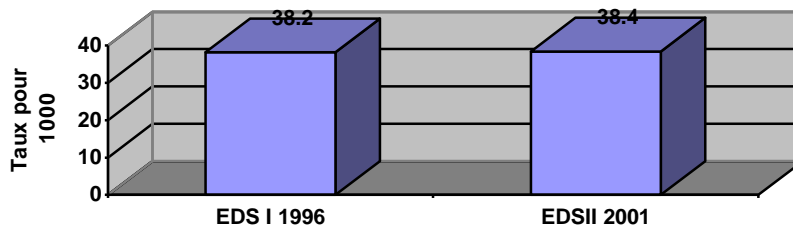
2.1.2 Mortalité néonatale

L'analyse de la situation de la mortalité néonatale repose sur l'évolution du taux de mortalité néonatale et sur les résultats d'une étude des soins néonataux d'urgence réalisée en 2002 au Bénin.

- **Evolution du taux de mortalité néonatale au Bénin**

A la page 117 du document de l'EDSBII 2001 on lit: « Si l'on compare les résultats de l'EDSB II à celui de l'EDSBI, on observe une baisse sensible de la mortalité, à l'exception de la mortalité néonatale, dont le niveau reste stationnaire autour de 38 pour 1000 » [6]. Ce constat est illustré par le Graphique 3 qui montre l'évolution du taux de mortalité néonatale de 1996 à 2001. Il est désormais établi que c'est de la réduction de la mortalité néonatale que dépend dans une large mesure l'atteinte de l'objectif 4 du millénaire (OMD-4) [20]. En effet 40% des décès des enfants de moins d'un an surviennent au cours du premier mois de vie et surtout au cours de première semaine de vie. [20].

Graphique 3: Evolution du Taux de Mortalité Néonatale (1996-2001)



- **Résultats de la revue des soins néonataux d'urgence au Bénin**

Une revue des prestations de soins néonataux d'urgence aux nouveau-nés de 0 à 7 jours a été réalisée au Bénin en 2002 dans 20 maternités [21]. Cette revue vise globalement à analyser le système de prestations des soins néonataux précoces d'urgence (SNPU) en place dans les maternités du Bénin et à fournir des informations nécessaires à l'élaboration des standards des soins néonataux précoces d'urgence au Bénin. Il ressort des résultats de cette revue les faits décrits ci-après :

- 85% (32 sur 40) des agents évalués (sages-femmes en majorité) ont un niveau de connaissance non acceptable des interventions classiques de réanimation du nouveau-né
- Seulement 8% des agents ont pu citer la totalité des 7 complications ou urgences néonatales,
- Seulement la moitié des agents de santé évalués connaissait le matériel médico-technique et les médicaments nécessaires à la prise en charge des urgences néonatales.

- 5 sur 20 maternités disposent de matériel complet de réanimation
- 6 sur 20 maternités disposent de tables de réanimation
- les données pertinentes pour le calcul de certains indicateurs de performance tels que le taux de létalité néonatale précoce ne sont disponibles dans aucun des services de maternités visitées.
- Les proportions les plus fortes de nouveau-nés réanimés par rapport aux accouchements totaux s'observent dans les CHD et assimilés (18,5%) et dans les hôpitaux de zone (10,9%).
- Le taux de létalité néonatale est élevé dans les structures spécialisées (15 à 30%)

Il apparaît donc que le taux de mortalité néonatale ne s'est pas amélioré entre les deux Etudes Démographiques et de Santé de 1996 (38,4%) et de 2001(38%). Le système de prestations des SNPU en place explique en grande partie cette situation.

2.2 Diagnostic de la situation de la mortalité maternelle et néonatale

La stagnation des indicateurs de mortalité maternelle et néonatale reflète parfaitement la performance du système (structure, processus et extrants) implicite ou explicite en place pour le management des soins maternels et néonataux, car « **chaque système est parfaitement conçu pour atteindre exactement les résultats qu'il atteint** » (Donald Berwick). [61].

A ce jour, aucune étude spécifique axée sur la recherche des facteurs pouvant expliquer la stagnation des indicateurs de mortalité maternelle et néonatale n'a été réalisée au Bénin. Pour identifier les déterminants de cette stagnation, il a été effectué une étude exploratoire des facteurs de cet état et une revue documentaire. L'étude exploratoire a été menée sous forme d'une interview auprès des acteurs de système de santé à différents niveaux de la pyramide sanitaire

Le diagnostic de la situation de la mortalité maternelle et néonatale abordera successivement les déterminants immédiats de la stagnation, les forces, faiblesses, opportunités et menaces du système de prestations des soins maternels et néonataux.

2.2.1 Déterminants immédiats de la stagnation de la mortalité maternelle et néonatale

Le cadre d'analyse des déterminants immédiats de la stagnation des indicateurs de mortalité maternelle et néonatale peut se résumer comme suit :

1. Existe t-il une politique focalisée sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ?
2. Existe t-il des objectifs opérationnels définis dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ?
3. Est-ce qu'un paquet d'interventions prouvées efficaces et des stratégies efficaces garantissant la disponibilité, l'accessibilité, l'utilisation et la

- qualité des services obstétricaux et néonataux au niveau de l'interface des formations sanitaires et communautés a été sélectionné ?
4. Les politiques, stratégies et interventions ont-elles été traduites en actions clinique, « manageriale » et législative concrètes et cohérentes ?
 5. La mise en œuvre de ces actions a t-elle été minutieusement et rationnellement planifiée pour tous les niveaux du système de santé : central, intermédiaire et périphérique **y compris l'interface avec les communautés ?**
 6. Ces actions ont-elles été microplanifiées, organisées et mises en œuvre à tous les niveaux du système de santé : central, intermédiaire et périphérique **y compris l'interface avec les communautés ?**
 7. Est-ce que les services de qualité sont disponibles, accessibles géographiquement et financièrement, et utilisés au niveau de l'interface formations sanitaires et communautés ?
 8. Est -ce qu'un système est mis en place pour suivre les progrès réalisés dans la disponibilité, l'accessibilité, l'utilisation et la qualité des services obstétricaux au niveau de l'interface formations sanitaires et communauté ?

Le tableau 3 résume les réponses aux huit questions du modèle d'analyse des déterminants immédiats de la stagnation des indicateurs de mortalité maternelle et néonatale. Les principaux points saillants de cette analyse sont (Tableau 3):

- Il n'existe pas à ce jour une politique clairement exprimée sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.
- Le document de Politique et Stratégies de développement du secteur santé 2002-2006 n'a pas spécifiquement fixé des objectifs sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale [16].
- La planification élaborée à l'issue de la formation des équipes départementales de SONU en Novembre 2001 n'a jamais été mise en application.
- Les services visant la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ne sont pas disponibles en permanence, ni accessibles géographiquement et financièrement, ni utilisés par les femmes qui en ont besoin. Il existe en outre un déficit dans la qualité des soins offerts.

Tableau 3: Vue d'ensemble de la situation

Questions	Réponses
1. Existe t-il une politique clairement exprimée sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ?	Non
2. Existe t-il des objectifs opérationnels définis dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ?	Non
3. Est-ce qu'un paquet d'interventions prouvées efficaces et des stratégies efficaces d'administration garantissant la disponibilité, l'accessibilité, l'utilisation et la qualité des services obstétricaux et néonataux au niveau de l'interface des formations sanitaires et des communautés ont été sélectionnés ?	Non
4. Les politiques, interventions et stratégies ont-elles été traduites en actions clinique, manageriale et législative concrètes et cohérentes ?	Non
5. La mise en œuvre de ces actions a-t-elle été minutieusement et rationnellement planifiée pour tous les niveaux du système de santé : central, intermédiaire et périphérique y compris l'interface avec les communautés ?	Non
6. Ces actions ont-elles été microplanifiées, organisées et mises en œuvre à tous les niveaux du système de santé : central, intermédiaire et périphérique y compris l'interface avec les communautés	Non
7. Est-ce que les services sont disponibles, accessibles géographiquement et financièrement, utilisés et de qualité au niveau de l'interface formations sanitaires et communautés ?	Non
8. Est-ce qu'on suit les progrès dans la disponibilité, l'accessibilité, l'utilisation et la qualité des services obstétricaux et néonataux au niveau de l'interface formations sanitaires et communautés ?	Non

• **Diagnostic au niveau de l'interface communauté-formation sanitaire**

L'interface communauté - formation sanitaire constitue le niveau où se joue le pronostic vital des femmes et des nouveau-nés présentant une complication. L'étude exploratoire menée auprès des acteurs du système de santé a révélé les faits suivants :

- une faible disponibilité des interventions obstétricales et néonatales due non seulement à la raréfaction des ressources humaines qualifiées mais aussi au manque de réalisme des normes et standards en matière d'effectifs de personnel définis pour les hopitaux de zone par la Cellule d'Appui au Développement des zones Sanitaires (CADZS) [22]. La situation de déficit des ressources humaines qualifiées sur l'ensemble du territoire national fait que presque aucun hôpital de zone ne fournit de façon permanente les soins obstétricaux d'urgence. Ainsi, les femmes présentant une urgence obstétricale sont alors transportées d'hôpital de zone en hôpital de zone et finissent par mourir devant le portail des centres hospitaliers départementaux (CHD). En effet, présentement seuls les CHD et les maternités de l'espace universitaire, (à l'exception du CHD de l'Atacora-Donga), constituent les structures où les SONU sont disponibles de manière permanente. L'organisation actuelle des hopitaux de zone limite leur performance dans l'offre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence ;
- une mauvaise organisation du système de référence-recours ;
- une faible accessibilité financière des formations sanitaires offrant les services obstétricaux et néonataux. Ceci est dû non seulement au niveau de pauvreté des populations mais aussi et surtout à l'inexistence d'une

politique nationale de protection sociale des populations et à des pratiques illicites telles que le rançonnement des usagers ;

- une faible utilisation des services liée aux barrières géographique, financière et relationnelle ;
- un déficit dans la qualité des soins lié à la rareté du personnel qualifié et aux conditions de travail très peu favorables à l'offre des soins ;
- un faible taux d'assistance de la grossesse et de l'accouchement et les suites de couches par un personnel qualifié¹ ;
- une référence tardive des cas vers les centres de référence
- une prolifération anarchique des « cabinets » et « cliniques » privés pour la plupart tenus par des agents de qualification inconnue ;
- un faible niveau de compétence des agents de santé sortis des écoles de formation au cours de ces cinq dernières années et recrutés dans les formations sanitaires.

- **Implication des différents niveaux du système de santé**

Cette situation décrite à l'interface communauté-formation sanitaire n'est guère nouvelle mais s'est plutôt exacerbée au fil des années.

Selon les acteurs de terrain, les principaux déterminants se retrouvent à tous les niveaux du système de santé : central, départemental et périphérique.

- **Au Niveau central**

- la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ne constitue pas encore une priorité ;
- la vision du Ministère de la Santé Publique n'est pas clairement connue des acteurs du système ;
- aucun programme de réduction de mortalité maternelle et néonatale n'a été élaboré et mis en oeuvre ;
- le faible leadership du Ministère de la Santé Publique dans le domaine de la santé maternelle et néonatale
- la faible coordination des actions des partenaires : le niveau central n'est pas toujours informé de ce qui se passe dans certaines zones appuyées par les partenaires.
- La dissémination sélective de la plupart des documents de SONU et protocoles de santé familiale élaborés par le Ministère de la Santé Publique
- le non-respect et manque de réalisme des normes et standards établis pour les ressources humaines

¹ En fait, les 65% d'accouchements par le personnel qualifié mentionné par l'EDSB 2001 ne reflètent en réalité que les accouchements dans les structures sanitaires mais pas nécessairement le type de personnel ayant réellement assisté la femme. La réalité au niveau des structures sanitaires montre que nombre de femmes sont assistées par des agents non qualifiés tels que les aides-soignantes.

- l'absence d'un plan de développement des ressources humaines
- le « saupoudrage » des spécialistes sur toute l'étendue du territoire et manque de réalisme dans les effectifs de spécialistes prévus pour les hôpitaux de zone ;
- les actions disparates visant la réduction de la mortalité maternelle
- beaucoup de directions techniques ne jouent pas leur rôle
- le manque de coordination entre les différentes directions du Ministère ;
- l'absence d'un plan de supervision technique des activités à la périphérie
- le recrutement d'agents non compétents sur le terrain
- l'inexistence de mécanisme national de motivation des agents de santé
- la construction d'un nombre important de centres de santé sans aucune planification des équipements et du personnel pour leur fonctionnement

○ **Au Niveau départemental**

- le manque de pro activité;
- le rôle administratif prend le pas sur le rôle technique
- l'inexistence de plan d'action de réduction de mortalité maternelle et néonatale
- la faible supervision technique des structures périphériques

○ **Au Niveau périphérique**

- Le mauvais accueil des usagers,
- le rançonnement des patientes
- les mauvaises conditions de travail: manque de médicaments, insuffisance des équipements, et de ressources humaines
- pénurie de produits sanguins
- une politique de recouvrement de coûts limitant l'accès prompt aux soins d'urgence obstétricale et néonatale
- la pauvreté de la population
- insuffisance de communication avec les clients

2.2.2 Diagnostic des forces, faiblesses, opportunités, menaces et défis

• Forces

Malgré la morosité de cette situation le système sanitaire présente néanmoins quelques atouts pouvant servir de tremplin pour une dynamisation des actions visant à réduire la mortalité maternelle et néonatale au Bénin. Il s'agit de :

- la réorganisation de la base de la pyramide sanitaire en 34 zones sanitaires (Décret No 2005-611 du 28 Septembre 2005)² [22]
- l'existence d'une bonne couverture en infrastructures sanitaires
- des documents produits par la DSF avec l'appui de INTRAH Prime /USAID et l'UNFPA:
 - Politique Normes et Standards de Santé Familiale [27]
 - Protocoles des Services de Santé Familiale [23,24,25],
 - Guide SONU [26]
 - Programme National de Santé de la reproduction 2003-2008 [28]
 - Stratégies spécifiques de communication en santé de la reproduction au Bénin [29]
- la promotion par le Ministère de la Santé Publique au cours de ces dernières années d'interventions ayant fait la preuve de leur efficacité :
 - PHPP/GATPA, SONU, prévention des infections, CPN recentrée, Prévention du paludisme chez la femme enceinte [30]. SAA
- l'existence de document de standards des SOU validés mais non appliqués [31]
- l'existence de document de soins néonataux d'urgence précoce validé mais non appliqué [32]
- l'amorce de réflexion sur le développement, la disponibilité et la motivation des ressources humaines [33]
- l'existence d'un document de politique et stratégies de développement des mutuelles de santé au Bénin [34].

• Faiblesses

Les principales faiblesses du système sont déjà décrites dans la section sur les déterminants immédiats de la stagnation des indicateurs (page 7)

• Menaces

Les principales menaces à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale sont :

- la mauvaise qualité des ressources humaines sorties des écoles de formation

² Il s'agit en fait d'une actualisation du décret No 98-300 du 20 Juillet 1998 portant réorganisation de la base de la pyramide sanitaire en République du Bénin en Zones sanitaires

- la raréfaction des ressources humaines qualifiées qui se transformera en réelle pénurie dans les cinq prochaines années si aucune action n'est prise. En effet la majorité des gynécologues obstétriciens et chirurgiens actuellement en fonction feront valoir leur droit à la retraite au cours des cinq années à venir (Annexe 2)
- la faible motivation des agents due à l'absence d'un mécanisme national de motivation en la matière

- **Opportunités**

Les principales opportunités sont :

- l'engagement personnel du Ministre de la Santé Publique
- la volonté du Ministère de la Santé Publique à opérer des changements visant la réduction de la mortalité maternelle et néonatale
- la mise en application de la décentralisation de la gestion des zones sanitaires avec la délégation des crédits
- le développement de l'approche par tutorat
- un regain d'intérêt des partenaires dans le cadre des OMD : Unicef, OMS, UNPFA, Coopération Suisse, Coopération belge.
- le taux d'utilisation de CPN à 92% [Annuaire 2004]
- l'Initiative Vision 2010 des premières dames [35]
- la feuille de route de l'Union Africaine [2]
- la campagne mondiale d'éradication des fistules obstétricales

2.3 Le Bénin et les OMD : Défis et options stratégiques

Pour atteindre les OMD le Bénin se propose de [36]:

- Réduire la mortalité infanto-juvenile de 166,5 en 1996 à 90 pour mille naissances vivantes en 2015 (Objectif 4)
- Réduire la mortalité maternelle de 498 en 1996 à 390 pour cent mille naissances vivantes en 2015 (Objectif 5).

Il faut remarquer que ces cibles sont une adaptation par le Bénin des OMD retenus mondialement en 2000. [37]

Les principaux défis à relever pour atteindre ces objectifs sont :

- le développement et l'utilisation des ressources humaines qualifiées
- l'allègement des barrières physiques, financières et relationnelles
- le financement spécialement réservé aux activités de réduction de mortalité maternelle et néonatale
- l'engagement politique clairement exprimé

Le Bénin et les Objectifs du Millénaire

Les 189 états membres de l'Organisation des Nations Unies, dont le Bénin se sont engagés à réaliser, d'ici à 2015, les objectifs suivants :

OBJECTIF 1 : ELIMINER L'EXTREME PAUVRETE ET LA FAIM



- Réduire de 50% la proportion de la population béninoise vivant en dessous du seuil de pauvreté en faisant passer l'indice de pauvreté à 15%.
- Réduire de 50% le nombre de personnes souffrant de malnutrition.

OBJECTIF 2 : ASSURER UNE EDUCATION PRIMAIRE POUR TOUS

Assurer l'instruction primaire à tous les enfants en âge d'aller à l'école.



OBJECTIF 3 : PROMOUVOIR L'EGALITE DES SEXES ET L'AUTONOMISATION DES FEMMES

Eliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 et, à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard.



OBJECTIF 4 : REDUIRE LA MORTALITE INFANTILE

Réduire le taux de mortalité infanto-juvénile de 166,5 pour mille en 1996 à 90 pour mille en 2015.

OBJECTIF 5 : AMELIORER LA SANTE MATERNELLE

Réduire le taux de mortalité maternelle de 498 en 1996 à 390 pour cent mille naissances vivantes en 2015.



OBJECTIF 6 : COMBATTRE LE VIH/SIDA, LE PALUDISME ET LES AUTRES MALADIES



- Réduire la prévalence des IST/VIH/SIDA.
- Maîtriser le paludisme et les autres grandes maladies, et commencer à inverser la tendance actuelle.

OBJECTIF 7 : ASSURER UN ENVIRONNEMENT DURABLE

- Intégrer les principes du développement durable dans les politiques nationales et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales.
- Réduire de moitié le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable.
- Réussir à améliorer sensiblement la vie d'au moins 2/3 des béninois vivant dans des taudis.



OBJECTIF 8 : METTRE EN PLACE UN PARTENARIAT MONDIAL POUR LE DEVELOPPEMENT

S'attaquer aux besoins particuliers des pays les moins avancés



3. RIPOSTE DU PAYS

Au lendemain de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) tenue au Caire en septembre 1994, le Bénin a fait des efforts pour l'application du plan d'action issu de cette rencontre. Dans le secteur de la santé, ces actions couvrent les cinq (5) domaines suivants:

- Politique.
 - L'adoption de la Déclaration de Politique de Population en 1996.
 - L'élaboration du :
 - Programme d'action du Gouvernement (PAG II) qui précise dans le domaine 6 à la page 93 de promouvoir la Santé de la Reproduction par la promotion de la Planification Familiale ; la réduction de la mortalité maternelle et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.
 - Document de Politique et Stratégies de développement du secteur santé 2002-2006 qui met également l'accent sur la réduction de la mortalité maternelle.
 - La réorganisation de la base de pyramide sanitaire ;
 - La dissémination du document de Politique, Normes et Standards de santé familiale en 1998.
 - La décentralisation des fonds par l'allocation des crédits délégués aux zones sanitaires à partir de l'année 2003.
 - L'adoption nationale de la Feuille de route de l'Union Africaine et de l'Initiative VISION 2010.
- Judiciaire et Législatif.
 - L'adoption et la promulgation du Code des personnes et de la famille en 2004.
 - Le vote des Lois N° 2003- 03, N° 2003-04 de mars 2003 relatives respectivement à la répression des mutilations génitales féminines et à la Santé de la Reproduction.
 - Loi protégeant l'adolescente en milieu scolaire.
 - Loi sur les IST-VIH-SIDA
- Initiatives, projets et programmes
 - L'organisation de la journée de réflexion sur la réduction de la mortalité maternelle d'août 1999 à Cotonou.
 - L'élaboration et dissémination des Protocoles des Services de Santé Familiale ;
 - L'élaboration du Guide de formation en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence avec la constitution d'un groupe technique (GTT) sur les SONU.
 - L'Initiative Prévention de la Mortalité Maternelle (PMM) dans la commune de Sakété par la Société de Gynécologie et d'Obstétrique du Bénin et du Togo.
 - La promotion de l'utilisation du sulfate de magnésium.

- L'expérience des Audits des Near-miss dans 5 maternités du Bénin : HZ Aplahoué, CHD Porto-Novo, HOMEL Cotonou, CUGO-CNHU Cotonou, Hôpital Saint Luc Cotonou.
 - Le projet d'Appui au Renforcement des Soins d'Urgences Obstétricaux et Néonataux (HOMEL).
 - Le projet d'Amélioration de la Qualité des Soins Obstétricaux d'Urgence.
 - L'expérience de la composante communautaire des SONU dans la zone sanitaire de Malanville - Karimama de 2002 à 2005.
 - L'Initiative Prévention des Hémorragies du Post Partum (PHPP) par la gestion active de la troisième période de l'accouchement depuis mars 2003
- Recherche opérationnelle
 - La revue des Soins Obstétricaux d'Urgence dans les hôpitaux de référence du Bénin en 1998
 - L'évaluation de la qualité des Soins Obstétricaux d'Urgence au Bénin en 1999.
 - L'évaluation des Besoins Obstétricaux Non couverts en 2000.
 - La revue des prestations des soins néonataux d'urgence.
 - L'évaluation nationale des Soins Obstétricaux d'Urgence en mai 2003.
 - L'évaluation de la Disponibilité, de l'Utilisation et de l'Accessibilité des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence dans la zone sanitaire d'Aplahoué – Dogbo- Djakotomey en août 2005.

4 CADRE STRATEGIQUE

Le cadre stratégique de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale intègre le but, les objectifs, les résultats attendus, la vision, les principes directeurs et enfin le choix stratégique.

4.1 But

Accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en vue de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement relatifs à la santé maternelle et néonatale.

4.2 Objectifs

- **Objectifs Généraux**

1. Réduire le ratio de mortalité maternelle de 498 pour cent mille naissances vivantes en 1996 à 390 pour cent mille naissances vivantes en 2015
2. Réduire le taux de mortalité néo-natale de 38,2 pour mille naissances vivantes en 1996 à 21 pour mille naissances vivantes en 2015

- **Objectifs Spécifiques**

De 2006 à 2010

1. Assurer la disponibilité 24h sur 24 du paquet optimal d'interventions obstétricales et néonatales à haut impact dans les 7 hôpitaux nationaux et départementaux existant et dans toutes les formations sanitaires de 15 zones sanitaires.
2. Rendre géographiquement et financièrement accessibles le paquet optimal d'interventions obstétricales et néonatales à haut impact dans les 7 hôpitaux nationaux et départementaux existants, et dans toutes les formations sanitaires de 15 zones sanitaires.
3. Améliorer la qualité des services obstétricaux et néonataux dans les 7 hôpitaux nationaux et départementaux existants, et dans toutes les formations sanitaires de 15 zones sanitaires.
4. Améliorer le taux d'utilisation des services obstétricaux et néonataux dans les 7 hôpitaux nationaux et départementaux existants, et dans toutes les formations sanitaires de 15 zones sanitaires.
5. Améliorer le taux des accouchements assistés par du personnel de santé qualifié dans les 7 hôpitaux nationaux et départementaux existants, et dans toutes les formations sanitaires.
6. Renforcer les capacités des individus, des familles, et de la communauté pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né.

7. Renforcer le partenariat avec le secteur privé pour assurer la disponibilité, l'accessibilité et la qualité du paquet optimal d'interventions obstétricales et néonatales à haut impact.
8. Suivre, évaluer les progrès et programmer la période 2011-2015

4.3 Résultats attendus

Les principaux résultats attendus en 2010 à l'issue du déploiement des interventions sont résumés dans le tableau ci-après.

Objectifs spécifiques	Résultats Attendus
1. Assurer la disponibilité 24h sur 24 du paquet optimal d'interventions obstétricales et néonatales à haut impact dans les 7 hôpitaux nationaux et départementaux existant et dans toutes les formations sanitaires de 15 zones sanitaires.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sept (7) hôpitaux nationaux et départementaux et 15 hôpitaux de zone offrent les SOUC de qualité 24h sur 24 en plus des autres interventions directes du paquet optimal (ANNEXE4) 2. Au moins 30 CSC offrent les SOUB de qualité 24h sur 24 en plus des autres interventions directes du paquet optimal 3. Au moins 60 CSA offrent les SOUB de qualité 24h sur 24 en plus des autres interventions directes du paquet optimal 4. Normes et standards en matière d'effectif de personnel dans les hôpitaux de zone révisés 5. Système fonctionnel de développement, d'utilisation et de motivation des ressources humaines qualifiées en place
2. Rendre géographiquement et financièrement accessibles le paquet optimal d'interventions obstétricales et néonatales à haut impact dans les 7 hôpitaux nationaux et départementaux existants, et dans toutes les formations sanitaires de 15 zones sanitaires.	<ol style="list-style-type: none"> 6. Système de référence-recours organisé et fonctionnel dans les 34 zones sanitaires existantes et dans les 7 hôpitaux nationaux et départementaux 7. Système de financement des soins d'urgence obstétricale et néonatale abordable pour les communautés en place
3. Améliorer la qualité des services obstétricaux et néonataux dans les 7 hôpitaux nationaux et départementaux existants, et dans toutes les formations sanitaires de 15 zones sanitaires.	<ol style="list-style-type: none"> 8. Qualité des soins améliorée dans 7 hôpitaux nationaux et départements et dans toutes les formations sanitaires de 15 zones sanitaires
4. Améliorer le taux d'utilisation des services obstétricaux et néonataux dans les 7 hôpitaux nationaux et départementaux existants, et dans toutes les formations sanitaires de 15 zones sanitaires.	<ol style="list-style-type: none"> 9. Utilisation des formations sanitaires offrant le paquet optimal d'interventions par les femmes et les nouveau-nés en grand besoin améliorée
5. Améliorer le taux des accouchements assistés par du personnel de santé qualifié dans les 7 hôpitaux nationaux et départementaux existants, et dans toutes les formations sanitaires.	<ol style="list-style-type: none"> 10. Taux d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié et compétent amélioré dans les 7 hôpitaux nationaux et départementaux existants, et dans toutes les formations sanitaires de 15 zones sanitaires
6. Renforcer les capacités des individus, des familles, et de la communauté pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né.	<ol style="list-style-type: none"> 11. Capacité des individus, des familles, et de la communauté pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né renforcée
7. Renforcer le partenariat avec le secteur privé pour assurer la disponibilité, l'accessibilité et la qualité du paquet optimal d'interventions obstétricales et néonatales à haut impact.	<ol style="list-style-type: none"> 12. Partenariat renforcé avec le secteur privé pour assurer la disponibilité, l'accessibilité et la qualité du paquet optimal d'interventions à haut impact 13. Réglementation de l'exercice en clientèle privé mise en application
8. Suivre, évaluer les progrès et programmer la période 2011-2015	<ol style="list-style-type: none"> 14. Plan de suivi et d'évaluation élaboré et mis en oeuvre

4.4 Vision du Bénin à l'horizon 2015

**Un Bénin où la devise
« Ne plus mourir en donnant la
vie et que l'enfant naisse vivant,
bien portant et ne meure pas » est
une réalité**

4.5 Principes directeurs de prestations des soins maternels et néonataux

Les prestations des soins orientés vers la réduction de la mortalité maternelle et néonatale *avec comme fondation les SOU et les SNPU* reposeront sur les principes directeurs suivants :

1. Les urgences obstétricales et néonatales ne doivent plus surprendre l'équipe des formations sanitaires.
2. Les prestations de soins maternels et néonataux d'urgence doivent être une activité planifiée et non improvisée
3. La prise en charge des femmes et des nouveau-nés présentant une urgence doit être immédiate ; elle ne doit être ni retardée, ni différée pour quelque raison que ce soit (obligation d'achat préalable de produits de première nécessité, indisponibilité de personnel, manque de matériel, lieu non adapté à la réanimation néonatale ou à l'examen du nouveau-né malade).
4. Tout souci de paiement et de recouvrement des coûts des soins donnés aux femmes et aux nouveau-nés présentant une urgence néonatale doit être une considération secondaire, la priorité étant de sauver la vie de la mère et du nouveau-né.
5. Les ressources humaines critiques pour les SONU doivent être présentes et rapidement disponibles 24 H / 24 pour la prise en charge de la femme et du nouveau-né en situation de détresse vitale
6. Les consommables médicaux et les médicaments pour les SONU doivent être disponibles tout le temps et à portée de main à la maternité.
7. L'équipement médico-technique doit être toujours maintenu en bon état de fonctionnement et toujours prêt à l'emploi.
8. Au moins une salle d'opération doit attendre la prochaine urgence obstétricale.
9. L'anticipation de la réanimation néonatale doit être systématique devant tout accouchement et un endroit doit être aménagé dans la salle d'accouchement, face à l'accouchée, propre, bien éclairé et à l'abri du courant d'air pour recevoir le nouveau-né
10. Le nouveau-né doit être suivi pendant les 7 premiers jours à la maternité ou à domicile quel que soit son état à la naissance.
11. L'équipe de SONU doit focaliser son attention sur le couple mère-enfant

4.6 Choix stratégique

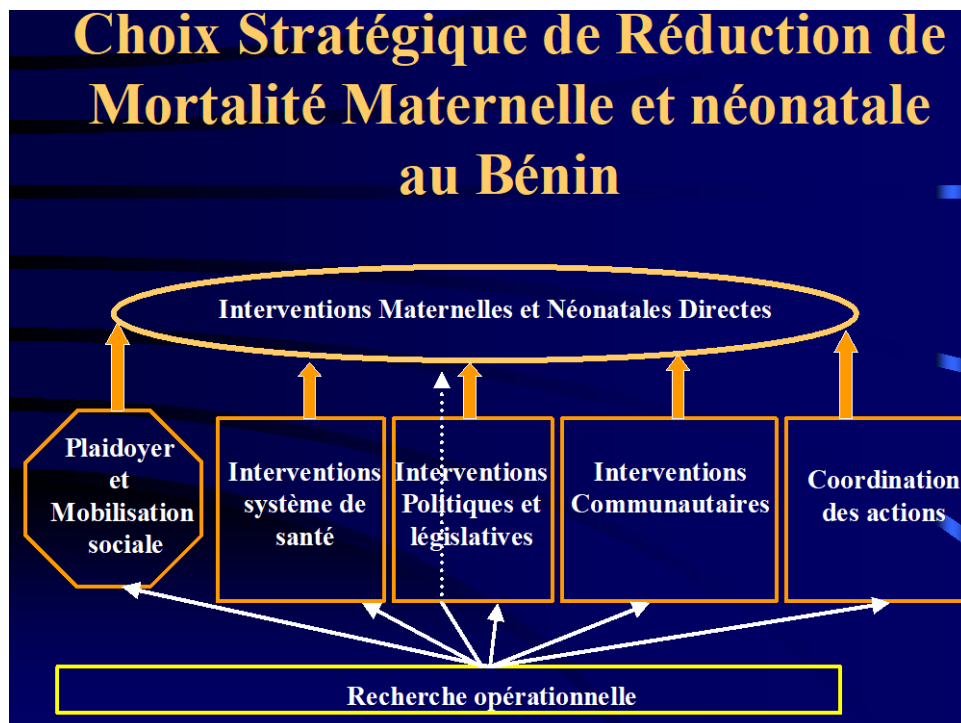
4.6.1 Choix d'interventions stratégiques

Dans ce document, le terme stratégie ou intervention désigne les grandes lignes d'actions cliniques, managériales et législatives requises pour infléchir les indicateurs de mortalité maternelle et néonatale. La réduction de la mortalité maternelle et néonatale nécessite des actions efficaces, soutenues et coordonnées à divers niveaux du système de santé.

En vue d'atteindre les objectifs définis à l'horizon 2010, il a été choisi sept groupes d'interventions stratégiques :

1. Les interventions maternelles et néonatales directes
2. Le plaidoyer et la mobilisation sociale
3. Les interventions politiques et législatives
4. Les interventions sur le système de santé
5. Les interventions communautaires
6. La coordination des actions des partenaires
7. La recherche opérationnelle

Les interventions maternelles et néonatales directes constituent la stratégie centrale et les six autres en sont les stratégies d'appui.



Les interventions retenues prennent en compte les grandes lignes d'actions à entreprendre au niveau stratégique et opérationnel du système de santé du Bénin pour réduire la mortalité maternelle et néonatale. Le choix stratégique prend comme cadre de référence le modèle des trois retards.

4.6.2 Développement des interventions stratégiques

A. Les Interventions maternelles et néonatales directes

➤ Paquet optimal d'interventions maternelles et néonatales directes

Il est établi que l'impact d'une intervention donnée sur la mortalité maternelle et néonatale s'opère sous trois mécanismes [9,10]:

- Réduire la probabilité de survenue de la grossesse chez la femme en âge de procréer
- Réduire la probabilité qu'une femme enceinte souffre de complications graves pendant la grossesse ou l'accouchement ou les suites de couches
- Réduire la probabilité de décès chez les femmes et les nouveau-nés souffrant de complications.

En se basant sur ces mécanismes, les interventions suivantes dont l'impact sur la mortalité maternelle et néonatale a été documenté dans les récentes publications internationales ont été sélectionnées pour constituer le paquet optimal d'interventions maternelles et néonatales du Bénin [9,10,38, 42]. Il s'agit de 12 interventions directes maternelles, materno-néonatales et néonatales qui sont décrites dans l'encadré ci-après :

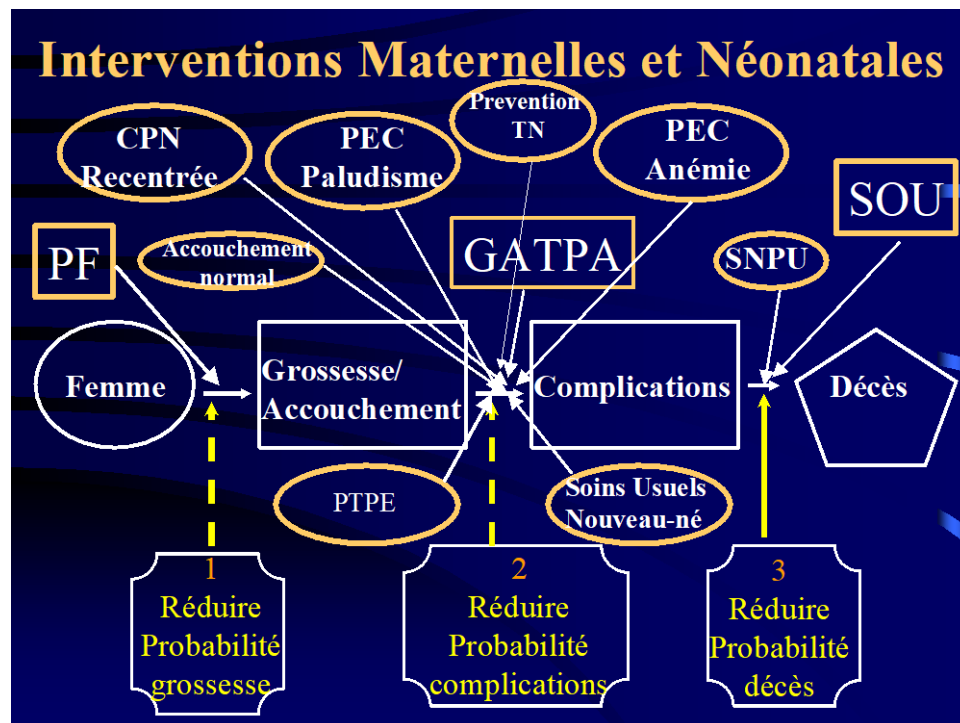
Interventions maternelles directes
1. Planification familiale/IST VIH SIDA 2. PHPP/GATPA
Interventions maternelle et néonatale directes
3. Consultation prénatale recentrée 4. Prévention du paludisme chez la femme enceinte 5. Prévention de l'anémie chez la femme enceinte 6. Amélioration des Soins pendant le travail et l'accouchement normal 7. Prévention de l'infection 8. Soins obstétricaux d'urgence y compris les SAA ³
Interventions néonatales directes
9. Soins usuels du nouveau-né et examen systématique du nouveau-né 10. Prévention du tétanos néonatal 11. Soins néonataux d'urgence 12. Prévention de la Transmission du VIH/SIDA Parent Enfant

3- Les SAA sont une intervention maternelle directe, mais ils sont classés dans le groupe des interventions maternelles et néonatales directes par souci de regroupement

Il s'agira de:

- Réduire la probabilité de survenue de la grossesse chez la femme par :
 - PF/IST VIH SIDA
- Réduire la probabilité qu'une femme pendant la grossesse ou l'accouchement ou un nouveau-né souffre de complications graves par :
 - CPN recentrée
 - Prévention du paludisme chez la femme enceinte
 - Prévention de l'anémie chez la femme enceinte
 - Prévention du tétanos néonatal
 - PTPE
 - Prévention de l'infection en milieu de soins
 - Accouchement à l'aide de partogramme
 - PHPP/GATPA
 - Soins usuels du nouveau-né
 - Examen systématique du nouveau-né
- Réduire la probabilité de décès chez les femmes et les nouveau-nés souffrant de complications par
 - SOU
 - SNU

Les mécanismes par lesquels ces interventions agissent sur la mortalité maternelle et néonatale sont résumés par le schéma ci-après.



➤ **Modalités d'administration du paquet optimal d'interventions maternelles et néonatales directes**

Les modalités d'administration abordent les points suivants :

- l'approche du continuum de soins depuis la grossesse à la période du post- partum
- les stratégies d'administration
- la spécification du contenu des interventions

- **Approche du continuum de soins depuis la grossesse à la période du post- partum.**

Ce paquet d'intervention sera mis en œuvre *selon l'approche de continuum de soins depuis la grossesse à la période du post- partum*. Cette approche de continuum de soins nécessitera des actions de réorganisation des services de prestations de soins obstétricaux et néonataux à tous les niveaux du système de santé du pays. Le schéma ci-dessous l'illustre:

Continuum de Soins Maternels et Néonataux			
Avant la Conception	Grossesse	Travail d'accouchement et accouchement	Post -partum
PF	CPN recentrée Prévention du paludisme Prévention du tétanos Prévention de l'anémie PTPE	PTPE Accouchement avec tracé partogramme durant le travail GATPA	SNU Soins usuels n-né Surveillance du post partum immédiat Surveillance de l'accouchée à domicile
Soins obstétricaux d'urgence Prévention et traitement des infections			

L'approche du continuum de soins consiste à offrir les interventions maternelles et néonatales directes avant la conception, pendant la grossesse, au cours l'accouchement et enfin au cours du post-partum.

- **Intervention directe avant la conception :**
 - PF/IST VIH SIDA
- **Interventions directes pendant la grossesse**
 - CPN recentrée
 - Prévention et traitement du paludisme
 - Prévention et traitement de l'anémie
 - SOU y compris les SAA
 - Prévention de l'infection
- **Interventions directes pendant l'accouchement**
 - Accouchement avec partogramme
 - PHPP/GATPA
 - SOU
 - Prévention de l'infection en milieu hospitalier
 - PTPE
- **Interventions directes dans le post-partum**
 - SOU
 - Prévention de l'infection
 - Soins usuels du nouveau-né
 - examen systématique du nouveau-né
 - SNU
 - PF/IST VIH SIDA

- **Stratégies d'administration**

Le paquet optimal d'interventions maternelles et néonatales directes sera administré selon trois stratégies:

- au niveau des formations sanitaires
- en stratégie avancée
- au sein et avec les communautés

- **Spécification du contenu des interventions**

La spécification du contenu de chacune des interventions directes est décrite en annexe.

L'action stratégique à mener dans le cadre des interventions directes sont :

Réorganiser les services de prestations de soins obstétricaux et néonataux à tous les niveaux du système de santé du pays.

Les activités qui en découlent sont:

- Réorganiser les services de prestations soins avant la conception
- Réorganiser les services de prestations soins pendant la grossesse
- Réorganiser les services de prestations soins au cours du travail d'accouchement et des suites de couches.

B. Plaidoyer et mobilisation sociale

Le plaidoyer est considéré comme une action stratégique transversale à mener à tous les niveaux : décideurs, communautés, etc.

Action stratégique

Faire le plaidoyer à tous les niveaux (décideurs, communauté, etc)

Les activités prévues à cet effet sont :

Au niveau central (Gouvernement, Assemblée, MSP et Partenaires)

- Faire le plaidoyer pour la prise d'une loi faisant de la RMMN une priorité nationale
- Faire le plaidoyer pour l'obtention d'une ligne budgétaire nationale destinée à la RMMN
- Faire le plaidoyer au niveau du MSP pour l'augmentation du budget alloué à la DSF
- Faire le plaidoyer en direction des partenaires pour l'allocation des ressources orientées vers la RMMN
- Faire le plaidoyer en direction des partenaires pour le respect de la politique et des stratégies retenues par le MSP pour réduire la mortalité maternelle et néonatale
- Faire le plaidoyer pour instituer une semaine de mobilisation sociale par an pour RMMN

Au niveau départemental

- Faire le plaidoyer en direction des partenaires pour le respect de la politique et des stratégies retenues par le MSP pour réduire la mortalité maternelle et néonatale au niveau départemental
- Faire le plaidoyer en direction des associations de développement partenaires et des opérateurs économiques pour leur implication dans la mise en œuvre de la stratégie
- Faire le plaidoyer en direction des maires et autres élus locaux pour leur adhésion à la stratégie de RMMN.

Au niveau périphérique

- Faire le plaidoyer en direction des élus locaux, des chefs traditionnels, des chefs religieux, des notables pour leur adhésion à la stratégie de RMMN

C. Interventions sur le système de santé

Dans ce document, nous définissons le système de santé comme l'ensemble des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'interventions sanitaires. Une intervention sanitaire désigne tout effort dont l'objectif principal est d'améliorer la santé, dans le cadre de soins de santé individuels, d'un service de santé publique ou d'une initiative intersectorielle ».

Les actions stratégiques à mener sont :

1. Accroître la couverture en formations sanitaires offrant l'ensemble du paquet minimum d'interventions et spécialement les SOUC et les SOUB 24h sur 24, 7 jours sur 7 tout le long de l'année
2. Assurer une assistance qualifiée aux femmes pendant la gravido-puerpéralité et aux nouveau-nés
3. Mettre en place un mécanisme de financement des soins et un système de référence - recours efficace pour alléger les barrières géographiques, financières et relationnelles limitant l'accès et l'utilisation des soins obstétricaux et néonataux
4. Améliorer la qualité des services obstétricaux et néonataux dans les formations sanitaires
5. Améliorer le management des services obstétricaux et néonataux dans les formations sanitaires
6. Promouvoir la délégation des tâches aux sages-Femmes
7. Renforcer le partenariat entre le secteur privé et le secteur public
8. Renforcer le partenariat avec les communautés
9. Améliorer le système d'information

➤ *Accroître la couverture en formations sanitaires offrant le paquet minimum d'interventions et spécialement les SOUC et les SOUB*

Il s'agira de rendre un certain nombre de formations sanitaires aptes à fournir l'ensemble du paquet optimal d'interventions et spécialement les soins obstétricaux d'urgence 24 h sur 24 h, 7 jours sur 7 et tout au long de l'année selon l'approche axée sur le continuum des soins d'ici 2010.

Les activités prévues à cet effet sont :

- Réviser et alléger les restrictions politiques et administratives limitant l'offre de certaines fonctions au niveau périphérique : ocytociques, ventouse, aspiration manuelle intra-utérine et l'introduction de l'utilisation du sulfate de magnésie.
- Doter de façon conséquente les formations sanitaires en accoucheurs qualifiés et compétents (sages-femmes, infirmières, médecins). Selon la déclaration conjointe OMS, ICM et FIGO un accoucheur qualifié désigne « *un professionnel de santé accrédité (une sage-femme, un médecin, ou un/une infirmier (ère) qui a été formé et a acquis les compétences requises pour la prise en charge de la grossesse, l'accouchement et du post-partum immédiat*

normaux (sans complication) et sait identifier, traiter ou, au besoin, prendre la décision de transférer les femmes et les nouveau-nés présentant des complications »[45]. La mise en œuvre de cette action appellera la révision des normes et standards en matière d'effectifs de personnel définis par la Direction du Développement des Zones Sanitaires. Compte tenu de la situation actuelle de ressources humaines qui rend non performants les hôpitaux de zone en matière des soins obstétricaux d'urgence, il serait judicieux de concentrer les spécialistes dans quelques hopitaux de zone plutôt que de les éparpiller comme c'est le cas actuellement.

- Définir et mettre en place un système de gestion des médicaments, consommables, et des ressources matérielles garantissant la disponibilité à portée de main de tout le nécessaire pour la prise en charge des cas. Ceci appellera la définition et la mise en place d'un système fiable d'approvisionnement en médicaments vitaux tant aux niveaux central, départemental et périphérique ; la CAME doit se mettre résolument à l'écoute et satisfaire les besoins des formations sanitaires.
- Améliorer la disponibilité des produits sanguins (Collaboration DSF et la Direction des Explorations Diagnostiques et de la Transfusion Sanguine) (DEDTS).

➤ ***Assurer une assistance qualifiée aux femmes au cours de la gravidopuerpuralité et aux nouveau-nés***

Les activités qui en découlent sont :

- Mettre en place un mécanisme de développement, d'utilisation et de motivation des ressources humaines.
- Renforcer l'effectif des FS en personnels qualifiés (Sages-femmes, infirmiers et médecins) pour la SNRMMN
- Renforcer le partenariat avec le secteur privé pour la mise en œuvre de la SNRMMN
- Assurer la formation continue des personnels de santé pour la SMN
- Assurer la formation de base des personnels de santé (Sages-femmes, infirmiers, médecins) pour la SMN (actualisation du programme des écoles de formation, renforcement des capacités des écoles, etc)
- Mettre en place un mécanisme d'incitation du personnel de santé pour la SMN
- Généraliser l'approche de formation par tutorat.

➤ ***Mettre en place un mécanisme de financement des soins et un système de référence-recours efficace***

Pour alléger les barrières géographiques et financières limitant l'accès et l'utilisation des soins obstétricaux et néonataux, les actions suivantes sont nécessaires :

- **Pour le renforcement du système de référence-recours**
 - Elaborer un cadre conceptuel de l'organisation du système de référence - recours pour intégrer les différentes actions éparses et mal coordonnées actuellement en cours dans ce domaine. Les éléments sur lesquels reposera ce cadre conceptuel sont : prise de décision de référence, préparation de la référence, acheminement, et accueil dans le centre de référence.
 - Former les prestataires aux activités de référence - recours
 - Doter les formations périphériques en médicaments et consommables pour la gestion des références
 - Renforcer la dotation des formations sanitaires en ambulances avec un plan de maintenance
 - Renforcer le système de communication (téléphone conventionnel, GSM et RAC) entre les formations sanitaires avec un plan de maintenance. La Direction des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance (DIEM) doit en faire sa priorité.
 - Rendre gratuit le transport des urgences obstétricales et néonatales.

- **Pour le développement d'un mécanisme de financement des soins au cours de la gravido-puerpéralité et de la période néonatale**
 - Mettre en place des mécanismes de financement des prestations de soins maternel et néonatal. Les options à considérer sont :
 - les différents types de micro-assurance de santé (MAS)⁴
 - le recouvrement de coûts (Initiative de Bamako)
 - les crédits délégués
 - les crédits pour les indigents
 - la subvention des soins d'urgence par l'Etat
 - l'appui des partenaires
 - etc..

⁴ Le Ministère de la Santé Publique dispose depuis 2003 d'un document de politique et stratégies de développement des mutuelles au Bénin

➤ ***Améliorer la qualité des services obstétricaux et néonataux par la promotion de l'assurance qualité***

Dans ce document, la qualité des soins est définie par les éléments suivants :

- disponibilité permanente des interventions
- adéquation de la prise en charge des cas selon les normes
- promptitude des soins
- relations interpersonnelles
- efficacité des soins

Les activités dans ce cadre sont :

- Actualiser les standards de soins obstétricaux d'urgence élaborés en 1998
- Adopter les standards de soins néonataux précoces d'urgence (SNPU) validés en Octobre 2005
- Développer des protocoles de service pour les éléments du paquet
- Disséminer les standards et protocoles cliniques existants
- Former les prestataires sur les protocoles
- Mettre les médicaments et consommables à portée de mains dans les maternités (trousses d'urgence)
- Mettre en place les kits de prise en charge des urgences obstétricales et néonatales dans les maternités
- Promouvoir la démarche qualité basée sur les droits des prestataires et les droits des clientes (Approches URC, approche EngenderHealth, audits des échappées belles ou audits des décès maternels)

➤ ***Améliorer le management des services obstétricaux et néonataux***

L'analyse de la situation a montré des problèmes de leadership et de management à tous les niveaux du système de santé. La solution à ces problèmes permettra une meilleure prestation des soins avec un impact sur les indicateurs maternels et néonataux.

A cet effet les activités suivantes sont proposées :

○ **Au niveau central**

- Inscrire dans les documents de politiques et stratégies du secteur santé les objectifs opérationnels de réduction de la mortalité maternelle
- Mettre en œuvre le paquet d'interventions à haut impact sur la mortalité maternelle et néonatale
- Appuyer le niveau départemental à traduire en plan d'action départemental et de zone la politique et les stratégies de réduction de la mortalité maternelle et néonatale
- Mettre en place une unité d'appui et de suivi de la mise en œuvre des plans d'action au niveau des départements et des zones sanitaires
- Assurer la collaboration intrasectorielle avec la DDZS, la DRH, la DH et la DSIO.

- Mettre en place une équipe nationale de soutien clinique et manageriale pour les prestations de soins maternels et néonataux
- Mettre en place le comité intersectoriel de suivi de la SNRMMN dont la composition est définie à la page 45.

- **Au niveau départemental**

- Mettre en œuvre le plan d'action de réduction de la mortalité maternelle et néonatale en partenariat avec toutes les parties prenantes
- Mettre en place une équipe technique départementale de soutien clinique et manageriale pour les prestations de soins maternels et néonataux
- Mettre en place une équipe intersectorielle départementale de suivi-évaluation des activités de réduction de la mortalité maternelle et néonatale

- **Niveau périphérique**

- Mettre en œuvre le plan d'action de la zone en matière de réduction de la mortalité maternelle et néonatale
- Faire le suivi des activités de réduction de la mortalité maternelle et néonatale par l'équipe d'encadrement de la zone

➤ ***Promouvoir la délégation des tâches aux sages-femmes***

Le séminaire - atelier sur le « Rôle de la sage-femme dans la réduction de la mortalité maternelle »⁵ tenu à Cotonou en Août 1999 a déjà jeté les bases de l'élargissement du rôle et des responsabilités des sages - femmes au Bénin. Comme, activités il est prévu de :

- Déléguer les tâches d'aspiration manuelle intra-utérine et l'utilisation de la ventouse aux sages- femmes
- Introduire dans les curricula de formation des sages - femmes ces compétences.

⁵ Séminaire organisé du 2 au 6 Août 1999 par PRIME/USAID à l'Infosec de Cotonou

➤ ***Renforcer le partenariat secteur public et secteur privé***

Les différentes composantes du secteur privé (à but lucratif, confessionnel, associatif et les ONGs) deviennent prépondérantes au sein du système de santé du Bénin. Le renforcement du partenariat est une nécessité absolue ; les activités prévues dans ce cadre sont :

- Instaurer à travers le comité intersectoriel le partenariat entre le secteur public et le secteur privé
- Associer le secteur privé à la planification et à la mise en œuvre des activités de réduction de la maternelle et néonatale
- Impliquer les partenaires sociaux (syndicats, associations des professionnels de santé, ONGs, société civile) à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

➤ ***Renforcer le partenariat avec les communautés***

Voir les interventions communautaires

➤ ***Améliorer le système d'information***

Le SNIGS à l'état actuel ne dispose pas de données pouvant permettre de calculer de manière fiable les indicateurs de processus des Nations Unies et ceux relatifs aux soins maternels et néonataux. Pour remédier à ces insuffisances, il est suggéré de tenir des séances de travail avec le SSD/DPP pour décider des indicateurs à retenir au cours de la prochaine révision du SNIGS.

D. Les interventions communautaires

L'implication des communautés dans la planification et la mise en oeuvre des interventions maternelles et néonatales sont la condition indispensable pour assurer le succès de la stratégie.

Les actions stratégiques à mener dans ce cadre sont :

1. Construire un partenariat local pour la mise en œuvre des activités retenues dans le cadre de la stratégie de RMMN.
2. Mettre en place un cadre local de concertation et de suivi des interventions communautaires
3. Promouvoir au sein de la communauté les pratiques clés favorables à la santé maternelle et néonatale

➤ ***Construire un partenariat local pour la mise en œuvre des activités retenues dans le cadre de la stratégie de RMMN***

L'activité à mener dans ce cadre est :

- Amener les ONGs et la société civile à s'investir dans les activités de réduction de la mortalité maternelle et néonatale au niveau communautaire.

➤ ***Mettre en place un cadre local de concertation et de suivi des interventions communautaires***

L'activité à mener dans ce cadre est :

- Appuyer les communautés et les familles à définir, demander et organiser les systèmes d'orientation -recours (reconnaissance des signes de danger, moyens de référence, comités chargés des urgences, transport, mécanismes de financements, etc.)

➤ ***Promouvoir au sein de la communauté les pratiques clés favorables à la santé maternelle et néonatale***

Les activités à mener dans ce cadre sont :

- Organiser les communautés à orienter les gestantes vers les centres de santé
- Amener les gestantes et les familles à reconnaître les signes de danger pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches
- Organiser avec la communauté des causeries et des débats sur des thèmes de RMMN
- Organiser une semaine de mobilisation sociale par an pour la RMMN

E Les interventions législatives et politiques

L'engagement politique à long terme est une condition préalable indispensable. Lorsque les décideurs aux niveaux les plus élevés sont résolus à s'attaquer au problème de la mortalité maternelle et néonatale, ils mobilisent les ressources nécessaires et prennent les décisions politiques essentielles. Sans cet engagement politique à long terme, il n'y a pas de résultats concrets. Un contexte social, économique et législatif favorable permet aux femmes de surmonter les divers obstacles qui freinent leur accès aux soins de santé, tels l'éloignement des centres de santé par rapport à leur domicile, l'absence de moyens de transport et surtout les obstacles financiers et sociaux.

Les actions stratégiques à mener dans ce cadre sont :

1. Renforcer l'implication des élus locaux
2. Mettre en application les textes réglementant l'exercice de la médecine en clientèle privée
3. Orienter les interventions de RMMN vers les populations pauvres et les couches les plus vulnérables
4. Obliger les responsables à différents niveaux (central, départemental et périphérique) à rendre compte des résultats obtenus en matière de RMMN
5. Mettre en place un mécanisme politique de développement des ressources humaines spécialisées dans la RMMN

➤ ***Renforcer l'implication des élus locaux***

A cet effet, les activités suivantes sont proposées :

- Amener les élus locaux à participer à la planification des interventions sanitaires en faveur de la mère et du nouveau-né
- Susciter l'appui des élus locaux pour la mobilisation des ressources et l'accroissement des investissements en faveur de la santé de la mère et du nouveau-né
- Faire le plaidoyer au niveau des conseils communaux pour qu'ils participent à la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales

➤ ***Mettre en application les textes réglementant l'exercice de la médecine en clientèle privée***

A cet effet, les activités suivantes sont proposées :

- Mettre en application les textes réglementant l'exercice de la médecine en clientèle privée notamment les prestations obstétricales et néonatales (Loi No 97-020 du 17 juin 1997, les décrets d'application : No 2000-411 du 17 Août 2000, No 2000-450 du 17 Septembre 2000, No 2000-449 du 11 Septembre 2000, et les arrêtés d'application : No 3667 /MSP /DC /SGM /DNPS /SSHCC, No 1274 /MSP /DC /SGM /DNPS /SSHCC)
- Mettre en œuvre les mécanismes du contrôle du respect de ces textes

➤ ***Orienter les interventions de RMMN vers les populations pauvres et les couches les plus vulnérables***

Les activités suivantes sont proposées :

- Faire prendre une loi pour assurer l'équité dans les soins maternels et néonataux
- Faire le plaidoyer auprès du Gouvernement et de l'Assemblée Nationale pour voter une loi subventionnant en partie les soins d'urgence obstétricale et néonatale
- Profiter de l'annulation des dettes pour intensifier le recrutement des agents qualifiés dans le secteur public
- Insérer une ligne budgétaire pour la RMMN dans les crédits délégués des zones sanitaires
- Prendre des dispositions pour rendre gratuit le transfert de l'urgence obstétricale et néonatale (Arrêté/Décret et autres)

➤ ***Obliger les responsables à différents niveaux (central, départemental et périphérique) à rendre compte des résultats obtenus en matière de RMMN***

Les activités suivantes sont proposées :

Au niveau central

Amener l'unité de gestion de la stratégie de RMMN à rendre compte périodiquement des résultats obtenus au DSF, au Ministre de la Santé Publique, au comité intra - sectoriel et au comité national intersectoriel de suivi de la RMMN au Bénin

Au niveau départemental

Amener le DDSP à rendre compte au comité départemental intersectoriel de RMMN et au Ministre de la Santé Publique

Au niveau périphérique

Amener les MCZS à rendre compte périodiquement des résultats obtenus en matière de RMMN au DDSP

➤ ***Mettre en place un mécanisme politique de développement et d'utilisation des ressources humaines spécialisées dans la RMMN***

Les activités suivantes sont proposées :

- Prendre une décision politique de développement des ressources humaines spécialisées dans la RMMN (Gynécologues- Obstétriciens, pédiatres, chirurgiens, anesthésistes réanimateurs et sages - femmes)

- Mettre en place des pools de spécialistes dans les départements afin d'assurer la disponibilité permanente des services

F. Coordination des actions des partenaires au développement

L'action des partenaires au développement doit rentrer dans le creuset défini par le Ministère de la Santé Publique et le Gouvernement.

La principale action stratégique est de :

Coordonner efficacement les ressources et les actions des partenaires au développement

A cet effet, les activités suivantes sont proposées :

- Assurer la coordination des actions des partenaires à travers le comité intra-sectoriel
- Réunir le comité intra-sectoriel une fois par trimestre pour le suivi et l'évaluation des interventions des partenaires

G Recherche opérationnelle

La recherche opérationnelle est une composante essentielle de la stratégie. Les principales priorités de recherche seront affinées au fur et à mesure de la planification et de la mise en œuvre de la stratégie.

La principale action stratégique est de :

Développer un agenda de recherche opérationnelle sur les différents aspects de mise en œuvre de la stratégie de réduction de la mortalité maternelle et néonatale

Les activités suivantes sont proposées :

- Documenter les différentes interventions mises en œuvre au niveau des formations sanitaires
- Evaluer les résultats de la participation communautaire
- Former les équipes d'encadrement de zones et les agents de santé à la recherche opérationnelle et aux audits de décès maternels et de « near miss »
- Utiliser les résultats de la recherche pour améliorer la qualité des soins

4.6.3 Synthèse des Actions Stratégiques

Interventions	Actions Stratégiques	Activités
1. Interventions maternelles et néonatales directes	1. Réorganiser les services de prestations de soins obstétricaux et néonataux à tous les niveaux du système de santé du pays.	1.1 Réorganiser les services de prestations soins avant la conception 1.2 Réorganiser les services de prestations soins pendant la grossesse 1.3 Réorganiser les services de prestations soins au cours du travail d'accouchement et l'accouchement 1.4 Réorganiser les services de prestations soins au cours post partum
2. Plaidoyer et mobilisation sociale	2. Faire le plaidoyer à tous les niveaux (décideurs, communauté, etc)	Au niveau central (Gouvernement, Assemblée, MSP et Partenaires) 2.1 Faire le plaidoyer pour la prise d'une loi faisant de la RMMN une priorité nationale 2.2 Faire le plaidoyer pour l'obtention d'une ligne budgétaire nationale destinée à RMMN 2.3 Faire le plaidoyer au niveau du MSP pour l'augmentation du budget alloué à la DSF 2.4 Faire le plaidoyer en direction des partenaires pour l'allocation des ressources orientée vers la RMMN 2.5 Faire le plaidoyer en direction des partenaires pour le respect de la politique et des stratégies retenues par le MSP pour réduire la mortalité maternelle et néonatale 2.6 Faire le plaidoyer pour instituer une semaine de mobilisation sociale par an pour la RMMN Au niveau départemental 2.7 Faire le plaidoyer en direction des partenaires pour le respect de la politique et des stratégies retenues par le MSP pour réduire la mortalité maternelle et néonatale au niveau départemental 2.8 Faire le plaidoyer en direction des associations de développement partenaires et des opérateurs économiques pour leur implication à la mise en œuvre de la stratégie 2.9 Faire le plaidoyer en direction des maires et autres élus locaux pour leur adhésion à la stratégie de RMMN Au niveau périphérique 2.10 Faire le plaidoyer en direction des élus locaux, des chefs traditionnels, chefs religieux, des notables pour leur adhésion à la stratégie de RMMN

• **Synthèse des Actions Stratégiques**

Interventions	Actions Stratégiques	Activités
<p>3. Interventions sur le système de santé</p>	<p>3. Accroître la couverture en formations sanitaires offrant l'ensemble du paquet minimum d'interventions et spécialement les SOUC et les SOUB 24h sur 24, 7 jours sur 7 tout le long de l'année</p> <p>4. Assurer une assistance qualifiée aux femmes au cours de la gravido-puerpéralité et aux nouveau-nés</p> <p>5. Mettre en place un mécanisme de financement des soins et d'un système de référence-recours efficace</p>	<p>3. 1 Doter de façon conséquente des formations sanitaires en accoucheurs qualifiés et compétents</p> <p>3.2 Réviser et alléger les restrictions politiques et administratives</p> <p>3.3 Définir et mettre en place un système de gestion des médicaments, consommables, et des ressources matérielles</p> <p>3.4 Améliorer la disponibilité des produits sanguins</p> <p>4.1 Mettre en place un mécanisme de développement, d'utilisation et de motivation des ressources humaines.</p> <p>4.2 Renforcer les effectifs des FS en personnels qualifiés (Sages-femmes, infirmiers, médecins) pour la SMN</p> <p>4.3 Renforcer le partenariat avec le secteur privé pour la mise en œuvre de la SRMMN</p> <p>4.4 Assurer la formation continue des personnels de santé pour la SMN</p> <p>4.5 Assurer la formation de base des personnels de santé (Sages-femmes, infirmiers, médecins) pour la SMN (actualisation du programme des écoles de formation, renforcement des capacités des écoles, etc)</p> <p>4.6 Mettre en place un mécanisme d'incitation du personnel de santé pour la SMN</p> <p>4.7 Généraliser l'approche de formation/ par tutorat</p> <p>5.1 Elaborer un cadre conceptuel de l'organisation du système de référence recours pour intégrer les différentes actions éparses et mal coordonnées actuellement en cours dans ce domaine. Les éléments sur lesquels reposera ce cadre conceptuel sont : prise de décision de référence, préparation de la référence, acheminement, et accueil dans le centre de référence.</p> <p>5.2 Former les prestataires aux activités de référence recours</p> <p>5.3 Doter les formations périphériques en médicaments et consommables pour la gestion des références</p> <p>5.4 Renforcer la dotation des formations sanitaires en ambulances avec un plan de maintenance</p> <p>5.5 Renforcer le système de communication (téléphone conventionnel, GSM, RAC) entre les formations sanitaires avec un plan de maintenance. La Direction des Infrastructures, des équipements et de la Maintenance (DIEM) doit en faire sa priorité.</p> <p>5.6 Mettre en place des mécanismes de financement des prestations de soins maternel et néonatal.</p>

- **Synthèse des Actions Stratégiques**

Interventions	Actions Stratégiques	Activités
3. Interventions sur le système de santé	<p>6. Améliorer la qualité des services obstétricaux et néonataux dans les formations sanitaires existantes (promotion de l'assurance qualité)</p> <p>7. Améliorer le management des services obstétricaux et néonataux</p>	<p>6.1 Actualiser les standards de soins obstétricaux d'urgence élaborés en 1998</p> <p>Adopter les standards de soins néonataux précoces d'urgence (SNPU) validés en Octobre 2005</p> <p>6.2 Développer des protocoles de service pour les éléments du paquet</p> <p>Disséminer les standards et protocoles cliniques existants</p> <p>6.3 Former les prestataires sur les protocoles</p> <p>Mettre les médicaments et consommables à portée de mains dans les maternités (trousses d'urgence)</p> <p>6.4 Mettre en place les kits de prise en charge des urgences obstétricales et néonatales dans les maternités</p> <p>6.5 Promouvoir la démarche qualité basée sur les droits des prestataires et les droits des clientes (Approches URC, approche EngenderHealth, audits des échappées belles ou audits des décès maternels)</p> <p>• Niveau central</p> <p>7.1 Inscrire dans les documents de politiques et stratégies du secteur santé les objectifs opérationnels de réduction de la mortalité maternelle</p> <p>7.2 Mettre en œuvre le paquet d'interventions à haut impact sur la mortalité maternelle et néonatale</p> <p>7.3 Appuyer le niveau départemental à traduire en plan d'action départemental et de zone la politique et les stratégies de réduction de la mortalité maternelle et néonatale</p> <p>7.4 Mettre en place une unité d'appui et suivi de la mise en œuvre des plans d'action au niveau des départements et des zones sanitaires</p> <p>7.5 Assurer la collaboration intrasectorielle avec la DDZS, DRH, DH et DSIO.</p> <p>7.6 Mettre en place une équipe nationale de soutien clinique et manageriale pour les prestations de soins maternels et néonataux</p> <p>7.7 Mettre en place un comité intersectoriel de suivi et évaluation dont la composition sera définie.</p> <p>• Niveau départemental</p> <p>7.8 Mettre en œuvre le plan d'action de réduction de la mortalité maternelle et néonatale en partenariat avec toutes les parties prenantes</p> <p>7.9 Mettre en place une équipe technique départementale de soutien clinique et manageriale pour les prestations de soins maternels et néonataux</p> <p>7.10 Mettre en place une 'équipe intersectorielle départementale de suivi-évaluation des activités de réduction de la mortalité maternelle et néonatale</p> <p>• Niveau périphérique</p> <p>7.11 Mettre en œuvre le plan d'action de la zone en matière de réduction de la mortalité maternelle et néonatale - Faire le suivi des activités de réduction de la mortalité maternelle et néonatale par l'équipe d'encadrement de la zone</p>

• **Synthèse des Actions Stratégiques**

Interventions	Actions Stratégiques	Activités
3. Interventions sur le système de santé (Suite)	<p>8. Promouvoir la délégation des tâches aux sages-Femmes</p> <p>9 Renforcer le partenariat secteur public et le secteur privé</p> <p>10. Renforcer le partenariat avec les communautés</p> <p>11. Améliorer le système d'information</p>	<p>8.1 Déléguer les tâches d'aspiration manuelle intra-utérine et l'utilisation de la ventouse aux sages- femmes</p> <p>8.2 Introduire dans les curricula de formation des sages femmes ces compétences</p> <p>9.1 Instaurer à travers le comité intersectoriel le partenariat entre le secteur public et le secteur privé</p> <p>9.2 Associer le secteur privé à la planification et à la mise en œuvre des activités de réduction maternelle et néonatale</p> <p>9.3 Impliquer les partenaires sociaux (syndicats, association des professionnels de santé, ONG, société civile) à la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale.</p> <p>10.1 Voir interventions communautaires</p> <p>11.1 Introduire la liste des indicateurs de réduction de mortalité maternelle et néonatale et les données nécessaires à leur calcul dans le SNIGS</p> <p>11.2 Tenir des séances de travail avec le SSD/DPP pour décider des données à retenir au cours de la prochaine révision du SNIGS</p> <p>11.3 Introduire les indicateurs retenus dans le SNIGS et prévoir les outils de collecte des données</p>
4. Interventions communautaires	<p>12 Construire un partenariat local pour la mise en œuvre des activités retenues dans le cadre de la stratégie de RMMN</p> <p>13. Mettre en place un cadre local de concertation et de suivi des interventions communautaires</p> <p>14. Promouvoir au sein de la communauté les pratiques clés favorables à la santé maternelle et néonatale</p>	<p>12.1 Amener les ONGs et la société civile à s'investir dans les activités de réduction de la mortalité maternelle et néonatale au niveau communautaire</p> <p>13.1 Appuyer les communautés et les familles à définir, demander et organiser les systèmes d'orientation -recours (reconnaissance des signes de danger, moyens de référence (comités chargés des urgences, transport, mécanismes de financements, etc.)</p> <p>14.1 Organiser les communautés à orienter les gestantes vers les centres de santé</p> <p>14.2 Amener les gestantes et les familles à reconnaître les signes de danger pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches</p> <p>14.3 Organiser avec la communauté des causeries et des débats sur des thèmes de RMMN</p> <p>14.4 Organiser une semaine de mobilisation sociale par an pour la RMMN</p>

• **Synthèse des Actions Stratégiques**

Interventions	Actions Stratégiques	Activités
5. Interventions législatives et politiques	<p>15. Renforcer l'implication des élus locaux</p> <p>16. Mettre en application les textes réglementant l'exercice de la médecine en clientèle privée</p> <p>17. Orienter les interventions de RMMN vers les populations pauvres et les couches les plus vulnérables</p> <p>18. Obliger les responsables à différents niveaux (central, départemental et périphérique) à rendre compte des résultats obtenus en matière de RMMN</p>	<p>15.1 Amener les élus locaux à participer à la planification des interventions sanitaires en faveur de la mère et du nouveau-né</p> <p>15.2 Susciter l'appui des élus locaux pour la mobilisation des ressources et l'accroissement des investissements en faveur de la santé de la mère et du nouveau-né</p> <p>15.3 Faire le plaidoyer au niveau des conseils communaux pour qu'ils participent à la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales</p> <p>16.1 Mettre en application les textes réglementant l'exercice de la médecine en clientèle privée notamment les prestations obstétricales et néonatales (Loi No 97-020 du 17 juin 1997, les décrets d'application : No 2000-411 du 17 Août 2000, No 2000-450 du 17 Septembre 2000, No 2000-449 du 11 Septembre 2000, et les arrêtés d'application :No 3667 /MSP /DC /SGM /DNPS /SSHCC, No 1274 /MSP /DC /SGM /DNPS /SSHCC)</p> <p>16.2 Mettre en œuvre les mécanismes du contrôle du respect de ces textes</p> <p>17.1 Faire prendre une loi pour assurer l'équité dans les soins maternels et néonataux</p> <p>17.2 Plaidoyer auprès du Gouvernement et de l'Assemblée Nationale pour voter une loi subventionnant en partie les soins d'urgence obstétricale et néonatale</p> <p>17.3 Profiter de l'annulation des dettes pour intensifier le recrutement des agents qualifiés dans le secteur public</p> <p>17.4 Insérer une ligne budgétaire pour la RMMN dans les crédits délégués des zones sanitaires</p> <p>17.5 Prendre des dispositions pour rendre gratuit le transfert de l'urgence obstétricale et néonatale (Arrêté/Décret et autres)</p> <p>• Au niveau central</p> <p>18.1 Amener l'unité de gestion de la stratégie de RMMN à rendre compte périodiquement des résultats obtenus au DSF, au Ministre de la Santé Publique, comité intra-sectoriel et au comité national intersectoriel de suivi de la RMMN au Bénin</p> <p>• Au niveau départemental</p> <p>18,2 Amener le DDSP à rendre compte au comité départemental intersectoriel de RMMN et au Ministre de la Santé Publique</p> <p>• Au niveau périphérique</p> <p>18.3 Amener les MCZS à rendre compte périodiquement des résultats obtenus en matière de RMMN au DDSP</p>

- **Synthèse des Actions Stratégiques**

Interventions	Actions Stratégiques	Activités
6. Coordination des actions des partenaires au développement	19. Coordonner efficacement les ressources et des actions des partenaires au développement	19.1 Assurer la coordination des actions des partenaires à travers le comité intra-sectoriel 19.2 Réunir le comité intra-sectoriel une fois par trimestre pour le suivi et l'évaluation des interventions des partenaires
7. Recherche opérationnelle	20. Développer un agenda de recherche opérationnelle sur les différents aspects de mise en œuvre de la stratégie de réduction de la mortalité maternelle et néonatale	20.1 Documenter les différentes interventions mises en œuvre au niveau des formations sanitaires 20.2 Evaluer les résultats de la participation communautaires Former les équipes d'encadrement de zones et les agents de santé à la recherche opérationnelle, aux audits de décès maternels et de « near miss » 20.3 Utiliser les résultats de la recherche pour améliorer la qualité des soins

5 CADRE DE MISE EN OEUVRE

5.1 Cadre logique d'ensemble

Le cadre logique consiste à décliner les interventions en actions stratégiques et activités pour atteindre les huit objectifs spécifiques de 2006 à 2010. Ce cadre logique d'ensemble se trouve à l'annexe 5.

5.2 Plan global de mise en œuvre de la stratégie

Cette stratégie couvre la période allant de 2006 à 2015 et est subdivisée en deux grandes phases

- 2006-2010 : Phase de préparation, d'impulsion et d'intensification
- 2011- 2015 : Phase de consolidation et de stabilisation

Bien que ce document couvre la période allant de 2006 à 2015, l'accent est mis sur la phase de préparation, d'impulsion et d'intensification. La programmation de la période 2011-2015 tiendra compte des acquis et des leçons apprises de la première phase.

5.2.1 Phase de préparation, d'impulsion et d'intensification (2006-2010)

Cette phase sera caractérisée par des activités de préparation et de lancement de l'initiative de réduction de mortalité maternelle et néonatale au Bénin. Compte tenu du temps relativement court qui sépare 2006 de l'échéance de 2015, une approche verticale mais intégrée sera privilégiée à cette phase. Une unité spéciale de planification, de mise en œuvre et de suivi sera mise en place à l'instar de l'expérience du PEV/SSP au cours des années 1980 avec un budget et des activités bien individualisées. Au cours de cette phase les sept groupes d'interventions seront mis en œuvre selon une planification intégrée.

Une évaluation des progrès accomplie sera réalisée vers la fin de l'année 2008 afin d'apprécier l'avancée du processus et prendre des actions subséquentes.

L'évaluation de cette phase réalisée en 2010 sera suivie de la planification de la phase de consolidation et de stabilisation 2011-2015.

5.2.2 Phase de consolidation et de stabilisation (2011-2015)

Cette phase sera caractérisée par la consolidation des activités mises en chantier lors de la première phase. La nécessité d'une transition vers une approche transversale sera appréciée et la stratégie la mieux appropriée en fonction du niveau d'avancement vers les OMD sera adoptée.

5.3 Cadre institutionnel

5.3.1 Définition des Acteurs Directs et des Cibles

A. Définition des Acteurs Directs

Par « acteurs » directs, on désigne les personnes physiques ou morales directement impliquées dans les six catégories d'interventions retenues. Le tableau ci-après présente la liste des acteurs directs.

Acteurs Directs de la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale au Bénin	
Structures	Structures spécifiques
1. Ministère de la Santé Publique (MSP)	Cabinet, DSF,DRH,DPP,DRFM, DH, DDZS, DSIO, DRS , DIEM, institutions hospitalières et socio-sanitaires
2. Ministère de la Famille, de la Protection sociale et de la Solidarité (MFPSS)	Direction de l'Enfance et Direction de la Femme
3. Ministère de l'Enseignement technique et de la Formation professionnelle (METFP)	Direction de la Formation Professionnelle Ecole Nationale des Sage-femmes du Bénin
4. Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (MESRS)	Faculté des Sciences de la Santé
5. Ministère de la Justice, de la Législation et des Droits de l'Homme (MJLDH)	Direction de la Législation
6. Ministère de la Communication et de la Promotion des Technologies nouvelles (MCPTN)	Radios et télé publiques et privées
7. ONGs/Société Civile	ROBS ; ABPF; Association des Femmes Parlementaires ; Association des Femmes Juristes du Bénin
8. Ordres et Syndicats	Ordre et Syndicats des Sages Femmes , l'Ordre des Médecins, Ordre des Pharmaciens,
9 Sociétés Savantes et Associations Professionnelles	SOBEPED, SGOBT, Associations des Sages-Femmes du Bénin
10. Communautés et organisations communautaires	Comité de santé de zone sanitaire ; Comité de gestion des centres de santé
11. Collectivités locales	Conseils Communaux,
12. Assemblée nationale	Commission des Lois
13. Organisations religieuses	Associations confessionnelles de femmes
14. Partenaires au développement	OMS, UNICEF, UNFPA, USAID, Banque Mondiale, Coopération Suisse, Coopération Belge, Coopération Française etc...

B. Définition des Cibles

Par cible, on entend ici les personnes physiques ou morales visées par les interventions stratégiques retenues.

Les principales cibles sont les suivantes :

Cibles primaires

- Les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes, les accouchées et les nouveau-nés.

Cibles secondaires

- les familles (y compris les maris) et les communautés

Cibles tertiaires

- les prestataires de soins, les décideurs politiques et les partenaires

5.3.2 Organisation de la mise en œuvre

A. Structures de mise en œuvre et de suivi

Les diverses structures de mise en œuvre et de suivi à mettre en place dans le cadre de la stratégie de réduction de la mortalité maternelle et néonatale :

1. Comité National Intersectoriel de Suivi de la RMMN
2. Comité Intra-Sectoriel de mise en œuvre et de suivi
3. Unité spéciale chargée de la mise en œuvre et du suivi de la stratégie RMMN
4. Comité Départemental Intersectoriel de Suivi de la RMMN
5. Equipe d'encadrement de zone sanitaire

B. Structures de soutien clinique et managérial

Les diverses structures de soutien clinique à mettre en place dans le cadre de la stratégie de réduction de la mortalité maternelle et néonatale sont :

1. Equipe nationale de soutien clinique et managérial
2. Equipe départementale de soutien clinique et managérial
3. Equipe de zone sanitaire chargée du soutien clinique et managérial

C. Composition et Attributions

Comité	Composition	Attributions
Comité National Intersectoriel de Suivi de la RMMN	MSP, MFPSS, MEPS, MFE, MJLDH, MISD, Conseiller Technique du Président de la République à la Santé, Associations professionnelles et savantes	Plaidoyer, Mobilisation des ressources et Suivi
Comité Intra-Sectoriel de mise en œuvre et de suivi	DSF, DRH, DPP, DRFM, DH, DDZS, DSIO, PNLs, DIEM, Partenaires	Coordination générale de la mise en œuvre, Suivi et Evaluation
Unité spéciale chargée de la mise en œuvre de la stratégie de RMMN	DSF Adjoint, Médecin d'Appui SMI, Point focal SONU/SAA	Planification, Mise en œuvre
Comité Départemental Intersectoriel de Suivi de la RMMN	DDSP, MCZS, Equipe du CHD ONGs, structures décentralisées des ministères et des structures citées etc.	Plaidoyer, Mobilisation des ressources et Suivi
Equipe d'encadrement de zone sanitaire	Equipe Zone sanitaire élargie aux responsables de maternité	Mise en œuvre

5.4 Rôle et responsabilités des acteurs

Acteurs	Rôles et Responsabilités
1. Ministère de la Santé Publique (MSP)	Planification et mise en œuvre des sept groupes d'interventions
2. Ministère de la Famille, de la Protection sociale et de la Solidarité (MFPSS)	Interventions communautaires
3. Ministère Ministre de l'Enseignement technique et de la Formation professionnelle (METFP)	Interventions sur le système de santé
4. Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (MESRS)	Interventions sur le système de santé
5. Ministère de la Justice, de la Législation et des Droits de l'Homme (MJLDH)	Interventions politiques et législatives
6. Ministère de la Communication et de la Promotion des Technologies nouvelles (MCPTN)	Interventions communautaires
7. ONGs	Interventions communautaires
8. Ordres et Syndicats	Interventions sur le système de santé
9. Sociétés savantes et associations professionnelles	Interventions système de santé
10. Communautés et organisations communautaires	Interventions communautaires
11. Collectivités locales	Interventions sur le système de santé Interventions communautaires
12. Assemblée nationale	Interventions politiques et législatives
13. Organisations religieuses	Interventions communautaires
14. Partenaires au développement	Sept groupes d'interventions

5 CADRE DE SUIVI ET D’EVALUATION

Le système de suivi et d’évaluation mis en place permet de mesurer trois types d’indicateurs :

- les indicateurs d’intrants
- les indicateurs de processus
- les indicateurs d’impact

Indicateurs de Suivi et d’Evaluation de la Stratégie de Réduction MMN
Indicateurs d’intrants
1. Indicateurs de volonté politique et d’engagement <ul style="list-style-type: none">- Prise effective d’une loi par l’Assemblée Nationale faisant de la RMMN une priorité nationale- Existence de ligne budgétaire spécifique pour la mise en œuvre des activités visant la réduction de la mortalité maternelle et néonatale par le Budget National- Proportion de fonds alloués à la santé maternelle et néonatale par le MSP
Indicateurs de Processus
1. Indicateurs de processus des Nations Unies <ul style="list-style-type: none">- Nombre de formations sanitaires fournissant les SOU de base pour 500 000 habitants- Nombre de formations sanitaires fournissant les SOU complets pour 500 000 habitants- Répartition géographique des formations offrant les SOU- Proportion des naissances attendues ayant eu lieu dans les formations sanitaires fournissant les SOU complets ou les SOU de base- Proportion des femmes présentant des complications obstétricales admises dans les formations sanitaires fournissant les SOU complets et les SOU de base- Taux de césarienne par rapport aux naissances attendues- Taux de létalité obstétricale: Proportion de femmes admises pour complications obstétricales et décédées, par rapport au nombre total de femmes admises pour complications obstétricales dans la formation sanitaire- Temps de réponse de l’équipe pour la prise en charge de l’urgence obstétricale et néonatale
2. Autres Indicateurs <ul style="list-style-type: none">- Taux d’utilisation de la CPN recentrée- Taux d’accouchements assistés- Taux de mortalité néonatale intra hospitalière- Proportion d’accouchement par voie basse avec GATPA- Accouchements normaux avec partogramme- Proportion de formations sanitaires offrant la PF ayant eu une rupture de stock
Indicateurs d’impact
<ul style="list-style-type: none">- Ratio de mortalité maternelle- Prévalence contraceptive- Prévalence du paludisme chez la femme enceinte- Prévalence de l’anémie chez la femme enceinte- Proportion des faibles poids de naissance- Taux de mortalité néonatale

7 COUTS DE LA MISE ŒUVRE DES STRATEGIES

Le coût de la mise est contenu dans le plan quinquennal d'opérationnalisation 2006-2010.

8 CONCLUSION

La rédaction de ce document de stratégie de réduction de la mortalité maternelle et néonatale constitue un tournant décisif dans l'histoire du Ministère de la Santé du Bénin dans le domaine de la santé maternelle et néonatale. La mise en œuvre effective des interventions retenues permettra d'avoir un impact certain sur les indicateurs de santé maternelle et néonatale. Un fait est d'élaborer un document, un autre est de le mettre œuvre. Le vrai défi, c'est celui de la mise en œuvre. Pour bien agir, il faut l'engagement des décideurs, la mobilisation des ressources, l'application des interventions prioritaires, l'adhésion des partenaires au développement, l'engagement du personnel de santé et l'adhésion des familles et communautés.

9 BIBLIOGRAPHIE

- 1 WHO. Maternal Mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF UNFPA.
- 2 OMS/AFRO. Feuille de route : L'Union africaine s'engage à lutter contre la mortalité
maternelle. Bulletin régional de la santé génésique No 2 . Brazzaville: OMS/AFRO,
2004.
3. Ministère de la Santé Publique du Bénin, Direction de la Santé Familiale. Evaluation des
Besoins en Soins Obstétricaux d'Urgence- Rapport final.
Cotonou : DSF, 2003
- 4 Lawn J.E, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? The
Lancet 2005; Neonatal survival: 9-18.
5. Institut National de la statistique et de l'analyse Economique (INSAE) et ORC Macro
Calverton, Maryland USA. Enquête Démographique et de Santé au Bénin 1996.
Cotonou : INSAE, 1997.
6. Institut National de la statistique et de l'analyse Economique (INSAE) et ORC Macro
Calverton, Maryland USA. Enquête Démographique et de Santé au Bénin 2001.
Cotonou : INSAE, 2002.
- 7 Maine D., Rosenfield A. The Safe Motherhood Initiative: Why has it stalled ? American
Journal of Public Health, 1999, (89) 4: 480-482
- 8 MCPPD, Système des Nations Unies. Premier Rapport sur les Objectifs du Millénaire
pour le Développement. Cotonou : MCPLD, 2003.
- 9 Maine D, Murat Z., Akalin M. Z., Ward V. M., Kamara A. (1997a). La Conception et
l'Evaluation des Programmes de Prévention de la mortalité Maternelle . New York: New
York: Centre de Santé des Populations et de la Famille, Université de Columbia.
- 10 Unicef, OMS, UNFPA (1997). Lignes Directrices pour la Surveillance de la Disponibilité
et l'Utilisation des Services Obstétricaux, New-York, Unicef
- 11 Paxton A., Maine D, Hijab, N.,(2003). Utilisation des Indicateurs de processus de l'ONU
en Matière de services Obstétricaux d'urgence : Questions et Réponses . New York:
New York: Centre de Santé des Populations et de la Famille, Université de Columbia.
12. MPRE, INSAE. Deuxième recensement général de la population et de l'habitation
(RGPH2)1992. Cotonou : Bureau Central du Recensement : 1993.
- 13 MCPPD, INSAE. Troisième recensement général de la population et de l'habitation
(RGPH3) Février 2002 : Principaux indicateurs socio-démographiques.
Cotonou :Direction des études démographiques : 2003
- 14 Ministère de la Santé , de la Protection Sociale et de Condition Féminine. Politiques et
stratégies de développement du secteur santé 1997-2001 Cotonou : MSPSCF, 1997.
- 15 Ministère de la Santé Publique. Carte blanche du Ministère de la Santé du Bénin, 1996-
2001. Cotonou : MSPSCF, 2001.
- 16 Ministère de la Santé Publique. Politique et stratégies de développement du secteur santé
2002-2006 Cotonou : MSP, 2002.
- 17 La Santé du Bénin. Politiques et stratégies de développement du secteur santé 2002-2006,
2^{ème} Ed 2003. Cotonou :MSP, 2003.
18. Commission Nationale pour le Développement et la Lutte contre la Pauvreté (CNDLP).
Rapport d'avancement de la mise en oeuvre du DSRP Année 2004. Cotonou : CNDLP,
2005.
- 19 Ministère de la Santé Publique du Bénin, Direction de la Santé Familiale. Evaluation de
la disponibilité, de l'utilisation et de la qualité des soins obstétricaux d'urgence dans la
zone sanitaire d'Aplahoué-Djakotomey-Dogbo (Département Mono-Couffo)- Rapport
final. Cotonou : DSF, 2005

- 20 Horton R. Newborn survival : putting children at the centre . The Lancet 2005 ; Neonatal survival: 2.
- 21 GBANGBADE S. Revue des Prestations de Soins Néonataux d'Urgence aux Nouveau-nés de 0 à 7 jours au Bénin- Rapport Préliminaire. Cotonou : 2003.
- 21 Ministère de la Santé Publique du Bénin. Normes et standards en matière d'activités, d'effectifs de personnel, d'infrastructures et d'équipements pour les zones sanitaires. Cotonou : CADZS, 2001.
- 22 Décret No 2005-611 du 28 Septembre 2005 portant réorganisation de la base de la pyramide sanitaire Cotonou : MSP, 2005.
- 23 Ministère de la Santé Publique du Bénin, DSF. Protocoles des services de santé familiale –Volet Femme. Cotonou : DSF.
- 24 Ministère de la Santé Publique du Bénin, DSF. Protocoles des services de santé familiale –Volets Enfants, Jeunes, et hommes Femme. Cotonou : DSF.
- 25 Ministère de la Santé Publique du Bénin, DSF. Protocoles des services de santé familiale –Composantes communes. Cotonou : DSF.
- 26 Ministère de la Santé Publique du Bénin, PRIME/Intrah. Guide de formation en soins obstétricaux d'urgence (SONU). Cotonou : PRIME/Intrah, 2002.
- 27 Ministère de la Santé Publique du Bénin. Politique, normes et standards des services de santé familiale. Cotonou : DSF, 1998.
- 28 Ministère de la Santé Publique du Bénin, UNFPA. Programme national de santé de la reproduction 2003-2008. Cotonou : DSF, 2002.
- 29 Ministère de la Santé Publique du Bénin, UNFPA. Stratégies spécifiques de communication en santé de la reproduction au Bénin. Cotonou : DSF, 2003.
- 30 Ministère de la Santé Publique du Bénin. Politique nationale de lutte contre le paludisme et cadre stratégique de mise en œuvre. Cotonou : PNLP, 2005.
- 31 Ministère de la Santé Publique du Bénin. DSF. Standards des soins obstétricaux d'urgence . Cotonou : DSF, 1997.
- 32 Ministère de la Santé Publique du Bénin. DSF. Standards des soins néonataux précoces d'urgence. Cotonou : DSF, 2005.
- 33 Ministère de la Santé Publique du Bénin. Politique de gestion des ressources humaines du secteur santé. Cotonou : DRH, 2004.
- 34 Ministère de la Santé Publique du Bénin. Document de politique et stratégies de développement des mutuelles de santé au Bénin. Cotonou : Service Santé Communautaire, 2003.
- 35 Unicef. Premières dames
- 36 MCPPD, Système des Nations Unies. Premier Rapport sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement. Cotonou : MCPLD, 2003.
- 37 Nations Unies. Objectifs du millénaire pour le développement- Rapport 2005. New York : Nations Unies, 2005.
- 38 Horton R. Newborn survival : putting children at the centre . The Lancet 2005 ; Neonatal survival: 2.
- 39 Tinker A., Hoop-Bender PA, Azfar S, Bustreo F, Bell R. Continuum of care to save newborn lives. The Lancet 2005; Neonatal survival: 3-6.
- 40 Lawn J.E, Cousens S, Bhutta ZA, Darmstadt GL, Martines J, Paul VK, Knipperberg R, et al. Why are 4 million newborn babies dying each year? The Lancet 2005; Neonatal survival: 6-8.
- 41 Lawn J.E, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? The Lancet 2005; Neonatal survival: 9-18.

- 42 Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S Adam T, Walker N, de Bernis L. Evidence-based, cost-effective interventions: how many babies can we save? *The Lancet* 2005; Neonatal survival: 19-30.
- 43 Knipperberg R, Lawn J.E, Darmstadt GL, Begkoyian G, Hogstad H, Waelign N, Paul VK. Systematic scaling up of neonatal care in countries. *Neonatal survival*: 31-42.
- 44 Martines J, Paul VK, Bhutta ZA, Koblinski M, Soucat A, Walker N, Bahl R et al . Neonatal survival: a call for action. *The Lancet* 2005; Neonatal survival: 43-51.
45. OMS. Pour une grossesse à moindre risqué:le role capital de l'accoucheur qualifié. Geneve: OMS, 2005.
46. OMS. Réduction des décès maternels. Le défi du nouveau millénaire pour la région africaine. Brazzaville: Bureau Régional de l'OMS, 2003.
- 47 Thaddeus S., Maine D. 1994 " Too far to walk: maternal mortality in context." *Social Science and Medicine* 38 (8): 1091-1110.
- 48 Dictionnaires Le Robert. Le Petit Robert 1. Paris : Dictionnaires le Robert, 1988.
- 49 OMS. Réduire la mortalité maternelle. Déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/Banque Mondiale. Genève :OMS, 1999.
- 50 WHO. A framework to assist countries in the development and strengthening of national and district health plans and programmes in reproductive health. Suggestions for programme managers. Geneva: OMS, 2002.
- 51 WHO. Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. Geneva: OMS, 2004.
- 52 WHO. Antenatal Care in Developing Countries: Promises, achievements and missed opportunities. Geneva: OMS, 2003.
- 53 JHPIEGO. Prévention et contrôle du paludisme pendant la grossesse. Guide du facilitateur.
- 54 JHPIEGO. Prévention et contrôle du paludisme pendant la grossesse. Guide du participant.
- 55 JHPIEGO. Prévention et contrôle du paludisme pendant la grossesse de reference pour les prestataires.
- 56 De Brouwere V., Lerberghe V. W. Réduire les risques de la maternité : Stratégies et Evidence Scientifique. Belgium: ITG Press, 2001.
- 57 Countdown 2015. La CIPD à dix ans.
- 58 Countdown to 2015, Child Survival. Tracking progress in child survival. The 2005 Report.
59. OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2005: Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève: OMS,2005
- 60 Engenderhealth. Prévention des infections. New York: EngengerHealth, 2001.
- 61 Berwick D. Curing Health Care. Oxford: Jossey-Bass Publishers, 1991>

10 ANNEXES

ANNEXE 1: Indicateurs de Processus des Nations Unies

Tableau 1 : Indicateurs de processus des Nations Unies

Eléments des SOU	Indicateurs	Standards
1. Disponibilité des SOU 1.1 Disponibilité de formations sanitaires fournissant les SOU de base 1.2 Disponibilité de formations sanitaires fournissant les SOU complets	1.1 Nombre de formations sanitaires fournissant les SOU de base pour 500 000 habitants. 1.2 Nombre de formations sanitaires fournissant les SOU complets pour 500 000 habitants.	4 formations sanitaires dispensant les SOU de base pour 500 000 habitants 1 formation sanitaire dispensant les SOU complets pour 500 000 habitants
3. Utilisation par les femmes des formations sanitaires fournissant les SOU	Proportion des naissances enregistrées ayant eu lieu dans les formations sanitaires fournissant les SOU complets ou les SOU de base sur les naissances attendues	Niveau minimum acceptable : 15% des naissances
4 (Besoin couvert)	Proportion de toutes les femmes avec complications obstétricales admises dans les formations sanitaires fournissant les SOU complets ou les SOU de base	Niveau minimum acceptable : 100 % des femmes présentant une complication ou urgence obstétricale
5. Quantité d'intervention SOU fournis	Taux de césarienne : Proportion de femmes enceintes qui ont eu une césarienne dans une zone géographique dans un temps donné sur les naissances attendues	Niveau acceptable : au minimum 5% et au maximum 15% des naissances
6. Qualité des SOU	Taux de létalité obstétricale: Proportion de femmes présentant des complications obstétricales admises et qui sont décédées (maternels directs) dans la structure de SOU Temps de réponse de l'équipe	Niveau maximum acceptable : 1% Niveau maximum acceptable : inf à 1h30

**ANNEXE 2 : Distribution des Gynéco-Obstétriciens, chirurgiens et pédiatres
dans les hopitaux de zone au Bénin (Novembre 2005)**

Départements	Zones sanitaires	HZ Fonct	Nbre Gyn-Obst	Nre Chir	Pédiatrie
ATACORA-DONGA	Tanguiéta-Cobly-Matéri	Oui, HP	1	0	1
	Natitingou-Boukoubé-Toucountouna	Oui	1	1	0
	Kouandé-Ouassa-Péhunco-Kérou	Oui	0	0	0
	Bassila	Oui	0	1	0
	Total		2	2	1
ATLANTIQUE-LITTORAL	Abomey-Calavi-Sô-Ava	Oui	2	1	2
	Ouidah-Kpomassè-Tori-Bossito	Oui	1	2	0
	Cotonou 2 et 3	Oui	2	0	2
	Cotonou 5	Oui	0	0	0
	(Total)		5	3	2
BORGOU-ALIBORI	Bembèrèkè-Sinendé	Oui, HP	0	1	
	Nikki-Kalalé-Pèrèrè	Oui, HP	0	1	
	Parakou-N'Dali	Oui, HP	0		
	Tchaourou	Oui, HP	0	1	
	Malanville-Karimama	Oui	1		
	Kandi-Gogounou-Ségbana	Oui	0	1	1
	Banikoara	Oui	0	1	
	(Total)		1	5	1
MONO-COUFFO	Lokossa-Athiémè	Oui	0	0	1
	Comè-Bopa-Houéyogbé-Grand-Popo	Oui	1	2	0
	Aplahoué-Djakotomè-Dogbo	Oui	1	0	0
	Klouékanmè-Toviklin-Lalo	Oui	1	0	0
	(Total)		2	1	0
OUEME-PLAEAU	Adjohoun-Bonou-Dangbo	Oui	0	0	0
	Avrankou-Adjarra-Akpro-Missrété	Non	0	0	2
	Porto-Novo-Aguégués-Sèmè-Podji	Non	0	0	0
	Pobè-Kétou-Adja-Ouèrè	Oui	1	0	0
	Sakété-Ifangni	Oui	0	0	1
	(Total)		1	0	3
ZOU-COLINES	Covè-Ouinhi-Zangnanado	Oui	2	0	0
	Dassa-Zounmè-Glazoué	Oui	1	1	0
	Savalou-Bantè	Oui	2	0	0
	Savè-Ouèssè	Oui	0	1	0
	(Total)		(5)	(2)	0

ANNEXE 3: Description et Contenu des Interventions Choisies

Afin de favoriser une compréhension commune de la définition et du contenu des interventions choisies, nous présentons ici les grandes lignes descriptives des 12 interventions constituant le paquet d'interventions à haut impact sur la mortalité maternelle et néonatale.

1. La Planification familiale

La PF est un ensemble de mesures et moyens mis à la disposition des individus, les couples et de la communauté pour :

- permettre à chacun d'avoir le nombre d'enfants voulus, au moment voulu
- d'offrir aux couples infertiles ou stériles la possibilité de procréer
- permettre une prise en charge responsable de la sexualité y compris la
- prévention des IST et VIH/SIDA

Elle comporte :

- -la contraception
- -la prévention et le traitement de l'infertilité et de la stérilité
- la prévention et le traitement compris des pathologies sexuelles y
- compris les IST et le VIH/SIDA

La PF est déjà pris en compte au Bénin par le programme national de santé de la reproduction 2003-2008).

2. Consultation Prénatale Recentrée

La CPN recentrée repose sur le principe que toute femme enceinte est à risque de complications. Ainsi, toutes les gestantes devraient recevoir les mêmes soins de base. Ce qui la différencie la CPN recentrée de l'approche fondée sur le risque. La CPN recentrée insiste sur :

- des actions éprouvées, orientée selon un objectif
- des soins individualisés axés sur la femme
- la qualité des visites par opposition à leur nombre (4 visites de base)
- des soins donnés par des prestataires compétents
- la prise en compte de la famille, surtout de l'époux

Elle comporte :

- l'identification des problèmes spécifiques de la gestante et leurs approches de solution
- la prévention des complications / maladies
- la détection et le traitement précoce des complications
- la préparation pour l'accouchement
- les mesures à prendre en cas de complications

3. Amélioration des soins liés aux accouchements normaux

Les objectifs des soins pendant le travail et l'accouchement sont :

- protéger la vie de la mère et du nouveau-né
- soutenir et répondre aux besoins de la femme, de son partenaire et de la famille pendant le travail et l'accouchement
- surveiller l'évolution du travail à l'aide du partogramme
- réaliser un accouchement propre et sûr pour la mère et le nouveau-né
- pratiquer la GATPA
- faire les soins usuels au nouveau-né et à l'accouchée
- surveiller le post-partum immédiat (mère et nouveau-né)

- faire l'examen systématique du nouveau-né

4. Prévention et traitement du paludisme chez la femme enceinte

Cette intervention consiste d'abord à prévenir la survenue du paludisme chez toute femme enceinte et le cas échéant à traiter le paludisme chez toute femme enceinte.
Le paquet d'intervention comprend: l'assainissement du milieu, l'utilisation de la MII, l'administration du TPI ; au besoin, le diagnostic et le traitement du paludisme.
Le Bénin dispose d'un document de « politique nationale de lutte contre le paludisme et cadre stratégique de mise en œuvre » qui constitue désormais une référence pour tous les acteurs de lutte contre le paludisme.
La CPN recentrée est la porte d'entrée du TPI qui consiste à donner au moins deux doses de SP, dans le 2ème -3ème trimestre de la grossesse, sous observation directe du prestataire.

5. Prévention de l'anémie chez la femme enceinte

Cette intervention consiste d'abord à prévenir la survenue de l'anémie chez toute femme enceinte et le cas échéant la traiter. Le paquet d'intervention comprend : les conseils nutritionnels, la prévention du paludisme, la supplémentation en fer / folates, le déparasitage, le traitement étiologique de l'anémie.

6. Prévention des infections

La prévention des infections vise principalement deux objectifs : (a) minimiser les infections imputables à des micro-organismes pouvant causer de graves affections à partir de matériel souillé ou mal traité, (b) prévenir la transmission de maladies telles que l'hépatite B et le VIH/SIDA, non seulement aux clients, mais aussi aux prestataires de services. Les éléments essentiels de la PI sont :

- l'assainissement du cadre de travail,
- la gestion des déchets biomédicaux
- l'utilisation des vêtements de protection par le personnel
- le lavage des mains
- la décontamination du matériel
- le nettoyage du matériel et des surfaces
- la désinfection à haut niveau
- la stérilisation du matériel

7. Gestion active de la troisième phase de l'accouchement

La gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA) est une technique efficace pour la prévention des hémorragies du post- partum comparée à la délivrance physiologique. Elle consiste en :

- l'administration d'ocytociques
- une traction ou tension contrôlée sur le cordon
- et un massage de l'utérus.

Cette pratique doit remplacer la délivrance physiologique chaque fois que les conditions le permettent.

8. Soins usuels du nouveau-né

1. A la naissance déposer le nouveau-né sur le ventre de la mère
2. Etablir le score d'Apgar
3. Clamper et sectionner le cordon
4. Sécher et stimuler le nouveau-né
5. Réchauffer le nouveau-né
6. Faire la toilette au nouveau-né
7. Faire le pansement ombilical
8. Prendre les mensurations du nouveau-né (poids, taille, périmètre crânien)
9. Faire l'examen physique du nouveau-né
10. Faire l'injection de la vitamine K1
11. Mettre les gouttes de collyre antiseptique dans les yeux
12. Habiller le bébé
13. Mettre le nouveau-né au sein
14. Vacciner le nouveau-né (BCG et polio 0)
15. Donner des conseils à la maman sur l'alimentation, la vaccination, le planning familial les soins quotidiens du nouveau-né, le suivi du nouveau-né

9. Soins obstétricaux d'urgence

Les SOU sont des soins réservés aux femmes ayant des complications obstétricales exigeant une intervention d'urgence. Les SOU constituent l'intervention de choix pour la réduction de la mortalité maternelle. Car *si on ne peut ni prévoir ni prévenir la plupart des complications obstétricales, on peut tout au moins les traiter.*

On distingue classiquement les SOU de base et les SOU complets.

• Fonctions essentielles des SOU de base

1. Administration parentérale d'antibiotiques
2. Administration parentérale d'ocytociques
3. Administration parentérale d'anticonvulsivants
4. Délivrance artificielle du placenta
5. Evacuation utérine par aspiration manuelle ou curetage évacuateur
6. Accouchement instrumenté (Ventouse, Forceps)

Toute formation sanitaire offrant ces six fonctions est qualifiée de SOU de base

• Fonctions essentielles des SOU Complets

- les 6 fonctions SOUB
- la transfusion sanguine et la césarienne

Toute formation sanitaire offrant ces huit fonctions est qualifiée de SOU complet.

10. Soins néonataux d'urgence

Ce sont des soins réservés aux nouveau-nés ayant des complications exigeant une intervention d'urgence. Parmi les SNU on distingue les soins néonataux précoces d'urgence (SNPU) qui sont des soins réservés aux nouveau-nés de 0 à 7 jours ayant des complications liées à la gravido-puerpéralité et exigeant une intervention d'urgence. Au Bénin, nous distinguons les SNPU de base et les SNPU complets

- **Composantes des SNPU de base**
 - **Soins néonataux de réanimation**
 1. Séchage/stimulation
 2. Rechauffement
 3. Désobstruction
 4. Oxygénation
 5. Ventilation
 6. Massage cardiaque externe
 7. Injection par veine ombilicale de G10%
 8. Injection par veine ombilicale de bicarbonaté 14‰
 9. Injection d'adrénaline injectable 1 mg
 - **Autres**
 10. Injection d'antibiotique
 11. Administration de la Vit K1
 12. Injection de Phénobarbital
- **Composantes des SNPU Complet**
 - SNPU de base**
 - + 13. Perfusion de soluté (G5%, G10% ou autres)
 14. Photothérapie
 15. Transfusion
 16. Exsanguinotransfusion

ANNEXE 4 : Proposition de Zones Sanitaire à Cibler : 15 sur 34

Départements	Zones sanitaires	Hôpitaux de Zone		Zones Sanitaires à cibler
		Existence	Fonctionnalité	
ATACORA-DONGA	Tanguiéta-Cobly-Matéri	Oui	Oui Hop privé	Tanguiéta-Cobly-Matéri
	Natitingou-Boukoubé-Toucountouna	Oui	Oui	Natitingou-Boukoubé-Toucountouna
	Kouandé-Ouassa-Péhunco-Kérou	Oui	Non	
	Bassila	Oui	Oui	Bassila
	Djougou-Copargo-Ouaké	Non	Non	
ATLANTIQUE-LITTORAL	Allada-Toffo-Zê	Oui	Non	
	Abomey-Calavi-Sô-Ava	Oui	Oui	Abomey-Calavi-Sô-Ava
	Ouidah-Kpomassè-Tori-Bossito	Oui	Oui	Ouidah-Kpomassè-Tori-Bossito
	Cotonou 1 et 4	Non	Non	
	Cotonou 2 et 3	Oui	Non	
	Cotonou 5	Oui	Non	
	Cotonou 6	Non	Non	
BORGOU-ALIBORI	Bembèrèkè-Sinendé	Oui	Oui Hop Privé	Bembèrèkè-Sinendé
	Nikki-Kalalé-Pèrèrè	Oui	Oui Hop Privé	Nikki-Kalalé-Pèrèrè
	Parakou-N'Dali	Oui	Oui	
	Tchaourou	Oui	Oui Hop privé	Tchaourou
	Malanville-Karimama	Oui	Oui	Malanville-Karimama
	Kandi-Gogounou-Ségbana	Oui	Oui	Banikoara
	Banikoara	Oui	Oui	
MONO-COUFFO	Lokossa-Athiémè	Oui	Oui	
	Comè-Bopa-Houéyogbé-Grand-Popo	Oui	Oui	
	Aplahoué-Djakotomè-Dogbo	Oui	Oui	Aplahoué-Djakotomè-Dogbo
	Klouékanmè-Toviklin-Lalo	Oui	Oui	
OUEME-COUFFO	Adjohoun-Bonou-Dangbo	Oui	Non	
	Avrankou-Adjarra-Akpro-Missrété	Non	Non	
	Porto-Novo-Aguégués-Sèmè-Podji	Oui	Oui	
	Pobè-Kétou-Adja-Ouèrè	Oui	Oui	Pobè-Kétou-Adja-Ouèrè
	Sakété-Ifangni	Oui	Oui	
ZOU-COLLINES	Djidja-Abomey-Agbangnizoun	Oui	Oui	
	Bohicon-Zakpota-Zogbodomey	Non	Non	
	Covè-Ouinhi-Zangnanado	Oui	Oui	Covè-Ouinhi-Zangnanado
	Dassa-Zounmè-Glazoué	Oui	Oui	Dassa-Zounmè-Glazoué
	Savalou-Bantè	Oui	Oui	
	Savè-Ouèssè	Oui	Oui	Savè-Ouèssè

ANNEXE 5 : Cadre Logique d'Ensemble

Objectif 1 : Assurer la disponibilité 24h sur 24 du paquet optimal d'interventions obstétricales et néonatales à haut impact dans les 7 hôpitaux nationaux et départementaux existant et dans toutes les formations sanitaires de 15 zones sanitaires

Interventions	Actions Stratégiques	Activités
1. Interventions maternelles et néonatales directes	1.1 Réorganiser les services de prestations de soins obstétricaux et néonataux à tous les niveaux du système de santé du pays.	1.1.1 Réorganiser les services de prestations soins avant la conception 1.1.2 Réorganiser les services de prestations soins pendant la grossesse 1.1.3 Réorganiser les services de prestations soins au cours du travail d'accouchement et l'accouchement 1.1.4 Réorganiser les services de prestations soins au cours post partum
2. Le Plaidoyer et mobilisation sociale	2.1 Faire le plaidoyer à tous les niveaux (décideurs, communauté, etc)	Au niveau central (Gouvernement, Assemblée, MSP et Partenaires) 2.1.1 Faire le plaidoyer pour la prise d'une loi faisant de la RMMN une priorité nationale 2.1.2 Faire le plaidoyer pour l'obtention d'une ligne budgétaire nationale destinée à RMMN 2.1.3 Faire le plaidoyer au niveau du MSP pour l'augmentation du budget alloué à la DSF 2.1.4 Faire le plaidoyer en direction des partenaires pour l'allocation des ressources orientée vers la RMMN 2.1.5 Faire le plaidoyer en direction des partenaires pour le respect de la politique et des stratégies retenues par le MSP pour réduire la mortalité maternelle et néonatale 2.1.6 Faire le plaidoyer pour instituer une semaine de mobilisation sociale par an pour la RMMN Au niveau départemental 2.1.7 Faire le plaidoyer en direction des partenaires pour le respect de la politique et des stratégies retenues par le MSP pour réduire la mortalité maternelle et néonatale au niveau départemental 2.1.8 Faire le plaidoyer en direction des associations de développement partenaires et des opérateurs économiques pour leur implication à la mise en œuvre de la stratégie 2.1.9 Faire le plaidoyer en direction des maires et autres élus locaux pour leur adhésion à la stratégie de RMMN Au niveau périphérique 2.1.10 Faire le plaidoyer en direction des élus locaux, des chefs traditionnels, chefs religieux, des notables pour leur adhésion à la stratégie de RMMN
3. Interventions sur le système de santé	3.1 Accroître la couverture en formations sanitaires offrant l'ensemble du paquet minimum d'interventions et spécialement les SOUC et les SOUB 24h sur 24, 7 jours sur 7 tout le long de l'année 3.2 Assurer une assistance qualifiée aux femmes au cours de la gravido-puerpuralité et aux nouveau-nés	3.1.1 Doter de façon conséquente des formations sanitaires en accoucheurs qualifiés et compétents 3.1.2 Réviser et alléger les restrictions politiques et administratives 3.1.3 Définir et mettre en place un système de gestion des médicaments, consommables, et des ressources matérielles 3.1.4 Organiser une réflexion stratégique sur le défi de la disponibilité des produits sanguins 3.2.1 Voir Objectif 5

Objectif 1 : Assurer la disponibilité 24h sur 24 du paquet optimal d'interventions obstétricales et néonatales à haut impact dans les 7 hôpitaux nationaux et départementaux existant et dans toutes les formations sanitaires de 15 zones sanitaires

Interventions	Actions Stratégiques	Activités
3. Interventions sur le système de santé	<p>3.3 Améliorer le management des services obstétricaux et néonatales</p> <p>3.4 Promouvoir la délégation des tâches aux sages-Femmes</p> <p>3.5 Renforcer le partenariat secteur public et le secteur privé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau central 3.3.1 Inscrire dans les documents de politiques et stratégies du secteur santé les objectifs opérationnels de réduction de la mortalité maternelle 2.3.2 Mettre en œuvre le paquet d'interventions à haut impact sur la mortalité maternelle et néonatale 3.3.3 Appuyer le niveau départemental à traduire en plan d'action départemental et de zone la politique et les stratégies de réduction de la mortalité maternelle et néonatale 3.3.4 Mettre en place une unité d'appui et suivi de la mise en œuvre des plans d'action au niveau des départements et des zones sanitaires 2.3.5 Assurer la collaboration intrasectorielle avec la DDZS, DRH, DH et DSIO 3.3.6 Mettre en place une équipe nationale de soutien clinique et manageriale pour les prestations de soins maternels et néonatales 3.3.7 Mettre en place un comité intersectoriel de suivi et évaluation dont la composition sera définie. • Niveau départemental 3.3.8 Mettre en œuvre le plan d'action de réduction de la mortalité maternelle et néonatale en partenariat avec toutes les parties prenantes 3.3.9 Mettre en place une équipe technique départementale de soutien clinique et manageriale pour les prestations de soins maternels et néonatales 3.3.10 Mettre en place une équipe intersectorielle départementale de suivi-évaluation des activités de réduction de la mortalité maternelle et néonatale • Niveau périphérique 3.3.11 Mettre en œuvre le plan d'action de la zone en matière de réduction de la mortalité maternelle et néonatale - Faire le suivi des activités de réduction de la mortalité maternelle et néonatale par l'équipe d'encadrement de la zone <p>3.4.1 Déléguer les tâches d'aspiration manuelle intra-utérine et l'utilisation de la ventouse aux sages-femmes</p> <p>3.4.2 Introduire dans les curricula de formation des sages femmes ces compétences</p> <p>3.5.1 Instaurer à travers le comité intersectoriel le partenariat entre le secteur public et le secteur privé</p> <p>3.5.2 Associer le secteur privé à la planification et à la mise en œuvre des activités de réduction maternelle et néonatale</p> <p>3.5.3 Impliquer les partenaires sociaux (syndicats, association des professionnels de santé, ONG, société civile) à la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale</p>

Objectif 1 : Assurer la disponibilité 24h sur 24 du paquet optimal d'interventions obstétricales et néonatales à haut impact dans les 7 hôpitaux nationaux et départementaux existant et dans toutes les formations sanitaires de 15 zones sanitaires (Suite et fin)

Interventions	Actions Stratégiques	Activités
4. Interventions communautaires	<p>4.1 Construire un partenariat local pour la mise en œuvre des activités retenues dans le cadre de la stratégie de RMMN</p> <p>4.2. Promouvoir au sein de la communauté les pratiques clés favorables à la santé maternelle et néonatale</p>	<p>4.1.1 Amener les ONGs et la société civile à s'investir dans les activités de réduction de la mortalité maternelle et néonatale au niveau communautaire</p> <p>4.2.1 Organiser les communautés à orienter les gestantes vers les centres de santé</p> <p>4.2.2 Amener les gestantes et les familles à reconnaître les signes de danger pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches</p> <p>4.2.3 Organiser avec la communauté des causeries et des débats sur des thèmes de RMMN</p> <p>4.2.4 Organiser une semaine de mobilisation sociale par an pour la RMMN</p>
5. Les interventions politiques et législatives	<p>5.1 Renforcer l'implication des élus locaux</p> <p>5.2 Mettre en application les textes réglementant l'exercice de la médecine en clientèle privée</p> <p>5.3. Orienter les interventions de RMMN vers les populations pauvres et les couches les plus vulnérables</p>	<p>5.1.1 Amener les élus locaux à participer à la planification des interventions sanitaires en faveur de la mère et du nouveau-né</p> <p>5.1.2 Susciter l'appui des élus locaux pour la mobilisation des ressources et l'accroissement des investissements en faveur de la santé de la mère et du nouveau-né</p> <p>5.1.3 Faire le plaidoyer au niveau des conseils communaux pour qu'ils participent à la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales</p> <p>5.2.1 Mettre en application les textes réglementant l'exercice de la médecine en clientèle privée notamment les prestations obstétricales et néonatales (Loi No 97-020 du 17 juin 1997, les décrets d'application : No 2000-411 du 17 Août 2000, No 2000-450 du 17 Septembre 2000, No 2000-449 du 11 Septembre 2000, et les arrêtés d'application :No 3667 /MSP /DC /SGM /DNPS /SSHCC, No 1274 /MSP /DC /SGM /DNPS /SSHCC)</p> <p>5.2.2 Mettre en œuvre les mécanismes du contrôle du respect de ces textes</p> <p>5.3.1 Faire prendre une loi pour assurer l'équité dans les soins maternels et néonataux</p> <p>5.3.2 Plaidoyer auprès du Gouvernement et de l'Assemblée Nationale pour voter une loi subventionnant en partie les soins d'urgence obstétricale et néonatale</p> <p>5.3.3 Profiter de l'annulation des dettes pour intensifier le recrutement des agents qualifiés dans le secteur public</p> <p>5.3.4 Insérer une ligne budgétaire pour la RMMN dans les crédits délégués des zones sanitaires</p> <p>5.3.5 Prendre des dispositions pour rendre gratuit le transfert de l'urgence obstétricale et néonatale (Arrêté/Décret et autres)</p>
6. La Coordination des actions des partenaires	6.1 Coordonner efficacement les ressources et des actions des partenaires au développement	<p>6.1.1 Assurer la coordination des actions des partenaires à travers le comité intra-sectoriel</p> <p>6.1.2 Réunir le comité intra-sectoriel une fois par trimestre pour le suivi et l'évaluation des interventions des partenaires</p>
7. La Recherche opérationnelle	7.1 Développer un agenda de recherche opérationnelle sur les différents sujets relatifs à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale	<p>7.1.1 Documenter les différentes interventions mises en œuvre au niveau des formations sanitaires</p> <p>7.1.2 Evaluer les résultats de la participation communautaires Former les équipes d'encadrement de zones et les agents de santé à la recherche opérationnelle, aux audits de décès maternels et de « near miss »</p> <p>7.1.3 Utiliser les résultats de la recherche pour améliorer la qualité des soins</p>

Objectif 2 : Rendre géographiquement et financièrement accessibles le paquet optimal d'interventions obstétricales et néonatales à haut impact dans les 7 hôpitaux nationaux et départementaux existants, et dans toutes les formations sanitaires de 15 zones sanitaires.

Interventions	Actions Stratégiques	Activités
1. Le Plaidoyer et mobilisation sociale	1.1 Faire le plaidoyer à tous les niveaux (décideurs, communauté, etc)	Voir Objectif 1
2. Interventions sur le système de santé	2.1 Mettre en place un mécanisme de financement des soins et d'un système de référence-recours efficace	2.1.1 Elaborer un cadre conceptuel de l'organisation du système de référence recours pour intégrer les différentes actions éparses et mal coordonnées actuellement en cours dans ce domaine. Les éléments sur lesquels reposera ce cadre conceptuel sont : prise de décision de référence, préparation de la référence, acheminement, et accueil dans le centre de référence. 2.1.2 Former les prestataires aux activités de référence recours 2.1.3 Doter les formations périphériques en médicaments et consommables pour la gestion des références 2.1.4 Renforcer la dotation des formations sanitaires en ambulances avec un plan de maintenance 2.1.5 Renforcer le système de communication (téléphone conventionnel, GSM, RAC) entre les formations sanitaires avec un plan de maintenance. La Direction des Infrastructures, des équipements et de la Maintenance (DIEM) doit en faire sa priorité. 2.1.6 Mettre en place des mécanismes de financement des prestations de soins maternel et néonatal
3. Interventions communautaires	3.1 Mettre en place un cadre local de concertation et de suivi des interventions communautaires	3.1.1 Appuyer les communautés et les familles à définir, demander et organiser les systèmes d'orientation -recours (reconnaissance des signes de danger, moyens de référence (comités chargés des urgences, transport, mécanismes de financements, etc.)
4. Les interventions politiques et législatives		Voir Objectif 1
5. La Coordination des actions des partenaires	5.1 Coordonner efficacement les ressources et les actions des partenaires au développement	Voir Objectif 1
6. La Recherche opérationnelle	6.1 Développer un agenda de recherche opérationnelle sur les sujets relatifs à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale	Voir Objectif 1

Objectif 3 : Améliorer la qualité des services obstétricaux et néonataux dans les 7 hôpitaux nationaux et départementaux existants, et dans toutes les formations sanitaires de 15 zones sanitaires.

Interventions	Actions Stratégiques	Activités
1. Interventions sur le système de santé	1.1 Améliorer la qualité des services obstétricaux et néonataux dans les formations sanitaires existantes (promotion de l'assurance qualité)	6.1 Actualiser les standards de soins obstétricaux d'urgence élaborés en 1998 Adopter les standards de soins néonataux précoces d'urgence (SNPU) validés en Octobre 2005 6.2 Développer des protocoles de service pour les éléments du paquet Disséminer les standards et protocoles cliniques existants 6.3 Former les prestataires sur les protocoles Mettre les médicaments et consommables à portée de mains dans les maternités (trousses d'urgence) 6.4 Mettre en place les kits de prise en charge des urgences obstétricales et néonatales dans les maternités 6.5 Promouvoir la démarche qualité basée sur les droits des prestataires et les droits des clientes (Approches URC, approche EngenderHealth, audits des échappées belles ou audits des décès maternels)
2. Interventions politiques et législatives	2.1 Mettre en application les textes réglementant l'exercice de la médecine en clientèle privée 2.2. Obliger les responsables à différents niveaux (central, départemental et périphérique) à rendre compte des résultats obtenus en matière de RMMN	2.1.1 Mettre en application les textes réglementant l'exercice de la médecine en clientèle privée notamment les prestations obstétricales et néonatales (Loi No 97-020 du 17 juin 1997, les décrets d'application : No 2000-411 du 17 Août 2000, No 2000-450 du 17 Septembre 2000, No 2000-449 du 11 Septembre 2000, et les arrêtés d'application : No 3667 /MSP /DC /SGM /DNPS /SSHCC, No 1274 /MSP /DC /SGM /DNPS /SSHCC) 2.1.2 Mettre en œuvre les mécanismes du contrôle du respect de ces textes <ul style="list-style-type: none"> • Au niveau central 2.1.1 Amener l'unité de gestion de la stratégie de RMMN à rendre compte périodiquement des résultats obtenus au DSF, au Ministre de la Santé Publique, comité intra-sectoriel et au comité national intersectoriel de suivi de la RMMN au Bénin • Au niveau départemental 2.2.2 Amener le DDSP à rendre compte au comité départemental intersectoriel de RMMN et au Ministre de la Santé Publique • Au niveau périphérique 2.2.3 Amener les MCZS à rendre compte périodiquement des résultats obtenus en matière de RMMN au DDSP
3. La Recherche opérationnelle	3.1. Développer un agenda de recherche opérationnelle sur les sujets relatifs à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale	Voir Objectif 1

Objectif 4 : Améliorer le taux d'utilisation des services obstétricaux et néonataux dans les 7 hôpitaux nationaux et départementaux existants, et dans toutes les formations sanitaires de 15 zones sanitaires.

Interventions	Actions Stratégiques	Activités
1. Interventions sur le système de santé	1.1 Renforcer le partenariat avec les communautés	Voir Objectif 1
2. Interventions communautaires	2.1 Construire un partenariat local pour la mise en œuvre des activités retenues dans le cadre de la stratégie de RMMN 2.2. Mettre en place un cadre local de concertation et de suivi des interventions communautaires 2.3. Promouvoir au sein de la communauté les pratiques clés favorables à la santé maternelle et néonatale	Voir Objectifs 1 et 2
3. La Recherche opérationnelle	3.1 Développer un agenda de recherche opérationnelle sur les sujets relatifs à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale	Voir Objectif 1

Objectif 5 : Améliorer le taux des accouchements assistés par du personnel de santé qualifié dans les 7 hôpitaux nationaux et départementaux existants, et dans toutes les formations sanitaires.

Interventions	Actions Stratégiques	Activités
1. Interventions sur le système de santé	1.2 Assurer une assistance qualifiée aux femmes au cours de la gravidopuerpuralité et aux nouveau-nés	1.2.1 Mettre en place un mécanisme de développement, d'utilisation et de motivation des ressources humaines. 1.2.2 Renforcer les effectifs des FS en personnels qualifiés (Sages-femmes, infirmiers, médecins) pour la SMN 1.2.3 Renforcer le partenariat avec le secteur privé pour la mise en œuvre de la SRMMN 1.2.4 Assurer la formation continue des personnels de santé pour la SMN 1.2.5 Assurer la formation de base des personnels de santé (Sages-femmes, infirmiers, médecins) pour la SMN (actualisation du programme des écoles de formation, renforcement des capacités des écoles, etc) 1.2.6 Mettre en place un mécanisme d'incitation du personnel de santé pour la SMN 1.2.7 Généraliser l'approche de formation par tutorat
2. La Recherche opérationnelle	2.1 Développer un agenda de recherche opérationnelle sur les sujets relatifs à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale	Voir Objectif 1

Objectif 6 : Renforcer les capacités des individus, des familles, et de la communauté pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né.

Interventions	Actions Stratégiques	Activités
1. Interventions sur le système de santé	1.1. Renforcer le partenariat avec les communautés	1.1.1 Voir Interventions communautaire
2. Interventions communautaires	2.1 Construire un partenariat local pour la mise en œuvre des activités retenues dans le cadre de la stratégie de RMMN 2.2. Mettre en place un cadre local de concertation et de suivi des interventions communautaires 2.3. Promouvoir au sein de la communauté les pratiques clés favorables à la santé maternelle et néonatale	Voir Objectifs 1 et 2
3. La Recherche opérationnelle	3.1 Développer un agenda de recherche opérationnelle sur les sujets relatifs à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale	Voir Objectif 1

Objectif 7 : Renforcer le partenariat avec le secteur privé pour assurer la disponibilité, l'accessibilité et la qualité du paquet optimal d'interventions obstétricales et néonatales à haut impact.

Interventions	Actions Stratégiques	Activités
1. Interventions sur le système de santé	1.1 Renforcer le partenariat privé-public et tous les acteurs à tous niveaux	Voir Objectif 1
2. Interventions communautaires	2.1 Construire un partenariat local pour la mise en œuvre des activités retenues dans le cadre de la stratégie de RMMN 2.2. Mettre en place un cadre local de concertation et de suivi des interventions communautaires 2.3. Promouvoir au sein de la communauté les pratiques clés favorables à la santé maternelle et néonatale	Voir Objectifs 1 et 2
3. Les interventions politiques et législatives	2.1 Mettre en application les textes réglementant l'exercice de la médecine en clientèle privée 2.2. Obliger les responsables à différents niveaux (central, départemental et périphérique) à rendre compte des résultats obtenus en matière de RMMN	Voir Objectif 3 Voir Objectif 3
4. La Recherche opérationnelle	3.1 Développer un agenda de recherche opérationnelle sur les sujets relatifs à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale	Voir Objectif 1

Objectif 8 : Suivre, évaluer les progrès et programmer la période 2011-2015

Interventions	Actions Stratégiques	Activités
1. Interventions sur le système de santé	1.1 Améliorer le système d'information	11.1 Introduire la liste des indicateurs de réduction de mortalité maternelle et néonatale et les données nécessaires à leur calcul dans le SNIGS 11.2 Tenir des séances de travail avec le SSD/DPP pour décider des données à retenir au cours de la prochaine révision du SNIGS 11.3 Introduire les indicateurs retenus dans le SNIGS et prévoir les outils de collecte des données
2. La Recherche opérationnelle	3.1 Développer un agenda de recherche opérationnelle sur les sujets relatifs à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale	Voir Objectif 1