

# REPUBLIQUE DU BENIN



## MINISTÈRE DE SANTÉ

### PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION 2011-2015



Cotonou, Novembre 2010

## TABLE DES MATIERES

<b>PREFACE</b> .....	<b>V</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>I - CONTEXTE</b> .....	<b>3</b>
1.1. DONNEES GEOGRAPHIQUES.....	3
1.2. ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET PROCESSUS DE DECENTRALISATION. ....	3
1.4. DONNEES DEMOGRAPHIQUES .....	4
1.5. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE .....	6
1.6. RESSOURCES HUMAINES .....	10
1.7. RESSOURCES FINANCIERES .....	11
1.7.1 <i>Financement par les ménages</i> .....	11
1.7.2 <i>Financement par l'Etat et les collectivités locales</i> .....	12
1.7.4 <i>Financement par la coopération internationale</i> .....	12
1.8. POLITIQUE SANITAIRE.....	13
1.9. SITUATION SANITAIRE EN SANTE DE LA REPRODUCTION .....	14
<b>II - ANALYSE CRITIQUE DES EXPERIENCES EN SR</b> .....	<b>15</b>
2.1. REVUE SYNOPTIQUE DES AXES D'INTERVENTION .....	15
2.1.1. <i>Santé de la femme</i> .....	15
2.1.2 <i>Santé de l'enfant</i> .....	17
2.1.3 <i>Santé des adolescents et des jeunes</i> .....	18
2.1.4 <i>Santé de l'homme</i> .....	19
2.1.5 <i>Composantes communes</i> .....	19
2.2. L'EXPERIENCE DE MISE EN ŒUVRE DU PNSR 2003-2007 .....	21
2.2.1. <i>La surveillance de la mise en œuvre du programme</i> .....	21
2.2.2. <i>Actions récentes</i> .....	22
2.2.3 <i>De l'évaluation du PNSR 2003-2007</i> .....	24
2.2.4 <i>De l'analyse des forces faiblesses, opportunité et menaces</i> .....	25
2.3. LECONS TIREES DES EXPERIENCES EN SR .....	29
2.3.1. <i>Leçons</i> .....	29
2.3.2. <i>Identification des principes stratégiques pour le futur programme</i> .....	29
<b>III LE PROGRAMME NATIONAL DE SANTE DE LA REPRODUCTION 2EME GENERATION 2011-2015</b> .....	<b>31</b>
3.1 VISION .....	31
3.2 ENONCE DE LA MISSION .....	31
3.3 BUT.....	31
3.4 PRINCIPE DIRECTEURS.....	31
<b>IV ELEMENTS STRATEGIQUES PNSR 2011-2016</b> .....	<b>33</b>
PRIORITES NATIONALES EN MATIERE DE SR .....	33
4.1. DOMAINE DE LA SANTE DE LA FEMME.....	33
4.1.1 <i>Sous-Programme Maternité à moindre risque</i> .....	33
4.1.2 <i>Sous-Programme Prévention avortement et Soins après avortement</i> .....	34
4.1.3 <i>Sous-Programme Lutte contre les Mutilations Génitales Féminines (MGF)</i> .....	34
4.2 DOMAINE DE LA SANTE DU NOUVEAU-NE ET DE L'ENFANT (0 A 5 ANS). ....	35
4.2.1 <i>Sous-Programme PCIME</i> .....	35
4.2.2 <i>Sous-programme : Droits, Protection et développement de l'enfant</i> .....	35
4.3 DOMAINE SANTE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES .....	36
4.3.1. <i>Sous-Programme Promotion de la SR des jeunes et adolescents</i> .....	36
<b>4.4 DOMAINE DE SANTE DE L'HOMME</b> .....	<b>37</b>
4.4.1 <i>Sous-Programme Promotion de l'implication des hommes dans la SR</i> .....	37
4.5 DANS LE DOMAINE DES COMPOSANTES COMMUNES.....	37

4.5.1. Sous-Programme Planification Familiale.....	37
4.5.2. Sous-Programme de lutte contre les IST/VIH/SIDA .....	38
4.5.3. Sous-Programme de nutrition .....	38
4.5.4. Sous-programme Vaccination.....	39
4.5.5. Sous-Programme Prévention de l'infection .....	40
4.6 DOMAINE DES COMPOSANTES D'APPUI .....	41
<i>Sept (7) sous programmes d'appui sont prioritaires à ce niveau.....</i>	<i>41</i>
4.6.1 Sous-Programme Communication pour le Changement de Comportement (CCC).....	41
4.6.2. Sous-Programme Renforcement Institutionnel et gestion des politiques, programmes et services SR .....	41
4.6.3. Sous-Programme Accroissement et Gestion rationnelle des Ressources Financières – Humaines – Matérielles .....	42
4.6.4 Sous-Programme Recherche-Action .....	43
4.6.5 Sous-Programme Intégration des Services de SSR aux autres services de santé offerts.....	43
4.6.6 Sous-Programme Développement du Partenariat.....	44
4.7 DOMAINE CAPITALISATION DES EXPERIENCES ET MEILLEURES PRATIQUES .....	44
4.7.1 Sous-programme documentation et vulgarisation des expériences et meilleures pratiques .....	44
4.7.2 Sous-programme Institutionnalisation et Passage à l'échelle .....	45
<b>V PLAN OPERATIONNEL AU NIVEAU NATIONAL.....</b>	<b>45</b>
<b>VII CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE, DE SUIVI ET EVALUATION DU PNSR 2011- 2015 .....</b>	<b>94</b>
6.1 CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN OEUVRE .....	94
6.2 CADRE DE SUIVI & EVALUATION DU PROGRAMME .....	95
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>97</b>

## **LISTE DES TABLEAUX**

- Tableau N°1 : Evolution de la Population béninoise d'ici à 2025.
- Tableau N°2 : Organisation du système de santé (Missions)
- Tableau N°3 : Organisation du système de santé (Etablissement)
- Tableau N°4 : Dynamique de fonctionnement du système de santé
- Tableau N°5 : Récapitulatif de l'analyse de FFOM

## **LISTE DES GRAPHIQUES**

- Graphique N°1 : Evolution du budget National

## PREFACE

---

La conférence d'Alma-Ata en 1978 peut être considérée comme un tournant important de la prise en compte par l'humanité de la nécessité et de l'urgence de satisfaire aux Droits humains relatifs à la santé.

Aujourd'hui encore les Etats s'évertuent à concrétiser au mieux, les Soins de Santé Primaire en vue de garantir à leur peuple le droit à la santé, à travers d'ambitieux programmes de développement sanitaire, avec l'appui des partenaires techniques et financiers.

Dans ce contexte la République du Bénin, a mis en route en 1992 le programme de Santé maternelle, infantile et Planification familiale (SMI/PF). Le but principal de cette politique de population étant la promotion de la santé familiale (SF) par la disponibilité des services de planification familiale (PF) dans les centres de santé gouvernementaux.

La Déclaration de Politique en matière de Population (DEPOLIPO) en 1996 a confirmé cette orientation vers la promotion du bien-être de la famille.

Dès lors, la Stratégie de Réduction de la Pauvreté au Bénin (DSRP), l'énoncé de la vision du Bénin à l'horizon 2025, les documents Politiques et stratégies nationales de développement du secteur santé au Bénin, ont convergé en 2002 vers une mission qui vise à :

- Améliorer les conditions sanitaires des familles sur la base d'un système intégrant les populations pauvres indigentes<sup>1</sup>
- contribuer de manière significative à la lutte contre le VIH/SIDA.

Assurant ses engagements à l'issue de la conférence de Caire, le Bénin en 2003 a , parallèlement ,à la décentralisation du système de santé, précisé sous le vocable de la santé de la reproduction , les grandes lignes de sa politique nationale en matière de SF. La mise en œuvre implicite du Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) 2003-2007 amorce dans le cadre de sa mise en œuvre, le processus d'institutionnalisation de la SR.

Cette phase d'expérimentation a permis de noter que le système de santé s'est enrichi des connaissances porteuses, de stratégies efficaces , d'outils appropriés et de bonnes pratiques.. Les résultats sont encourageants en ce sens mais insuffisants aux regards de la vitesse de progression vers les Objectifs du Millénaire pour le Développement notamment les OMD N°4, 5 et 6.

Le Plan d'action de Maputo, les orientations internationales, nationales, l'impératif de l'atteinte des OMD, la nécessité de la satisfaction des droits humains ont contribué à des renforcements stratégiques dans la période de 2006 à 2010 : sécurisation de produit SR de la SR, repositionnement de la PF, intégration des services.

Le PNSR 2011-2015 s'inscrit dans les perspectives de l'expansion, de la consolidation et de la maturité institutionnelle en SR. Cette démarche consisterait en la capitalisation des acquis, en l'incitation pour une performance accrue, une efficience effective, un élargissement de la couverture avec équité en vue de l'accès universel des populations aux soins de qualité , notamment en matière de santé de la reproduction au Bénin.

---

<sup>1</sup> Politiques et stratégies nationales de développement du secteur santé 2002-2006

## LISTE DES ABREVIATIONS

ABMS	Association Béninoise de Marketing Social
ABPF	Association Béninoise pour la Promotion de la Famille
AGR	Activités Génératrices de Revenus
AME	Allaitement Maternel Exclusif
AVS	Agent Villageois de Santé
BASICS	Basic Support for Institutionalizing Child Survival
CA	Conseil d'Administration
CADZS	Cellule d'Appui au Développement des Zones Sanitaires
CARE	Cooperative for Assistance Relief Everywhere
CCC	Communication pour un Changement de Comportement
CDEEP	Comité Départemental d'Exécution et d'Evaluation des Programmes de Santé
CEFORP	Centre de Formation et de Recherche en Population
CERRHUD	Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie
CES	Consultation d'Enfants Sains
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CIAF-Bénin	Comité Inter-Africain sur les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes et des enfants
CIPD	Conférence Internationale pour la Population et le Développement
CMC	Commission Médicale Consultative
CMS	Centre Médico Social
CNC/SR	Comité National de Communication en SR
CNEEP	Comité National d'Exécution et d'Evaluation des Programmes de Santé
CNO	Conseil National d'Orientation
CODIR	Comité de Direction
COGEA	Comité de Gestion d'Arrondissement
COGEC	Comité de Gestion de Commune
CPN	Consultation Prénatale
CPoN	Consultation post-natale
CPS	Centre de Promotion Sociale
CREDESA	Centre Régional pour le Développement et la Santé
CRESAR	Centre de Recherche et d'Etude en Santé de la Reproduction
CRS	Catholic Relief Services
CS	Centre de Santé
CSA	Centre de Santé d'Arrondissement
CSC	Centre de la Santé de Commune
CTP	Comité Technique de Pilotage
DANA	Direction de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée
DDSP	Direction Départementale de la Santé Publique
DEPOLIPO	Déclaration de politique de Population
DIEM	Direction des Infrastructures, Equipement et Maintenance
DIVI	Direction de l'Inspection et de la Vérification Interne
DNPS	Direction Nationale de la Protection Sanitaire
DRFM	Direction des Ressources Financières et du Matériel
DRH	Direction des Ressources Humaines
DSF	Direction de la Santé Familiale
DSSA	Direction des Services de Santé des Armées
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EEZ	Equipe d'Encadrement de Zone

EVF	Education à la Vie Familiale
FAP	Femme en Age de Procréer
FC	Financement Communautaire
FS	Formation Sanitaire
FSS	Faculté des Sciences de la Santé
GARE	Grossesse à risque élevée
HZ	Hôpital de Zone
IEC	Information Education Communication
IMC	Indice de Masse Corporelle
IPPF	Fédération Internationale pour la Planification Familiale
IRA	Infection Respiratoire Aiguës
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MDN	Ministère de la Défense Nationale
MEG	Médicaments Essentiels Sous Nom Générique
MFPSS	Ministère de la Famille, de la Protection Sociale et de la Solidarité
MGF	Mutilation Génitale Féminine
MJSL	Ministère de la Jeunesse, des Sports et des Loisirs
MMR	Maternité à Moindre Risque
MPE	Malnutrition Protéino-Energétique
MSP	Ministère de la Santé Publique
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU/SIDA	Organisation des Nations Unies pour la Lutte Contre le SIDA
ORDH	Organisation pour la Recherche et le Développement Humain
ORL	Oto-Rhino-laryngologie
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PI	Prévention de l'Infection
PMA/NUT	Paquet Minimum d'Activités de Nutrition
PNLP	Programme de Lutte contre le Paludisme
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
PNSR	Programme National de Santé de Reproduction
PROLIPO	Projet de Lutte Intégrée contre le Paludisme dans l'Ouémé
PROSAF	Projet Intégré de Santé Familiale
PSI	Population Services Internationale
PSP	Projet Santé Population
PV/VIH	Personne Vivant avec le VIH
ROBS	Réseau des ONG Béninoises de Santé
RX	Radiologie
SAA	Soins Après Avortements
SBC	Services à base Communautaire
SFE	Sage Femme d'Etat
SIDA	Syndrome d'Immuno-Déficiente Acquis
SMI/PF	Santé Maternelle et Infantile / Planification Familiale
SOE	Soins Obstétricaux Essentiels
SONU	Soins Obstétricaux et Néo-Nataux d'Urgence
SR	Santé de la Reproduction
SRAJ	Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes
USAID	Agence des Etats Unis pour le Développement International
UVS	Unité Villageoise de Santé
VAT	Vaccin Antitétanique
ZS	Zone Sanitaire



## INTRODUCTION

Le programme National de Santé de la Reproduction, deuxième génération (PNSR 2011-2015) qui fait l'objet de ce document, a une importance singulière parce qu'il conduit le Bénin, au rendez-vous des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2015.

Le premier Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR 2003-2007) a eu le mérite d'être la première expérience de mise en œuvre d'un programme fondée sur une définition complète et partagée de la notion de santé de la reproduction dans une dimension holistique.

Il a contribué à valoriser et vulgariser les services SR auprès des bénéficiaires, à faire la preuve de l'efficacité des services développés et faciliter l'identification des besoins non satisfaits. Il a aussi favorisé une accumulation de connaissances qui ont permis d'affiner un arsenal stratégique fondé sur l'intégration, l'équité, la sécurisation, et l'efficience.

A ce titre, le Programme National de Santé de la Reproduction 2011-2015, peut être un outil d'accélération de l'atteinte des OMD 4,5 et 6, c'est-à-dire :

- La réduction de la mortalité infanto-juvénile de 166,5 en 1996 à 90 pour mille naissances vivantes en 2015 (Objectif 4),
- La Réduction de la mortalité maternelle de 498 en 1996 à 390 pour cent mille naissances vivantes en 2015 (Objectif 5),
- La Réduction de la prévalence des IST/VIH/SIDA et la maîtrise du paludisme et des autres maladies à potentiel épidémique.

Pour y parvenir, le PNSR 2011-2015 sera structuré autour de sept domaines prioritaires d'interventions déclinées en vingt sous programmes, susceptibles de mettre à l'échelle nationale des stratégies spécifiques de :

- Renforcement du système de santé,
- Promotion d'interventions à haut impact sur la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile.
- Amélioration continue de la qualité des prestations et des soins.

La plus-value apportée par le PNSR 2011-2015 par rapport au PNSR 2003-2007 tient surtout à :

- ✓ Son orientation claire sur les éléments suivants :
  - stratégies d'accélération vers l'atteinte des OMD 4,5,6.
  - renforcement du système de santé
  - Paquets d'Interventions à Haut Impact

- Capitalisation des acquis
- ✓ Sa stratégie de mise en œuvre qui accorde la priorité aux sous programmes à haut impact

Il n'en demeure pas moins que le succès de ce programme reste tributaire de l'implication des bénéficiaires externes, du leadership des bénéficiaires internes et de ressources complémentaires.

## I - CONTEXTE

### 1.1. DONNEES GEOGRAPHIQUES

La République du Bénin est un pays de l'Afrique Occidentale. Elle couvre une superficie de 114.763 km<sup>2</sup> et est limitée, au Nord par le Niger, au Nord-Ouest par le Burkina Faso, au Sud par l'Océan Atlantique avec une façade maritime de 120 km, à l'Est par le Nigéria, à l'Ouest par le Togo.

### 1.2. ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET PROCESSUS DE DECENTRALISATION.

Sur le plan administratif, le Bénin compte<sup>1</sup> 12 départements (l'Atacora, l'Alibori, le Borgou, la Donga, les Collines, le Zou, le Plateau, le Couffo, l'Ouémé, le Mono, l'Atlantique et le Littoral), 77 communes, 546 arrondissements et 3 747 villages/quartiers de villes.

Après la décentralisation administrative, le processus, de transfert des compétences en matière de prise en charge du développement à la base par les communautés elles-mêmes, est encore en cours.

### 1.3. DONNEES SOCIO-ECONOMIQUES

L'activité économique dominante dans le pays est l'agriculture : elle occupe 56 % de la population active. Le secteur secondaire contribue seulement pour 13 % au produit intérieur brut (PIB) contre 52 % pour le tertiaire et 35 % pour le primaire. Sur le plan socio - culturel, il existe un pluralisme linguistique et ethnique au Bénin. La polygamie est un phénomène très répandu : elle concerne 50% des femmes âgées de 15 à 49 ans et 33% des hommes de 20 à 64 ans. On retrouve par ailleurs, un fort taux d'analphabétisme des femmes, conséquence du faible taux de fréquentation scolaire des filles au Bénin.

Le Produit Intérieur Brut (PIB) est la principale mesure synthétique qui évalue la richesse produite par l'économie nationale au cours de l'année.

Tableau 1 : Evolution du PIB et du taux de croissance du Bénin de 2001 à 2009

Année	Produit Intérieur Brut en milliards de F CFA		Taux croissance économique (en %)	PIB par tête (1000 FCFA/h)	Déflateur du PIB en %
	Prix courant	Prix constant de 1985			
2001	1832,1	855,9	6,2	273	2,7
2002	1956,8	893,7	4,4	283	3,2
2003	2068,1	928,4	3,9	289	1,7
2004	2140,0	957,4	3,1	289	0,4
2005	2299,0	984,9	2,9	300	4,4
2006	2460,2	1021,8	3,8	311	3,2
2007	2641,7	1069,1	4,6	323	2,6
2008	2973,9	1122,3	5	351	7,2
2009	3115,9	1152,7	2,7	355	2,0

**Source** : Extrait de l'annuaire des statistiques sanitaires 2009

<sup>1</sup> loi n° 97-028 du 15 janvier 1999 portant organisation de l'administration territoriale

Ainsi, sur la base des résultats obtenus, on a enregistré une augmentation du niveau du PIB à prix courant. Le PIB par tête a suivi la même tendance pour passer de 351 000 F CFA par tête en 2008 à 355 000 f CFA par tête en 2009.

Le Bénin a enregistré une croissance économique moyenne de 4% sur la période 1991-1996, puis de 5% entre 1996 et 2001. L'activité économique a atteint 6,1% en 2001 avant d'amorcer une tendance à la baisse à partir de 2002. Elle a chuté à moins de 3% en 2005 et a connu une reprise haussière, passant de 2,90% à 3,80% en 2006. Cette reprise s'est poursuivie jusqu'en 2008 (5,0%), à la veille de la propagation des effets de la crise financière et économique mondiale sur l'économie, avant de subir une baisse en 2009 (2,7%).

Au plan social, les sociétés béninoises sont patrilinéaires. L'autorité du mari reste encore prépondérante dans les domaines de l'allocation des ressources, leur utilisation et surtout dans le domaine de la procréation. Mais depuis deux décennies, grâce aux actions de sensibilisation, une prise de conscience s'observe dans le domaine de l'amélioration du statut de la femme. Le Code de la Famille et des Personnes voté en 2004, offre à la femme de meilleures conditions pour une participation plus accrue au processus de développement et une meilleure jouissance des effets de l'évolution sociale. Cependant, beaucoup d'efforts restent à fournir pour réduire les violences faites aux femmes.

#### **1.4. DONNEES DEMOGRAPHIQUES**

En 2009, la population du Bénin a été estimée à 8 497 827 habitants. Le nombre de femmes s'établissait à 4 338 536 individus pour 4 159 291 hommes. Le Bénin est caractérisé par une population jeune. En effet, plus de 46,8% de la population a moins de 15 ans. L'espérance de vie à la naissance était de 60,8 ans, légèrement plus élevé pour les femmes (62,9 ans) que pour les hommes (58,6 ans). Les femmes en âge de procréer représentent 23,7% de la population générale. En 2007, 42,3% de la population vivent en milieu urbain.

La population béninoise connaît :

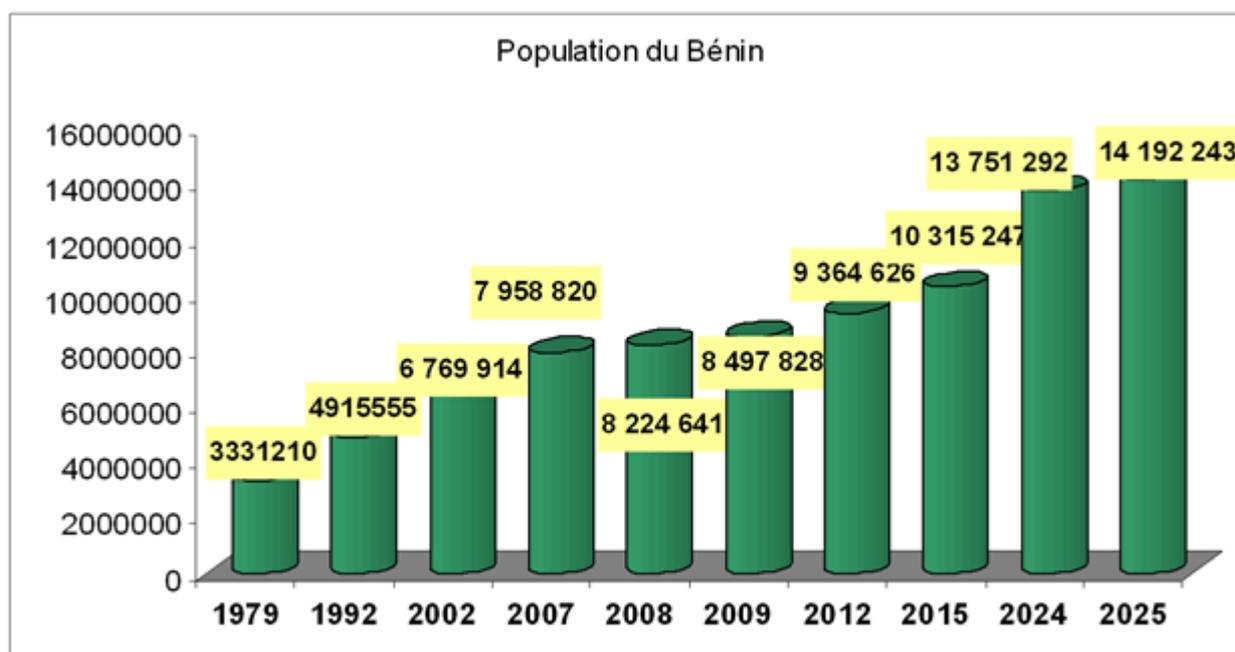
- Un accroissement soutenu

Selon diverses sources (enquêtes et recensements), l'effectif de la population béninoise a évolué de 878.000 habitants en 1910 à 7 839 915 en 2006.

Le taux d'accroissement inter censitaire observé entre 1979 et 1992 correspond à un temps de doublement de l'ordre de 25 ans<sup>1</sup>. A cette allure, la population du Bénin pourrait doubler en 2024.

---

<sup>1</sup> L'effectif de la population est estimé à environ 6,2 millions d'habitants en l'an 2000.

Tableau N°1 : Evolution de la population Béninoise d'ici à 2025<sup>1</sup>

- Une population essentiellement jeune et à dominance féminine. En effet, en 2002 la population béninoise est restée jeune avec un âge médian qui se situe dans un voisinage de 16 ans (15,6 ans en 1979 et 1992, puis 16,3 ans en 2002). La population de moins de 15 ans représente 47%. Les enfants de moins de cinq ans représentent 17% de la population totale et 37% de la population jeune (moins de 15 ans).

De 1979 à 2002, 52% de la population était féminine avec un rapport de masculinité de 94,2 hommes pour 100 femmes. Cette dominance féminine de la population béninoise est plus marquée en milieu rural qu'en ville : 61,1% vivent en milieu rural. En 2002, la proportion des femmes en âge de procréer est de 46% de la population féminine et 24% de la population totale.

- Une population inégalement répartie sur le territoire national en 2002, les huit départements du sud et du centre représentent 25% de la superficie et abritent 71% de la population alors que les quatre autres n'abritent que 29% de la population.

<sup>1</sup> Projection à parti des données : INSAE , RGPH1, RGPH2, RGPH3

- Une population soumise à l'exode rural ; au recensement de 1961, la population rurale représentait 90% de la population totale. Elle ne représente que 73% en 1979, 64% en 1992 et 60% en 2002.

Avec un taux d'accroissement inter censitaire de 3,25% par an (RGPH 2002), le Bénin se classe parmi les pays à fort taux de croissance démographique dans le monde. Ce niveau élevé de croissance résulte d'une fécondité encore élevée alors que la mortalité est en baisse progressive même si le niveau actuel reste toujours préoccupant.

Cette croissance démographique exerce une très grande influence sur l'évolution de la demande sociale d'une part et une forte pression sur les ressources disponibles d'autre part. Il s'en suit donc :

- Une forte urbanisation entraînant une augmentation de la demande des services sociaux de base (éducation, santé, logements, transports etc.)
- Un accroissement des naissances induisant une augmentation permanente des besoins de protection de la mère et de l'enfant ;
- Un accroissement des besoins de santé et de protection de la population se traduisant par une demande conséquente en personnel de santé, en infrastructures sanitaires, en matériels de soins et en médicaments appropriés.

## **1.5. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE**

Le système national de santé a une structure pyramidale calquée sur le découpage territorial. Il comprend trois niveaux différents que sont : le niveau central ou national, le niveau intermédiaire ou départemental, le niveau périphérique.

Le Ministère de la Santé est chargé de mettre en œuvre les politiques définies par le Gouvernement en matière de santé. Dans ce cadre, il initie les actions de santé, planifie, coordonne et contrôle la mise en œuvre des activités qui en découlent. Le niveau central est le premier responsable de la conception et de la mise en œuvre des actions découlant des politiques précitées (Cf. Décret N°2006-396 du 31 juillet 2006). Il est constitué de toutes les structures représentées ci-dessous excepté les Directions Départementales de la Santé (DDS).

Le niveau intermédiaire regroupe les Directions Départementales de la Santé (DDS) qui sont au nombre de 6 à raison d'une par département selon l'ancien découpage territorial. Elles sont chargées de la mise en œuvre de la politique sanitaire définie par le gouvernement, de la planification et de la coordination de

toutes les activités des services de santé en périphérie et d'assurer la surveillance épidémiologique dans les départements.

Le niveau périphérique est constitué des zones sanitaires qui sont au nombre de 34 et réparties sur toute l'étendue du territoire national. La zone sanitaire représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. Elle est constituée d'un réseau de services publics de premier contact (UVS, maternités et dispensaires seuls, Centres de Santé) et des formations sanitaires privées, le tout appuyé par un hôpital de première référence public ou privé (hôpital de zone) et destiné à desservir une aire qui abrite entre 100.000 et 200.000 habitants.

La réorganisation en zones sanitaires a pour finalité l'amélioration des conditions socio-sanitaires de la population habitant des espaces géographiques bien définis. Elle vise les objectifs suivants :

- améliorer la qualité des services de santé de base et de première référence ;
- améliorer la viabilité des services socio-sanitaires ;
- favoriser la décentralisation et la participation communautaire ; et
- développer le partenariat avec le secteur privé.

Suite à un audit organisation du MS, des DDS et des ZS, un nouveau décret portant organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé est en application. D'anciennes Directions Centrales ou Techniques ont changé de nom (par exemple la DSF est devenue la DSME).

**Tableau n°2 : Organisation du système de santé (mission, gestion)**

NIVEAU	Mission	Organe de gestion	
		Organe de décision	Organe d'exécution
Central/national	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mise en œuvre de la politique du gouvernement en matière de santé :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planification</li> <li>• Coordination</li> <li>• Contrôle</li> <li>• Supervision/suivi/Evaluation</li> </ul> </li> <li>– Orientations stratégiques</li> </ul>	Cabinet CODIR CNEEP	Directions techniques
Intermédiaire ou départemental	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mise en œuvre de la politique définie par le gouvernement</li> <li>– Appui stratégique et technique aux ZS :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planification</li> <li>• Coordination</li> <li>• Surveillance épidémiologique</li> <li>• Supervision/Suivi/Evaluation</li> </ul> </li> </ul>	CDEEP CAD (conférence administrative départementale) CODIR	Directions départementales
Périphérique / Zone sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mise en œuvre des programmes de santé :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planification</li> <li>• Coordination</li> <li>• Supervision</li> <li>• Monitoring</li> </ul> </li> </ul>	Comité de santé	EEZ

**Tableau n° 3 : Organisation du système de santé (établissement de soins et gestion)**

Niveau d'intervention	Etablissement de soins	Organe de décision	Organe technique/responsables d'exécution	Rôles
National	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hôpital Hubert Maga</li> <li>– Centre National de Pneumo-Phtisiologie</li> <li>– Centre National de Psychiatrie</li> </ul>	CA	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Direction de l'hôpital</li> <li>– CODIR</li> <li>– CMC</li> </ul>	Référence de 3 <sup>ème</sup> niveau Soins tertiaires (Médecine, pédiatrie, chirurgie ophtalmologie, gynécologie, ORL, néphrologie, recherche)
Intermédiaire	CHD	CA	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Direction de l'hôpital</li> <li>– CODIR</li> <li>– CMC</li> </ul>	Référence de 2 <sup>ème</sup> niveau
Périphérique	Hôpital de zone	Comité de Santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>– CODIR</li> <li>– CMC</li> </ul>	Référence de premier niveau Soins secondaires (médecine générale, chirurgie d'urgence, maternité, pharmacie, laboratoire, Radiologie...)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Centre de santé de commune</li> <li>– FS privées</li> </ul>	COGEC	Médecin-chef	Soins primaires (médecine générale, petite chirurgie, soins gynécologiques et obstétricaux, laboratoire, Radiologie, pharmacie ...)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Centre de santé d'arrondissement</li> </ul>	COGEA	Infirmier/SFE	Soins primaires, accouchement, pharmacie, mise en observation
	UVS	Comité villageois de santé	AVS	Soins primaires, accouchement, pharmacie

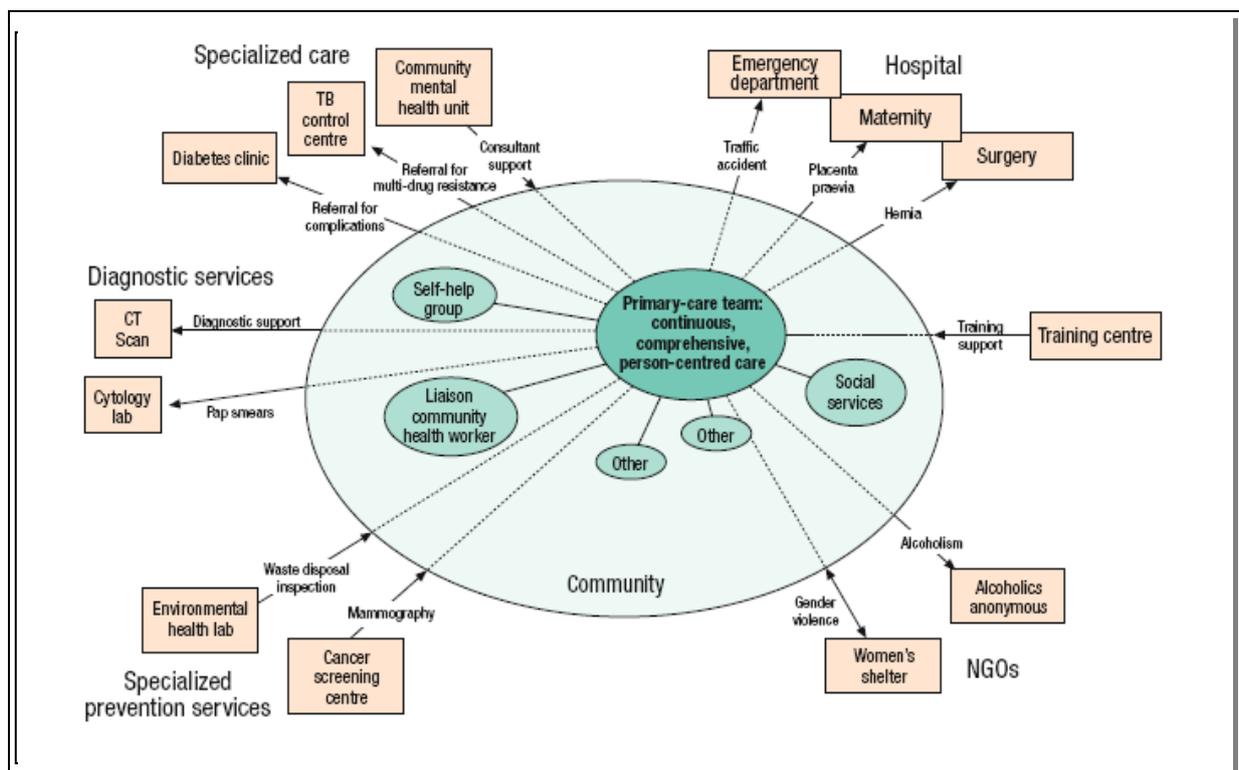
## Conclusion partielle :

Il est utile de faire remarquer qu'en dehors de cette perception statique du système de santé basé sur la pyramide sanitaire<sup>5</sup>, la zone sanitaire versus district sanitaire est une entité périphérique de la pyramide sanitaire, qui fonctionne en réalité, dans une dynamique nouvelle.

En effet l'expérience de la mise en œuvre du premier programme de la santé de la reproduction au Bénin, met en évidence la conclusion à laquelle l'OMS est arrivée en 2008 dans son rapport annuel, à savoir les « Soins Santé Primaire maintenant plus que jamais ». Le rapport présente par ailleurs « les Soins primaires » comme centre de coordination de l'action sanitaire périphérique. Logiquement l'environnement du système de santé en périphérie a évolué vers le positionnement de l'Homme et de la communauté au cœur des préoccupations sanitaires. Ceci se justifie par la place de plus en plus grande conférée aux bénéficiaires dans la prise en charge de leur santé reproductive.

Selon l'OMS la figure qui suit, restitue au mieux la dynamique de réseautage au sein de la collectivité desservie, en lien avec les acteurs locaux du système de santé et les partenaires techniques et financier. Le PNSR ne peut aboutir à ses fins qu'en s'inscrivant dans ce contexte.

Figure N° 5: Dynamique de fonctionnement du système de santé en périphérie selon l'OMS<sup>6</sup>.



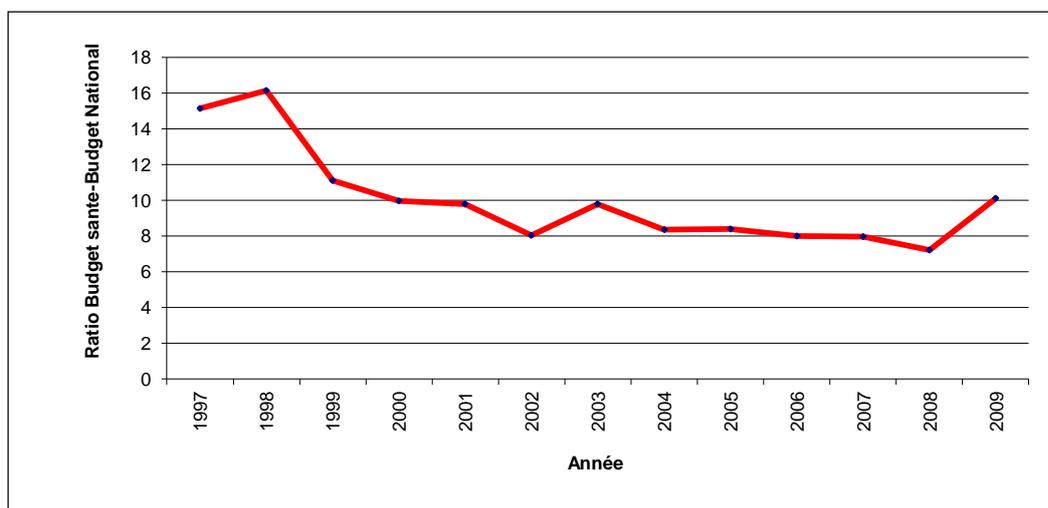
<sup>6</sup> OMS, Rapport annuel 2008

## 1.6. RESSOURCES HUMAINES

Le développement du secteur sanitaire s'appuie sur les prestations d'un personnel important aussi bien du public que du privé. Au 31 décembre 2009, sur le plan national, il y a moins d'agents de santé par habitants qu'il y en avait en l'an 2000. Au niveau national, les ratios nombre d'habitants par agent de santé ou nombre de femmes en âge de procréer (FAP) par sage-femme se présentent comme suit : i) nombre d'habitants par médecin (7 979), ii) nombre d'infirmiers pour 5 000 habitants (2 469), iii) nombre de FAP par sage-femme (1 563), iv) nombre d'habitants par technicien de laboratoire (17 966). Cette couverture en personnel apparemment satisfaisante, cache une disparité entre les départements<sup>7</sup>.

## 1.7. RESSOURCES FINANCIERES

Le Bénin consacre 2,44%<sup>8</sup> de son PIB à la santé et environ 7,5%<sup>9</sup> de ses dépenses publiques à la santé. Il faut signaler que l'accroissement du budget alloué au secteur de la santé a été plus lent que celui du budget général de l'Etat. Depuis 1998, le budget du Ministère de la Santé n'a plus atteint les 15% du budget général de l'Etat.



Source : annuaire des statistiques sanitaires 2009.

**Graphique 1** : Evolution la part du budget national alloué au Ministère de la Santé  
Selon les comptes nationaux de santé réalisés en 2006, il existe trois (3) mécanismes de financement :

- le Financement par les ménages pour 52 % des dépenses de santé ;
- le Financement par l'Etat pour 31% des dépenses alors que les collectivités locales financement moins de 1 % ;
- le Financement par les partenaires techniques et financiers pour 16%.

### 1.7.1 Financement par les ménages

Les ménages constituent la principale source de financement de la santé malgré leur faible niveau de revenu. Cet état de choses limite l'accessibilité des ménages aux services et soins de santé. L'absence d'un mécanisme de gestion de tiers payant

<sup>7</sup> Annuaire statistiques sanitaires 2009.

<sup>8</sup> Données macroéconomiques et lois des finances

<sup>9</sup> Données macroéconomiques et lois des finances

alourdit et complique cette situation. Le manque de cadre juridique institutionnel, l'inexistence d'un système viable d'assurance maladie sont les facteurs favorisant de la faible accessibilité financière des ménages aux services et soins.

Ainsi, les ménages effectuent des paiements directs auprès des établissements de soins aussi bien publics que privés à hauteur de 52,1% de la dépense totale de santé au Bénin en 2003.

De la répartition des versements directs des ménages par fonction, il ressort que 76% de ces dépenses sont consacrées aux produits pharmaceutiques, 8% pour les soins hospitaliers, 5% pour les soins ambulatoires, 5% pour les services auxiliaires laboratoires, 5% pour l'imagerie médicale et 6% pour les autres dépenses de santé.

### **1.7.2 Financement par l'Etat et les collectivités locales**

Globalement, le budget alloué au secteur de la santé sur la période 2003-2008 a été exécuté à hauteur de 76,33 % (base engagement).<sup>10</sup>

De l'analyse des résultats des Comptes nationaux de la santé, il ressort que les achats de biens et services qui représentent pour l'essentiel les crédits délégués devant assurer le fonctionnement des structures de soins au niveau des communautés affichent un pourcentage de 43,7%, alors que le personnel consomme 30,2% et les investissements 26,1%.

L'ensemble des hôpitaux consomme 29,5% de ce budget alors que les centres de santé communautaires en consomment 54,5% et l'administration générale 13,8%. Le Ministère de la Santé accorde donc la priorité à la médecine de masse en allouant près de 55% de ses ressources à la santé communautaire.

Historiquement, les missions sanitaires des collectivités locales (CL) à travers des activités d'Hygiène et de la police sanitaire, ont traité essentiellement à la prévention sanitaire collective en termes d'hygiène et de salubrité publique. Aujourd'hui avec la décentralisation et l'autonomie donnée aux communes, elles interviennent tout comme le MS au niveau de toutes les fonctions, même si cette intervention demeure encore très marginale (0,1% de la dépense totale de santé au Bénin). Avec l'instauration du Fonds d'Appui au Développement des Communes (FADEC) et son extension au Programme d'Investissements Publics, la part de la dépense des collectivités va s'améliorer.

### **1.7.4 Financement par la coopération internationale**

Le montant global du financement de la santé par la coopération internationale a atteint près de 31 milliards de F CFA en 2007 soit 74 millions de \$US ou encore 8 \$US per capita et par an.

Hormis l'appui budgétaire, la part du financement extérieur consacrée à la santé a fluctué entre 18,84 % en 2003 et 47 % en 2007.

L'analyse fonctionnelle des crédits alloués par la communauté internationale révèle la primauté des soins ambulatoires 68% du financement, suivi de la prévention (17%), de l'administration (11%) et des soins hospitaliers (4%).

Les ressources extérieures sont orientées prioritairement vers la lutte contre la maladie, le renforcement institutionnel, la promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base, le développement hospitalier et la santé de la reproduction.

<sup>10</sup> Moyenne des cinq dernières années

## 1.8. POLITIQUE SANITAIRE

La politique sanitaire du Bénin découle de l'analyse du contexte socio-sanitaire nationale et internationale et des priorités nationales fixées par la stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRIP), les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), les Orientations Stratégiques du Développement. Elle est formalisée à travers par un document intitulé « Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018.

En s'inspirant de la vision ALAFIA 2025, déduite des Etudes Nationales de Perspectives à long terme, les participants aux Etats généraux du secteur de la santé ont proposé la vision suivante capable de contribuer au renforcement de la performance du système national de santé béninois:

« Le Bénin dispose en 2025 d'un système de santé performant basé sur des Initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, pour l'Offre et la Disponibilité permanentes de Soins de Qualité, équitables et accessibles aux Populations de toutes catégories, fondées sur les Valeurs de Solidarité et de Partage de risques pour répondre à l'ensemble des besoins de santé du peuple béninois».

Le plan stratégique du secteur de la santé du Bénin est le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui traduit la volonté des acteurs du Ministère de la Santé et des Partenaires Techniques et Financiers d'apporter des réponses urgentes et efficaces aux problèmes sanitaires des populations. Ce plan élaboré pour la période de 2009-2018 vise les objectifs principaux suivants :

- assurer un accès universel aux services de santé et une meilleure qualité des soins pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD),
- renforcer le partenariat pour la santé,
- améliorer la gouvernance et la gestion des ressources dans le secteur santé.

En vue d'atteindre ces objectifs, le Plan National de Développement Sanitaire a retenu les cinq (05) principaux domaines stratégiques suivants:

- Lutte contre la mortalité maternelle, prévention, lutte contre les principales maladies et amélioration de la qualité des soins ;
- Valorisation des ressources humaines ;
- Renforcement du partenariat dans le secteur, la promotion de l'éthique et de la déontologie médicale ;
- Amélioration du mécanisme de financement du secteur; et,
- Renforcement de la gestion du secteur.

Les indicateurs retenus pour faciliter le suivi des actions à mener :

- Réduction de la mortalité maternelle et infantile: taux de couverture CPN; taux de couverture PEV; pourcentage de détection GR; proportion d'accouchements à domicile; pourcentage d'accouchements assistés; prévalence contraceptive; pourcentage de cas de diarrhées traitées par SRO; pourcentage cas de diarrhées traitées par thérapie aux antibiotiques; pourcentage d'enfants mal nourris bénéficiant d'une récupération nutritionnelle.
- Lutte contre les maladies prioritaires (VIH/sida, paludisme, tuberculose): taux d'utilisation des ordinogrammes pour les cas de paludisme ; proportion des laboratoires de zone dont le contrôle de qualité GE/Frottis montre une concordance égale ou supérieure à 80%.

**Les Indicateurs d'impact retenus pour faciliter l'appréciation des progrès significatifs sont:**

Mortalité: taux de mortalité infantile ; taux de mortalité infanto- juvénile ; taux de mortalité maternelle ; taux de létalité palustre;

Morbidité: taux de prévalence du SIDA ; taux de morbidité proportionnelle palustre; taux d'incidence de la méningite (ou taux de prévalence du choléra); taux d'incidence de la tuberculose.

## **1.9. SITUATION SANITAIRE EN SANTE DE LA REPRODUCTION**

En 2008 à l'issue de la mise en œuvre du PNSR 2003-2007, la situation de la santé de la reproduction se présente de la manière suivante :

1. *la population du Bénin est estimée à 8,054 millions d'habitants en 2007. Elle connaît une forte croissance (3,25%/an) qui, maintenue, se traduira par un doublement de la population tous les 22 ans.*
  - a. *Le niveau de fécondité des femmes reste élevé : 5,7 enfants par femme en 2006. Les adolescentes et jeunes de 15-19 ans y contribuent fortement (21,4% en 2006).*
  - b. *Le taux de prévalence contraceptive moderne a baissé entre 2001 et 2006 (7,2% contre 6,2%).*
  - c. *Les besoins non satisfaits en planification familiale (PF) sont en hausse (30% en 2006 contre 27% en 2001).*
2. *La mortalité maternelle en baisse respectivement :*
  - a. *474 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2001 contre 397 en 2006 ;*
  - b. *La prévalence de l'excision est en légère baisse (13% en 2006 contre 17% en 2001).*
3. *La mortalité infanto-juvénile en baisse :*
  - a. *160‰ en 2001; 125‰ en 2006.*
4. *le Bénin fait partie des pays à épidémie généralisée à faible prévalence du VIH :*
  - a. *1,2% en 2006 (urbain : 1,7% ; rural : 0,9%). Cette prévalence est plus forte chez les femmes (1,5% pour 0,8% chez les hommes) en particulier chez les femmes enceintes (2%).*
  - b. *La moitié des cas d'infection au VIH survient chez les moins de 25 ans.*

## II - ANALYSE CRITIQUE DES EXPERIENCES EN SR

Le développement des activités de santé de la reproduction a été marqué par plusieurs projets et programmes dont les résultats constituent des acquis.

Le premier Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR 2003-2007), s'est inspiré de deux générations d'expériences en matière de SR :

1. Les projets SR/PF, PSP, IEC/SR, EVF/EPD, PBA, en dépit de leurs résultats largement exploités ont énoncé les premières hypothèses relatives à la complexité de la problématique de SR.
2. Les programmes, PROSAF, PROLIPO, PIME, ABSM/PSI, CARE, BASIC) ont consisté en des interventions à visées systémiques, qui ont expérimenté le concept de l'intégration intra programmatique d'activités.
- 3.

De manière complémentaire, les appuis holistiques de l'USAID, de l'UNICEF, de l'OMS, de l'UNFPA ont contribué à faire capitaliser tous les acquis, à travers l'élaboration du PNSR 2003-2007 par le Ministère de la santé.

### 2.1. REVUE SYNOPTIQUE DES AXES D'INTERVENTION

Le Programme National Santé de la Reproduction 2003-2007 a servi de cadre pour une intervention multisectorielle, soutenue par des partenaires qui convergent aujourd'hui vers une perception commune de la nécessité de l'intégration des services en vue d'une meilleure performance des interventions en SR.

En prenant pour cadre de référence les volets et composantes retenus pour le PNSR 2003-2007, le point de la situation de la SR au Bénin est le suivant.

#### 2.1.1. Santé de la femme

##### 2.1.1.1 Mortalité maternelle

Selon les données de l'EDS III, le taux de mortalité maternelle est de 397 femmes pour 100.000 naissances vivantes en 2006. Dans ces conditions, 1500 femmes meurent au Bénin chaque année pour des complications de grossesse.

Les raisons de la déflexion lente de la mortalité maternelle sont selon les analyses portant sur les statistiques sanitaires sectorielles, le faible taux de couverture des accouchements assistés (78% selon l'EDSB-III) et les trois retards observés dans le processus de prise en charge des urgences obstétricales, qui mettent en cause la prise en charge correcte des complications et la baisse de la prévalence contraceptive. Il existe des disparités entre le milieu rural et le milieu urbain.

Il n'en demeure pas moins que le maintien d'un taux de mortalité élevé est en partie tributaire d'une insuffisance de prise en compte des liens existants entre la mortalité maternelle, la PF et la croissance démographique.

Malgré la connaissance précise des facteurs favorisant, des causes médicales directes et indirectes, il est à noter que les stratégies efficaces, mises en œuvres entre 2003 et 2006 n'ont pas pu réduire de manière satisfaisante le taux de mortalité maternelle.

##### 2.1.1.2 Pratiques traditionnelles néfastes

Selon l'EDSBIII en 2006, en général l'excision est constatée chez 13% (contre 16,8 % EDSB II) des femmes dont 48% dans la Donga et l'Alibori, 59 % dans le Borgou,

10,4 % dans le zou et 1,4 % dans l'Ouémé. Les autres pratiques néfastes recensées sont : l'infanticide, le mariage et/ou grossesse précoce et/ou forcé, les gavages, les tabous nutritionnels et interdits alimentaires, les scarifications et tatouage, la dépigmentation de la peau etc...

L'excision reste une pratique répandue chez les Bariba (74 % des femmes sont excisées), les Peulh (72 %), et les Yoa et Lokpa (53 %). À l'opposé, dans deux groupes ethniques, les Adja et apparentés et les Fon et apparentés, la prévalence de l'excision est très faible.

#### 2.1.1.3 Etat nutritionnel de la femme

La déficience des femmes en énergie a été appréciée par la mensuration de l'indice de masse corporelle (IMC), 15 % des femmes auraient une déficience (IMC < 18,5 kg<sup>m2</sup>), 78 % des femmes seraient normales et 2 % sont obèses (IMC > 30,0 kg<sup>m2</sup>). (3) Environ 1,3 % des femmes sont trop petites (taille inférieure à 1,5 m) et constituent des risques pour la santé de la reproduction. Chez les jeunes de 15 à 19 ans, elles représentent une proportion de 3,4%. 9 % des femmes sont trop maigre et 61 % sont anémiées..

En ce qui concerne l'allaitement Maternel, on constate que : 95 % des enfants sont allaités ; 54 % des enfants sont allaités dans l'heure suivant la naissance ; Moins de la moitié (43 %) sont allaités exclusivement dans les premiers 6 mois

#### 2.1.1.4. Prise en charge gynécologique de la femme

Dans une série de patientes porteuses d'infections sexuellement transmissibles (IST), les femmes seraient nettement plus touchées<sup>11</sup> que les hommes. Selon la même étude il existe une prédominance féminine en matière de cancer génital. Les diagnostics révèlent pour 88 femmes ayant un cancer gynécologique, la prédominance des cancers du col de l'utérus (54,5%), sont deux fois supérieurs au cancer du sein (27,3%).

---

<sup>11</sup> Selon CERRHUD et le CREDES

### 3.1.1 Santé de l'enfant

Dans l'ensemble, la mortalité infantile demeure élevée (67%) selon EDSBIII. La mortalité néonatale est restée stationnaire entre 1996 et 2001 avec un taux autour de 38‰ (EDSB I et II).

#### 2.1.2.1 Mortalité des enfants de 0 à 5 ans

Au regard des résultats des EDSB III, entre la naissance et le cinquième anniversaire, le niveau de la mortalité a fortement baissé au cours des 15 dernières années, passant de 151 ‰ en 1991-1996 à 125 ‰ en 2001-2006, soit une baisse globale de 26. La mortalité néonatale aurait baissé de 6,2, la post néonatale de 8,2, l'infantile de 14,4 et la juvénile de 11,9. Cependant dans certains départements, certains indicateurs se sont aggravés.

#### 2.1.2.1 Consultation des enfants sains

Sur le plan national, le taux de consultation des enfants sains de moins d'un an est de 68,2% en 2009 contre 75,6% en 2008 et 88% en 2007. On remarque que ce taux baisse d'année en année. Le taux le plus faible a été enregistré dans le département du Plateau (32,9%), tandis que le Borgou a enregistré le taux le plus élevé soit 116,6%.

#### 2.1.2.3 Informations relatives aux maladies courantes de l'enfant

**Le paludisme** : Dans l'ensemble, l'incidence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans est de 34,8 % en 2009 contre 41,2 % en 2001. Les incidences les plus élevées de paludisme étaient de 42,3 % dans l'Atacora et 56,0 % dans le Borgou. Le paludisme demeure la première cause des hospitalisations. Dans la tranche d'âge de moins de 5 ans, le paludisme représente 47,9% des cas hospitalisés en 2009. Dans le cadre de la prévention du paludisme, 24,5% des ménages disposent de moustiquaires imprégnées d'insecticide et 20,2% des enfants de moins de 5 ans dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide selon l'EDSIII.

**Les diarrhées** : Le pourcentage des enfants qui avaient eu un épisode de diarrhée deux semaines avant l'enquête EDSB II, était de 13,4% contre 26,1% en 1996. Les tranches d'âge les plus frappées par la diarrhée sont le groupe de 6 à 11 mois, 21,3 % en 2001 contre 32,6 % en 1996 et les enfants de 12 à 23 mois, 20,9 % en 2001 contre 32,3 en 1996.

**Les IRA** : En 2009, les IRA étaient la 2<sup>ème</sup> cause d'hospitalisation chez les enfants de moins de cinq ans. Dans l'ensemble leur incidence est relativement en baisse : 12 % en 2001 contre 15,7 % en 1996. Les tranches d'âge les plus frappées sont celles de 6 à 11 mois, 15,9 % et celle des enfants de 12 à 23 mois, 15 %. Les départements les plus touchés sont le Mono/Couffo, l'Atlantique/Littoral, l'Ouémé/Plateau qui avaient respectivement 14,9% ; 13,7% et 12,3%.

**Les maladies nutritionnelles** : Au cours de l'année 2009 (annuaire des statistiques sanitaires), 12.659 cas de malnutrition ont été enregistrés dans les formations sanitaires du Bénin chez les enfants de moins de cinq ans, soit une incidence de 75,6 pour 10.000 enfants. L'incidence est plus élevée chez les enfants de moins d'un an avec un taux de 122‰ contre 71,5‰ pour les enfants de un à quatre ans. Le département de l'Atlantique a la plus forte incidence (224,2 ‰) suivi de l'Alibori (158,5‰), de l'Atacora (90,2‰) et du Littoral (83‰).

**Retard de croissance ou malnutrition chronique** : Selon l'EDSIII, la proportion d'enfants accusant un retard de croissance a augmenté de façon très nette entre 2001 et 2006. Le retard de croissance affectait 31 % des enfants en 2001, contre 38

% en 2006. De plus, cette augmentation concerne uniquement le retard de croissance sévère qui est passé de 11 % en 2001 à 18 % en 2006.

La proportion d'enfants accusant un retard de croissance est la plus élevée (47 %) en milieu rural. Sous la forme sévère, un quart des enfants sont concernés. En milieu urbain, ces proportions sont respectivement de 36 % et 17 %. C'est dans la ville de Cotonou que ces proportions sont les plus faibles (respectivement, 26 % et 9 %). Cependant, le département de l'Alibori connaît la situation la plus préoccupante puisque 63 % des enfants y présentent un état de malnutrition chronique. Plus de deux sur cinq (46 %) en sont atteints sous la forme sévère :

**Avitaminose A :** L'avitaminose A est un problème important de santé publique au Bénin. Les données de ce tableau illustrent cette situation.

**Allaitement :** L'allaitement au sein est universel au Bénin. Selon l'EDSB-III, moins de la moitié (43 %) sont allaités exclusivement dans les premiers 6 mois.

**Vaccination contre les maladies du PEV**

Selon les EDS 2001 et 2006, les femmes enceintes qui avaient eu une injection antitétanique au moins étaient de 72 % et Selon les mêmes sources les enfants d'environ 2 ans complètement vaccinés étaient de 59 % en 2001 ; 63 % en milieu urbain et 56 % en milieu rural. Les taux de couverture les plus bas étaient enregistrés dans le Borgou (49 %), suivi de l'Atlantique à l'exception de Cotonou (51 %), du Mono 53 % et de l'Atacora (54 %). Les autres départements sont à 68% chacun.

### **2.1.3 Santé des adolescents et des jeunes**

#### **2.1.3.1 Fécondité et mortalité maternelle chez les adolescents et jeunes**

En 1996, 56 % des filles de 15 à 19 ans avaient commencé leur vie féconde; 47 % étaient mères; 9 % étaient enceintes. Pour une mortalité maternelle de 498 pour 100.000 naissances vivantes, les adolescentes sont quatre fois plus exposées que les femmes de plus de 20 ans.

#### **2.1.3.2 Avortements provoqués**

D'après ALIHONOU et collaborateurs, les adolescentes contribuent pour 47 % aux avortements provoqués admis dans trois hôpitaux de référence. Les issues de ces avortements ont été les suivantes : Décès 1/10, stérilité 1/10, perforations utérines 4/10, hystérectomie 3/10.

#### **2.1.3.3 IST/VIH/SIDA**

La prévalence de l'infection par le VIH au sein de la population générale est estimée à 1,2 % par l'EDSB-III, soit plus faible que celle estimée par la séro surveillance sentinelle (2,0 %). Le taux de séroprévalence chez les femmes de 15-49 ans, estimé à 1,5 %, est près du double de celui observé chez les hommes du même groupe d'âges (0,8 %).

En effet, en milieu urbain, le taux de séroprévalence est environ deux fois plus élevé qu'en milieu rural (2,2 % contre 1 %). Dans les départements, le niveau de séroprévalence varie d'un maximum de 3,5 % dans la Donga et de 2,8 % dans le Littoral à moins d'un pour cent dans les départements de l'Alibori, des Collines, de l'Ouémé et du Zou. Une recherche commanditée par le MSP en 2002 sur la stérilité, les IST et les cancers génitaux concernant un groupe de malades montre que dans le groupe des hommes reçus les adolescents représentaient 87,6 % et dans le groupe des femmes, les adolescentes représentaient 46,15 %.

## 2.1.4 Santé de l'homme

### 2.1.4.1 Stérilité et infécondité chez l'homme

Sur 76 cas étudiés au cours d'une recherche commandité par le MSP, le traitement a constitué en l'administration d'anti-infectieux dans 71,9 %. Chez les hommes, les étiologies infectieuses des infertilités seraient donc les plus importantes.

### 2.1.4.2 Cancers et dysfonctionnements génitaux chez l'homme

En l'absence de recherche d'envergure nationale dans ce domaine, une étude a porté sur 49 patients tous de l'Atlantique. Les diagnostics ont été précisés pour 48 et ils se présentent comme suit : Cancer de la prostate (89,6 %), Cancer du scrotum (04,2 %), Cancer du testicule (04,2 %), Cancer de la verge (02,0 %), En conclusion, la qualité de la prise en charge reste insuffisante.

## 2.1.5 Composantes communes

### 2.1.5.1 Planification familiale

a) Pour les méthodes modernes, le niveau de connaissance générale chez les femmes est passé de 90 % en 2001 à 89,7% en 2006. Chez les hommes, il est passé de 99 % à 96%. Chez les femmes, les méthodes les plus connues sont le condom masculin (83 %), les injectables (80 %), la pilule (77 %), l'implant (43%), la stérilisation féminine (41 %) et le DIU (33 %)

b) L'utilisation des contraceptifs : Pour toute méthode confondue, le taux d'utilisation est passé de 19 % en 2001 à 17% en 2006 chez les femmes en union selon l'EDSB-III. Parmi les femmes non en union et sexuellement actives, la prévalence est passée de 38 % à 55 %. Pour les méthodes modernes, la progression est de 3,4 % à 7,2 %. En milieu urbain l'utilisation des méthodes modernes est à 9,8% tandis qu'en milieu rural, elle est à 5,8 %. La proportion de femmes qui utilisaient une méthode moderne en 2001 est restée quasiment inchangée en 2006 (7 %). Parmi les femmes en union, la proportion d'utilisatrices est passée de 7 % à 6 %. Seule la prévalence moderne parmi les femmes non en union et sexuellement actives est passée de 17 % à 29 %.

c) Les méthodes les plus utilisées sont : les injectables 2,1 % ; les pilules 1,8 % ; le DIU 0,8 % ; le norplant et la stérilisation 0,3 %.

Les indices synthétiques de fécondité : En 2002 selon le recensement général de population, il était à 5,53. Selon l'EDSB-III, Il est à 5,7 en 2006 soit une légère hausse. Par rapport à 2001, la situation n'a pas changé en 2006 puisque en milieu rural une femme a, en moyenne, 6,3 enfants contre 5,3 pour les Autres Villes et 3,7 à Cotonou.

### 2.1.5.2 Lutte contre les IST/VIH/SIDA

En matière des IST/VIH/Sida, l'EDSB-2006 montre qu'au niveau national, le taux de prévalence du VIH est de 1,2%, la prévalence contraceptive moderne est de 6,2%, les taux d'accouchement assisté et de césarienne sont respectivement de 77,7% et de 3,6%. L'analyse des relations entre les niveaux du bien-être économique et l'utilisation des services de santé de la reproduction montre que le taux de prévalence contraceptive moderne varie de 2,4% pour les femmes les plus pauvres à 13,2% pour les plus riches, et 97,4% des femmes plus riches ont reçu l'assistance d'un personnel de santé qualifié au cours de l'accouchement contre 55,8% des femmes les plus pauvres. Cette tendance est observée aussi en ce qui concerne la pratique de la césarienne ; en effet, le taux de césarienne est de 1,4% pour les femmes les plus pauvres et de 9,9% pour les plus riches. Les IST jouent un rôle dans la transmission sexuelle du VIH ; par exemple, la prévalence des IST en 2005 est estimée à 0,4% pour Neisseria Gonorrea et 2,8% pour Chlamydia Trachomatis

(PNLS, 2006). L'ESDB- 2006 indique une prévalence du VIH plus élevée chez les personnes ayant déclaré avoir eu une IST ou des symptômes d'IST que chez les autres (2,8% contre 1,2%).

### **Conclusion partielle :**

L'état des indicateurs de santé décrit ci-dessus est dû en partie :

- (i) à une précarité du système de santé notamment,*
- (ii) à une faible intégration des activités au cours de la mise en œuvre des programmes de santé, notamment de la PNSR,*
- (iii) au faible niveau de ressources allouées à la santé, et*
- (iv) à la faible accessibilité géographique et financière des populations aux services de santé.*

*Par ailleurs, d'autres causes profondes expliquent le niveau de ces indicateurs : la pauvreté, l'accès limité aux informations appropriées, l'inégalité de genre, certaines normes culturelles et la marginalisation sociale des populations les plus vulnérables.*

## 2.2. L'EXPERIENCE DE MISE EN ŒUVRE DU PNSR 2003-2007

### 2.2.1. La surveillance de la mise en œuvre du programme

La mise en œuvre du PNSR, dans la période de 2003 à 2007 a bénéficié d'un accompagnement technique et financier continue de la part de l'Etat béninois appuyé par de nombreux partenaires dont la Banque Mondiale, l'USAID, l'OMS, l'UNICEF l'UNFPA .

Le programme a ainsi bénéficié d'un suivi continu de la part des différents partenaires qui ont interagi en privilégiant la synergie d'action, aboutissant à des chantiers remarquables :

1. Au plan conceptuel, les efforts ont convergé vers l'expérimentation de stratégies d'intégration intra et inter programmatisques de services SR. C'est dans ce cadre qu'en prenant en compte les connaissances générées par le programme, des concepts stratégiques porteurs ont été élaborés, revus, réaménagés et validés à divers niveaux (SONU, SONUC, SONUB, PHPP, GATPA, PCIME...).
2. Au niveau opérationnel, un effort de recensement des meilleures pratiques en santé de la reproduction, a été réalisé par le Ministère de la santé, appuyé par l'OMS en 2009. Les résultats mettent en évidence douze pratiques et une opportunité susceptibles de produire des effets favorables à la performance des activités de SR.

Au nombre des bonnes pratiques citées, nous retenons :

- *Suivi en communauté des nouveaux nés au cours de leur premier mois de vie dans la zone sanitaire de Pobè-Kétou-Adjaouèrè ;*
- *Soins maternels à base communautaire dans la zone sanitaire de Malanville ;*
- *Système de surveillance des naissances et de la mortalité maternelle et infantile à domicile dans la zone sanitaire de Tanguiéta ;*
- *Audit des décès maternels dans la zone sanitaire d'Aplahoué-Djakotomey-Dogbo ;*
- *Tam tam pour la mobilisation et le plaidoyer en faveur de la planification familiale ;*
- *Initiative Femme pour Femme dans la zone sanitaire de Tanguiéta ;*
- *Le forfait obstétrical dans les centres de santé de la zone sanitaire de Djougou*
- *L'Intégration du Counseling et Dépistage (CD) du VIH dans les Centres d'Ecoute, d'Information et de Conseils (CEIC) des Centres de Jeunes et de Loisirs (CJL) au Bénin accroît l'accès et l'utilisation des jeunes aux services de santé sexuelle et de la reproduction ;*
- *Dépistage et accompagnement des femmes souffrant de fistules obstétricales dans l'Atacora ;*
- *Les mutuelles de santé comme stratégie d'amélioration de l'accessibilité aux soins de qualité ;*
- *Assurance qualité des soins maternels et néonataux à l'hôpital de la mère et de l'enfant de Cotonou.*

Le document d'identification des bonnes pratiques a cité par ailleurs, l'Initiative présidentielle de la gratuité de la césarienne au Bénin, qu'on peut considérer comme une opportunité.

En général, le suivi continu de la mise en œuvre du programme a favorisé le développement de nombreuses activités prospectives d'induction de réflexions stratégiques qui ont été intensifiées dans la période 2007- 2010.

## **.2.2. Actions récentes**

Les actions en cours rentrent dans le cadre d'une minutieuse préparation orientée par la capitalisation des leçons tirées en cours de mise en œuvre du programme, des expériences régionales et internationales et de l'imminence de l'échéance 2015, relative aux OMD.

### **1. La mise en place des stratégies SR**

Elle concerne l'élaboration de divers documents de renforcement et d'intégration des activités de repositionnement de la PF :

- Document de stratégie nationale de repositionnement de la PF au Bénin 2011 – 2015 ;
- Document de Stratégie nationale de sécurisation des produits de SR 2006-2015;
- Document de Politique, Normes et standards des Services de Santé Familiale

D'autres documents ont en substance contribué à baliser des orientations favorables à l'atteinte des OMD.

### **2. Programme National de développement sanitaire (PNDS) 2009-2018**

Le PNDS s'est fixé cinq domaines prioritaires d'intervention (programmes) : dont le sous-programme santé de la reproduction décliné en deux aspects :

- i) Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale ;
- ii) Lutte contre la mortalité infantile et juvénile

Le PNDS inscrit généralement la problématique de la santé de la reproduction dans la qualité des soins. Cette option est appuyée par le domaine du renforcement du secteur et du renforcement de l'éthique et de la responsabilité médicale.

### **3. La Stratégie Nationale de Réduction de la Mortalité Maternelle (Mars 2006 à 2015) :**

Elle s'inscrit dans le cadre de l'accélération de 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. Les objectifs spécifiques visent :

- i) la disponibilité du « paquet optimal d'interventions obstétricales et néo natales à haut impact<sup>12</sup> » dans les formations sanitaires publiques comme privées,
- ii) l'accessibilité géographique et financière au paquet optimal à haut impact,
- iii) la qualité des services,
- iv) l'amélioration l'utilisation des services obstétricaux et néonataux [accroissement du Taux d'accouchement assisté],
- v) renforcement des capacités des individus des familles et de la communauté à réduire les risques pour la santé de la mère et le nouveau-né ;
- vi) renforcement du partenariat du secteur privé du secteur public ;
- vii) Evaluer les progrès et programmer 2011-2015.

---

<sup>12</sup> Voir en annexe N°1

La cible préconisée étant : sept hôpitaux nationaux et départementaux et dans toutes les formations sanitaires de 15 zones sanitaires.

La stratégie de réduction de la mortalité maternelle présente deux caractéristiques :

1. l'avantage de se focaliser sur un paquet intégré optimal essentiel à haut impact de soins obstétricaux d'urgence, comportant :

- i) interventions directes avant la conception (PF/IST VIH SIDA) ;
- ii) intervention directes pendant la grossesse (CPN recentrée, prévention et traitement du paludisme, SOU/SAA, GATPA, partogrammes, prévention de l'infection en milieu hospitalier, Prévention de la transmission parent enfant) ;
- iii) intervention directe dans le post-partum (SOU, prévention de l'infection, soins usuels du nouveau-né, examen systématique du nouveau-né, SNU,PF/IST VIH SIDA). Ce paquet est bien défini et son efficacité sur le processus de l'accouchement est démontrée.

Deux hypothèses :

- i) L'incertitude que le bénéfice de ce paquet optimal, en termes de couverture, de disponibilité de services, d'application correcte, est tributaire des capacités de gestion du système, de leadership et d'organisation des soins de qualité au niveau périphérique (Fosa, stratégie avancée, interface communauté).
- ii) la faiblesse de la capacité contributive et des opportunités actuelles en faveur de la RMM.

Le paquet d'intervention à haut impact, par niveau de soins pour l'atteinte des OMD. Le présent document définit les paquets d'interventions à haut impact à mettre en œuvre dans les différentes structures de la pyramide sanitaire dans l'optique d'harmoniser les activités en se focalisant sur celles qui ont un impact avéré sur la mortalité maternelle, infanto-juvénile et néonatale.

#### **4. Le Plan Triennal de Développement (PTD) 2010-2012**

Il décrit les interventions prioritaires à mettre en œuvre pour l'atteinte des OMD. Ce Plan met l'accent sur les interventions à haut impact sur la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile.

#### **5. Documents nationaux de réduction de la mortalité maternelle et néonatale.**

#### **6. Document de Stratégie nationale de lutte contre les fistules obstétricales ;**

#### **7. Rapports nationaux sur les OMD ;**

#### **8. Plan d'action de Maputo ;**

L'objectif ultime de ce Plan d'action de Maputo est d'amener les gouvernements africains, la société civile, le secteur privé et tous les partenaires au développement du continent à unir leurs forces et redoubler d'efforts afin d'assurer ensemble la mise en œuvre effective de la politique continentale en réalisant l'accès universel à la santé en matière de sexualité et de reproduction d'ici à 2015 dans tous les pays africains.

- 9. Document de composante commune des services de santé familiale ;**
- 10. Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/Sida/IST 2007-2011 ;**
- 11. Documents nationaux de Bilan Commun Pays (CCA) et de l'UNDAF ;**
- 12. Programmes nationaux de coopération de l'UNFPA, l'OMS, l'UNICEF, la Banque Mondiale et l'USAID**
- 13. Document de Stratégie Nationale Multisectorielle SRAJ**

L'analyse de l'ensemble documents a contribué à la conceptualisation d'interventions efficaces en matière de réduction de la mortalité maternelle. Le concept de paquet optimal d'intervention obstétricale et néonatale à haut impact est un concept pertinent et stratégique de paquet, qui nécessite néanmoins une actualisation, une harmonisation, une vulgarisation, il peut être considéré comme la modalité opérationnelle en SR des normes et standards à répartir en paquet optimal et minimal. Ce concept peut être considéré comme un véritable modèle prédictif d'intervention.

### **2.2.3 De l'évaluation du PNSR 2003-2007**

L'évaluation du PNSR 2003- 2007, nous amène à la conclusion que :

1. la croissance démographique (3,25%/an) est en disproportion par rapport à la croissance économique qui stagne avec une tendance à la baisse.
2. la tendance à la baisse de la mortalité maternelle ne garantit (474 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2001 contre 397 en 2006) ne garantit pas l'atteinte de l'OMD N° 5. Il en est de même pour la prévalence contraceptive (Le taux de prévalence contraceptive moderne a baissé entre 2001 et 2006 (7,2% contre 6,2%).
3. la mortalité infanto juvénile est en baisse mais l'épidémie de VIH/SIDA ne fait pas la preuve d'une stabilisation

L'insuffisance des performances attendues s'explique en partie par les situations suivantes :

Au regard de la mortalité maternelle :

- i) à la non jouissance complète par tous (en particulier les femmes et les jeunes) des droits en matière de santé de la reproduction, d'équité et du droit à un niveau de vie suffisant assurant une existence conforme à la dignité humaine ;
- ii) à une précarité du système de santé ;
- iii) au faible niveau de ressources allouées à la réduction de la mortalité maternelle ;
- iv) à des déficits en matière d'autorité, de ressources et d'informations en particulier chez les jeunes et les femmes et ;
- v) à la faible efficacité des stratégies de prévention des IST/VIH/Sida.

En ce qui concerne la baisse de la prévalence contraceptive et la hausse des besoins non satisfaits en PF, elles trouvent essentiellement leurs causes dans :

- i) le faible pouvoir de décision de la femme par rapport à la fécondité et à l'analphabétisme ;
- ii) la peur de l'infertilité ;
- iii) la faible accessibilité géographique et financière aux services de SR et ;
- iv) le désir d'une fécondité élevée en réponse à une mortalité encore élevée.

## 2.2.4 De l'analyse des forces faiblesses, opportunité et menaces

### 1. Forces

- Les politiques, normes et standards sont élaborées, ainsi que de nombreux outils pouvant faciliter la mise en œuvre du programme.
- Une harmonisation des politiques et synergie de programmes (Bilan commun pays.)
- L'implication de partenaires techniques et financiers en faveur de la mise en œuvre du programme.
- Au plan conceptuel, la logique d'intervention est valide. Les hypothèses et théories qui sous-tendent les interventions préconisées sont pertinentes. Les stratégies et activités identifiées sont réalistes, appropriées et l'approche genre a été constamment prise en compte.
- Le programme SR est fondé sur une définition assez complète de la notion de services SR.
- Les responsabilités d'exécution et de suivi et évaluation sont bien balisées.
- Le cadre juridique et législatif est suffisamment ménagé pour une mise en œuvre performante du programme SR.
- Efficacité : Les indicateurs de santé de la reproduction ont en général tendance à une amélioration légère, même si on est confronté à des disparités au niveau de certaines régions et à des contre-performances.
- L'effort de sécurisation des produits de la SR considéré comme une dimension stratégique qui s'impose aux programmes futurs.
- Une accumulation de connaissances sur la SR, favorisées par de nombreuses recherches.
- Une accumulation de bonnes pratiques favorisée par l'effort de mise en œuvre de PNSR 2003-2007.

### 2. Faiblesses (une performance insuffisante, stagnante avec des disparités régionale marquées et une insuffisance d'accessibilités)

- Au cours de la mise en œuvre, les interventions préconisées n'ont pas couvert toutes les zones sanitaires et toutes les formations sanitaires publiques encore moins privées.
- Les formations sanitaires couvertes n'ont pas fait preuve de la performance attendue.
- Mieux le processus de mise en œuvre a connu des contre-performances.
- Malgré la pertinence des activités, la qualité de l'offre de soins demeure insuffisante.
- L'accès aux services SR est inégal.
- La vitesse actuelle des avancées ne permet pas d'affirmer que le Bénin peut franchir le référentiel OMD 4, 5 6 en 2015
- La coordination des zones sanitaires n'est pas performante (faiblesse d'exercice de la responsabilité de l'exécution, de suivi évaluation orienté vers les résultats).
- Faible intégration inter programmatique des activités au niveau périphérique, conduisant à une réduction des effets.
- Insuffisance de qualité ou faiblesse de mise en œuvre des services intégrés.
- Le programme ne tire pas tous les profits des investissements pour le renforcement des capacités et du financement de la formation continue.
- La pérennisation des acquis et l'efficacité des interventions ne sont pas assurés
- Insuffisance en matière de recherche action et de développement d'initiative appropriées.

- Difficulté de maintien des plateaux techniques par insuffisance de ressources.
- Insuffisance dans la gestion des ressources et l'organisation des services efficiente des services.
- Une contreperformance en matière de PF avec une prévalence contraceptive en baisse, un taux de fécondité élevée, un accroissement démographique continu ;
- Non Intégration au PMA et au PCA des modalités normatives focalisées sur la RMM

### **3. Opportunités**

- Décentralisation du système de santé
- L'appui de la coopération internationale en faveur des interventions prioritaires en matière de santé de la reproduction.
- La politique de tiers payant (subvention de soins ou dite gratuité, dans les conditions de baisse de croissance économique ou de baisse de la capacité contributive est une opportunité).
- Les OMD
- Le plan d'action de Maputo
- La perception du lien entre la PF, la réduction de la mortalité maternelle et le développement, par les autorités politiques est une opportunité.

### **4. Menaces**

- Analphabétisme/ ignorance
- L'implication insuffisante de la communauté dans la mise en œuvre du programme SR.
- Baisse de la capacité contributive des populations et exclusion en ce qui concerne l'accès aux services SR
- Les comportements défavorables à la SR restent de gros défis.
- Les ressources matérielles, financières et humaines demeurent insuffisantes [alors même qu'il faut assurer une couverture complète de la population en services SR].
- Perte des atouts
- Accroissement démographique

▪ Tableau N°4 : FFMO /Analyse de la conception PNSR 2003-2004

NIVEAU	ITEMS	FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITE	MENACE
CONCEPTION DU PNSR 2003-2007	Politique et stratégie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Définition claire, complète de la politique de SR, normes standard et services.</li> <li>▪ Stratégies pertinentes</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CIPD)</li> <li>▪ COOPERATION,</li> <li>▪ DOPOLIPO</li> <li>▪ UNDAF/CCA</li> </ul>	Hostilité Analphabétisme
	Programme	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pertinent, Harmonisé, synergique.</li> </ul>			
	Partenaires technique & financier	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Implication</li> </ul>			
	Fondement, hypothèses théories	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Valide</li> </ul>			
	Cadre logique	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cohérent, pertinent, réaliste, approprié</li> </ul>			
	Approche genre	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Validé</li> </ul>			
	Suivi/évaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ validé</li> </ul>			
	Cadre juridique et législatif :	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ménagé et suivi</li> </ul>			

Tableau N°5 Récapitulatif Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces.

NIVEAU	ITEMS	FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITE	MENACES	
MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME PNSR 2003-2007	<b>ATTEINTE DES RESULTATS</b>	- Les stratégies mises en œuvre sont efficaces	- Progrès insuffisant, Disparités et contreperformance (PF)	- Plan d'action de Maputo et OMD	<b>Atteinte OMD 4,5</b>	
	STRATEGIE ES& SERVICES A IMPACT +	MMR - Stratégies d'intégration mises au point : SONU, PCIME, PHPP (au plan clinique et communautaire) - stratégies de repositionnement et de recentrage - Stratégie de sécurisation des produits de la SR - identification des services à impact élevés -stratégie Services communs (PEV, PF, Nutrition, PI) - Stratégies d'appui (Plaidoyer, logistique, gestion des ressources/formation, supervision, recherche)	- Faible mise en œuvre des stratégies : Insuffisance de la qualité de prestation de services et de l'offre (Accouchement assistés, urgences), Faiblesse de continuité des soins (Logistique SR référence incertaines, retard) , - Faible intégration multisectorielle des activités au niveau périphérique (programmes verticaux) - Couverture insuffisante des services et des stratégies - Insuffisance de l'implication des bénéficiaires externes (insuffisance d'utilisation des CPoN) - Accès inégal aux services (absence équité) - Contre-performance en PF (non implication des hommes) - faible fonctionnalité des systèmes d'approvisionnement, de logistique et de maintenance. - faible intégration des activités des services communs aux différents paquets d'où insuffisance de performance de la PF. - insuffisance de mise en œuvre des stratégies d'appui - Non implication des bénéficiaires interne et externe dans les recherches. Disponibilité services insuffisante (Besoins non	Plan d'action de Maputo Principe de renforcement de la capacité contributive des populations ( Ex : Césarienne gratuite)  Appui des Partenaires techniques financiers	- Manque de ressources en faveur de l'offre de services - Faible capacité contributive des populations - accroissement démographique et croissance économique faible ou en régression	
		SR/ AJ	- Incitation à la responsabilisation des jeunes face à leur santé sexuelle et reproductive.	- Faiblesse dans la prévention du VIH/IST - Disponibilité insuffisante des services. - Insuffisance d'utilisation des services SR/AJ - Insuffisance de couverture (faible accès en particulier des jeunes ruraux)	Appui des Partenaires techniques financiers	Leur importance démographique par rapport au coût de leur prise en charge.
		LUTTE CONTRE LE VIH	Existences de services IST/VIH/SIDA menées Stratégie d'intégration	Insuffisance d'efficacité de la mise en oeuvre Insuffisance d'accès des jeunes, Insuffisance de l'organisation de la prise en charge	Appui des Partenaires techniques financiers	Atteinte des OMD en 2015

## **2.3. LECONS TIREES DES EXPERIENCES EN SR**

Les leçons apprises des expériences passées et en cours s'articulent autour de trois (3) grands axes à savoir : l'offre de services, les stratégies d'appui et les approches en vue de l'expansion des expérimentations, de leur consolidations et de leur pérennisation.

### **2.3.1. Leçons**

- 1- Appropriation nationale de la question de la santé de la reproduction, avec une bonne mise à l'échelle au plan politique et programmatique de la santé de la reproduction. Mais la préhension de la gestion performante du programme SR en périphérie n'est pas acquise.
- 2- L'insuffisance de fonctionnement de l'interface comité de santé, coordination de zone et DDS réduit le bénéfice de la décentralisation du système de santé, en termes d'implication de la communauté et des familles dans la gestion du système. Cette faiblesse systémique de l'implication de la communauté et rend difficile les efforts de sensibilisation et de communication pour le changement de comportement c'est-à-dire l'adoption de comportement favorable à la SR.
- 3- Même si en terme quantitatif, on note un accroissement de l'accès aux services SR, il n'en demeure pas moins que les droits en matière de santé de ceux qui n'en bénéficient pas, sont menacés.(la couverture en service SR de qualité relève du droit inaliénable de tous, sans aucune distinction).
- 4- Les coordinations de zones et les prestataires n'arrivent pas à organiser une offre de Service SR de qualité.
- 5- Il y a lieu fonder la gestion des ressources au niveau périphérique sur les compétences et la capacité de produire des résultats, notamment en ce qui concerne la coordination de zone et la gestion des formations sanitaires.
- 6- Le renforcement de la PF peut accélérer les avancées dans la réduction de la mortalité maternelle.

### **2.3.2. Identification des principes stratégiques pour le futur programme.**

En faisant une étude croisée, des forces, faiblesses, opportunité et menaces, on a pu déduire de manière logique les orientations stratégiques pouvant conférer un gradient d'avances au PNSR deuxième génération.

#### **1. Analyse : Force/Opportunité**

Il découle de cette analyse, l'extraction de trois principes porteurs pour le futur programme, en ce qui concerne la valorisation des forces de l'ancien programme au regard des opportunités :

- Le renforcement
- L'intégration
- Les bonnes pratiques.

## **2. Analyse Faiblesse/Opportunité**

Il découle aussi du croisement des faiblesses et des opportunités, les facteurs à prendre en compte pour bénéficier des opportunités :

- *La couverture*
- *Le repositionnement*
- *Le ciblage*
- *L'intensification*
- *L'accessibilité*
- *L'utilisation (Qualité, CCC)*

## **3. Analyse Forces/Menaces**

Il découle de l'analyse croisée des forces et menaces, les facteurs sur lesquels il faut jouer pour minimiser les handicaps pour le futur programme.

- *Les ressources (mise à disposition)*
- *La sécurisation des intrants*
- *L'efficacité (intégration)*
- *La communication (plaidoyer, ccc)*
- *La mobilisation sociale*
- *La corrélation entre accroissement démographique et croissance économique ( ce qui implique l'intensification de la PF)*

Cette analyse met en évidence les lignes de convergence avec les OMD et confirme qu'en rentrant dans la course de l'échéance 2015, on amplifie les opportunités de réussite du programme. Ces lignes de convergence sont :

- *Le concept de l'universalité de l'accès aux soins*
- *L'efficacité comme repère de l'économie des coûts*
- *Équité (couverture de certaines couches: pauvres, ..)*
- *L'impératif OMD*
- *Ciblage des Sous-programmes à gains rapides comme pilier prioritaires*
- *Économie de coût (suivi du coût de chaque sous-programme).*
- *Revue et suivi de la mise en œuvre.*

## III LE PROGRAMME NATIONAL DE SANTE DE LA REPRODUCTION 2ème GENERATION 2011-2015

### 3.1 VISION

A l'horizon 2015, chaque personne en République du Bénin où qu'il se trouve aura accès et peut choisir, obtenir et utiliser les services SR de qualité à un coût abordable, à chaque fois qu'elle en manifeste le besoin.

### 3.2 ENONCE DE LA MISSION

Le Programme National de Santé de la Reproduction 2011-2015 (PNSR\_2011-2015) est un outil de renforcement de la coordination, de l'intégration et de la mise à l'échelle des actions en cours en SSSR ; et de plaider pour l'accroissement et la sécurisation des ressources humaines, financières, et des produits SR afin d'accélérer la mise en œuvre la stratégie nationale de réduction de la Mortalité Maternelle et Infantile. Ce PNSR\_2011-2015 (2ème génération) mettra l'accent sur :

- Le Renforcement du système de santé à travers les six (6) éléments constitutifs suivants :
  - ✓ Gouvernance Politique et Leadership
  - ✓ Approvisionnement, Gestion des médicaments et des produits
  - ✓ Ressources Humaines
  - ✓ Système d'information: Supervision, Suivi évaluation
  - ✓ Accroissement du Financement
  - ✓ Prestation des services intégrés de qualité
- Les Interventions à Haut impact (IHI) telles que les 3 piliers de la Réduction mortalité maternelle :
  - ✓ PF
  - ✓ Accouchement Assisté par personnel qualifié
  - ✓ Prise en charge des complications
- La capitalisation et le passage à l'échelle des Interventions à haut impact qui ont une couverture insuffisante dans le pays

### 3.3 BUT

Contribuer efficacement à l'accélération de l'atteinte des OMD 4, 5 et 6 au Bénin à savoir : Réduire la mortalité infanto-juvénile 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), réduire la prévalence des IST/VIH/SIDA et maîtriser le Paludisme et les autres grandes maladies, et commencer à inverser la tendance actuelle, en utilisant l'approche du cycle de la vie<sup>1</sup>.

### 3.4 PRINCIPE DIRECTEURS

La PNSR 2011-2015 s'aligne sur les mêmes principes que ceux énoncés dans la stratégie nationale de repositionnement de la PF au Bénin 2011-2015<sup>2</sup>. Ce sont :

---

<sup>1</sup> Document de Stratégie Nationale de Réduction de la Mortalité Maternelle Néonatale et Infantile, DSF/M, 2006

<sup>2</sup> Stratégie Nationale de Repositionnement de la PF au Bénin 2011-2015, MS, UNFPA, OMS,

- **La PF est le Pilier de la santé, de la croissance économique et du développement social de la nation.** En effet, le fait d'avoir peu d'enfants mais des enfants en bonne santé peut diminuer le fardeau économique des familles pauvres, leur permettant d'investir davantage dans les soins et la scolarité de chaque enfant, et peut donc contribuer à briser le cercle de la pauvreté.
- **Disponibilité et l'accessibilité des services SR à des coûts abordables :** offrir des services SR de qualité, correspondant aux priorités nationales et attentifs aux besoins particuliers même là où on manque de ressources
- **Egalité hommes-femmes et l'équité :** améliorer l'accès à des services de qualité et favoriser la responsabilité à tous les niveaux ; associer tous les groupes de population à la planification et à l'exécution des activités de planification familiale ; et fournir des méthodes contraceptives aux hommes et aux femmes ;
- **Administration réactive et efficace :** veiller à ce que les autorités nationales aient la maîtrise et la responsabilité de la sécurité de l'approvisionnement en produits, malgré les fluctuations épidémiques et économiques ;
- **Viabilité :** veiller à l'affectation optimale des ressources et renforcer la capacité gestionnaire en tant que condition préalable à la sécurité des produits ;
- **Approches multisectorielles :** renforcer les liens entre la santé et les autres secteurs, et tirer parti des points forts respectifs des différentes parties prenantes dans la fourniture des services de planification familiale de manière à utiliser tous les points d'accès disponibles et toutes les possibilités qui s'offrent de combler les besoins non satisfaits ;
- **Partenariats :** Veiller à la coordination et à la collaboration à tous les niveaux, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur sanitaire, afin d'éviter les doubles emplois et de maximiser les ressources ;
- **Implication des hommes :** responsabiliser les garçons, les jeunes et les hommes, chez eux, dans les collectivités, sur les lieux de travail et dans les espaces récréatifs, grâce à une information sur les questions de santé de la reproduction.
- **Groupes vulnérables :** les groupes vulnérables sont les adolescents, les jeunes, les personnes déplacées, les personnes vivant avec des handicaps, les personnes vivant dans des zones enclavées ou difficiles d'accès
- **La promotion des recherches action**

## IV ELEMENTS STRATEGIQUES PNSR 2011-2016

### PRIORITES NATIONALES EN MATIERE DE SR

Les priorités nationales, les programmes et sous programmes et axes stratégiques en matière de SR ci-dessous développés ont été identifiés, en conformité avec le PNSR2003-2007 et en prenant en compte le plan d'action de Maputo, les objectifs 4,5,6 des OMD, les orientations du Country Program Action Plan 2004-2008, le PNDS2009-2018, l'évaluation du PNDS 2003-2007, le Plan Stratégique 2010-2015 de sécurisation des PSR et de programmation holistique des préservatifs au Bénin. Le présent PNSR 2011-2015 en cours d'élaboration est structuré en huit (7) Domaines Prioritaires et 20 Sous programmes répartis comme suis :

#### 4.1. DOMAINE DE LA SANTE DE LA FEMME

Trois priorités se dégagent à ce niveau :

##### 4.1.1 Sous-Programme Maternité à moindre risque.

**Récit** : Les programmes MMR sont en exécution dans certaines des zones sanitaires telles que celles des départements du Borgou-Alibori et de l'Atacora-Donga. La généralisation à l'échelle départementale et le développement de ce programme dans les autres départements est une priorité majeure. La poursuite de ce programme se justifie par des taux de mortalité maternel et néonatal encore très élevés malgré la baisse enregistrée en 2006 par rapport à 2001 (EDS).

##### 4.1.1.1 Enoncé du Problème

La mortalité maternelle et la mortalité néonatale demeurent élevées et constituent une préoccupation majeure au Bénin. **Le ratio de mortalité maternelle est de 397 pour 100.000 naissances vivantes (EDS 2006), et la mortalité néonatale estimée à 32 pour 1000 naissances vivantes (EDS 2006). Cette situation est expliquée en partie par la faible qualité de prestations de services dont l'accouchement et les soins néonataux.** Le Bénin en conformité avec l'initiative Vision 2010 pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, les OMD, et en s'appuyant sur la feuille de route de l'Union Africaine, avait élaboré et mis en œuvre sa feuille de route et sa stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

##### 4.1.1.2 Objectif Stratégique :

Soutenir la mise à l'échelle nationale des interventions à haut impact sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, en vue de porter la Mortalité Maternelle de 397 pour 100.000 naissances vivantes (EDBS II) à 125 pour 100.000 naissances vivantes, en décembre 2015.

##### 4.1.1.3. Stratégies et Axes d'Intervention

- *Institutionnalisation de la qualité de l'offre de services et des prestations de soins obstétricaux et néonataux*
- *Accroissement de l'accès aux services*
- *Accroissement de l'utilisation des services*
- *Renforcement du suivi et de l'évaluation des activités visant la RMM.*
- *Formation des futurs prestataires.*

## **4.1.2 Sous-Programme Prévention avortement et Soins après avortement**

### 4.1.2.1 Enoncé du Problème

La mise en œuvre de ce programme se justifie par les données suivantes : Les avortements représentent 12,98 % des accouchements au Bénin ; La morbidité liée à l'avortement avoisine les 22 % ; De ces 22 %, les hémorragies représentent 45,6 %, les infections 10,8 % et les traumatismes divers 10,1 % ; Des expériences de SAA en petites échelles sont en cours sur la base de protocoles de soins après avortement, ce qui ne permet pas une appréciation correcte de la prise en charge .

### 4.1.2.2 Objectif Stratégique

Assurer la promotion de la prévention des avortements, le renforcement de la qualité et la couverture de l'accès aux Soins Après Avortement (SAA).

#### *2.1.2.3 Stratégies et Axes d'Intervention*

- *Impliquer les décideurs dans la réduction de l'incidence des avortements à risques*
- *Améliorer l'accès aux services de SAA de qualité*

## **4.1.3 Sous-Programme Lutte contre les Mutilations Génitales Féminines (MGF)**

### 4.1.3.1 Enoncé du Problème

Les MGF sont une forme de violence faite aux femmes ayant de graves conséquences sur la SR et faisant courir des risques lors de l'accouchement, du fait de l'atteinte à l'intégrité physique des personnes concernées. Bien qu'une loi sur les MGF ait été adoptée en 2003, ce phénomène s'observe encore dans les départements du Borgou-Alibori (59 % [EDSB 2006]), de l'Atacora-Donga (48%[EDSB 2006]), du Zou-Collines (10,4 %) et de l'Ouémé-Plateau (1,4 %). Les actions que mènent le Ministère de la Famille, UNICEF, des ONGs telles que CARE (Projet empower), Plan Bénin en matière de plaidoyer, de sensibilisation, et de lutte contre les MGF doivent être renforcées à travers le PNSR.

### 4.1.3.2 Objectif Stratégique :

Intensifier la lutte contre les mutilations génitales féminines dans les provinces où elles prédominent

#### *4.1.3.3 Stratégies et Axes d'Intervention*

- *Renforcement des connaissances des chefs coutumiers dans les localités concernées, en vue de l'élimination de la pratique de MGF.*
- *Renforcement de la sensibilisation des exciseuses, des familles de la communauté et des adolescents et jeunes dans les localités concernées.*
- *Renforcement de l'implication de la société civile dans la lutte contre la MGF dans les localités concernées.*

## 4.2 DOMAINE DE LA SANTE DU NOUVEAU-NE ET DE L'ENFANT (0 A 5 ANS).

### 4.2.1 Sous-Programme PCIME

#### 4.2.1.1 Enoncé du Problème

La mortalité néo natale et infantile demeure très élevée Bénin. Les taux de mortalité néo natale, infantile (0-1an) et infanto juvénile (1-5 ans) demeurent élevés ; ils sont respectivement de 32 et 67 et 125 pour mille naissances vivantes (EDS 2006). Les ressources consacrées à la promotion de la santé de ces tranches d'âge sont insuffisantes. La plupart de ces décès sont dus à des causes évitables. La stratégie PCIME clinique et communautaire démarrée depuis 1998 n'a pas encore couvert toutes les ZS et les tous les départements du Bénin (*PCIME clinique 26 ZS / 34 avec 51% des prestataires formés et PCIME-C: 11 ZS/ 34 : DSF\_2009*). De plus elle n'a pas encore intégrée la composante Néonatale.

#### 4.2.1.2 Objectif Stratégique :

Soutenir le processus d'institutionnalisation de la PCIME en vue de réduire la mortalité néonatale, infantile et infanto juvénile

#### 4.2.1.3 Stratégies et Axes d'Intervention

- *Institutionnalisations de la PCIME*
- *Accroissement de l'accès aux services de qualité en matière de PCIME*
- *Accroissement de l'utilisation des services de PCIME*

### 4.2.2 Sous –programme : Droits, Protection et développement de l'enfant

#### 4.2.2.1 Enoncé du Problème

Il existe encore au Bénin, quelques pratiques socio culturelles défavorables à la survie et au développement harmonieux de l'enfant. Les enfants sont victimes de marginalisation pour cause de malformations congénitales, handicaps, VIH-SIDA (OEV) etc. Ces mauvaises pratiques peuvent se résumer entre autres comme suit :

- ✓ Le non enregistrement et la non déclaration de certains enfants dès leur naissance
- ✓ L'infanticide
- ✓ Le rejet et l'abandon des enfants handicapés
- ✓ Les mutilations génitales féminines chez les enfants

#### 4.2.2.2 Objectif Stratégique

Promouvoir les droits des enfants et lutter contre les pratiques qui les déshumanisent et les privent de soins adéquats.

#### 4.2.2.3 Stratégies et Axes d'Intervention

- *Organisation des activités de mobilisation sociale en faveur de la survie de l'enfant*
- *Promotion de l'accès aux soins de santé aux enfants y compris les enfants handicapés.*

### 4.3 DOMAINE SANTE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES

#### 4.3.1. Sous-Programme Promotion de la SR des jeunes et adolescents

##### 4.3.1.1. Enoncé du problème

Les activités de promotion de la SR des jeunes et adolescents continuent d'être une priorité pour les principales raisons ci-après : La population cible est relativement importante 31 % de la population totale, la précocité des rapports sexuels et non protégés au niveau de cette tranche de la population, la prévalence du VIH/SIDA de 4,4 % par rapport à une prévalence nationale de 1,7 % (2007). La prévalence des IST chez les garçons de 16 à 24 ans ayant fréquenté les 12 centres de référence retenus dans le cadre de l'étude du CERRHUD et du CREDESA sur les IST, est estimée à 87,6 % du total des hommes et 46,1 % chez les filles dans le groupe des femmes ayant fréquenté les centres. Les avortements provoqués chez les adolescentes représentent 47 % des cas ; 10 % en meurent et 30 % subissent des hystérectomies. Les adolescentes enceintes sont quatre fois plus exposées que les femmes adultes à la mortalité maternelle et leurs enfants deux fois plus exposés à la mortalité néonatale.

Les actions de promotion de la SR en direction des adolescents et des jeunes existantes ne couvrent que partiellement le pays. Par ailleurs peu de services de santé sont mis en place ou sont accessibles pour la prise en charge efficace cette cible. Les services de santé pour les adolescents et les jeunes requièrent une expansion.

##### 4.3.1.2. Objectif Stratégique

Faciliter l'accès des jeunes et adolescents aux services appropriés leur permettant de jouir d'une parfaite santé sexuelle et reproductive.

#### 4.3.1.3. Stratégies et Axes d'Intervention

- *Renforcement de la communication stratégique et de la mobilisation pour la promotion de la SRAJ/VIH/sida*
- *Renforcement de l'accessibilité des jeunes aux services intégrés SRAJ et VIH/sida de qualité*
- *Renforcement de la collaboration multisectorielle et Partenariat*
- *Renforcement de l'implication de et la responsabilisation des jeunes dans la promotion de la SSR/VIH/sida*
- *Renforcement du plaidoyer et du lobbying en faveur de la santé sexuelle des jeunes et adolescents*
- *Renforcement de la coordination, du Suivi et de l'évaluation des interventions en faveur des jeunes et adolescents*

## 4.4 DOMAINE DE SANTE DE L'HOMME

### 4.4.1 Sous-Programme Promotion de l'implication des hommes dans la SR

#### 4.4.1.1 Enoncé du problème

Les hommes ne sont pas suffisamment engagés dans la Santé de la Reproduction. Leur implication dans la promotion de la SR reste actuellement une priorité surtout dans le domaine de la planification familiale. En effet, les femmes sont toujours accusées en cas d'infertilité dans le couple ; les cancers et les dysfonctionnements génitaux chez l'homme ne sont ni déclarés ni pris en charge ; toutes les actions de sensibilisation sur la PF s'adressent le plus souvent aux femmes occultant le poids de l'homme dans la prise de décision en matière de procréation. Enfin l'expérience du PROSAF dans le Borgou et l'Alibori (1999-2005) a montré que quand les hommes sont sensibilisés en matière de SR, l'utilisation des services par leurs épouses est plus élevée.

#### 4.4.1.2 Objectifs Stratégiques

Contribuer à une meilleure prise en charge des dysfonctionnements sexuels des organes génitaux des hommes et à leur implication en faveur de la santé sexuelle de leur conjointe.

#### 4.4.1.3. *Stratégies et Axes d'Intervention*

- *Intensification de la mobilisation des hommes pour leur santé sexuelle et celle du couple.*
- *Renforcement de l'accessibilité des hommes et du couple aux services de qualité, en matière de dysfonctionnement sexuel masculin.*
- *Implication et responsabilisation des Hommes dans la promotion de la santé sexuelle masculine et du couple.*

## 4.5 DANS LE DOMAINE DES COMPOSANTES COMMUNES

Dans le domaine des composantes communes quatre (4) sous- programmes restent prioritaires : il s'agit de la planification familiale, la lutte contre les IST/SIDA, la nutrition et la prévention des infections.

### 4.5.1. Sous-Programme Planification Familiale

#### 4.5.1.1. Enoncé du problème

Au Bénin, le taux de fécondité n'a pas changé entre 2001 (5,6 - EDS2001) et 2006 (5,7 – 2006). Les besoins non couverts en PF restent élevés 27% en 2001 contre 30% en 2006 indiquant l'existence d'une forte demande. Cependant en dépit des efforts réalisés dans l'offre et la disponibilité des services, la prévalence contraceptive n'est encore que de 6,2 % en 2006 (EDS\_2006) contre une prévision de 12 %.pour la même période. Or, il est reconnu que la faible utilisation des services de PF contribue au taux élevé de mortalité maternelle au Bénin, et que la PF reste non seulement un moyen efficace de réduction de la mortalité maternelle et infantile mais aussi un moyen de développement.

De nouvelles approches pour renforcer les services PF et mieux couvrir les besoins telles que les stratégies de repositionnement de la PF, et la promotion des méthodes modernes de longue durée doivent être vulgarisées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

#### 4.5.1.2. Objectifs Stratégiques

- Assurer une couverture optimale en services de planification familiale (PF) accessibles et de bonne qualité au Bénin.

#### 4.5.1.3. Stratégies et Axes d'Intervention

- *Renforcement de la communication en matière de Planification Familiale*
- *Amélioration de l'accès aux services de PF de qualité à tous les niveaux*
- *Renforcement du cadre institutionnel et juridique en matière de PF*
- *Mobilisation des ressources pour le repositionnement de la PF*
- *Amélioration du système de suivi/évaluation en matière de PF*

### 4.5.2. Sous-Programme de lutte contre les IST/VIH/SIDA

#### 4.5.2.1. Enoncé du problème

La lutte contre les IST/VIH/SIDA reste une priorité au plan national. Les raisons qui militent en faveur de la poursuite de ce programme sont : Le VIH constitue une grosse menace pour le développement économique et social ; les IST sont la source de la plupart des stérilités et elles favorisent l'infection par le VIH ; la situation économique difficile du pays entraîne beaucoup de jeunes au libertinage sexuel qui les expose à l'IST/VIH/SIDA. La volonté politique pour accompagner les actions de lutte contre le VIH/SIDA est actuellement manifeste, en témoigne la mise en œuvre du programme plurisectoriel de lutte contre le SIDA.

#### 4.5.2.2. Objectif Stratégique

Promouvoir l'intégration et l'utilisation des services SSR et IST/VIH/Sida

#### 4.5.2.3. Stratégies et Axes d'Intervention

- *Renforcement du dépistage volontaire du VIH*
- *Renforcement de la prise en charge médicale des PVVIH/SIDA*
- *Amélioration de la qualité de prise en charge des IST par l'approche syndromique et le renforcement des capacités du personnel de santé*
- *Mise à l'échelle du programme de réduction de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH*

### 4.5.3. Sous-Programme de nutrition

#### 4.5.3.1. Enoncé du problème

La déficience énergétique chez les Femmes en Age de Procréer (FAP) est de 15 % (Indice Masse Corporelle < à 18,5 kg m<sup>2</sup>) ; L'anémie toute catégorie confondue touche 64,3 % de FAP et 81,9 % des enfants de 0 à 3 ans ; L'anémie sévère touche 8,6 % des enfants de 0 à 3 ans. Chez les enfants de 0-5ans 38,3% souffrent de retard de croissance (EDS2006) contre 30,7 en 2001(EDS 2001). L'insuffisance pondérale, atteint 22,6 % (EDSB-2006) et l'émaciation 7,1% (EDS 2006). La prévalence de l'avitaminose A chez les enfants de 1 à 5 ans est de 82% dans la

région septentrionale contre 64% dans la région méridionale. Les femmes enceintes sont supposées recevoir systématiquement un supplément de fer et d'acide folique et les enfants de 6 à 59 mois reçoivent une dose de vitamine A tous les six mois. De plus, les nouvelles accouchées doivent également recevoir de l'iode et de la vitamine A.

La nutrition défaillante et inadéquate de la femme, de la petite fille affecte sa performance reproductrice. La malnutrition de l'enfant de moins de 5 ans affecte sa survie.

#### **4.5.3.2. Objectif Stratégique**

*Promouvoir une nutrition/alimentation adéquate des femmes, des enfants de 0 à 5 ans et des filles durant tout leur cycle de vie.*

#### **4.5.3.3. Stratégies et Axes d'Intervention**

- *Intensification de la communication pour une alimentation saine*
- *Renforcement de la Lutte contre les tabous alimentaires entravant l'alimentation des enfants.*
- *Renforcement de la réduction des affections liées à la carence chez l'enfant, dans les formations sanitaire.*

### **4.5.4. Sous-programme Vaccination**

#### **4.5.4.1. Enoncé du problème**

Depuis plus de 5ans, les statistiques sanitaires de routine révèlent une baisse progressive des taux de couverture vaccinale chez les enfants de 0-1an concomitante à une baisse des activités de PEV de routine dans les centres de santé publiques. Par ailleurs, malgré les journées nationales et internationales de vaccination organisées chaque année, des cas de Polio à virus sauvage sont régulièrement découverts. Dans ces conditions, le PEV doit être pris en compte dans la SR en termes de renforcement et du maintien pendant un temps suffisamment long d'une couverture vaccinale optimale. Le PEV de routine, la vulgarisation et la mise en œuvre du PEV+, les stratégies avancées, les stratégies ACD ainsi que le plaidoyer pour l'introduction de la vaccination contre le cancer du col de l'utérus sont des axes prioritaires à considérer.

#### **4.5.4.2. Objectifs Stratégiques**

Renforcer la couverture vaccinale pour les antigènes du PEV

#### **4.5.4.3. Stratégies et Axes d'Intervention**

- *Renforcement des activités de PEV de routine*
- *Renforcement de l'adhésion des populations aux vaccinations PEV et plus*

#### **4.5.5. Sous-Programme Prévention de l'infection**

##### 4.5.5.1. Enoncé du problème

La Prévention des Infections Nosocomiales (PIN) dans les formations sanitaires publiques et particulièrement en milieu hospitalier constitue l'un des maillons faibles du système des services de santé au Bénin. Le non-respect généralisé des mesures d'asepsie et l'insuffisance des moyens de lutte contre les infections dans les formations sanitaires font payer aux femmes et aux enfants qui les utilisent un lourd tribut financier et en vies humaines. Pourtant des technologies simples peu coûteuses et efficaces pour prévenir ces infections existent.

##### 4.5.5.2. Objectifs Stratégiques

Promouvoir la prévention des infections nosocomiales (PIN) dans les formations sanitaires publiques et privées au Bénin

##### 4.5.5.3. *Stratégies et Axes d'Intervention*

- *Renforcement de l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales*
- *Renforcement de la Prévention des affections nosocomiales et des infections croisées dans les milieux hospitaliers, en ciblant les formations sanitaires privées et publiques.*
- *Renforcement de la capitalisation des acquis*

## 4.6 DOMAINE DES COMPOSANTES D'APPUI

Sept (7) sous programmes d'appui sont prioritaires à ce niveau.

### 4.6.1 Sous-Programme Communication pour le Changement de Comportement (CCC)

#### 4.6.1.1 Enoncé du problème

Le niveau de connaissance des communautés en matière de SR est relativement élevé mais le changement de comportement souhaité ne suit pas le rythme attendu. La CCC est la seule stratégie pour permettre le changement de comportement dans un domaine sensible comme celui de la SR. La persistance des rumeurs et la désinformation en SR constituent un frein à l'utilisation des services. Par ailleurs, il existe une insuffisance en personnel formé en communication. Depuis plus d'une décennie, plusieurs expériences réussies de CCC en matière de SR (CRS, BASICS, PROSAF, ASS, PISAF, PADS, ABPF etc.) ont été développées par des projets dans les zones sanitaires. Mais les leçons et bonnes pratiques tirées de ces expériences sont très peu connues. Il est nécessaire de les capitaliser pour leur passage à l'échelle au niveau départemental et national.

#### 4.6.1.2. Objectifs Stratégiques

Contribuer à l'adoption d'attitudes et de comportements favorables à la SR à tous les niveaux à tous les niveaux

#### 4.6.1.3. Stratégies et Axes d'Intervention

- *Accroissement des activités de communication pour le changement de comportement (CCC) en SR et plus précisément en matière de réduction de mortalité maternelle néonatale et infantile (RMMNI)*
- *Renforcement des comportements favorable à la SR et à la RMMNI chez les décideurs, prestataires publiques, privés, ONGs, Associations, Communautés et dans les ménages*

### 4.6.2. Sous-Programme Renforcement Institutionnel et gestion des politiques, programmes et services SR

#### 4.6.2.1. Enoncé du problème

Plusieurs structures interministérielles ont été créées au niveau central pour renforcer et améliorer la gestion et la coordination des différentes composantes de la SR. Par exemple, il est créé un conseil national d'orientation du PNSR et un comité technique de pilotage qui ne sont pas mis en place. Par ailleurs, un comité intersectoriel de réduction de la mortalité maternelle a été officiellement installé au cours de la CARMMA. De plus, il existe un comité national pour la sécurisation des produits de la SR, avec des démembrements à tous les niveaux du système.

Toutefois, pour rendre fonctionnelles ces structures d'orientation et de coordination, il faut définir un mécanisme de coordination qui puisse prendre en compte toutes les préoccupations en termes d'intégration, de plaidoyer, de mobilisation et d'allocation des ressources, et de gestion de ces ressources. Malgré ces efforts de coordination au niveau institutionnel, il est difficile d'identifier clairement un organe de coordination pouvant assurer l'implication des tous les acteurs de la SR alors que le suivi et la performance du PNSR 2011-2015 suppose

la participation active de tous les PTFs. Pour des raisons de synergie et d'efficacité, il serait plus indiqué de fusionner et de renforcer ces organes de gestion.

#### 4.6.2.2. Objectifs Stratégiques

Renforcer les politiques SR (les programmes, les stratégies et les paquets de services SR) ainsi que la coordination du PNSR

#### 4.6.2.3. *Stratégies et Axes d'Intervention*

- *Plaidoyer à l'endroit du Gouvernement et du Parlement en vue d'une loi SR qui favorise l'alignement de la croissance démographique sur la croissance économique*
- *Renforcement de l'élaboration et mise en œuvre des politiques, stratégies et prestations SR de qualité (Pertinentes, Cohérentes, efficaces) qui intègrent les liens entre pauvreté, population, genre et droits humains*
- *Accroissement de la performance globale du PNSR2011-2015 à travers une gestion et une coordination unifiées axées sur les résultats*

#### **4.6.3. Sous-Programme Accroissement et Gestion rationnelle des Ressources Financières – Humaines – Matérielles**

##### 4.6.3.1. Enoncé du Problème

Les ressources financières et matérielles disponibles pour la SR restent insuffisantes et ne couvrent pas tous les besoins en SR. Les ressources humaines par exemple sont insuffisantes en qualité et en quantité pour mener les activités SR et sont inégalement réparties sur le plan national. Elles sont démotivées et ne démontrent pas la performance attendue d'elles en matière de gestion et de prestation des services SR. Cette situation difficile a été aggravée par la réduction du recrutement du personnel infirmier et sages-femmes depuis 2003, et la fermeture des écoles de formation des infirmiers et sages-femmes depuis 2005. Afin de remettre les agents de santé « au travail » et de garantir une meilleure performance du système sanitaire, le Ministère de la Santé s'oriente de plus en plus vers la Stratégie du Financement Basé sur la Performance.

L'insuffisance chronique des ressources pour la SR persiste depuis des décennies malgré les gros efforts déployés par le Ministère de la Santé et ses PTFs. Les principaux facteurs incriminés sont le manque de rigueur dans la mise en œuvre des politiques en matière de ressources SR, la gestion peu transparente et peu rationnelle faite des ressources disponibles. Le MS s'est pourtant doté (i) d'un document de politique des ressources humaines en santé assorti d'un plan d'action, (ii) d'un plan stratégique 2011-2015 pour la sécurisation des produits SR et de commande holistique des préservatifs au Bénin et (iii) d'un document de normes et standards en matière d'infrastructures, équipements et matériels pour le secteur santé.

##### 4.6.3.2. Objectifs Stratégiques

Doter le PNSR 2011-2015 de Ressources Financières - Humaines - Matérielles requises et sécurisées, gérées de manière rationnelle

#### 4.6.3.3. *Stratégies et axes d'intervention*

- *Accroissement de la disponibilité du personnel de santé, de la disponibilité des Ressources Financières et Matériels dans les structures de prestations de services de qualité en SR*
- *Accroissement et Maintien de l'effectif des prestataires de SR qualifiés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire*
- *Accroissement des fonds du Budget National affectés à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale, et de la mortalité des enfants de 0-5ans*

### 4.6.4 **Sous-Programme Recherche-Action**

#### 4.6.4.1 Enoncé du problème

La recherche-action est un moyen privilégié pour comprendre certains déterminants des milieux d'intervention, d'expérimenter des stratégies et de suivre en particulier des facteurs factuels en cours de mise en œuvre du programme. Au Bénin la recherche action est insuffisamment utilisée comme moyen d'implication des acteurs dans la réflexion sur l'évolution de la mise en œuvre des projets et la prise de décisions. Dans le cadre de ce PNSR, une attention particulière est accordée à la recherche-action.

#### 4.6.4.1 Objectifs Stratégiques

Promouvoir la recherche action en SR à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

#### 4.6.1.2 *Stratégies et axes d'interventions*

- *Implication des acteurs dans le renforcement des connaissances en SR et la recherche de solutions aux problèmes qui entravent la mise en œuvre efficiente des programmes et la prise de décisions*

### 4.6.5 **Sous-Programme Intégration des Services de SSR aux autres services de santé offerts**

#### 4.6.5.1 Enoncé du problème

Le système sanitaire du Benin est composé de plusieurs programmes verticaux. Ces programmes doivent être mis en œuvre à la base par les mêmes acteurs et sur la même cible et pendant la même période. Aussi il est retenu que pour atteindre les objectifs 4, 5 et 6 des OMD, il est nécessaire qu'un continuum et une intégration des soins soient assurés.

#### 4.6.5.2 Objectifs Stratégiques

Promouvoir l'intégration et le continuum des services et soins SR

#### 4.6.5.3 *Stratégies et Axes d'Intervention*

- *Renforcement des synergies entre les Politiques et programmes Sanitaires.*
- *Accroissement de l'offre et de l'utilisation adéquate du Paquet de Services Intégrés (PSI) SSR / IST-VIH SIDA/ PEV+ / Nutrition / PCIME / Référence Contre Référence.*

## 4.6.6 Sous-Programme Développement du Partenariat

### 4.6.6.1 Enoncé du Problème

Le secteur de santé bénéficie de l'appui de l'Etat et de plusieurs partenaires au niveau institutionnel et local. Mais force est de constater que cet appui technique et financier reste insuffisant et surtout mal coordonné. De plus, les communautés ne sont pas suffisamment engagées dans la gestion de ses problèmes de santé pour améliorer l'accès aux soins. Environ 65% des décès d'enfants de 0 à 5 ans surviennent dans la communauté et les accouchements à domicile persistent. Il est nécessaire de renforcer les capacités des individus, des familles et de la communauté pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né tel que précisé par les OMD4, 5 et 6.

### 4.6.6.2 Objectifs Stratégiques

Développer un partenariat stratégique entre les acteurs du programme SR y compris la participation effective de la communauté dans la gestion des problèmes de santé notamment ceux de la mère et de l'enfant.

### 4.6.6.3 Stratégies et Axes d'Intervention

- *Accroissement de la disponibilité des ressources, de l'Offre et de l'Utilisation du Paquet Optimal d'Interventions Obstétricales et Néonatales à Haut Impact*
- *Accroissement des capacités des communautés à gérer les problèmes de SR*

## 4.7 DOMAINE CAPITALISATION DES EXPERIENCES ET MEILLEURES PRATIQUES

### 4.7.1 Sous-programme documentation et vulgarisation des expériences et meilleures pratiques

#### 4.7.1.1. Enoncé du Problème

Beaucoup d'expériences pilotes en SR sont menées dans le pays. Ces expériences apportent par endroits des plus values à l'amélioration de la SR mais elles sont pour la plupart faiblement documentées et vulgarisées. En 2009, l'OMS Bénin a commandité une étude sur les meilleures pratiques en SR à l'échelle du pays qui a abouti à la sélection de treize (13) meilleures pratiques en SR dont les caractéristiques ont été précisées et cataloguées. Le PNSR 2011-2015 doit nécessairement intégrer les plus pertinentes afin de contribuer plus efficacement à l'accélération de l'atteinte des OMD 4, 5, et 6 au Bénin.

#### 4.7.1.2. Objectif Stratégique

Capitaliser les 13 meilleures pratiques en SR à tous les niveaux

#### 4.7.1.3. Stratégies et Axes d'Intervention

1. *Accroître les capacités du système de santé à capitaliser, les expériences et les meilleures pratiques en SR*
2. *Assurer l'utilisation des 13 meilleures pratiques SR par les structures de gestion et de prestation des services SR*

## **4.7.2 Sous-programme Institutionnalisation et Passage à l'échelle**

### **4.7.2.1. Enoncé du Problème**

Les différentes expériences pilotes menées ne sont pas pour la plupart évaluées afin de pouvoir les exploitées judicieusement. Par ailleurs, aucun mécanisme n'est souvent prévu pour leur institutionnalisation au niveau départemental et national aux fins de leur extension à l'échelle nationale.

### **4.7.2.2. Objectif Stratégique**

Promouvoir l'institutionnalisation des 13 meilleures pratiques aux niveaux central, intermédiaire et périphérique

### **4.7.2.3. Stratégies et Axes d'Intervention**

- *Accélération de l'atteinte des objectifs et des résultats du PNSR 2011-2015.*

## **V PLAN OPERATIONNEL AU NIVEAU NATIONAL**

La politique de décentralisation des services de santé exige que les niveaux périphériques élaborent, mettent en œuvre, et évaluent leurs programmes en tenant compte des orientations nationales. Dans le cadre de la mise en œuvre de ce PNSR, les orientations sont contenues dans le chapitre précédent.

Le plan détaillé qui suit concerne les activités à exécuter par le niveau national.

PLAN OPERATIONNEL QUINQUENNAL DU PNSR 2011-2015

4.1 DOMAINE DE LA SANTE DE LA FEMME

4.1.1 Sous-Programme Maternité à moindre risque.

**Objectif Stratégique :** Soutenir le passage à l'échelle des interventions à haut impact sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale , en vue de porter la mortalité maternelle de de 397 pour 100.000 naissances vivantes(EDSB II) à 125 pour 100.000 naissance vivante en Décembre 2015.

OBJECTIFS SPECIFIQUES	RESULTATS	ACTIONS	INDICATEURS DE		RESPO NSAB	COUTS MILL. FCFA	PERIODE DE REALISATIO N				
			PROCESSUS	RESULTATS			1	2	3	4	5
<b>Stratégie : Amélioration de la qualité de gestion et de la couverture en services RMMN</b>											
1. Institutionnaliser la qualité de l'offre de services et des prestations de soins obstétricaux et néonataux..	Baisser le Tx de MM de 397 à 125p. 100.000 nais. vivantes, en 20015	1.1- Disponibilité du paquet d'intervention obstétrical et néonatal à haut impact.	Introduire PIHI dans le PMA et le PCA au niveau des 34 ZS et de 8 Hôpitaux	% de FOSA assurant la disponibilité PIHI	DSM E DDS , ZS		X				
		1.2-Renforcement des capacités des prestataires à offrir les prestations de qualité	Consultation : actualisation des besoins, complémentaires (recrutement, et formation, plan de formation)	Liste des besoins en personnel et en formations (34ZS)	DSM E	41	X				
		1.3-Renforcement niveau d'équipement/ambulance	Consultation : Actualisation des besoins/fourniture de matériel complémentaire.	Liste des besoins en équipement	DSM E		X				
		1.4-Renforcement de l'organisation des services et des mécanismes de référence et contre référence /Système de communication.	Evaluation et renforcement de la capacité managériale et du leadership des MCZ, des responsables de Fosa en gestion des programmes SR , (recrutement Formation , outils de régulation )	% de responsables aptes en gestion de programmes SR/niveau.	DSM E DDS ZS	200	X	X	X	X	X
		Mise en place des ressources	Satisfaction des besoins complémentaires	DSM E	0 15 00	X					
		1.5-Renforcement de la coordination des interventions de RMM par l'EEZ.	Formation DDS : gestion des produit SR, logistique, équipement, infrastructure, , ZS gestion de la qualité/SR, formation de formateurs	%ZS couvertes Existence de PA/ activité RMM	ZS	41	X				
		ZS : Supervision des Fosa	%Fosa supervisées	ZS	4 5 0	X	X	X	X	X	
		ZS/Fosa : monitoring et analyse des données	Tx de monitoring	ZS	4 4 0	X	X	X	X	X	

	Porter taux de CPN au-dessus de 90% à 100%	1.6-Renforcement du mécanisme d'approvisionnement et de maintenance focalisé sur la RMM	Formation, procédure, outils de gestion	%ZS couvertes	DSM E DDS ZS	17000								
		1.7-Implication du secteur privé pour assurer la disponibilité et la qualité du paquet d'intervention obstétrical et néonatal à haut impact.	Partenariat/convention avec ZS axées sur le PIHI /Identification des besoins	% de conventions	ZS		X							
			Développement d'un système d'information sanitaire axé sur la santé de la mère et de l'enfant	Réalisation d'un logiciel approprié	DSM E DDS ZS	20	X							
				Enregistrement des données	FOS A		X	X	X	X	X	X		
		Satisfaction de besoins complémentaires négociés (Equipements/ambulances supports de données, équipement, /produits personnel qualifié/formation)	Tx satisfaction des besoins	DSM E DDS ZS	1000	X								
2. Accroître l'accès aux services		2.1-Plaidoyer pour l'accélération de la RMM/développement Service/ renforcement capacité contributive.	Plan de plaidoyer, argumentaire, 15séances/rencontres	Tx de réalisation des séances des plaidoyers	DSM E	75	X	X	X	X	X	X		
		2.2-Développement de stratégies innovantes pour couvrir les populations enclavées ou non couvertes.	Stratégie avancée, caravanes santé ... autre bonne pratiques.	% de zone nouvellement couvertes	DSM E DDS ZS, Fosa									
		2.3-Renforcement de la capacité contributive des populations et financement de l'urgence et de l'indigence.	Octroi de subsides en tiers payant, en vue de contribuer à l'achat des soins (Césarienne, urgence, enfants. indigents)	Effets des subsides sur l'accès aux soins obstétricaux néonataux			X	X	X	X	X	X		
			Micro assurance santé	Couverture en mécanismes de micro assurance			X	X	X	X	X	X		
		2.4-Valorisation de la capacité contributive des populations par des principes d'économie des coûts économie des coûts	Renforcement des capacités en matière de prescription rationnelles et de prescription de médicaments génériques et gestion économique des ressources (Formation, protocoles, gestion efficiente des ressources)	Niveau de qualité des prestations de soins			X	X	X	X	X	X		
		Intégration des services			X	X	X	X	X	X				
3. Accroître l'utilisation des services	Porter le Taux de prévalence	3.1-Renforcement des connaissances et comportements favorables à l'utilisation des	DDS : Renforcement des capacités technique en CCC et mobilisation	Indice de performance en CCC et mobilisation	DDS ZS	0 20	X	X	X	X	X	X		

	contraceptive de 6 % en 2006 à 15 % en 2015. Porter le taux d'accouchement assisté de 74% à 100%	services, produits, et des mesures préventives.	ZS : renforcement des capacités techniques des EEZ Développement stratégies de communication.( Radio , média supports...), Service à base communautaire, aptitude communauté à réduire les risques (SONU/PCIME communautaires.....)	- Tx de connaissance des méthodes de PF moderne , -Connaissance de signe de gravité des maladies de l'enfant, prévention MST/VIH/PALU	Communautés						
	Accroître la couverture en CPoN de 50 à 100%		Communauté : Développement des services à base communautaires Renforcement des aptitudes à minimiser les risques.	Tx d'utilisation des services des produits Tx Connaissance des mesures préventives							
	VAT Femmes enceintes à élever à 100% Porter la proportion d'enfants vaccinés contre la rougeole de 99% à 100%.	3.2-Implication de la communauté dans la planification de la fourniture de services RMM et des mesures préventives.	Information,, contribution à l'organisation de la référence et contre référence, à la mise en place de mécanisme de financement	Amélioration de l'accessibilité aux services notamment aux plus pauvres	DDS ZS Communautés		X	X	X	X	X
		3.3-Mobilisation de la société civile (ONG,ASSOC, Chefferies Traditionnelles, Confessions religieuses...)	Partenariat, collaboration dans le cadre de la communication pour la RMM et l'achat de services de services essentiels et les populations pauvres , soins d'urgence et transferts gratuits.	Augmentation des opportunités de contribution aux paiements des soins (tiers payant)	DDS ZS Communautés		X	X	X	X	X
4. Assurer le suivi et évaluation des activités visant la RMM.		4.1-Elaboration des indicateurs de suivi de RMM,	Identification des variables, analyse, décisions	Existence d'une base de données en RMM,	DSM EDD S ZS FOSA	20	X	X	X	X	X
			Suivi des performances ( CPN, CPoN, accouchement assisté,) Audits qualité ( Tableaux de bord.)	Couverture, (ZS) Qualité (Protocole/processus) (Fosa) Déterminants (communauté : Nbre CPN, régularité, prise de médicaments)							
5. Former les futurs prestataires.		5.1-Introductions des curricula de formations de modules en vue de transmettre aux futurs prestataires, les connaissances essentielles en gestion performantes des soins de qualité appliquée à la réduction de la mortalité maternelle.	.Elaboration des modules de formation Introduction de modules dans le curricula	Modules pertinents Curricula validés par les écoles.	DSM E	10	X				
						33					

#### 4.1. DOMAINE DE LA SANTE DE LA FEMME

##### 4.1.2 Sous-Programme Prévention des avortements et soins après avortement

**Objectif Stratégique :** Assurer la promotion de la prévention des avortements, le renforcement de la qualité et la couverture de l'accès aux Soins Après Avortement (SAA).

OBJECTIFS SPECIFIQUES	RESULTATS	ACTIONS	INDICATEURS DE		INST. RESP.	COUTS EN MILLION FCEA	PERIODE DE REALISATION				
			PROCESSUS	RESULTATS			2011	2012	2013	2014	2015
Stratégie : Renforcer l'accès aux SAA											
1. Impliquer les décideurs dans la réduction de l'incidence des avortements à risques	Le taux d'avortement passe de 12,98% à 4% en 2015.	1.1- Organisation de séances de plaidoyers à l'endroit des décideurs, et des prestataires sur l'ampleur des conséquences graves des avortements à risque. en vue du renforcement du cadre juridique et de la réduction des avortements à risque.	Plaidoyer (15 séances)	% de séances de plaidoyer organisées	DSME DDS ZS	30	X	X	X	X	X
		1.2-Valorisation des services de prévention et de prestation de SAA, auprès des bénéficiaires notamment auprès des adolescents et jeunes par la sensibilisation	Sensibilisation (15 séances)	% de séances de sensibilisation	DSME DDS ZS	15	X	X	X	X	X
2. Améliorer l'accès aux services de SAA de qualité		2.1-Introduction de services intégrés de prévention et de Soins Après Avortement dans les formations sanitaires référence et les maternités 24H sur 24H.	Dotation en équipements et consommables et produit adéquats	Taux Disponibilité des équipements consommable et produits 24Hsur 24	DSME DDS ZS FOSA	1080	X	X	X	X	X
		2.2-Renforcement des capacités des prestataires à assurer des services intégrés de PF, de prévention de l'avortement, de CCC et de prestation de soins après avortement	Formation des prestataires en prestation de SAA et en matière d'approche, prise en charge axée sur le patient/CCC	% de prestataires formés ou professionnellement aptes.	DDS ZS	41	X	X	X	X	X

		2.3-Mobilisation des adolescents et jeunes , des femmes , des familles et de la communauté en faveur de la prévention et des prestations de SAA,	Toutes les communautés sont mobilisées pour la réduction des avortements à risque;	Sensibilisation (10 séances/an)		20	X	X	X	X	X
						1186					

#### 4.1. DOMAINE DE LA SANTE DE LA FEMME

##### 4.1.3 Sous-Programme Lutte contre les Mutilations Génitales Féminines (MGF)

**Objectif Stratégique :** Intensifier la lutte contre les mutilations génitales féminines au Bénin et en particulier dans les provinces où cette prédomine

OBJECTIFS SPECIFIQUES	RESULTATS	ACTIONS	INDICATEURS DE		INST. RESP.	COUTS EN MILLION FCFA	PERIODE DE REALISATION				
			PROCESSUS	RESULTATS			2011	2012	2013	2014	2015
<b>Stratégie : Renforcer les stratégies de lutte contre les mutilations génitales féminines</b>											
1. Renforcer les connaissances des chefs coutumiers dans les localités où la pratique est encore prépondérante en vue de l'élimination de la pratique de MGF.	Réduction des cas de MGF dans les localités où elles prédominent.	1.1-Plaidoyer à l'endroit des chefs coutumiers dans les localités de la Donga , de l'Alibori, et du Borgou.	Tenue de séances de plaidoyer (09 séances)	% de réalisation des plaidoyers.	DDS MCZS EEZ	30	X	X	X	X	X
2. Renforcement de la sensibilisation, des exciseuses, des familles de la communauté et des adolescents et jeunes les localités concernées		2.1-Communication pour le changement de comportements à l'endroit des exciseuses.	Tenue de séances de communication (45 séances)	% de réalisation des séances de communication à l'endroit des exciseuses, de la communauté et des familles.	DDS EEZ	45	X	X	X	X	X

		2.2-Organisation de séances d'information à l'endroit des individus des familles et des communautés en faveur de l'élimination de MGF.										
3. Renforcement de l'implication de la société civile dans la lutte contre la MGF dans les localités concernées.		3.1-Renforcement des capacités et implication des associations de femme Renforcement des capacités d'action des ONG, confessions religieuses, leaders d'opinions contre les MGF. Vulgarisation les lois relatives aux MGF Promotion du recours aux services de santé pour les soins, visant à limiter les conséquences néfastes.	Formation des femmes et des ONG en techniques de mobilisation pour le changement de comportements. (15) Elaboration de messages et amplification (Radio, presses, médias populaire, dépliants, livrets)	% de réalisation des formations prévues CCC/IEC. % de messages en faveur de l'élimination des MGF diffusé.	DDS EEZ	15	X	X	X	X	X	X
						80						

## 4.2 DOMAINE DE LA SANTE DU NOUVEAU-NE ET DE L'ENFANT (0 A 5 ANS).

### 4.2.1 Sous-Programme PCIME

**Objectif Stratégique** : Soutenir le processus d'institutionnalisation de la PCIME en vue de réduire la mortalité néonatale, infantile et infanto juvénile

OBJECTIFS SPECIFIQUES	RESULTATS	ACTIONS	INDICATEURS DE		INST. RESP.	COUTS EN MILLION FCFA	PERIODE DE REALISATION					
			PROCESSUS	RESULTATS			2011	2012	2013	2014	2015	
STRATEGIE : Renforcement de la PCIME												
1. Institutionnaliser la PCIME	.L'approche PCIME est prestée avec une performance élevée dans toutes les formations sanitaires du Bénin.	1.1-Renforcement des compétences ou performances en planification/coordination des activités de PCIME au niveau des DDS,ZS, EEZ . (Coordination, organisation, plan d'action, suivi contrôle, supervision, analyse des données/résultats, gestion du système d'information, budgétisation, équipement infrastructure, logistiques, gestion des produits et maintenance.)	Formation ou recyclage des équipes de la DDS/ZS en gestion de la qualité des services. de PCIME offerts.	% de DDS , de ZS, de partenaires sociaux , ayant bénéficié de la formation ou des recyclages prévus. ( 60)	DSME DDZS DDS ZS EEZ	60	X	X	X	X	X	
		1.2-Renforcement des compétences ou des performances des EEZ en planification des activités de PCIME au sein de la communauté. .	Formation ou recyclage des EEZ en PCIME communautaire.	Idem								
		1.3- Renforcement des performances des EEZ en supervision et monitoring axée sur la PCIME..	1.4-Constitution/formation des équipes d'Amélioration de la qualité et des tuteurs, des acteurs communautaires	Formation ou recyclage des EEZ en supervision et monitoring axée sur la PCIME.	Idem	DSME DDZS DDS ZS EEZ	-	X	X	X	X	X
		1.5-Renforcement du partenariat entre communauté et les services de santé en matière de PCME										
		1.6-Renforcement de la communication avec la communauté (alphabétisation au besoin)	Alphabétisation des cibles en PCIME communautaire	idem								

2. Accroissement de l'accès aux services de qualité en matière de PCIME	Taux de mortalité néo natale passe de 32 pour 1000(EDS 2006) à 21 pour 1000 en 2015 .	2.1-Renforcement des compétences des prestataires en( PCIME/SONU, supervision et gestion des soins )	Mise en place des ressources.	Taux de couverture en services PCIME	DSME DDZS DDS ZS EEZ	300	X	X	X	X	X
	Taux de mortalité infanto juvénile passe de 125 pour mille à 65 pour mille en 2015	2.2-Renforcement en équipements médicaux spécifiques et pédagogique.									
	Taux de mortalité infantil passe de 67 à 39 pour mille en 2015	2.3-Renforcement en approvisionnement en produits PCIME. et en maintenance									
		2.4-Développement d'un mécanisme approprié d'approvisionnement de maintenance. Et de référence et contre référence .									
3. Accroissement l'utilisation des services de PCIME	Amélioration du Taux d'utilisation des services.	3.1-Renforcement des capacités des EEZ en technique, stratégie, de communication (CCC) et mobilisation sociale	Formation ou recyclage des EEZ	EEZ		30	X	X	X	X	X
	Porter le niveau de vaccination contre la rougeole chez l'enfant de 1 an à 100%.	3.2-Renforcement des aptitudes des communautés (PCIME/SONU communautaire)	Formation des cibles en PCIME communautaire								
	Réduire la prévalence du paludisme chez les enfants à moins de 20% en 2015	3.3-Développement de stratégies de communication en PCIME par les populations.	Mobilisation sociale								
	Réduire la prévalence de IRA de à moins de 8%	3.4-Développement de partenariat entre centre de santé et communauté en matière de PCIME.									
Réduire la prévalence de la Diarrhée chez l'enfant											
	Réduire taux les malnutritions chez l'enfant.					440					

#### 4.2 DOMAINE DE LA SANTE DU NOUVEAU-NE ET DE L'ENFANT (0 A 5 ANS).

##### 4.2.2 Sous- Programme : Droits, Protection et développement de l'enfant

**Objectif Stratégique** : Promouvoir les droits des enfants et lutter contre les pratiques qui les déshumanisent et les privent de soins adéquats.

OBJECTIFS SPECIFIQUES	RESULTATS	ACTIONS	INDICATEURS DE		INST. RESP.	COUTS EN MILLION FCFA	PERIODE DE REALISATION				
			PROCESSUS	RESULTATS			2011	2012	2013	2014	2015
STRATEGIE : le plaidoyer en faveur des droits et la couverture en matière de soins.											
1. Organiser des activités de mobilisation sociale en faveur de la survie de l'enfant.	Les communautés sont mobilisées pour le droit à la protection de l'enfant et sa santé	1.1-Organiser des séances de dissémination les lois chartes et conventions relatives à la protection de la survie de l'enfant.	Diffusion par radios	Nombre de séances de diffusions réalisées sur prévues	DSM E	8	X	X	X	X	X
		1.2-Plaidoyer en faveur du renforcement de la protection de l'enfant et de la valorisation des droits de l'enfant notamment les droits à la santé et aux soins spéciaux en faveur des enfants handicapés.	Communication	Nombre de Plaidoyer réalisé sur prévu		20	X	X	X	X	X
		1.3-Organiser des émissions radio diffusées et télévisuelles, spot sur le droit à la protection des enfants	Communication audio visuelle	Nombres d'émissions réalisées sur prévues		5	X	X	X	X	X
		1.4-Elaborer les affiches sur le droit à la protection des enfants	Affiche s	Nombre d'affiches réalisées sur prévues		5	X	X	X	X	X
		1.5-Editer des dépliants résumant les lois chartes et conventions relatives à la protection de la survie de l'enfant.	Fasciles	Nombre de fascicules éditées sur prévues		50	X	X	X	X	X
2. Promouvoir l'accès aux soins de santé aux enfants y compris les enfants handicapés.	Les enfants bénéficient de soins appropriés	2.1-Faire un plaidoyer pour la création de structures pilote spécialisée dans la prise en charge des enfants handicapés	Nombre de structures créées sur prévues		DSM E PM		X	X	X	X	X
						170					

### 4.3 DOMAINE SANTE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES

#### 4.3.1 Sous-Programme : Sous-Programme Promotion de la SR des jeunes et adolescents

**Objectif Stratégique** : Faciliter l'accès des jeunes et adolescents aux services appropriés leur permettant de jouir d'une parfaite santé sexuelle et reproductive.

OBJECTIFS SPECIFIQUES	RESULTATS	ACTIONS	INDICATEURS DE		INST. RESP.	COUTS EN MILLION FCFA	PERIODE DE REALISATION				
			PROCESSUS	RESULTATS			2011	2012	2013	2014	2015
<b>STRATEGIE : Intensification de l'utilisation des services SR/ADO/J</b>											
						1682,5					
1. Communication stratégique et mobilisation pour la promotion de la SRAJ/VIH/sida	Les conditions de vie des adolescents et jeunes sont améliorées au Bénin d'ici 2015	1.1-Ddisponibilités et la régularité des informations de qualité en SR/IST/VIH/sida au profit des adolescents et jeunes dans 20% des structures d'accueil des AJ chaque année.	Renforcement des centres d'accueil des jeunes.	Nombre de structures disposant des informations de qualité en SRAJ/VIH/sida	DSME/MS MJSL MFSN MAEP	752,5	X	X	X	X	X
		1.2-Renforcement de l'implication des élus locaux, des leaders communautaires et religieux dans les actions d'information sur la SR des adolescents et jeunes	Communication	Effectif de leaders communautaires menant des activités promotionnelles en SRAJ/VIH/sida	Mairie	460	X	X	X	X	X
		1.3-Accroissement chaque année, de 20%, la fonctionnalité de réseaux de pairs éducateurs en milieu rural, en milieu urbain et périurbain en CCC/SRAJ	Création de réseaux	% de réseaux de pairs éducateurs fonctionnels	DSME	121		X	X	X	X
		1.4-Accroissement de 10% chaque année la proportion d'adolescents et jeunes des différents groupes socio-culturels utilisant les services d'information de qualité sur la SR/IST/VIH/sida	Communication	Taux de fréquentation/utilisation des services d'information par les adolescents et jeunes Nombre de personnes âgées de 10-24 ans dépistées et ayant reçu leur résultat.	DSME	349	X	X	X	X	

						706						
2. Accessibilité des jeunes aux services intégrés SRAJ et VIH/sida de qualité		2.1-Accroissement de 20% chaque année, le nombre de formations sanitaires disposant des services conviviaux et de qualité en <b>SRAJ</b>	Mise en place du paquet de services	% de formations sanitaires disposant des services conviviaux en SRAJ/VIH/sida	MJSL MS	220	X	X	X	X	X	X
		2.2-Renforcement du niveau de compétence technique des prestataires à divers niveaux du dispositif d'offre de services aux adolescents et jeunes	Formation	% de prestataires et autres acteurs compétents pour l'offre de services de qualité Nombre de gestionnaires de programmes compétents en management stratégique et opérationnel des programmes de <b>SRAJ/VIH/sida</b>	DSME/MS	297	X	X	X	X	X	X
		2.3-Accroissement de l'offre des services cliniques intégrés et conviviaux de santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes et la prise en charge adéquate des IST/VIH/sida	Valorisation des services auprès des jeunes	Taux de fréquentation par les ado et jeunes des services de <b>SR/IST/VIH/sida</b>	DSME CNLS	140	X	X	X	X	X	X
		2.4-Promotion de services de qualité de SRAJ/IST/VIH/sida au profit des groupes spécifiques (jeunes dans des cas des urgences humanitaires, des jeunes en situation de travail et les jeunes infectés par le VIH)	Implication des bénéficiaires	% de jeunes des groupes spécifiques pris en charge pour les activités d'information et des prestations de services en	DSME	49	X	X	X	X	X	X
						6						
3. Collaboration multisectorielle et Partenariat		3.1-Renforcement l'implication des Ministères sectoriels et la collaboration secteur public et secteur privé à la promotion de la <b>SRAJ</b> et du VIH ainsi que leur intégration	Plaidoyer	% de plaidoyers réalisés	DSME	23	X	X	X	X	X	X
		3.2-Renforcement les compétences des acteurs des structures d'offre de services intégrés <b>SR/VIH</b> spécifiques aux adolescents et jeunes	Formation	% de bénéficiaires	DSME	53	X	X	X			
						156 2,5						
4. Implication et responsabilisation des jeunes dans la promotion de la SSR/VIH/sida		4.1-Renforcement l'implication des structures de jeunes organisées à toutes les étapes du processus de prise de décision, de planification, de mise en œuvre et de suivi évaluation. 23	implication	% de structures de jeunes impliquées	DSME	15,5	X	X	X	X	X	X

		4.2-Accroissement de l'implication des organisations et réseaux de jeunes ainsi les jeunes à la réduction des diverses formes de violences faites aux filles et des pratiques dégradantes comme les mariages forcés ou précoces	Implication	% de réseaux impliqués.	DSME	1547	X	X	X	X	X
						2					
5. Plaidoyer et lobbying		5.1-Implication des leaders politiques, communautaires, religieux et partenaires sociotechniques et financiers sur les problèmes majeurs de la <b>SRAJ</b> , le <b>VIH</b> et leur intégration	Plaidoyer	% de séances réalisées	DSME	91	X	X	X	X	X
		5.2-Augmentation de 20 % chaque année les ressources nécessaires à la promotion des activités intégrées de <b>SRAJ/VIH/sida</b>	Apport de ressources	Taux d'augmentation	DSME	110	X	X	X	X	X
		5.3- Renforcement de l'environnement légal en faveur de <b>SRAJ</b>	Plaidoyer	% de séances réalisées.	DSME MJLD H	27,5	X	X	X	X	X
						31 8,5					
6. Coordination, Suivi et évaluation des interventions		6.1-Renforcement mécanisme de coordination des interventions en <b>SRAJ</b> et le <b>VIH</b> pour une grande efficacité sur le terrain	Apport de ressources	Taux de réalisation	DSME	165	X	X	X	X	X
		6.2-Renforcement de niveau de performance de l'ensemble du dispositif de la mise en oeuvre de la Stratégie Nationale Multisectorielle de la <b>SRAJ</b> et le <b>VIH</b>	Apport de ressources	Taux de réalisation	DSME	153,5	X	X	X	X	X
						4180					

#### 4.4 DOMAINE DE SANTE DE L'HOMME

##### 4.4.1 Sous-programme : Promotion de l'implication de l'Homme

**Objectif Stratégique :** Contribuer à une meilleure prise en charge des dysfonctionnements sexuels des organes génitaux des hommes et à son implication en faveur de la santé sexuelle de son conjoint.

OBJECTIFS SPECIFIQUES	RESULTATS	ACTIONS / ACTIVITES	INDICATEURS DE		INST. RESP.	COUTS EN MILLION FCFA	PERIODE DE REALISATION					
			PROCESSUS	RESULTATS			2011	2012	2013	2014	2015	
STRATEGIE : Amener l'homme à s'intéresser à la prise en charge médicale de sa santé sexuelle et aux questions de SR relatives à sa conjointe												
1. Intensifier la mobilisation des hommes pour leur santé sexuelle et celle du couple.	L'implication des hommes dans la SR est effective	1.1-Implicuer des ONG dans la diffusion et l'amplification d'informations spécifiques sur la santé sexuelle masculine et du couple, en milieu urbain, milieu de travail et par les mass média..	Communication stratégique par les mass médias	34 ONG sélectionnés/TDR	DSME	230		X	X	X	X	X
		1.2-Implicuer des ONG dans la diffusion et l'amplification d'information spécifiques sur la santé sexuelle masculine et du couple en milieu rural par les causeries, les radios communautaires et les systèmes traditionnels d'information les. Saynètes ...	Communication stratégique par les mass médias	34 ONG sélectionnés/TDR	DSME	230		X	X	X	X	X
2. Accessibilité des hommes et du couple aux services de qualité en matière de dysfonctionnement sexuel masculin.		2.1-Accroissement progressif du nombre de formations sanitaires disposant des services la prise en charge de la santé sexuelle des hommes et du couple à ses activités.	Mise en place du paquet de services	% de formations sanitaires disposant des services	DSME DDS ZS	230		X	X	X	X	X
		2.2-Renforcement du niveau de compétence technique des prestataires à divers niveaux du dispositif d'offre de services relative à la sexualité masculine et au couple.	Formation	% de prestataires compétents pour l'offre de services de qualité	DSME DDS ZS	170		X	X	X	X	X
		2.3-Promotion de prestation et de prévention des dysfonctionnements sexuels des hommes et du couple, en privilégiant l'approche centrée sur le patient.	Implication des bénéficiaires	Tx d'adhésion	DSME DDS ZS	PM		X	X	X	X	X
3. Implication et responsabilisation des Hommes dans la promotion de la santé sexuelle masculine et du couple.		3.1-Incitation à la création de structures (ONG), organisées par des hommes et des femmes œuvrant pour la prise en charge de la santé sexuelle de l'Homme net du couple	implication	% de structures de jeunes impliquées	DSME ZS	340		X	X	X	X	X

		3.2-Accroissement de l'implication des organisations et réseaux d'Homme et de femmes à la réduction des entraves à l'accès des femmes aux consultation prénatales et au planning familial .	Implication	% de réseaux impliqués.	DSME	100	X	X	X	X	X
						1300					

#### 4.5 DANS LE DOMAINE DES COMPOSANTES COMMUNES

##### 4.5.1 Sous-Programme Planification Familiale

**Objectif Stratégique :** Assurer une couverture optimale en services de planification familiale (PF) accessibles et de bonne qualité au Bénin.

OBJECTIFS SPECIFIQUES	RESULTATS	ACTIONS	INDICATEURS DE		INSTI. RESP.	COUTS EN MILLION FCFA	PERIODE DE REALISATION				
			PROCESSUS	RESULTATS			2011	2012	2013	2014	2015
STRATEGIE : Accroître l'utilisation des services de PF intégrés											
						197					
1.Renforcer la communication en matière de Planification Familiale	Porter le taux de prévalence contraceptive de 6 % en 2006 à 15 % en 2015.	1.1-Elaborer et mettre en œuvre un plan de plaidoyer en direction des décideurs à tous les niveaux	Communication	Plan de plaidoyer disponible.	DSME DDS ZS	47	x	x	x	x	x
		1.2-Elaborer et mettre en œuvre un plan intégré de mobilisation sociale et de Communication pour un Changement de Comportement	Communication	Plan intégré de mobilisation sociale et de CCC disponible		100	x	x	x	x	x
		Amener les hommes à adhérer à la Planification Familiale au Bénin	Communication	Nombre de couple reçus dans les services de PF		50	x	x	x	x	x
						500					
2.Améliorer l'accès aux services de PF de qualité à tous les niveaux		2.1-Renforcer la capacité des prestataires de soins en sécurisation des produits de la Planification Familiale	Formation	Proportion de prestataires formés sur la SPSR	DSME DDS ZS	120	x	x	x	x	x
		2.2-Réorganiser les services de santé pour une meilleure intégration de la PF	Application des normes et applications nouveaux protocoles et régulations	Proportion de services avec une bonne intégration des activités PF		200	x	x	x	x	x
		2.3-Renforcer les compétences en PF de tous les prestataires de soins dans les formations sanitaires	Formation	Proportion de prestataires formés		100	x	x	x	x	x

		2.4-Améliorer l'accessibilité financière de la PF (Révision et vulgarisation de la grille tarifaire des produits contraceptifs)	Rapprochement de la grille salariale de la capacité contributive des populations	Grille tarifaire des Produits contraceptifs révisée à la baisse		60	x	x	x	x	x
		2.5-Assurer le monitoring et la supervision des activités de PF à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Rédaction des outils de supervision et de monitoring.	Nombre de monitoring et supervisions des activités PF réalisés par niveau		80	x	x	x	x	x
						2600	x	x	x	x	x
3. Renforcer le cadre institutionnel et juridique en matière de PF		3.1- Renforcer le mécanisme de coordination des interventions de PF au niveau national	Révision des mécanismes existants et amélioration.	Nombre de réunions de coordination réalisées	DSME DDS ZS	700	x	x	x	x	x
		3.2-Améliorer l'enseignement de la PF dans les écoles de formation de base des professionnels de santé et des structures connexes (Ministères, ONG et tout autre intervenant en PF)	Formation	Accroissement de la masse horaire réservée à l'enseignement de la PF		300	x	x	x	x	x
		3.3-Mettre en place un groupe technique de coordination pour la sécurisation des Produits de la SR	Organisation du pilotage	Nombre de rapport d'activités		800	x	x	x	x	x
		3.4- Renforcer les capacités techniques de la DSME et de la CAME pour une meilleure coordination de la sécurisation des Produits de la SR	Formation /sélection	Proportion de cadres de la DSME et de la CAME dont les capacités sont renforcées en SPSR		800	x	x	x	x	x
						1405	x	x	x	x	x
4. Mobiliser des ressources pour le repositionnement de la PF		4.1- Pérenniser dans le budget de l'Etat la ligne pour l'acquisition des produits contraceptifs ( de 10 Milliards de Frs cFa)	Plaidoyer pour que la loi des finances prévoit une ligne budgétaire en faveur de la sécurisation	Existence de la ligne budgétaire pour acquisition des produits contraceptifs dans le budget de l'Etat	DSME DDS ZS	5	x	x	x	x	x
		4.2-Mobiliser les ressources additionnelles pour le repositionnement de la PF	Plaidoyer	Accroissement annuel de 10 millions par an du montant inscrit		350	x	x	x	x	x
		4.3- Mener une étude de faisabilité de la gratuité de la PF	Contrat de services	Nombre de partenaires qui finance les activités de PF	DSME DDS ZS	55	x	x	x	x	x

						180	x	x	x	x	x
5. Amélioration du système de suivi/évaluation en matière de PF		5.1-Renforcer le mécanisme de suivi/évaluation des activités de PF	Réviser, adapter , améliorer le mécanisme.	Nombre de suivis réalisés Nombre d'évaluations réalisées	DSME DDS ZS	90	x	x	x	x	x
		5.2-Assurer le suivi évaluation de la mise en œuvre de la stratégie nationale de repositionnement	Elaboration des outils et planification	Niveau de réalisation du plan de suivi.		90	x	x	x	x	x
						4887	x	x	x	x	x

DANS LE DOMAINE DES COMPOSANTES COMMUNES

**Sous-Programme : Lutte contre les IST/VIH/SIDA**

**Objectif Stratégique : Promouvoir l'intégration et l'utilisation des services SSR et IST/VIH/Sida**

OBJECTIFS SPECIFIQUES	RESULTATS	ACTIONS	INDICATEURS DE		INSTIT. RESP.	COUTS EN MILLION FCFA	PERIODE DE REALISATION				
			PROCESSUS	RESULTATS			2011	2012	2013	2014	2015
STRATEGIE : Accroître l'accès aux services intégrés SSR et IST/VIH/Sida											
						<b>4090</b>					
1. Renforcer le dépistage volontaire du PVVIH/SIDA	Augmenter le nombre de dépistage volontaire.	1.1-Renforcement de la prise en charge psychosociale des personnes infectées et affectées dans toutes les zones sanitaires.	Prise en charge	Réduction de l'impact psychosocial.	CNLS/DSME	68					
		1.2-Installation d'une unité de dépistages volontaires et de traitement dans chaque commune du Bénin en ce qui concerne le VIH/SIDA	Identification et réalisation	% d'unités installées	CNLS/DSME	2000	X	X	X	X	X
		1.3-Renforcement les équipements de tous les laboratoires et fourniture de TDR (Test de Diagnostic Rapide) à tous les patients	Evaluation	Des équipements complémentaires	CNLS/DSME	2000					
		1.4-Formation /recyclage du personnel de tous les laboratoires.	Formation /recyclage	% de techniciens formés	DSME	32					
						<b>2060</b>					
2. Renforcer la prise en charge médicale des PVVIH/SIDA	Réduire la prévalence du VIH/SIDA	2.1-Formation /recyclage du personnel sur la prise en charge des malades	Formation	% de techniciens formés	DSME	30					
		2.2-Formation/recyclage des personnels de tous les centres de santé sur la prise en charge du paludisme	Formation	% de techniciens formés	DSME	30					
		2.3-S'approvisionner régulièrement en médicaments ARV, pour couvrir un besoin à 10.000 malades environ.	gestion de stock.	Taux de rupture	DSME/PNLS	1000	X	X	X	X	X
		2.4-Développement de la recherche opérationnelle sur les IST/VIH/SIDA	Rédaction de protocoles	% de recherches réalisées	DSME	1000					
3. Amélioration de la qualité de la prise en charge des IST par l'approche syndromique et le renforcement des	Réduire l'incidence des IST	3.1-Promouvoir la recherche en augmentant les crédits alloués	Plaidoyer		DSME ,ZS	PM					
		3.2-Formation /recyclage de tous les prestataires publics et privés sur la prise en charge des IST selon l'approche syndromique.	Formation /recyclage	% de formation	DSME		X	X	X	X	X

capacités du personnel de santé		3.3-Promotion de l'utilisation des condoms masculins et féminins de manière holistique.	Distribution holistique	Quantité cédés	DSME, PNLs						
						3600					
4. Mise à l'échelle du programme de réduction de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH	Baisser le pourcentage de transmission Mère enfant.	4.1-Installer une unité de PTME dans chacune des maternités du Bénin	Installation	Taux d'installation		3400					
		4.2-Renforcement des équipements de tous les laboratoires et fourniture de TDR (Test de Diagnostic Rapide) à tous les patients	Identification	Tx d'utilisation			X	X	X	X	X
		4.3-Former /recycler les personnels de tous les laboratoires		Formation		100					
		4.4-Former /recycler des personnels de tous les centres de santé sur la prise en charge du paludisme	Formation	% de Formation		100					
						600					
5. Extension de la prévention de la transmission sexuelle du VIH		5.1-Intensification les actions d'IEC en direction de la population intensification des interventions de sensibilisation /communication et la promotion des préservatifs	Séance d'IEC	% d'IEC réalisé		100					
		5.2-Renforcement de la sécurité transfusionnelle et des précautions universelles pour la prévention de la transmission sanguine	Tester les poches de sang avant accouchement.	% de sang testé		500	X	X	X	X	X
		5.3-Intégration des activités de lutte contre le VIH/sida la tuberculose et le paludisme, aux services de santé sexuelle des adolescents/ jeunes et aux service de réduction de la mortalité maternelle. Et de la SR hommes/couple	Stratégie d'intégration	Intégration effective à tous les services SR , de la lute contre le VIH/SIDA	PM			X	X	X	X
						200					
6. Surveillance	Evaluation de la séroprévalence	6.1-Développement de la surveillance épidémiologique de deuxième génération	Base de données	Taux de séroprévalence		200	X	X	X	X	X
						10 550					

#### 4.5 DANS LE DOMAINE DES COMPOSANTES COMMUNES

#### 4.5.2 Sous-Programme de nutrition

**Objectif Stratégique :** Promouvoir une nutrition/alimentation adéquate des femmes, des enfants de 0 à 5 ans et des filles durant tout leur cycle de vie.

OBJECTIFS SPECIFIQUES	RESULTATS	ACTIONS	INDICATEURS DE		INST. RESP.	COUTS EN MILLION FCFA	PERIODE DE REALISATION				
			PROCESSUS	RESULTATS			2011	2012	2013	2014	2015
STRATEGIE : Education Nutritionnelle et supplémentation											
1. Intensifier la communication pour une alimentation saine, A.	Etat nutritionnel amélioré au niveau de l'enfants .	1.1-Vulgarisation du PMA Nutrition.	Nutrition. dans CPN/CPoN	%de Fosa faisant effectivement la CCC en nutrition.	DSME DDS ZS/FO SA	100					
		1.2 -Intégration de la communication en faveur la de la nutrition et de la supplémentation aux activités de CPN et de la CPoN voire à la PECIME dans toutes les formations sanitaires					X	X	X	X	X
		1.3-Renforcement de l'adhésion à l'allaitement maternel									
2. Lutter contre les tabous alimentaires entravant l'alimentation des enfants.		2.1-Sensibilisation des individus des familles et de la communauté sur l'utilisation des trois groupes d'aliments chez les enfants et les femmes enceintes.	Mobilisation sociale	% Fosas menant des activités de sensibilisation./nutrition		100	X	X	X	X	X
3. Renforcement de la réduction des affections liées à la carence chez l'enfant dans toutes les FOSA.		3.1-Promouvoir la consommation de sel iodé	Prescription d'apports nutritifs	% de maladies carencielles chez l'enfant.		100	X	X	X	X	X
		3.2-Promotion de la consommation des aliments locaux riches en micronutriments Fe, iode, Vit A.									
						300					

DOMAINE DES COMPOSANTES COMMUNES

**4.5.3 Sous-Programme : Vaccination**

**Objectif Stratégique :** Améliorer la couverture vaccinale pour les antigènes du PEV

OBJECTIFS SPECIFIQUES	RESULTATS	ACTIONS / ACTIVITES	INDICATEURS DE		INST. RESP.	COUTS EN MILLION FCFA	PERIODE DE REALISATION					
			PROCESSUS	RESULTATS			2011	2012	2013	2014	2015	
<b>STRATEGIE : PEV</b>												
1. Renforcer les activités du PEV de routine.	% d'enfants de 1 an vaccinés /rougeole passe de 99% à 100%	11-. Assurer la couverture de toutes les zones sanitaires en matière de vaccination.	La couverture	% zones couvertes	DNPEV DSME	500	X	X	X	X	X	
		1.2- Intégration d'activités à la vaccination (prévention paludisme Tbc, supplémentation).	La campagne de vaccination est intensifiée	Séances de vaccination. intégrées	DNPEV		X	X	X	X	X	
2. Renforcer l'adhésion des populations aux vaccinations du PEV et plus.		2.1-Renforcer les compétences en maintenance de chaine de froid.	l'accroissement des ressources	Plaidoyer et amplification		100						
		2.2-Intensifier les campagnes de vaccination surtout dans les zones de faibles taux, où les zones connaissant une baisse du taux de couverture.		%couverture				X	X	X	X	X
		2.3-Organiser des rencontres avec les autorités politiques, parlementaires, et les associations, en faveur de l'apport de ressources additionnelles.										
						<b>600</b>						

4.5 DOMAINE DES COMPOSANTES COMMUNES

**4.5.4 Sous-Programme : Prévention des infections**

**Objectif Stratégique :** Promouvoir la prévention des infections nosocomiales (PIN) dans les formations sanitaires publiques et privées au Bénin

OBJECTIFS SPECIFIQUES	RESULTATS	ACTIONS / ACTIVITES	INDICATEURS DE		INST. RESP.	COUTS EN MILLION FCFA	PERIODE DE REALISATION				
			PROCESSUS	RESULTATS			2011	2012	2013	2014	2015
STRATEGIE : Promouvoir et couvrir toutes les formation sanitaires en matière de prévention effective des infections .											
1. Organiser la lutte contre les infections nosocomiales	100% des Fosa pratiquent des activités de prévention des Infection d'ici 2015.	1.1- Conception et mise œuvre par chaque formation sanitaire d'un programme de PIN avec 1.2-Elaboration des plans d'actions qualité et sécurité des soins 1.3-Renforcement des capacités de coordination des structures de gestion de lutte contre les Infections Nosocomiales.	Ateliers/consultations (4 )	Des plans d'action sont élaborés.	DSME DDS FOSA	75	X	X	X	X	X
2. Prévenir les affections nosocomiales et les infections croisées dans les milieux hospitaliers, en ciblant les formations sanitaires privées et publiques.		2.1-Promotion de l'observance des précautions « standard» 2.2-Renforcement de la maîtrise des risques infectieux liés à l'environnement hospitaliers (Désinfection-stérilisation des dispositifs médicaux, bio nettoyage, déchets biomédicaux, traitement du linge, l'eau et l'air...) 2.3-La prévention des infections associées aux actes de soins (invasifs) est améliorée 2.4-Renforcement de l'utilisation des outils pratiques d'aide à l'observance de recommandations sur les actes à haut risque infectieux.	Elaboration Des. des protocoles Formation Supervision /monitorage	protocoles directives élaborés et appliqués et sont et		20	X	X	X	X	X
3. Capitaliser les acquis		3.1-Organisation et animation de réseaux de surveillance des infections associées aux soins 3.2-Renforcement la surveillance épidémiologique des infections associées aux soins 3.3-Renforcement de la performance du réseau de surveillance des infections associées aux soins	Consultation/ateliers ( 4 par an ) ). De bonnes pratiques sont documentées			50	X	X	X	X	X
						145					

#### 4.6. DOMAINE DES COMPOSANTES D'APPUI

##### 4.6.1. Sous-Programme Communication pour le Changement de Comportement (CCC)

##### 4.6.1.1. Objectif Stratégique : Contribuer à l'adoption d'attitudes et de comportements favorables à la SR à tous les niveaux

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		INST. RESP.	Coûts en Million Fcfa	Période de Réalisation				
			Processus	Résultats			2011	2012	2013	2014	2015
<b>a. Stratégie Coordination unifiée de la CCC en SR et de la Communication pour la réduction de la mortalité MNI (C_RMMNI)</b>											
1. Accroître de 50% (fin 2015) le nombre d'activités CCC en SR et C_RMMNI qui sont conjointement appuyées dans les ZS par les PTFs et les Ministères concernés	Un comité interministériel de coordination de la CCC en SR et de Communication pour la RMMNI (CIC/CCC_SR – C_RMMNI) est mis en place	1.1-Arrêté interministériel portant création et fonctionnement du CIC/CCC_SR – C_RMMNI)	% de séances de concertation et de coordination du CIC/CCC_SR – C_RMMNI organisées avec ordre du jour et compte rendu	% d'activités du POQU 2011-2015 CCC_SR – C_RMMNI conjointement financées par les PTFs	DSME/MS	0,5	X				
	Un Plan Opérationnel Quinquennal Unifié (POQU) 2011-2015 de la CCC_SR – C_RMMNI est élaboré et vulgarisé		% des PTFs et ONGs concernées qui ont participé à la validation		DSME/MS UNFPA Autres Ministères	0,5	X				
		1.2--Elaboration, Validation et Vulgarisation du Plan Opérationnel Quinquennal Unifié (POQU) 2011-2015 de la CCC_SR – C_RMMNI	% de ZS qui ont participé à la validation et à la Vulgarisation		DSME/MS UNFPA Autres Ministères	4	X				
<b>b. Stratégie Mise en œuvre du Plan Opérationnel Quinquennal Unifié (POQU) 2011-2015 de la CCC_SR et de la C_RMMNI</b>											
2. Accroître de 40% en fin 2015 les comportements favorables à la SR et RMMNI chez les : • Décideurs, • Gestionnaires, prestataires publics et privés ONGs et	<b>Renforcement des capacités des acteurs</b> (Décideurs et Gestionnaires, Prestataires publiques et privés, ONG, et Associations, Structures communautaires, leaders d'opinion) en CCC/ SR et réduction de la mortalité MNI										
	80% des gestionnaires et prestataires de services et soins de santé sont formés sur les activités, méthodes et outils de CCC_SR et C_RMMNI	2.1-Sessions de formation en cascade des décideurs, gestionnaires, prestataires, ONGs et Associations sur • les activités, méthodes et outils de CCC_SR et C_RMMNI	Nombre de sessions de formation planifiées et réalisées par palier de la pyramide sanitaire	% de gestionnaires et de prestataires, ONG et Associations qui ont acquis les compétences requises en CCC_SR et C_RMMNI	DSME/MS DDS ZS	24 (4x6 départements)	X	X	X		

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		INST. RESP.	Coûts en Million Fcfa	Période de Réalisation					
			Processus	Résultats			2011	2012	2013	2014	2015	
Associations • Communautés et dans les ménages		• Normes et procédures de la CCC_SR et C_RMMNI										
	En fin 2015 tous les CHD, et 100% des formations sanitaires publiques et 50% des FS privées des zones sanitaires disposent des normes et procédures et de matériels et équipement requis de la CCC_SR et C_RMMNI	2.2-Acquisition et distribution des équipements requis de la CCC_SR et C_RMMNI	% de CHD, HZ, CS, Cliniques privées, ONGs et Associations où les gestionnaires et les prestataires bénéficient de sessions de tutorat et de supervision par les pairs	% de gestionnaires et prestataires des CHD, HZ et CS qui appliquent les normes et procédures de SR et de Réduction de la MMNI	DSME/MS DDS ZS	100 (5 CHD + 34 ZS)	X	X	X			
	En fin 2015 dans 80% des Arrond., les élus locaux, les leaders d'opinion, les relais communautaires, les radios et organisations communautaires sont formés aux activités de CCC_SR et C_RMMNI et disposent des outils requis	2.3-Sessions de formation des élus locaux, leaders d'opinion, relais communautaires, et des radios et organisations communautaires sur les activités et outils de CCC_SR et C_RMMNI à base communautaire	% élus locaux, leaders d'opinion, RC, des radios et organisations communautaires formés sur la CCC_SR et la C_RMMNI à base communautaire	% élus locaux, leaders d'opinion, RC, des radios et organisations communautaires qui ont acquis les compétences requises en CCC_SR et C_RMMNI à base communautaire	DSME/MS DDS ZS Maires Chefs Arrondissement Relais C				X	X	X	
	<b>Organisation, mise en œuvre et suivi évaluation des activités du POQU2011-2015 de la CCC_SR et la C_RMMNI</b>											
75% des activités du POQU 2011-2015 de la CCC_SR – C_RMMNI menées dans les ZS sont financés conjointement par les PTFs et les	2.4-Vulgarisation du POQU 2011-2015 CCC_SR – C_RMMNI dans les Zones Sanitaires  2.5-Intégration des activités du POQU 2011-	% de CHD, et ZS qui disposent et mettent en œuvre du POQU 2011-2015 de la CCC_SR – C_RMMNI  % Municipalité	% de formations sanitaires, de Communes, de villages, couverts par les activités CCC_SR –C_RMMNI conjointement	DSME/MS DDS ZS	PM		X	X	X	X		

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		INST. RESP.	Coûts en Million Fcfa	Période de Réalisation				
			Processus	Résultats			2011	2012	2013	2014	2015
	Ministères concernés fin 2015	2015 CCC_SR – C_RMMNI dans les PTA des <ul style="list-style-type: none"> <li>Mairies, ONG</li> <li>ZS et</li> <li>formations sanitaires</li> </ul>	activement impliquées dans les activités de POQU 2011-2015 de la CCC_SR – C_RMMNI	appuyées par les PTFs et les Ministères concernées							
	80% des Gestionnaires et des prestataires (fin 2015) gèrent et fournissent les prestations de services SR et de RMMNI selon les normes et procédures	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tutorat</li> <li>Supervision par les pairs</li> <li>Evaluation Rapide de la Performance des Agents (ERPA)</li> <li>Organisation des séances de Suivi de la mise en œuvre du POQU 2011-2015 de la CCC_SR&amp; RMMNI dans les ZS</li> </ul>	% de CHD, HZ, CS, Cliniques privées, ONGs et Associations où l'ERPA est organisé chaque année	% formations sanitaires, d'ONGs et d'Association où Gestionnaires et prestataires gèrent et fournissent les prestations de services SR et de RMMNI selon les normes	DSME/MS DDS ZS	Intégrés aux coûts des formations		X	X	X	X
	Dans 80% des arrondissements les activités CCC_SR et C_RMMNI à base communautaire sont réalisées et régulièrement évalué dans les villages et les concessions	<ul style="list-style-type: none"> <li>Séances de CCC_SR et C_RMMNI à base communautaire dans les villages et les concessions</li> <li>Séances d'évaluation Communautaire</li> </ul>	% de villages où des séances de CCC_SR et C_RMMNI à base communautaire de proximité ont été menées	% de Clients / clients des services SR qui sont satisfaits des sessions de CCC_SR – C_RMMNI fournis par les prestataires				X	X	X	X
% de villages où les organisations communautaires féminines et masculines font la promotion des comportements favorables à la SR et RMMNI			% de ménages où des comportements favorables à la SR et la RMMNI sont adoptés par les FAP, les Jeunes et Adolescents, et les Pères	DSME/MS DDS ZS Maires Chefs Arrondissement Relais C	15		X	X	X	X	
		2.6-Evaluation à mi-parcours du POQU 2011-2015 de la CCC_SR –			DSME/MS DDS, ZS Maires	10			X		X

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		INST. RESP.	Coûts en Million Fcfa	Période de Réalisation				
			Processus	Résultats			2011	2012	2013	2014	2015
			C_RMMNI Evaluation Finale du POQU 2011-2015 de la CCC_SR – C_RMMNI					Chefs Arrondissement Relais C			
<b>Capitalisation des expériences et meilleures pratiques en CCC_SR et C_RMMNI (cf domaine Capitalisation des expériences et meilleures pratiques)</b>											

#### 4.6.2. Sous-Programme Renforcement Institutionnel et gestion des politiques, programmes et services SR

##### 1.6.2.2. Objectif Stratégique : Renforcer les politiques SR (les programmes, les stratégies et les paquets de services SR) ainsi que la coordination du PNSR

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		Institutions / Personnes responsable	Coûts en Million Fcfa	Période de Réalisation				
			Processus	Résultats			2011	2012	2013	2014	2015
<b>a. Stratégie Renforcement du plaidoyer pour un équilibre entre la croissance économique et la croissance démographique.</b>											
1. Faire prendre par le Gouvernement et le Parlement une loi SR qui favorise l'alignement de la croissance démographique sur la croissance économique	Un Plan de plaidoyer pour un équilibre entre la croissance économique et la croissance démographique est mis en œuvre  Une loi SR favorable à un alignement de la croissance démographique sur la croissance économique est promulguée et vulgarisée	1.1-Elaboration, validation et mise en œuvre d'un Plan de Plaidoyer pour un équilibre entre la croissance économique et la croissance démographique	Nombre de sessions de plaidoyer planifiés et exécutés	% de Ministères et de Parlementaires ou groupes parlementaires qui font la promotion de l'alignement de la croissance démographique sur la croissance économique	DSME/MS UNFPA	1,4	X	X			
		1.2-Organisation de sessions de plaidoyer en faveur de l'alignement de la croissance démographique sur la croissance économique pour le gouvernement et le parlement	% de membres du gouvernement et de parlementaires qui ont participé à au moins une session de plaidoyer		DSME/MS UNFPA	7		X	X	X	X
		1.3-Organisation de forums d'échanges et d'harmonisation entre des représentants du gouvernement, des parlementaires, les PTFs et les gestionnaires du PNDS	% de membres du gouvernement, parlementaires, des PTFs et Gestionnaires du PNSR qui ont participé à au moins un forum d'échange et d'harmonisation		DSME/MS UNFPA Autres Ministères	5		X	X	X	X

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		INST. RESP.	Coûts en Million Fcfa	Période de Réalisation				
			Processus	Résultats			2011	2012	2013	2014	2015
<b>b. Stratégie Renforcement des capacités nationales en conception et mise en œuvre des stratégies et politiques SR intégrant les liens entre pauvreté, population, genre et droits humains</b>											
2. Elaborer et mettre en œuvre des stratégies et politiques SR de	Fin 2015, 80% des décideurs gestionnaires, et prestataires SR	2.1-Elaboration et validation de modules de formation sur la conception et mise en	Nombre de modules de formation planifiés élaborés et validés	% de Politiques et Stratégies SR qui intègrent dans leur	DSME/MS UNFPA DDS ZS	4		X			

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		INST. RESP.	Coûts en Million Fcfa	Période de Réalisation				
			Processus	Résultats			2011	2012	2013	2014	2015
qualité (Pertinentes, Cohérentes, efficaces) qui intègrent les liens entre pauvreté, population, genre et droits humains	sont capables d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies et politiques SR de qualité intégrant les liens entre pauvreté, genre et droits humains	œuvre des stratégies et politiques SR intégrant les liens entre pauvreté, population, genre et droits humains		conception et mise en œuvre des liens entre pauvreté, population, genre et droits humains							
		2.2-Elaboration et validation d'un programme de formation adapté	Nombre de sessions de formation planifiées et exécutés par niveau de la pyramide sanitaire	% Objectifs et Résultats des Stratégies et Politiques SR atteints	DSME/MS UNFPA DDS ZS	1,4		X			
		2.3-Organisation de sessions de formation en cascade du niveau central au niveau ZS	% d'acteurs SR formés par niveau de la pyramide sanitaire		DSME/MS UNFPA DDS ZS	Intégrée à la formation sur la CCC_SR et C_RMMNI		X	X		
		2.4-Organisation de suivi post formation, et de la performance des acteurs SR formés	% d'acteurs SR formés qui ont bénéficié de suivi post formation et d'évaluation de leur performance par niveau de la PS		DSME/MS UNFPA DDS ZS	5			X	X	X
2.5-Création et animation de réseaux de décideurs, gestionnaires et prestataires SR	Nombre de réseaux SR créés et fonctionnels par niveau de la PS	DSME/MS UNFPA Gestionnaires Prestataires Représentants communautés	3					X	X	X	
	% d'acteurs SR par niveau de la PS qui participent activement aux										

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		INST. RESP.	Coûts en Million Fcfa	Période de Réalisation				
			Processus	Résultats			2011	2012	2013	2014	2015
			activités de leurs réseaux SR								

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		INST. RESP.	Coûts en Million Fcfa	Période de Réalisation					
			Processus	Résultats			2011	2012	2013	2014	2015	
<b>c. Stratégie Appui institutionnel au Ministère de la Santé en matière de gestion, et de coordination des programmes SR</b>												
<b>3. Accroître la performance globale du PNSR 2011-2015 à travers une gestion et une coordination unifiées axées sur les résultats</b>	Le PNSR 2011-2015 est dotée d'une coordination unifiée et de procédures de gestion axée sur les résultats  Un Comité National de Coordination et de Gestion Unifiée de la PNSR 2011-2015 doté d'un cahier de charge précis est installé et est fonctionnel.	3.1-Organisation d'un forum d'harmonisation et de refonte des différents organes et comités nationaux et départementaux de coordination et de gestion des différentes composantes de la SR	Taux de participation des acteurs de la SR au forum d'harmonisation et de refonte des organes de coordination et de gestion de la SR	% de structures décentralisées des ministères impliqués dans la SR, des Municipalité, des ONGs, des formations sanitaires et des organisations à base communautaire qui appliquent les normes et procédures SR et les Directives de la CNGU _ PNSR 2011-2015.	DSME/MS UNFPA	3	X					
		3.2-Prise d'un décret/arrêté interministériel portant création, constitution et fonctionnement d'un Comité National de Coordination et de Gestion unifiées de toutes les composantes de la SR (CNGU _ PNSR 2011-2015)	Disponibilité du Plan de travail 2012-2015 du CNGU _ PNSR 2011-2015  Nombre de séances de travail planifiées et réalisées avec ordre du jour et compte rendu de	Conseil des Ministres DSME/MS	0	X						
		3.3-Elaboration, Validation et		DSME/MS	1,4		X					

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		INST. RESP.	Coûts en Million Fcfa	Période de Réalisation				
			Processus	Résultats			2011	2012	2013	2014	2015
		Vulgarisation du cahier de charges du CNCGU_ PNSR 2011-2015	séance et liste de présence.	% de structures décentralisées des ministères impliqués dans la SR, des Municipalité, des ONGs, des formations sanitaires et des organisations à base communautaire qui appliquent les CNCGU _ PNSR 2011-2015.	UNFPA						
		3.4-Installation officielle du CNCGU_ PNSR 2011-2015	% de structures de gestion et de prestation de la SR supervisées chaque année et à chaque niveau de la pyramide sanitaire par la CNCGU _ PNSR 2011-2015		DSME/MS Autres Ministères	0,5		X			
		3.5-Suivi & Evaluation des actions du CNCGU_ PNSR 2011-2015			DSME/MS UNFPA	3			X	X	X
				% des objectifs et résultats du PNSR 2011-2015 réalisés							

PLAN OPERATIONNEL QUINQUENNAL DU PNSR 2011-2015

4.6. DOMAINE DES COMPOSANTES D'APPUI

4.6.3. Sous-Programme Croissance et Gestion rationnelle des Ressources Financières – Humaines – Matérielles

4.6.3.2. Objectif Stratégique : Doter le PNSR 2011-2015 de Ressources Financières - Humaines - Matérielles requises et sécurisées, gérées de manière rationnelle

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		INST. RESP.	Coûts en Million Fcfa	Période de Réalisation				
			Processus	Résultats			2011	2012	2013	2014	2015
<b>Stratégie</b> Promotion du financement basé sur les résultats/ gestion axée sur les résultats											
1. Accroître la disponibilité du personnel de santé, la disponibilité des Ressources Financières et Matériels dans les structures de prestations de services SR, ainsi que la qualité des prestations SR offertes	100% des structures de prestations de services SR où est instaurée la FBP disposent d'au moins 80% des Ressources Humaines Financières et Matérielles requises  100% des agents de santé sous contrat de performance sont disponibles à leurs postes de travail	1.1-Organisation de séances d'intégration des interventions SSR dans le Plan Opérationnel Quinquennal des Projets de FBP en cours au Bénin dans les zones sanitaires	Nombre de séances d'intégration des interventions SSR dans les Plans Opérationnels Quinquennaux des Projets de FBP planifiées et réalisées	Taux de disponibilité des ressources matérielles dans les structures de prestations de services SSR des ZS couvertes par le FBP	SGM DSME CICG_PNSR Unités de Gestion des projets FBP DDS EEZs	3	X				
		1.2-Elaboration, Validation et Mise en œuvre d'un Plan de Monitoring de la Performance du personnel de santé sous contrat de performance et des structures de prestations de SR couvertes par le FBP	% ZS couvertes par FBP où les séances d'intégration des interventions SSR dans leurs Plan Opérationnels Quinquennal ont été organisées	Niveau d'autonomie financière des structures prestation SSR couvertes par le FBP  Taux de disponibilité des médecins spécialistes, Sages-femmes et Infirmières dans les structures de prestations de services SSR couvertes par le FBP	SGM DSME CICG_PNSR  Unités de Gestion des projets FBP DDS EEZs	10		X	X	X	X
		1.3-Evaluation à mi-parcours de l'intégration des SSR aux projets de FBP	% de structures de prestations de services SSR ayant bénéficié des évaluations à mi-parcours et finale		SGM DSME CICG_PNSR Unités de Gestion des projets FBP UNPFA	3			X		
		1.4-Evaluation finale de l'intégration des SSR aux projets de FBP				4					X
		1.5-Capitalisation des meilleures pratiques en matière d'intégration des SSR aux projets de FBP	% de meilleures pratiques identifiées et documentées	% meilleures pratiques qui ont bénéficié d'un passage à l'échelle	SGM DSME CICG_PNSR Unités de Gestion	10				X	X

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		INST. RESP.	Coûts en Million Fcfa	Période de Réalisation				
			Processus	Résultats			2011	2012	2013	2014	2015
					des projets FBP UNFPA						

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		IST. RESP.	Coûts en Million Fcfa	Période de Réalisation				
			Processus	Résultats			2011	2012	2013	2014	2015
<b>Stratégie Sécurisation des produits de santé de la reproduction</b> (Elaboration, validation et mis en œuvre d'une politique d'acquisition, de répartition et de gestion des matériels et équipement SR)											
<b>[cf. PLAN STRATEGIQUE 2010-2015 DE SECURISATION DES PRODUIS DE SANTE DE LA REPRODUCTION ET DE PROGRAMMATION HOLISTIQUE DES PRESERVATIFS AU BENIN</b>											
<b>Stratégie Renforcement des ressources humaines et des capacités en gestion des ressources humaines en SR</b>											
2. Accroître et Maintenir l'effectif des prestataires de SR qualifiés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Les besoins en Ressources Humaines (RH) qualifiées pour l'atteinte des objectifs et résultats du PNSR2011-2015 sont satisfaits à plus de 60% des DDS, ZS et structures de prestation de services SR sont satisfaits	2.1-Revue et réorientation des programmes de formation des gestionnaires et catégories de prestataires des services de SR	Nombre de programmes de formation des gestionnaires et prestataires des services SR revus et réorientés	Taux de satisfaction des besoins en ressources humaines qualifiées dans les DDS, ZS et structures de prestation de services SR	DRH/MS DSME/MS CICG_PNSR UNFPA MESRS MEGFP Ecoles de Médecine Ecoles formation Sage femme et Infirmier-ères IRSP	5		X			
		2.2-Mise en œuvre et évaluation des nouveaux programmes de formation	% de gestionnaires et prestataires des services SR formés au nouveau programme			10			X	X	X
	Plus de 60% du personnel de santé disposent d'un Plan de Carrière qui est suivi et appliqué	2.3-Elaboration, Validation et Mise en œuvre d'un plan de répartition équitable des ressources humaines conformément aux besoins exprimés par chaque DDS, ZS et structures de prestation de services SR	% ZS et de structures de prestation de services SR disposant d'au moins 60% de l'effectif requis de chaque catégorie de personnel SR qualifié	Ratio personnel qualifié de chaque catégorie / Département – Zone Sanitaire – Structures de prestation SR	DRH/MS DSME/MS CICG_PNSR Syndicats	2	X	X	X	X	X
	Plus de 70% des gestionnaires et prestataires des services de SR bénéficient d'un	2.4-Elaboration, validation et mise en œuvre d'un plan de suivi post formation et de recyclage intégré au nouveau programme de formation du	% personnel SR qualifié ayant bénéficié d'au moins un suivi post formation et un recyclage au cours de	% de personnel SR satisfait de	DRH/MS DSME/MS CICG_PNSR	50	X	X	X	X	X

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		INST. RESP.	Coûts en Million Fcfa	Période de Réalisation				
			Processus	Résultats			2011	2012	2013	2014	2015
	recyclage en SR tous les 2 ans	personnel SR	l'année à chaque niveau de la pyramide sanitaire	l'évolution de leur carrière à chaque niveau de la pyramide sanitaire							
		2.5-Renforcement et mise à jour à chaque palier de la pyramide sanitaire des fichiers des personnels de santé	% de structures décentralisées du Ministère de la Santé et de structures de prestation de services SR disposant de fichiers de personnel SR à jour			2	X	X	X	X	X
		2.6-Mise en place à chaque palier de la pyramide sanitaire d'un mécanisme de suivi et d'évaluation de la carrière des personnels de santé				5	X	X	X	X	X

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		INST. RESP.	Coûts en Million Fcfa	Période de Réalisation				
			Processus	Résultats			2011	2012	2013	2014	2015
<b>Stratégie Plaidoyer pour un accroissement de la part du Budget National allouée à la santé et particulièrement celle destinée à la SR</b>											
3. Accroître les fonds du Budget National alloués à la SR particulièrement destinée à la réduction de la mortalité maternelle, de la mortalité néonatale, de	15% du Budget National est alloué à la Santé (et au mieux à 34 \$US par habitant)	3.1-Elaboration d'un plan et des outils de plaidoyer par rapport à la SR	Nombre de réunions de sensibilisation des décideurs en faveur de l'accroissement des fonds alloués à la SR planifiées et	Taux d'accroissement des fonds du budget annuel alloués à la santé	DSME/MS UNFPA CICG_PNSR Ministère Economie Finances et	3	X	X			

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		INST. RESP.	Coûts en Million Fcfa	Période de Réalisation					
			Processus	Résultats			2011	2012	2013	2014	2015	
la mortalité néonatale, et de la mortalité des enfants de 0-5ans	Une ligne budgétaire à la Santé de la Reproduction est spécifiquement inscrite dans le budget national	3.2-Organisation régulièrement des réunions de sensibilisation des décideurs à tous les niveaux en faveur de <ul style="list-style-type: none"> <li>la réduction de la MMNE5</li> <li>l'accroissement à 15% du budget de la Santé</li> <li>l'inscription d'une ligne budgétaire destinée à la SR</li> </ul>	organisées.  % de décideurs ciblés ayant participé aux réunions de sensibilisation en faveur de l'accroissement des fonds alloués à la SR planifiées et organisées.	Taux d'accroissement de la part du budget de la santé consacré à la SR  Taux d'accroissement de la part des fonds SR affecté aux SONU  Taux d'accroissement de la part des fonds SR affecté à la sécurisation des Produits SR		10		X	X	X	X	
		3.3-Evaluation annuelle du niveau du budget alloué à la Santé et à la SR				3			X	X	X	

#### 4.6.4 Sous-Programme Recherche-Action

##### 4.6.4.2. Objectif Stratégique : Promouvoir la recherche action en SR à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		INST. RESP.	Coûts en Million Fcfa	Période de Réalisation				
			Processus	Résultats			2011	2012	2013	2014	2015
1. Accroître l'implication des acteurs de la SR dans la recherche des solutions aux problèmes qui entravent la mise en œuvre efficiente des programmes SR et la prise de décisions	<b>a. Renforcement des compétences des acteurs en méthodologie de recherche action</b>										
	Plus de 50% des acteurs qui mettent en œuvre le PNSR2011-2015 à tous les niveaux de la Pyramide Sanitaire sont formés à la méthodologie de la recherche action	1.1-Elaboration, Validation et mise en œuvre d'un programme de renforcement des compétences des acteurs de la SR en Recherche	% d'acteurs de la SR formés à la méthodologie de recherche action en SR à chaque niveau de la pyramide sanitaire	% des acteurs de la SR formés à la recherche action ont développé et validé individuellement ou en groupe un protocole de recherche action	DSME/MS DRO /MS ? UNFPA CICG_PNSR DDS ZS	50		X	X	X	X
	<b>b. Elaboration et mise en œuvre d'un plan de recherche-action en SR</b>										
	Plus de 70% des structures de gestion et de prestation de services SR (à tous les niveaux de la pyramide sanitaire) mènent de la recherche-action pour résoudre les problèmes générés par la mise en œuvre des programmes de SR	1.2-Elaboration, Validation et Mise œuvre d'un Plan National de Recherche Action à chaque niveau de la Pyramide Sanitaire	% de sujets de recherche action formulés et investigués à chaque niveau de la Pyramide Sanitaire	% de problèmes ou goulots d'étranglement identifiés lors de la supervision/ suivi de la mise en œuvre des programme SR qui ont été résolus / levés par la recherche action conduite par les acteurs	DSME/MS DRO /MS ? UNFPA CICG_PNSR DDS ZS	18		X	X	X	X
		1.3-Suivi de la recherche action et Validation des résultats dans les structures de gestion et de prestation de la SR	% structures de gestion et de prestation de services SR à chaque niveau de la pyramide sanitaire qui conduisent la recherche action selon le Plan National de Recherche Action		DSME/MS DRO /MS ? UNFPA CICG_PNSR DDS ZS	5		X	X	X	X
			% de structures de gestion et de prestation de la SR qui ont								

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		INST. RESP.	Coûts en Million Fcfa	Période de Réalisation						
			Processus	Résultats			2011	2012	2013	2014	2015		
			bénéficié visite de suivi des activités de recherche action qu'elles ont menées										
			% de Recherches Action conduites dans les structures de gestion et de prestation de la SR dont les résultats ont été validés										
<b>C. Mise en place d'un mécanisme de dissémination et d'utilisation des résultats de recherche action</b>													
Plus de 50% des structures de gestion des programmes SR et de prestation de services SR qui utilisent les résultats de RA conduites à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	1.4-Edition des Résultats finaux des recherches action en SR dans des formats adaptés à chaque niveau de la pyramide sanitaire	% Recherches action dont les résultats finaux ont été édités dans un format approprié	% structures de gestion des programmes SR et de prestation de services SR qui ont amélioré leurs performance en exploitant les résultats de recherche action	DSME/MS DRO /MS ? UNFPA CICG_PNSR	10			X	X	X			
	1.5-Organisation d'un symposium annuel de dissémination des résultats de RA	Nombre de symposiums planifiés et organisés			15			X	X	X			
	1.6-Instauration dans chaque structure de gestion des programmes SR et de prestation de services SR de sessions trimestrielles d'analyse et d'amélioration de la mise en œuvre des interventions et des services SR basées sur les résultats des RA	% de structures SR qui organisent trimestriellement des sessions d'analyse et d'amélioration de la mise en œuvre des interventions et des services SR basées sur les résultats des RA disséminés			CICG_PNSR DDS ZS	0			X	X	X		
	1.7-Création et mise à jour continue d'une banque des résultats de RA en SR à chaque niveau de la pyramide sanitaire	% d'acteurs SR qui déclarent avoir visité le site web sur les résultats de recherche action en SR			DSME/MS DRO /MS ? UNFPA CICG_PNSR	3			X	X	X		
	1.8-Création et animation d'un site web de diffusion des résultats de recherche action en SR validés					5			X	X	X		

#### 4.6.5 Sous-Programme Intégration des Services de SSR aux autres services de santé offerts

##### 4.6.5.2 Objectif Stratégique : Promouvoir l'intégration et le continuum des services et soins SR

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		INST. RESP.	Coûts en Million Fcfa	Période de Réalisation					
			Processus	Résultats			2011	2012	2013	2014	2015	
<b>a. Plaidoyer pour renforcer les liaisons des politiques et la synergie des programmes</b>												
1. Renforcer les liaisons entre les Politiques Sanitaires et les synergies des programmes	Plus de 50% des interventions des Politiques et Programmes de Santé contribuant à la réduction de la MMNI sont mises en œuvre de façon intégrée (Plan Opérationnel de mise en œuvre et de suivi/évaluation harmonisé, Mise en commun des ressources financière et de la logistique)	1.1-Elaboration et vulgarisation de Directives clarifiant les liaisons entre les Politiques de Santé et Programmes du Ministère de la Santé, et régissant la collaboration et le travail entre les Directions Techniques et les Services des Programmes Nationaux.	% de Directions Techniques et Coordinations de Programmes Nationaux du Ministère de la Santé, et PTFs disposant et connaissant les directives sur les liaisons entre Politiques et Programmes	% d'interventions des Politiques et Programmes de Santé contribuant à la réduction de la MMNI qui sont intégrées dans un plan opérationnel de mise en œuvre et de suivi évaluation harmonisé, et dont les budgets de mise en œuvre et la logistique sont unifiés	SG/MS DSME Coordonnateurs des Programmes CICG_PNSR 2011-2015 UNFPA	3	X	X				
		1.2-Sensibilisation du Cabinet du Ministère de la Santé pour l'instauration d'une Revue semestrielle du PTA axée sur les liaisons entre les Politiques et les Programmes de Santé	Nombre de séances de sensibilisation planifiées et exécutées	% de Décideurs, Directeurs, Coordonnateurs de Programmes, Gestionnaires et PTFs ayant participé aux séances de sensibilisation	% d'interventions des Politiques et Programmes de Santé contribuant à la réduction de la MMNI mise en œuvre et évaluée de façon intégrée	DSME Coordonnateurs des Programmes CICG_PNSR	0		X	X	X	X
		1.3-Sensibilisation du Cabinet du Ministère de la Santé pour l'organisation de sessions du CNEPP orientés sur l'opérationnalisation et l'efficacité des liaisons entre les Politiques et les Programmes de Santé				DSME Coordonnateurs des Programmes CICG_PNSR	0		X	X	X	X
		1.4-Elaboration, Validation et Mise en œuvre d'un Plan de Monitoring de la synergie dans la gestion et la mise œuvre des programmes de santé (Planification intégrée des interventions, Mobilisation et Utilisation intégrées des		Nombre de sessions de monitoring de la synergie dans la gestion et la mise œuvre des programmes de santé planifiées et réalisées		SG MS CICG_PNSR 2011-2015 DSME Coordonnateurs des Programmes UNFPA	6		X	X	X	X

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		INST. RESP.	Coûts en Million Fcfa	Période de Réalisation					
			Processus	Résultats			2011	2012	2013	2014	2015	
		ressources, Evaluation intégrée des programmes)										
<b>b. Réorganisation des services de santé</b>												
2. Accroître l'offre et l'utilisation adéquate du Paquet de Services Intégrés (PSI) SSR / IST-VIH SIDA/ PEV+ / Nutrition / PCIME / Référence Contre Référence	Les capacités techniques et managériales d'au moins 70% des structures de prestations de services SR sont renforcées pour l'offre du Paquet de Services Intégrés (PSI)	2.1-Définition, Validation et Vulgarisation du PSI SSR / IST-VIH SIDA/ PEV+ / Nutrition / PCIME / Référence C R	% de structures de prestations de services SR qui ont les capacités requises pour l'offre du PSI SSR / IST-VIH SIDA/ PEV+ / Nutrition / PCIME / Référence C R	% de femmes en âge de procréer entrées en contact avec le système des services de santé ayant bénéficié d'au moins 3 éléments du PSI	CICG_PNSR 2011-2015 DSME Coordonnateurs des Programmes UNFPA	5	X	X	X	X	X	
	80% des femmes en âge de procréer qui entrent en contact avec le système de services de santé bénéficient d'au moins 3 éléments du PSI adaptés à leurs besoins	2.2-Elaboration, Validation et Formation du personnel gestionnaires et prestataires sur les normes et procédures d'offre du PSI	% de structures de prestation de services SR dont les prestataires sont formés sur les normes et procédures d'offre du PSI	% d'enfants de 0-5ans reçus dans les structures d'offre de services de santé ayant bénéficié d'au moins 3 éléments du PSI adaptés à leurs âges	CICG_PNSR 2011-2015 DSME Coordonnateurs des Programmes UNFPA	50		X	X	X	X	
80% des enfants de 0-5ans reçus dans toutes structures de prestation de SR bénéficient d'au moins 3 éléments du PSI adaptés	Dans 80% des structures de prestation de services de santé les prestataires appliquent au moins 75% des normes d'offre du PSI	2.3-Elaboration et mise en œuvre par chaque CHD et Zone Sanitaire d'un Plan de ré organisation des services aux fins de l'offre du PSI de qualité	% structures de prestation de services de santé qui ont ré organisé les services pour l'offre du PSI de qualité		CICG_PNSR 2011-2015 DDS ZS	1		X	X	X	X	
		2.4-Modification des tâches et redéploiement des heures de travail des prestataires pour assurer l'offre du PSI de qualité dans chaque formation sanitaire			CICG_PNSR 2011-2015 DDS ZS	1		X	X	X	X	
		2.5-Elaboration, Validation et Mise en œuvre d'un plan de supervision et de suivi de l'offre du PSI dans les formations sanitaires	% de formations sanitaires qui ont bénéficié d'au moins une visite de supervision / suivi de l'offre du PIS	% de structures de prestation de services SR dont les prestataires appliquent au moins 75% des normes d'offre du PSI	CICG_PNSR 2011-2015 DSME Coordonnateurs des Programmes UNFPA	5		X	X	X	X	
		2.6-Organisation de session annuelle d'Evaluation Rapide de la Performance des Agents				5			X	X	X	

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		INST. RESP.	Coûts en Million Fcfa	Période de Réalisation				
			Processus	Résultats			2011	2012	2013	2014	2015
		de Santé (ERPA)	% de formations sanitaires qui ont bénéficié d'une session annuelle d'ERPA sur l'offre du PIS								

#### 4.6.6 Sous-Programme Développement du Partenariat

4.6.6.1 **Objectif Stratégique** : Développer un partenariat stratégique entre les acteurs du programme SR y compris la participation effective de la communauté dans la gestion des problèmes de santé notamment ceux de la mère et de l'enfant

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		INST. RESP.	Coûts en Million Fcfa	Période de Réalisation				
			Processus	Résultats			2011	2012	2013	2014	2015
<b>a. communautaires</b>											
<b>Renforcement du partenariat Privé-public, prestataires- bénéficiaires, Jeunes et Adolescents, structures décentralisées du MS et organisations</b>											
1. Accroître la disponibilité des ressources, l'Offre et l'Utilisation du Paquet Optimal d'Interventions Obstétricales et Néonatales à Haut Impact	30% des ressources financières disponibles pour la SR proviennent des partenaires nationaux autres que le budget national et les FTFs	1.1-Mobilisation des Ress. Financières et Humaines SR auprès des partenaires nationaux (hors budget MS, et PTFs) / Diversification des Sources de Financement	% de partenaires nationaux qui participent au financement du PNSR 2011-2015	Taux d'accroissement des ressources financières mobilisées par les partenaires nationales pour la mise en œuvre du PNSR 2011-2015	DSME/MS CICG_PNSR 2011-2015 UNFPA ONGs SR Patronat Associations Caritatives Associations Religieuses	5	X	X	X	X	X
	Au moins 20% des Ress Humaines (gestionnaires et Prestataires des services SR) exerçant dans le public au niveau opérationnel sont financées par les partenaires locaux	1.2-Instauration d'une plateforme secteur public - secteur privé pour la coordination et la gestion de la mise en œuvre du PNSR2011-2015 et la fourniture harmonisée des services SR à tous les niveaux	Nombre séances de prises de décisions, de programmation, et de suivi/évaluation planifiées et exécutées	% des Ress Humaines (gestionnaires et Prestataires des services SR) exerçant dans le public au niveau opérationnel financées par les partenaires locaux	DSME/MS CICG_PNSR 2011-2015 UNFPA ONGs SR Associations des prestataires de services de santé du Privé	4		X	X	X	X
	Plus de 75% des structures privées de prestation de services SR agréés offrent le Paquet Optimal d'Interventions Obstétricales et	1.3-Suivi / Evaluation participative des interventions SR à tous les niveaux avec les partenaires	Taux de participation des partenaires aux séances de prise de décision, de programmation, et de suivi/évaluation	% des structures privées de prestation de services SR agréés qui ont bénéficié d'un renforcement de leurs capacités à offrir le	DSME/MS CICG_PNSR 2011-2015 UNFPA ONGs SR Associations des prestataires de services de santé du Privé	4		X	X	X	X

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		INST. RESP.	Coûts en Million Fcfa	Période de Réalisation					
			Processus	Résultats			2011	2012	2013	2014	2015	
	Néonatales à Haut Impact (PIONHI) et le Paquet de Services Intégrés SR (PSI_SR)	Renforcement des capacités des structures privées à offrir le PIONHI et le PSI_SR (Formation du personnel, mise à dispositions des normes et procédures et des Kits	PIONHI et le PSI_SR		DSME/MS CICG_PNSR 2011-2015 UNFPA DDS ZS	50		X	X	X	X	
1.4-Organisation du Forum annuel des partenaires		DSME/MS CICG_PNSR 2011-2015 UNFPA			6			X	X	X		
<b>b. Renforcement, expansion et maintien de la participation communautaire à la mise en œuvre du PNSR 2011-2015R</b>												
2. Accroître les capacités des communautés à gérer les problèmes de SR	80% des comités de santé des ZS et de conseils municipaux qui ont inscrit dans leurs Plans de Développement et Plans de Travail Annuel des activités du PNSR 2011-2015	2.1-Mobilisation des comités de santé des ZS, et des autorités municipales pour leur participation effective à la mise en œuvre du PNSR 2011-2015	% de comité de santé des ZS et de conseils municipaux qui participent aux séances de mobilisation pour leur participation effective à la mise en œuvre du PNSR 2011-2015	% de comité de santé des ZS et de conseils municipaux qui ont inscrit dans leurs Plans de Développement et Plans de Travail Annuel des activités du PNSR 2011-2015	CICG_PNSR2011-2015 DZS/MS DDS ZS Mairies	64	X	X	X	X	X	
	Plus de 70% des villages disposent de mécanismes communautaires de résolution des problèmes de santé de la mère et de l'enfant et de services SR à base communautaire	2.2-Promotion de l'identification et la résolution des problèmes de santé de la mère et de l'enfant par la communauté	% de villages où des sessions d'identification des problèmes de santé de la mère et de l'enfant par la communauté sont organisées	% de villages où les communautés ont mis en œuvre des solutions aux problèmes de santé de la mère et de l'enfant qu'elles ont identifiés	DDS ZS Mairies	PM	X	X	X	X	X	
		2.3-Renforcement et expansion des services SR à base communautaire	% de villages qui couverts par les services SR à base communautaire		64		X	X	X	X		
		2.4-Promotion de l'engagement des communautés dans la gestion des structures de santé	% qui disposent de structures communautaire de cogestion		PM	X	X	X	X	X		
	Plus de 80% des organes de co gestion assurent la reddition des comptes à leurs	2.5-Promotion de la reddition annuelle des comptes par les organes de co gestion	% des organes de gestion qui font une reddition annuelle des comptes à leurs	% d'organes de co gestion dont les comptes sont contrôlés et		PM		X	X	X	X	

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		INST. RESP.	Coûts en Million Fcfa	Période de Réalisation				
			Processus	Résultats			2011	2012	2013	2014	2015
	municipalités et aux assemblées de villages.		municipalités (arrondissements) et aux assemblées de villages	approuvés par les municipalités et les assemblées de villages							

#### 4.7 DOMAINE CAPITALISATION DES EXPERIENCES ET MEILLEURES PRATIQUES

##### 4.7.1. Sous-programme Documentation et vulgarisation des expériences et meilleures pratiques

##### 4.7.1.1 Objectif Stratégique : Capitaliser les meilleures pratiques en SR à tous les niveaux

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		INST. RESP.	Coûts en Million Fcfa	Période de Réalisation				
			Processus	Résultats			2011	2012	2013	2014	2015
<b>a. Stratégie : Renforcement des capacités du système de santé à capitaliser les expériences et les meilleures pratiques en SR</b>											
1. Accroître les capacités du système de santé à capitaliser les expériences et meilleures pratiques en SR	Plus de 75% des structures centrales et décentralisées du MS, et des formations sanitaires disposent des capacités requises pour capitaliser les expériences et meilleures pratiques SR	1.1-Développement et validation d'un canevas et des outils de documentation des meilleures pratiques SR	Nombre de sessions de développement et de validation planifiées et organisées	% des structures de gestion et de prestation des services SR qui disposent du canevas et des outils de documentation des expériences et meilleures pratiques en SR	DSME Coordonneurs des Programmes DZS CICG_PNSR 2011-2015 UNFPA DDS, ZS	3	X	X			
		1.2-Renforcement des compétences des gestionnaires et prestataires des programmes SR en documentation des meilleures pratiques SR	% des gestionnaires et prestataires des programmes SR formés en documentation des expériences et meilleures pratiques SR	% des structures de gestion et de prestation des services SR où le personnel a les compétences requises pour documenter les expériences et meilleures pratiques en SR	DSME Coordonneurs des Programmes DZS CICG_PNSR 2011-2015 UNFPA DDS, ZS	30		X	X	X	X
		1.3-Mise en place d'un cadre de concertation, échange et de vulgarisation des meilleures pratiques SR	Nombre de sessions de concertation, échange et vulgarisation des meilleures pratiques planifiées et organisées		DSME Coordonneurs des Programmes DZS CICG_PNSR 2011-2015 UNFPA DDS, ZS	10		X	X	X	X

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		INST. RESP.	Coûts en Million Fcfa	Période de Réalisation					
			Processus	Résultats			2011	2012	2013	2014	2015	
		1.4-Création d'un répertoire des meilleures pratiques en SR et d'un système d'archivage de la documentation	Nombre de meilleures pratiques en SR disponibles dans le répertoire		DSME/MS CICG_PNSR 2011-2015 UNFPA	2		X	X			
<b>b. Documentation et Vulgarisation des 13 meilleures pratiques en SR recensées au Bénin</b>												
2. Assurer l'utilisation des 13 meilleures pratiques SR par les structures de gestion et de prestation des services SR	Plus de 70% des structures de gestion et de prestation des services SR ont intégré dans leurs Plans d'actions annuels des meilleures pratiques documentées	2.1-Organisation de la documentation des 13 meilleures pratiques en SR <ul style="list-style-type: none"> <li>Collecte des données complémentaires si nécessaire et validation des pratiques</li> <li>Rédaction de documents, et Production des supports virtuels et audio et vidéo sur les 13 meilleures pratiques</li> <li>Organisation des séances de validation des productions</li> </ul>	% des structures de gestion et de prestation des services SR où le personnel a documenté au moins 3 des « 13 meilleures pratiques » en SR	% des structures de gestion et de prestation des services SR qui ont intégré dans leurs Plans d'actions annuels des meilleures pratiques documentées	CICG_PNSR2011-2015 DZS/MS DDS ZS Mairies	64	X	X	X	X	X	
	Plus de 70% de structures de gestion et de prestation de services R ont mis en œuvre au moins 3 des « 13 » meilleures pratiques documentées et vulgarisées	2.2-Organisation de sessions de vulgarisation de la documentation et des productions sur les 13 meilleures pratiques en SR à tous les paliers de la pyramide sanitaire	Nombre de sessions de vulgarisation planifiées et organisées à chaque palier de la pyramide sanitaire	% de structures de gestion et de prestation de services R qui ont mis en œuvre au moins 3 des « 13 » meilleures pratiques documentées et vulgarisées	DSME/MS CICG_PNSR 2011-2015 UNFPA DDS ZS	10			X	X		X

#### 4.7.2. Sous-programme Institutionnalisation et Passage à l'échelle

##### 4.7.2.2. Objectif Stratégique : Promouvoir l'institutionnalisation des 13 meilleures pratiques aux niveaux central, intermédiaire et périphérique

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		Institutions / Personnes responsable	Coûts en Million Fcfa	Période de Réalisation				
			Processus	Résultats			2011	2012	2013	2014	2015
1. Accélérer l'atteinte des objectifs/ résultats du PNSR 2011-2015 pour l'utilisation des meilleures pratiques lors de la mise œuvre des interventions SR	<b>a. Plaidoyer en faveur de l'institutionnalisation et le passage à l'échelle des 13 meilleures pratiques SR</b>										
	Un arrêté ministériel portant institutionnalisation et passage à l'échelle des 13 meilleures pratiques SR est pris et une feuille de route élaborée	1.1-Organisation de séances de sensibilisation du cabinet du Ministère de la Santé en faveur de l'institutionnalisation et du passage à l'échelle des 13 meilleures pratiques SR	Nombre de séances de sensibilisation planifiées et organisées		SG/MS DSME CICG_PNSR2011-2015 UNFPA OMS	5	X	X			
		1.2-Prise d'un arrêté ministériel portant institutionnalisation et passage à l'échelle des 13 meilleures pratiques SR	% structures de gestion et de prestations des services SR qui disposent de l'arrêté ministériel portant institutionnalisation et passage à l'échelle des 13 meilleures pratiques SR, et de la feuille de route du Ministère de la Santé		SG/MS DSME CICG_PNSR2011-2015	PM		X			
		1.3-Elaboration et validation par le cabinet du Ministère de la Santé d'une feuille de route pour l'institutionnalisation et le passage à l'échelle des 13 meilleures pratiques SR			SG/MS DSME CICG_PNSR2011-2015	1		X			
	<b>b. Renforcement des capacités du système de santé en institutionnalisation des meilleures pratiques SR</b>										
	Un cadre national pour l'institutionnalisation et le passage à l'échelle des 13 meilleures pratiques en SR est élaboré et validé	1.4-Développement et validation d'un cadre national pour l'institutionnalisation et le passage à l'échelle des			SG/MS DSME CICG_PNSR2011-2015 DDS	5			X		

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		Institutions / Personnes responsables	Coûts en Million Fcfa	Période de Réalisation					
			Processus	Résultats			2011	2012	2013	2014	2015	
		13 meilleures pratiques en SR			ZS							
		1.5-Elaboration et validation des indicateurs de suivi et d'évaluation du processus d'institutionnalisation et de passage à l'échelle des 13 meilleures pratiques				5			X			
	Plus de 70% des structures de gestion et de prestation des services SR disposent des capacités requises pour assurer l'institutionnalisation et le passage à l'échelle des 13 meilleures pratiques SR	1.6-Renforcement des compétences des décideurs, gestionnaires et prestataires des programmes SR en institutionnalisation des 13 meilleures pratiques en SR	Nombre de sessions de formation planifiées et organisées à chaque palier de la pyramide sanitaire	% de structures de gestion et de prestation de services SR où les décideurs, gestionnaires et prestataires ont les compétences requises pour assurer l'institutionnalisation et le passage à l'échelle des meilleures pratiques	SG/MS DSME CICG_PNSR2011-2015 DDS ZS	15			X	X		
		1.7-Intégration des activités d'institutionnalisation des meilleures pratiques dans les plans triennaux et plans annuels d'activités de la DSME, des DDS et des ZS	% de structures de gestion et de prestation de services SR qui ont intégré dans leurs plans triennaux et plans annuels les activités pour l'institutionnalisation des 13 meilleures pratiques SR	% de structures de gestion et de prestation de services SR où au moins 7 meilleures pratiques SR sont institutionnalisées	SG/MS DSME CICG_PNSR2011-2015 DDS ZS	3			X	X	X	
<b>Suivi /évaluation et amélioration du processus d'institutionnalisation et de passage à l'échelle des 13 meilleures pratiques en SR à chaque palier de la pyramide sanitaire</b>												
		1.8-Organisation de session de suivi/évaluation des processus d'institutionnalisation et de passage à l'échelle des 13 meilleures pratiques	% de structures de gestion et de prestation de services SR où des sessions de suivi/évaluation des processus d'institutionnalisation et de passage à l'échelle des 13 meilleures pratiques SR sont organisées semestriellement	% de Zones Sanitaires où 80% des structures de prestation de services SR mettent en œuvre au moins 7 des meilleures pratiques SR  % de Zones Sanitaires où les objectifs et résultats de la PNSR 2011-2015	DSME CICG_PNSR2011-2015 DDS ZS	10			X	X	X	

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		Institutions / Personnes responsable	Coûts en Million Fcfa	Période de Réalisation				
			Processus	Résultats			2011	2012	2013	2014	2015
		1.9-Création par département de réseau d'amélioration des processus d'institutionnalisation et de passage à l'échelle des 13 meilleures pratiques SR	% de structures de gestion et de prestation des services SR qui appartiennent à des réseaux d'amélioration des processus d'institutionnalisation et de passage à l'échelle des 13 meilleures pratiques SR	conformément au chronogramme établi	DSME CICG_PNSR2011-2015 DDS ZS				X	X	X

**VI. ESTIMATION DES COÛTS DE LA MISE EN ŒUVRE DU PNSR 2011-2015 : SOUS-PROGRAMME, MONTANT;**

Le PNSR 2011-2015 est structuré en Sept (7) Domaines Prioritaires et 20 Sous programmes.

Les coûts de la mise en œuvre du PNSR 2011-2015 sont estimés par sous-programme puis agrégés pour déterminer l'enveloppe requise pour chaque domaine. Les détails sont présentés dans le tableau ci-dessous.

	DOMAINES	SOUS PROGRAMME	MONTANT (CFA) x million
1	DOMAINE DE LA SANTE DE LA FEMME		20.087
		Sous-Programme Maternité à moindre risque.	18.811
		Sous-Programme Prévention avortement et Soins après avortement	1.186
		Sous-Programme Lutte contre les Mutilations Génitales Féminines (MGF)	90
2	DOMAINE DE LA SANTE DU NOUVEAU-NE ET DE L'ENFANT (0 A 5 ANS)		478
		Sous-Programme PCIME	440
		Sous –programme : Droits, Protection et développement de l'enfant	38
3	DOMAINE SANTE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES		4180
		Sous – programme Promotion de la SR des jeunes et adolescents	4180
4	DOMAINE DE SANTE DE L'HOMME		1300
		Sous-Programme Promotion de l'implication des hommes dans la SR	1300
5	DANS LE DOMAINE DES COMPOSANTES COMMUNES		16.779
		Sous-Programme Planification Familiale	4887
		Sous-Programme de lutte contre les IST/VIH/SIDA	10.550
		Sous-Programme de nutrition	600
		Sous-programme Vaccination	600
		Sous-Programme Prévention de l'infection	145
6	DOMAINE DES COMPOSANTES D'APPUI		677,7
		Sous-Programme Communication pour le Changement de Comportement (CCC)	154
		Sous-Programme Renforcement Institutionnel et gestion des politiques, programmes et services SR	24,7
		Sous-Programme Accroissement et Gestion rationnelle des Ressources Financières – Humaines – Matérielles	120
		Sous-Programme Recherche-Action	106

		Sous-Programme Intégration des Services de SSR aux autres services de santé offerts	76
		Sous-Programme Développement du Partenariat	197
7	DOMAINE CAPITALISATION DES EXPERIENCES ET MEILLEURES PRATIQUES		119
		Sous-programme documentation et vulgarisation des expériences et meilleures pratiques	119
		Sous-programme Institutionnalisation et Passage à l'échelle	44
	<b>TOTAL PNSR 2011-29015</b>		48020,7

## VII CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE, DE SUIVI ET EVALUATION DU PNSR 2011-2015

### 6.1 CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN OEUVRE

#### *Le Comité National de Coordination et de Gestion du PNSR2011-2015 (CNCG\_PNSR2011-2015)*

La mise en œuvre efficiente de ce programme exige la refonte et le repositionnement des organes préconisés par le PNSR 2003-2007 tels que le Conseil National d'Orientation du PNSR (CNO) et le Comité Technique de Pilotage de PNSR (CTP) en un organe unique le Comité National (Interministériel) de Coordination et de Gestion du PNSR2011-2015 (CNCG\_PNSR2011-2015). Il est composé de :

- Représentants des ministres impliqués dans la SR
- Directeurs techniques concernés du ministère de la santé (DSF-DPP, DRH, DNPS, DSIO, PNLP)
- Chef de service de santé scolaire et universitaire (C/SSSU)
- Coordonnateurs des sous-programmes.
- Représentants de la société civile (Réseau des ONG et secteur privé) et les bailleurs de fonds.

Le CNCG\_PNSR2011-2015 a pour mission de :

- Assurer une gestion transparente, coordonnée et performante de la mise œuvre du PNSR 2011-2015
- Apprécier le niveau semestriel et annuel de réalisation des sous programmes et du programme
- Mobiliser les partenaires internationaux et nationaux y compris les ONGs, les élus locaux et les communautés autour des objectifs du PNSR 2011-2015.
- Négocier les axes de collaboration intra et intersectoriels ;
- Examiner le rapport de synthèse de mise en œuvre du PNSR 2011-2015 à soumettre aux partenaires du développement et aux décideurs gouvernementaux
- Organiser annuellement une rencontre tripartite des coordonnateurs, partenaires et intervenants en SR.

#### *Le Secrétariat Permanent du CNCG\_PNSR 2011-2015*

Le CNCG\_PNSR 2011-2015 sera doté d'un Secrétariat Permanent (composé de trois personnes le Secrétaire Permanent, le/la Secrétaire Administratif(e), le/la responsable du suivi-évaluation) rattaché à la DSME. Le Secrétariat Permanent est l'organe exécutif du **CNCG\_PNSR 2011-2015**.

## ***La Coordination des sous-programmes***

Le PNSR 2011-2015 comprend 23 sous-programmes. Le souci de cohérence intra et inter sous-programme et de synergie pour une plus grande efficacité requière la mise en place au sein du **CNCG\_ PNSR 2011-2015** de comités thématiques techniques tels que

- Repositionnement PF/IST VIH-SIDA/Nutrition/Jeunes et Adolescents
- CPN recentrée/Accouchement Assisté/SONU/GATPA/SAA
- Sécurisation des Ressources Humaines, Financières, Matérielles et des Produits SR
- Partenariat/Capitalisation et Institutionnalisation des expériences et meilleures pratiques.

Ces comités thématiques techniques feront en collaboration avec les DDS et EEZ, le suivi des sous-programmes et formuleront au Secrétariat Permanent des orientations stratégiques et opérationnelles. Celles-ci seront soumises au CNCG pour approbation et prise de directives à l'endroit des DDS et EEZ.

## **6.2 CADRE DE SUIVI & EVALUATION DU PROGRAMME**

Le suivi et l'évaluation du **PNSR 2011-2015** sera organisé et réalisé à partir d'un Plan de Monitoring de la Performance (PMP) du programme développé sur la base des indicateurs de processus et de résultat du Plan Opérationnel Quinquennal du **PNSR 2011-2015**. L'une des 1<sup>ères</sup> tâches du Secrétariat Permanent du **CNCG\_ PNSR 2011-2015** sera de faire élaborer et valider ce **PMP\_ PNSR2011-2015**.

### ***Objectif du suivi***

Analyser périodiquement les données d'intrants, de processus et de résultats pour permettre l'appréciation de l'état d'avancement du programme et les résultats obtenus.

### ***Processus de suivi***

Le suivi sera exécuté par les différents organes précités à travers :

- L'exploitation des rapports d'intervention qui devront parvenir un mois au plus tard après la fin de l'activité pour les activités ponctuelles et tous les trois mois pour les activités permanentes.
- Pour faciliter la circulation de l'information, les rapports produits à la base seront destinés aux MCZ et DDS concernés et au Secrétariat Permanent du **CNCG\_ PNSR 2011-2015**.
- Les supervisions effectuées par les membres des comités thématiques techniques et le staff technique de la DSME.
- Les réunions périodiques des différents organes

### **Objectifs de l'évaluation**

Les objectifs visés par les évaluations sont les suivants :

- Apprécier le niveau d'atteinte des objectifs ;

- Identifier les facteurs favorables et les contraintes au développement adéquat du programme.

### **Types d'évaluation**

- Les évaluations périodiques par sous-programme seront faites en fonction de leurs particularités. Ces évaluations prendront également en compte l'Evaluation Rapide de la Performance des Agents prestataires de services SR (ERPA) qui sera faire chaque année;
- L'Evaluation mi-parcours ;
- L'Evaluation finale ;
- L'Evaluation d'impact : les éléments d'appréciation pourraient être identifiés dans les rapports annuels, les annuaires statistiques et les EDS. Par ailleurs en attendant que des EDS rendent compte des impacts, des analyses situationnelles des activités de SR pourraient être faites.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de la Santé Publique, Stratégie Nationale de réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale. MSP, Cotonou Bénin, Mars 2006 - 69p.
2. Ministère de la Santé Publique, Programme National de développement sanitaire (PNDS) 209-2018, Cotonou Bénin 2009\_ 128p.
3. Ministère de la Santé du Bénin, CTB, UNICEF, Paquets d'interventions à haut impact par niveau de soins pour l'atteinte des OMD au Bénin, Mars 2010.
4. Ministère de la Santé, DSME, Stratégie Nationale Multisectorielle de santé Sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes, y compris le VIH/Sida au Bénin. Plan Quinquennal 2010- 2014 de mise en œuvre de la Stratégie. MS, Cotonou, juin 2010.
5. Ministère de la santé, UNFPA, Stratégie Nationale de Repositionnement de la Planification Familiale au Bénin, 2011- 2015. Cotonou, 105p..
6. Ministère de la Santé Publique; Recherche opérationnelle en vue d'un programme de lutte contre l'infertilité, les MST et les cancers génitaux, février 2002.

## ANNEXE

### 1. PAQUET D'INTERVENTIONS A HAUT IMPACT SUR LA MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE. (12 interventions)

#### 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

Tableau N°7 : Evolution des taux de mortalité au cours des quinze dernières années

Taux de mortalité	EDS 1996	EDS2001	EDS2006
TMNN (taux de mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes)	38,2	38,4	32
TMI (taux de mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes)	93,9	89,1	67
TMIJ (taux de mortalité infanto-juvénile pour 1000 naissances vivantes)	166,5	160	120
TMM (taux de mortalité maternelle pour 100.000 naissances vivantes)	498	Non déterminée	397

### Liste des interventions traceurs

De l'ensemble de toutes les interventions à haut impact définies, se se dégagent quatorze interventions traceurs selon le niveau d'intervention.

<b>Interventions traceurs</b>	<b>Niveau</b>
1. Protection des enfants 0-5 ans par MIILD	Communautaire
2. la prise en charge présomptive du paludisme chez les enfants de 0-59 mois	Communautaire
3. la prise en charge de la diarrhée chez les enfants de 0-59 mois	Communautaire
4. la prise en charge des IRA chez les enfants de 0-59 mois	Communautaire
5. le dépistage et la prise en charge la malnutrition aiguë modérée	Communautaire
6. Allaitement maternel exclusif (0-6 mois)	Communautaire
7. Planification familiale	Centre de Santé (CS)
8. Consultation prénatale	CS
9. Vaccinations infantiles (vaccination antirougeoleuse)	CS
10. Antibiotiques pour la pneumonie des enfants de moins de 5 ans	CS
11. SONUB (Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base)	CS
12. Accouchement normal assisté par personnel qualifié	CS
13. PTME (test, conseil, AZT, sd NVP et conseil sur alimentation nourrisson)	CS/HZ
14. SONUC (Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets)	HZ

<b>Objectif 5: Améliorer la santé maternelle</b>	
Cible 6: Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle	16. Taux de mortalité maternelle 17. Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié
<b>Objectif 6: Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies</b>	
Cible 7: D'ici à 2015 avoir stoppé la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle	18. Taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans 19. Taux d'utilisation du préservatif sur le taux de prévalence des contraceptifs <sup>c</sup> 19a. Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque 19b. Population âgée de 15 à 24 ans ayant une bonne connaissance générale du VIH/sida <sup>d</sup> 19c. Taux d'utilisation de la contraception 20. Taux de scolarisation des orphelins par rapport au taux de scolarisation des autres enfants non-orphelins âgés de 10 à 14 ans
Cible 8: D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle	21. Taux de prévalence du paludisme et taux de mortalité liée à cette maladie 22. Proportion de la population vivant dans les zones à risque qui utilisent des moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme <sup>e</sup> 23. Taux de prévalence de la tuberculose et taux de mortalité liée à cette maladie 24. Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre de DOTS (la stratégie contre la tuberculose recommandée au niveau international)

## 7. Conditions de réussite de la mise en œuvre des PIHI pour l'atteinte des OMD au Bénin

Pour atteindre les OMD, le Bénin a adhéré aux initiatives mondiales (IHP+/HHA). Le présent document doit servir de base pour l'élaboration de tout document stratégique de planification et de budgétisation.

Des actions doivent être prises à court terme pour assurer la cohérence dans les différents documents stratégiques en cours d'élaboration :

- Organiser sous l'égide du Ministre de la Santé, un forum de dissémination de ce document y compris les autres documents stratégiques tels que : le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), le Plan triennal de Développement (PTD), le Cadre de Dépense à Moyen Terme (CDMT), le document de Directives nationales de supervision et de monitoring, le document de politique nationale de santé. LA dissémination se fera à l'endroit des directions centrales, techniques et départementales, des coordinations des projets/programmes, des acteurs du niveau opérationnel et des secteurs connexes ainsi que des partenaires techniques et financiers.
- Inclure la liste des interventions à haut impact retenue dans ce document dans les principaux documents de politique sanitaire notamment le PTD.
- Tenir compte de la liste des PIHI retenue pour finaliser les documents de directives nationales de supervision et de monitoring.
- Faire l'état des lieux de la mise en œuvre des paquets dans les formations sanitaires en vue d'une révision des normes et standards .Procéder à la mise à l'échelle nationale des Paquets d'Interventions à Haut Impact.
- Assurer la formation des agents de santé sur les documents stratégiques validés dans le cadre de la relance de la supervision et du monitoring/microplanification sous le couvert du Secrétariat Général du Ministère de la Santé et du Groupe Technique d'Appui.



# PLAN OPERATIONNEL ANNUEL 2011

## PLAN OPERATIONNEL ANNUEL 2011 DU PNSR 2011-2015

### 4.2 DOMAINE DE LA SANTE DE LA FEMME

#### 4.1.1 Sous-Programme Maternité à moindre risque.

**Objectif Stratégique :** Soutenir le passage à l'échelle des interventions à haut impact sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale , en vue de porter la mortalité maternelle de de 397 pour 100.000 naissances vivantes(EDSB II) à 125 pour 100.000 naissance vivante en Décembre 2015.

OBJECTIFS SPECIFIQUES	RESULTATS	ACTIONS	INDICATEURS DE		RESPONSABLES	COUTS FCFA	MIL	Chronogramme 2011			
			PROCESSUS	RESULTATS				T1	T2	T3	T4
<b>Stratégie : Amélioration de la qualité de gestion et de couverture en services de RMMN</b>											
1. Institutionnaliser la qualité de l'offre de services et des prestations de soins obstétricaux et néonataux..	Baisser le Tx de MM de 397 à 125p. 100.000 nais. vivantes, en 2015	1.1- Disponibilité du paquet d'intervention obstétrical et néonatal à haut impact.	Introduire PIHI dans le PMA et le PCA au niveau des 34 ZS et de 8 Hôpitaux	% de FOSA assurant la disponibilité PIHI	DSME DDS, ZS		PM	X			
		1.2-Renforcement des capacités des prestataires à offrir les prestations de qualité	Consultation : actualisation des besoins, complémentaires (recrutement, et formation, plan de formation)	Liste des besoins en personnel et en formations (34ZS)	DSME		21	X			
		1.3-Renforcement niveau d'équipement/ambulance	Consultation : Actualisation des besoins/fourniture de matériel complémentaire.	Liste des besoins en équipement	DSME		20	X			
		1.4-Renforcement de l'organisation des services et des mécanismes de référence et contre référence /Système de communication.	Evaluation et renforcement de la capacité managériale et du leadership des MCZ, des responsables de Fosa en gestion des programmes SR , (recrutement Formation , outils de régulation )	% de responsables aptes en gestion de programmes SR/niveau.	DSME, DDS, ZS		40		X	X	X
			Mise en place des ressources	Satisfaction des besoins complémentaires	DSME		3000			X	X
		1.5-Renforcement de la coordination des interventions de RMM par l'EEZ.	Formation DDS : gestion des produit SR, logistique, équipement, infrastructure, ZS gestion de la qualité/SR, formation de formateurs	%ZS couvertes Existence de PA/ activité RMM	ZS		41		X	X	X
			ZS : Supervision des Fosa	%Fosa supervisées	ZS		9	X	X	X	X
			ZS/Fosa : monitoring et analyse des données	Tx de monitoring	ZS		8	X	X	X	X
Porter taux de CPN au-dessus de 90% à 100%	1.6-Renforcement du mécanisme d'approvisionnement et de maintenance focalisé sur la RMM	Formation, procédure, outils de gestion, constitution de stocks	%ZS couvertes	DSME, DDS ZS		4250		X	X	X	





#### 4.1. DOMAINE DE LA SANTE DE LA FEMME

#### 4.2.2 Sous-Programme Prévention des avortements et soins après avortement

**Objectif Stratégique :** Assurer la promotion de la prévention des avortements, le renforcement de la qualité et la couverture de l'accès aux Soins Après Avortement (SAA).

OBJECTIFS SPECIFIQUES	RESULTATS	ACTIONS	INDICATEURS DE		INST. RESP.	COUTS EN MILLION FCFA	CHRONOGRAMME 2011			
			PROCESSUS	RESULTATS			T1	T2	T3	T4
Stratégie : Renforcer l'accès aux SAA										
1. Impliquer les décideurs dans la réduction de l'incidence des avortements à risques	Le taux d'avortement passe de 12,98% à 4% en 2015.	1.1- Organisation de séances de plaidoyers à l'endroit des décideurs, et des prestataires sur l'ampleur des conséquences graves des avortements à risque. en vue du renforcement du cadre juridique et de la réduction des avortements à risque.	Plaidoyer (15 séances)	% de séances de plaidoyer organisées	DSME DDS ZS	6	X	X	X	X
		1.2-Valorisation des services de prévention et de prestation de SAA, auprès des bénéficiaires notamment auprès des adolescents et jeunes par la sensibilisation	Sensibilisation (15 séances) Introduire dans le curricula de formation, l'enseignement relatif aux soins après avortement	% de séances de sensibilisation Modules SAA élaborés.	DSME DDS ZS	3	X	X	X	X
2. Améliorer l'accès aux services de SAA de qualité		2.1-Introduction de services intégrés de prévention et de Soins Après Avortement dans les formations sanitaires référence et les maternités 24H sur 24H.	Dotation en équipements et consommables et produits adéquats	Taux Disponibilité des équipements consommable et produits 24Hsur 24	DSME DDS ZS FOSA	216	X	X	X	X
		2.2-Renforcement des capacités des prestataires à assurer des services intégrés de PF, de prévention de l'avortement, de CCC et de prestation de soins après avortement	Formation des prestataires en prestation de SAA et en matière d'approche, prise en charge axée sur le patient/CCC	% de prestataires formés ou professionnellement aptes.	DDS ZS	8	X	X	X	X
		2.3-Mobilisation des adolescents et jeunes , des femmes , des familles et de la communauté en faveur de la prévention et des prestations de SAA,	Toutes les communautés sont mobilisées pour la réduction des avortements à risque;	Sensibilisation (10 séances/an)	DDS, ZS	4	X	X	X	X
						<b>237</b>				

4.1. DOMAINE DE LA SANTE DE LA FEMME

4.2.3 Sous-Programme Lutte contre les Mutilations Génitales Féminines (MGF)

**Objectif Stratégique :** Intensifier la lutte contre les mutilations génitales féminines au Bénin et en particulier dans les provinces où cette pratique prédomine.

OBJECTIFS SPECIFIQUES	RESULTATS	ACTIONS	INDICATEURS DE		INST. RESP.	COUTS EN MILLION FCFA	CHRONOGRAMME 2011			
			PROCESSUS	RESULTATS			T1	T2	T3	T4
<b>Stratégie : Renforcer les stratégies de lutte contre les mutilations génitales féminines</b>										
1. Renforcer les connaissances des chefs coutumiers dans les localités où la pratique est encore prépondérante en vue de l'élimination de la pratique de MGF.	Réduction des cas de MGF dans les localités où elles prédominent.	1.1-Plaidoyer à l'endroit des chefs coutumiers dans les localités de la Donga , de l'Alibori, et du Borgou.	Tenue de séances de plaidoyer (09 séances)	% de réalisation des plaidoyers.	DDS MCZS EEZ	6	X	X	X	X
2. Renforcement de la sensibilisation, des exciseuses, des familles de la communauté et des adolescents et jeunes les localités concernées		2.1-Communication pour le changement de comportements à l'endroit des exciseuses. 2.2-Organisation de séances d'information à l'endroit des individus des familles et des communautés en faveur de l'élimination de MGF.	Tenue de séances de communication (45 séances)	% de réalisation des séances de communication à l'endroit des exciseuses, de la communauté et des familles.	DDS EEZ	9	X	X	X	X

3. Renforcement de l'implication de la société civile dans la lutte contre la MGF dans les localités concernées.		3.1-Renforcement des capacités et implication des associations de femmes	Formation des femmes et des ONG en techniques de mobilisation pour le changement de comportements. (15)	DDS EEZ							
		Renforcement des capacités d'action des ONG, confessions religieuses,, leaders d'opinions contre les MGF. Vulgarisation les lois relatives aux MGF Promotion du recours aux services de santé pour les soins, visant à limiter les conséquences néfastes.	Elaboration de messages et amplification (Radio, presses, médias populaire, dépliants, livrets)								
					18						

### 4.3 DOMAINE DE LA SANTE DU NOUVEAU-NE ET DE L'ENFANT (0 A 5 ANS).

#### 4.5.5 Sous-Programme PCIME

**Objectif Stratégique :** Soutenir le processus d'institutionnalisation de la PCIME en vue de réduire la mortalité néonatale, infantile et infanto juvénile

OBJECTIFS SPECIFIQUES	RESULTATS	ACTIONS	INDICATEURS DE		INST. RESP.	COUTS EN MILLION FCFA	CHRONOGRAMME 2011				
			PROCESSUS	RESULTATS			T1	T2	T3	T4	
STRATEGIE : Renforcement de la PCIME											
1. Institutionnaliser la PCIME	.L'approche PCIME est prestée avec une performance élevée dans toutes les formations sanitaires du Bénin.	1.1-Renforcement des compétences ou performances en planification/coordination des activités de PCIME au niveau des DDS,ZS, EEZ . (Coordination, organisation, plan d'action, suivi contrôle, supervision, analyse des données/résultats, gestion du système d'information, budgétisation, équipement infrastructure, logistiques, gestion des produits et maintenance.)	Formation ou recyclage des équipes de la DDS/ZS en gestion de la qualité des services. de PCIME offerts.	% de DDS , de ZS, de partenaires sociaux , ayant bénéficié de la formation ou des recyclages prévus. ( 60)	DSME DDS ZS EEZ	DDZS	12		X	X	X
		1.2-Renforcement des compétences ou des performances des EEZ en planification des activités de PCIME au sein de la communauté. .	Formation ou recyclage des EEZ en PCIME communautaire.	Idem			PM				





## 4.2 DOMAINE DE LA SANTE DU NOUVEAU-NE ET DE L'ENFANT (0 A 5 ANS).

### 4.5.6 Sous- Programme : Droits, Protection et développement de l'enfant

**Objectif Stratégique :** Promouvoir les droits des enfants et lutter contre les pratiques qui les déshumanisent et les privent de soins adéquats.

OBJECTIFS SPECIFIQUES	RESULTATS	ACTIONS	INDICATEURS DE		INST. RESP.	MILLION EN COÛTS FCFA	CHRONOGRAMME 2011			
			PROCESSUS	RESULTATS			T1	T2	T3	T4
STRATEGIE : le plaidoyer en faveur des droits et la couverture en matière de soins.										
1. Organiser des activités de mobilisation sociale en faveur de la survie de l'enfant.	Les communautés sont mobilisées pour le droit à la protection de l'enfant et sa santé	1.1-Organiser des séances de dissémination des lois? chartes et conventions relatives à la protection de la survie de l'enfant.	Diffusion par radios	Nombre de séances de diffusions réalisées sur prévues	DSME	1	X	X	X	X
		1.2-Plaidoyer en faveur du renforcement de la protection de l'enfant et de la valorisation des droits de l'enfant notamment les droits à la santé et aux soins spéciaux en faveur des enfants handicapés.	Communication	Nombre de Plaidoyer réalisé sur prévu		4	X	X	X	X
		1.3-Organiser des émissions radio diffusées et télévisuelles, spot sur le droit à la protection des enfants	Communication audio visuelle	Nombres d'émissions réalisées sur prévues		1	X	X	X	X
		1.4-Elaborer les affiches sur le droit à la protection des enfants	Affiches	Nombre d'affiches réalisées sur prévues		1	X	X	X	X
		1.5-Editer des dépliants résumant les lois chartes et conventions relatives à la protection de la survie de l'enfant.	Fasciles	Nombre de fascicules édités sur prévues		10	X	X	X	X
2. Promouvoir l'accès aux soins de santé aux enfants y compris les enfants handicapés.	Les enfants bénéficient de soins appropriés	2.1-Faire un plaidoyer pour la création de structures pilote spécialisée dans la prise en charge des enfants handicapés	Nombre de structures créées sur prévues		DSME	PM	X	X	X	X
						17				

## 4.6 DOMAINE SANTE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES

### 4.6.1 Sous-Programme : Sous-Programme Promotion de la SR des jeunes et adolescents

**Objectif Stratégique :** Faciliter l'accès des jeunes et adolescents aux services appropriés leur permettant de jouir d'une parfaite santé sexuelle et reproductive.

OBJECTIFS SPECIFIQUES	RESULTATS	ACTIONS	INDICATEURS DE		INST. RESP.	COUTS EN MILLION FCFA	CHRONOGRAMME 2011			
			PROCESSUS	RESULTATS			T1	T2	T3	T4
<b>STRATEGIE : Intensification de l'utilisation des services SR/ADO/J</b>										
1. Communication stratégique et mobilisation pour la promotion de la SRAJ/VIH/sida	Les conditions de vie des adolescents et jeunes sont améliorées au Bénin d'ici 2015	1.1-Ddisponibilités et la régularité des informations de qualité en SR/IST/VIH/sida au profit des adolescents et jeunes dans 20% des structures d'accueil des AJ chaque année.	Renforcement des centres d'accueil des jeunes.	Nombre de structures disposant des informations de qualité en SRAJ/VIH/sida	DSME/MS MJSL MFSN MAEP	10		X	X	X
		1.2-Renforcement de l'implication des élus locaux, des leaders communautaires et religieux dans les actions d'information sur la SR des adolescents et jeunes	Communication	Effectif de leaders communautaires menant des activités promotionnelles en SRAJ/VIH/sida	Mairie	92	X	X	X	X
		1.3-Accroissement chaque année, de 20%, la fonctionnalité de réseaux de pairs éducateurs en milieu rural, en milieu urbain et périurbain en CCC/SRAJ	Création de réseaux	% de réseaux de pairs éducateurs fonctionnels	DSME	24		X	X	X
		1.4-Accroissement de 10% chaque année la proportion d'adolescents et jeunes des différents groupes socio-culturels utilisant les services d'information de qualité sur la SR/IST/VIH/sida	Communication	Taux de fréquentation/utilisation des services d'information par les adolescents et jeunes Nombre de personnes âgées de 10-24 ans dépistées et ayant reçu leur résultat.	DSME	60		X	X	X
						186				
2. Accessibilité des jeunes aux services intégrés SRAJ et VIH/sida de qualité		2.1-Accroissement de 20% chaque année, le nombre de formations sanitaires disposant des services conviviaux et de qualité en SRAJ	Mise en place du paquet de services	% de formations sanitaires disposant des services conviviaux en SRAJ/VIH/sida	MJSL MS	44	X	X	X	X
		2.2-Renforcement du niveau de compétence technique des prestataires à divers niveaux du	Formation	% de prestataires et autres acteurs compétents pour l'offre de services de qualité	DSME/MS	50		X	X	X

		dispositif d'offre de services aux adolescents et jeunes		Nombre de gestionnaires de programmes compétents en management stratégique et opérationnel des programmes de SRAJ/VIH/sida						
		2.3-Accroissement de l'offre des services cliniques intégrés et conviviaux de santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes et la prise en charge adéquate des IST/VIH/sida	Valorisation des services auprès des jeunes	Taux de fréquentation par les ado et jeunes des services de <b>SR/IST/VIH/sida</b>	DSME CNLS	28	X	X	X	X
		2.4-Promotion de services de qualité de SRAJ/IST/VIH/sida au profit des groupes spécifiques (jeunes dans des cas des urgences humanitaires, des jeunes en situation de travail et les jeunes infectés par le VIH)	Implication des bénéficiaires	% de jeunes des groupes spécifiques pris en charge pour les activités d'information et des prestations de services en	DSME	5	X	X	X	X
						127				
3. Collaboration multisectorielle et Partenariat		3.1-Renforcement l'implication des Ministères sectoriels et la collaboration secteur public et secteur privé à la promotion de la <b>SRAJ</b> et du VIH ainsi que leur intégration	Plaidoyer	% de plaidoyers réalisés	DSME	4	X	X	X	X
		3.2- Renforcement les compétences des acteurs des structures d'offre de services intégrés <b>SR/VIH</b> spécifiques aux adolescents et jeunes	Formation	% de bénéficiaires	DSME	10	X	X	X	
						14				
4. Implication et responsabilisation des jeunes dans la promotion de la SSR/VIH/sida		4.1-Renforcement l'implication des structures de jeunes organisées à toutes les étapes du processus de prise de décision, de planification, de mise en œuvre et de suivi évaluation. 23	implication	% de structures de jeunes impliquées	DSME	3	X	X	X	X
		4.2-Accroissement de l'implication des organisations et réseaux de jeunes ainsi les jeunes à la réduction des diverses formes de violences faites aux filles et des	Implication	% de réseaux impliqués.	DSME	300	X	X	X	X

		pratiques dégradantes comme les mariages forcés ou précoces								
						303				
5. Plaidoyer et lobbying		5.1-Implication des leaders politiques, communautaires, religieux et partenaires sociotechniques et financiers sur les problèmes majeurs de la <b>SRAJ</b> , le <b>VIH</b> et leur intégration	Plaidoyer	% de séances réalisées	DSME	18	X	X	X	X
		5.2-Augmentation de 20 % chaque année les ressources nécessaires à la promotion des activités intégrées de <b>SRAJ/VIH/sida</b>	Apport de ressources	Taux d'augmentation	DSME	22	X	X	X	X
		5.3- Renforcement de l'environnement légal en faveur de SRAJ	Plaidoyer	% de séances réalisées.	DSME MJLDH	5	X	X	X	X
						45				
6. Coordination, Suivi et évaluation des interventions		6.1-Renforcement mécanisme de coordination des interventions en SRAJ et le VIH pour une grande efficacité sur le terrain	Apport de ressources	Taux de réalisation	DSME	30	X	X	X	X
		6.2-Renforcement de niveau de performance de l'ensemble du dispositif de la mise en oeuvre de la Stratégie Nationale Multisectorielle de la SRAJ et le VIH	Apport de ressources	Taux de réalisation	DSME	30	X	X	X	X
						60				

## 4.7 DOMAINE DE SANTE DE L'HOMME

### 4.7.1 Sous-programme : Promotion de l'implication de l'Homme

**Objectif Stratégique :** Contribuer à une meilleure prise en charge des dysfonctionnements sexuels des organes génitaux des hommes et à son implication en faveur de la santé sexuelle de son conjoint.

OBJECTIFS SPECIFIQUES	RESULTATS	ACTIONS / ACTIVITES	INDICATEURS DE		INST. RESP.	COUTS EN MILLION FCFA	CHRONOGRAMME 2011			
			PROCESSUS	RESULTATS			T1	T2	T3	T4
STRATEGIE : Amener l'homme à s'intéresser à la prise en charge médicale de sa santé sexuelle et aux questions de SR relatives à sa conjointe										
1. Intensifier la mobilisation des hommes pour leur santé sexuelle et celle du couple.	L'implication des hommes dans la SR est effective	1.1-Impliquer des ONG dans la diffusion et l'amplification d'informations spécifiques sur la santé sexuelle masculine et du couple, en milieu urbain, milieu de travail et par les mass média..	Communication stratégique par les mass médias	34 ONG sélectionnés/TDR	DSME	40	X	X	X	X
		1.2-Impliquer des ONG dans la diffusion et l'amplification d'information spécifiques sur la santé sexuelle masculine et du couple en milieu rural par les causeries, les radios communautaires et les systèmes traditionnels d'information les. Saynètes ...	Communication stratégique par les mass médias	34 ONG sélectionnés/TDR	DSME	40	X	X	X	X
2. Accessibilité des hommes et du couple aux services de qualité en matière de dysfonctionnement sexuel masculin.		2.1-Accroissement progressif du nombre de formations sanitaires disposant des services la prise en charge de la santé sexuelle des hommes et du couple à ses activités.	Mise en place du paquet de services	% de formations sanitaires disposant des services	DSME DDS ZS	40	X	X	X	X
		2.2-Renforcement du niveau de compétence technique des prestataires à divers niveaux du dispositif d'offre de services relative à la sexualité masculine et au couple.	Formation	% de prestataires compétents pour l'offre de services de qualité	DSME DDS ZS	50	X	X	X	X
		2.3-Promotion de prestation et de prévention des dysfonctionnements sexuels des hommes et du couple, en privilégiant l'approche centrée sur le patient.	Implication des bénéficiaires	Tx d'adhésion	DSME DDS ZS	PM	X	X	X	X
3. Implication et		3.1-Incitation à la création de	implication	% de structures de	DSME	60	X	X	X	X

responsabilisation des Hommes dans la promotion de la santé sexuelle masculine et du couple.		structures (ONG), organisées par des hommes et des femmes œuvrant pour la prise en charge de la santé sexuelle de l'Homme net du couple		jeunes impliquées	ZS					
		3.2-Accroissement de l'implication des organisations et réseaux d'Homme et de femmes à la réduction des entraves à l'accès des femmes aux consultations prénatales et au planning familial .	Implication	% de réseaux impliqués.	DSME					
						20	X	X	X	X
						250				

#### 4.8 DANS LE DOMAINE DES COMPOSANTES COMMUNES

##### 4.8.1 Sous-Programme Planification Familiale

**Objectif Stratégique :** Assurer une couverture optimale en services de planification familiale (PF) accessibles et de bonne qualité au Bénin.

OBJECTIFS SPECIFIQUES	RESULTATS	ACTIONS	INDICATEURS DE		INSTI. RESP.	COUTS EN MILLION FCFA	CHRONOGRAMME 2011			
			PROCESSUS	RESULTATS			T1	T2	T3	T4
STRATEGIE : Accroître l'utilisation des services de PF intégrés										
1.Renforcer la communication en matière de Planification Familiale	Porter le taux de prévalence contraceptive de 6 % en 2006 à 15 % en 2015.	1.1-Elaborer et mettre en œuvre un plan de plaidoyer en direction des décideurs à tous les niveaux	Communication	Plan de plaidoyer disponible.	DSME	8	x	x	x	x
		1.2-Elaborer et mettre en œuvre un plan intégré de mobilisation sociale et de Communication pour un Changement de Comportement	Communication	Plan intégré de mobilisation sociale et de CCC disponible	DDS	20	x	x	x	x
		Amener les hommes à adhérer à la Planification Familiale au Bénin	Communication	Nombre de couple reçus dans les services de PF	ZS	10	x	x	x	x
						38				
2.Améliorer l'accès aux services de PF de qualité à tous les niveaux		2.1-Renforcer la capacité des prestataires de soins en sécurisation des produits de la Planification Familiale	Formation	Proportion de prestataires formés sur la SPSR	DSME	24	x	x	x	x
		2.2-Réorganiser les services de santé pour une meilleure intégration de la PF	Application des normes et applications de nouveaux protocoles et régulations	Proportion de services avec une bonne intégration des activités PF	DDS	40	x	x	x	x

	2.3-Renforcer les compétences en PF de tous les prestataires de soins dans les formations sanitaires	Formation	Proportion de prestataires formés	ZS	20	x	x	x	x
	2.4-Améliorer l'accessibilité financière de la PF (Révision et vulgarisation de la grille tarifaire des produits contraceptifs)	Rapprochement de la grille salariale de la capacité contributive des populations	Grille tarifaire des Produits contraceptifs révisée à la baisse		12	x	x	x	x
	2.5-Assurer le monitoring et la supervision des activités de PF à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Rédaction des outils de supervision et de monitoring.	Nombre de monitoring et supervisions des activités PF réalisés par niveau		16	x	x	x	x
					112	x	x	x	x
	3.1- Renforcer le mécanisme de coordination des interventions de PF au niveau national	Révision des mécanismes existants et amélioration.	Nombre de réunions de coordination réalisées	DSME DDS ZS	100	x	x	x	x
	3.2-Améliorer l'enseignement de la PF dans les écoles de formation de base des professionnels de santé et des structures connexes (Ministères, ONG et tout autre intervenant en PF)	Formation	Accroissement de la masse horaire réservée à l'enseignement de la PF		60	x	x	x	x
	3.3-Mettre en place un groupe technique de coordination pour la sécurisation des Produits de la SR	Organisation du pilotage	Nombre de rapport d'activités		150	x	x	x	x



DANS LE DOMAINE DES COMPOSANTES COMMUNES

**Sous-Programme : Lutte contre les IST/VIH/SIDA**

**Objectif Stratégique : Promouvoir l'intégration et l'utilisation des services SSR et IST/VIH/Sida**

OBJECTIFS SPECIFIQUES	RESULTATS	ACTIONS	INDICATEURS DE		INSTIT. RESP.	FCFA ON MILLI SEN COUT	CHRONOGRAMME 2011			
			PROCESSUS	RESULTATS			T1	T2	T3	T4
STRATEGIE : Accroître l'accès aux services intégrés SSR et IST/VIH/Sida										
1. Renforcer le dépistage volontaire du PVVIH/SIDA	Augmenter le nombre de dépistage volontaire.	1.1-Renforcement de la prise en charge psychosociale des personnes infectées et affectées dans toutes les zones sanitaires.	Prise en charge	Réduction de l'impact psychosocial.	CNLS/DSME	12	X	X	X	X
		1.2-Installation d'une unité de dépistages volontaires et de traitement dans chaque commune du Bénin en ce qui concerne le VIH/SIDA	Identification et réalisation	% d'unités installées	CNLS/DSME	500		X	X	X
		1.3-Renforcement les équipements de tous les laboratoires et fourniture de TDR (Test de Diagnostic Rapide) à tous les patients	Evaluation	Des équipements complémentaires	CNLS/DSME	1000		X	X	
		1.4-Formation /recyclage du personnel de tous les laboratoires.	Formation /recyclage	% de techniciens formés	DSME	16		X	X	
						<b>1528</b>				
2. Renforcer la prise en charge médicale des PVVIH/SIDA	Réduire la prévalence du VIH/SIDA	2.1-Formation /recyclage du personnel sur la prise en charge des malades	Formation	% de techniciens formés	DSME	6	X	X	X	X
		2.2-Formation/recyclage des personnels de tous les centres de santé sur la prise en charge du paludisme	Formation	% de techniciens formés	DSME	6	X	X	X	X
		2.3-S'approvisionner régulièrement en médicaments ARV, pour couvrir un besoin à 10.000 malades environ.	gestion de stock.	Taux de rupture	DSME/PNLS	200	X	X	X	X
		2.4-Développement de la recherche opérationnelle sur les IST/VIH/SIDA	Rédaction de protocoles	% de recherches réalisées	DSME	200	X	X	X	X
						<b>412</b>				
3. Amélioration de la qualité de la prise en	Réduire l'incidence des IST	3.1-Promouvoir la recherche en augmentant les crédits alloués	Plaidoyer		DSME ,ZS	PM	X	X	X	X

charge des IST par l'approche syndromique et le renforcement des capacités du personnel de santé		3.2-Formation /recyclage de tous les prestataires publics et privés sur la prise en charge des IST selon l'approche syndromique.	Formation /recyclage	% de formation	DSME	PM					
							X	X	X	X	
		3.3-Promotion de l'utilisation des condoms masculins et féminins de manière holistique.	Distribution holistique	Quantité cédés	DSME, PNLS	PM					
						PM	X	X	X	X	
4. Mise à l'échelle du programme de réduction de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH	Baisser le pourcentage de transmission Mère enfant.	4.1-Installer une unité de PTME dans chacune des maternités du Bénin	Installation								
		4.2-Renforcement des équipements de tous les laboratoires et fourniture de TDR (Test de Diagnostic Rapide) à tous les patients	Identification	Taux d'installation		1500	X	X	X	X	
		4.3-Former /recycler les personnels de tous les laboratoires		Formation		20		X	X	X	
		4.4-Former /recycler des personnels de tous les centres de santé sur la prise en charge du paludisme	Formation	% de Formation		20		X	X	X	
						1540					
5. Extension de la prévention de la transmission sexuelle du VIH		5.1-Intensification les actions d'IEC en direction de la population intensification des interventions de sensibilisation /communication et la promotion des préservatifs	Séance d'IEC	% d'IEC réalisé		20	X	X	X	X	
		5.2-Renforcement de la sécurité transfusionnelle et des précautions universelles pour la prévention de la transmission sanguine	Tester les poches de sang avant accouchement.	% de sang testé		100	X	X	X	X	
		5.3-Intégration des activités de lutte contre le VIH/sida la tuberculose et le paludisme, aux services de santé sexuelle des adolescents/ jeunes et aux service de réduction de la mortalité maternelle. Et de la SR hommes/couple	Stratégie d'intégration	Intégration effective à tous les services SR , de la lute contre le VIH/SIDA		PM	X	X	X	X	
						120					
6. Surveillance	Evaluation de la séroprévalence.	6.1-Développement de la surveillance épidémiologique de deuxième génération	Base de données	Taux de séroprévalence		40	X	X	X	X	
						3 600					

#### 4.5 DANS LE DOMAINE DES COMPOSANTES COMMUNES

##### 4.8.2 Sous-Programme de nutrition

**Objectif Stratégique :** Promouvoir une nutrition/alimentation adéquate des femmes, des enfants de 0 à 5 ans et des filles durant tout leur cycle de vie.

OBJECTIFS SPECIFIQUES	RESULTATS	ACTIONS	INDICATEURS DE		INST. RESP.	COUTS EN MILLION FCFA	CHRONOGRAMME 2011			
			PROCESSUS	RESULTATS			T1	T2	T3	T4
STRATEGIE : Education Nutritionnelle et supplémentation										
1. Intensifier la communication pour une alimentation saine, A.	Etat nutritionnel amélioré au niveau de l'enfants .	1.1-Vulgarisation du PMA Nutrition. 1.2 -Intégration de la communication en faveur la de la nutrition et de la supplémentation aux activités de CPN et de la CPoN voire à la PECIME dans toutes les formations sanitaires 1.3-Renforcement de l'adhésion à l'allaitement maternel	Nutrition. dans CPN/CPoN	%de Fosa faisant effectivement la CCC en nutrition.	DSME DDS ZS/FOSA	40	X	X	X	X
2. Lutter contre les tabous alimentaires entravant l'alimentation des enfants.		2.1-Sensibilisation des individus des familles et de la communauté sur l'utilisation des trois groupes d'aliments chez les enfants et les femmes enceintes.	Mobilisation sociale	% Fosas menant des activités de sensibilisation./nutrition		40	X	X	X	X
3. Renforcement de la réduction des affections liées à la carence chez l'enfant dans toutes les FOSA.		3.1-Promouvoir la consommation de sel iodé 3.2-Promotion de la consommation des aliments locaux riches en micronutriments Fe, iode, Vit A.	Prescription d'apports nutritifs	% de maladies carencielles chez l'enfant.		40	X	X	X	X
						<b>120</b>				

DOMAINE DES COMPOSANTES COMMUNES

**4.8.3 Sous-Programme : Vaccination**

**Objectif Stratégique :** Améliorer la couverture vaccinale pour les antigènes du PEV

OBJECTIFS SPECIFIQUES	RESULTATS	ACTIONS / ACTIVITES	INDICATEURS DE		INST. RESP.	COUTS EN MILLION FCFA	CHRONOGRAMME 2011				
			PROCESSUS	RESULTATS			T1	T2	T3	T4	
<b>STRATEGIE : PEV</b>											
1. Renforcer les activités du PEV de routine.	% d'enfants de 1 an vaccinés /rougeole passe de 99% à 100%	11- Assurer la couverture de toutes les zones sanitaires en matière de vaccination.	La couverture	% zones couvertes	DNPEV DSME	100	X	X	X	X	
		1.2- Intégration d'activités à la vaccination (prévention paludisme Tbc, supplémentation).	La campagne de vaccination est intensifiée	Séances de vaccination. intégrées	DNPEV	PM	X	X	X	X	
2. Renforcer l'adhésion des populations aux vaccinations du PEV et plus.		2.1-Renforcer les compétences en maintenance de chaîne de froid. 2.2-Intensifier les campagnes de vaccination surtout dans les zones de faibles taux, où les zones connaissant une baisse du taux de couverture. 2.3-Organiser des rencontres avec les autorités politiques, parlementaires, et les associations, en faveur de l'apport de ressources additionnelles.	l'accroissement des ressources	Plaidoyer et amplification  %couverture							
						20	X	X	X	X	
						120					

#### 4.5 DOMAINE DES COMPOSANTES COMMUNES

##### 4.8.4 Sous-Programme : Prévention des infections

**Objectif Stratégique :** Promouvoir la prévention des infections nosocomiales (PIN) dans les formations sanitaires publiques et privées au Bénin

OBJECTIFS SPECIFIQUES	RESULTATS	ACTIONS / ACTIVITES	INDICATEURS DE		INST. RESP.	COUTS EN MILLION FCFA	CHRONOGRAMME 2011			
			PROCESSUS	RESULTATS			T1	T2	T3	T4
STRATEGIE : Promouvoir et couvrir toutes les formation sanitaires en matière de prévention effective des infections .										
1. Organiser la lutte contre les infections nosocomiales	100% des Fosa pratiquent des activités de prévention des Infection d'ici 2015.	1.1- Conception et mise œuvre par chaque formation sanitaire d'un programme de PIN avec 1.2-Elaboration des plans d'actions qualité et sécurité des soins 1.3-Renforcement des capacités de coordination des structures de gestion de lutte contre les Infections Nosocomiales.	Ateliers/consultations (4 )		DSME DDS FOSA	15	X	X	X	X
2. Prévenir les affections nosocomiales et les infections croisées dans les milieux hospitaliers, en ciblant les formations sanitaires privées et publiques.		2.1-Promotion de l'observance des précautions « standard»	Elaboration Des. des protocoles		Des plans d'action sont élaborés.	4	X	X	X	X
		2.2-Renforcement de la maîtrise des risques infectieux liés à l'environnement hospitaliers (Désinfection-stérilisation des dispositifs médicaux, bio nettoyage, déchets biomédicaux, traitement du linge, l'eau et l'air....)	Formation							
		2.3-La prévention des infections associées aux actes de soins (invasifs) est améliorée	Supervision /monitorage							
		2.4-Renforcement de l'utilisation des outils pratiques d'aide à l'observance de recommandations sur les actes à haut risque infectieux.								
3. Capitaliser les acquis		3.1-Organisation et animation de réseaux de surveillance des infections associées aux soins	Consultation/ateliers (4 par an			10	X	X	X	X
		3.2-Renforcement la surveillance épidémiologique des infections associées aux soins	). De bonnes pratiques sont documentées							
		3.3-Renforcement de la performance du réseau de surveillance des infections associées aux soins								
						29				

#### 4.6. DOMAINE DES COMPOSANTES D'APPUI

##### 4.6.1. Sous-Programme Communication pour le Changement de Comportement (CCC)

##### 4.6.1.1. Objectif Stratégique : Contribuer à l'adoption d'attitudes et de comportements favorables à la SR à tous les niveaux

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		INST. RESP.	Coûts en Million Fcfa	CHRONOGRAMME 2011				
			Processus	Résultats			T1	T2	T3	T4	
<b>a. Stratégie Coordination unifiée de la CCC en SR et de la Communication pour la réduction de la mortalité MNI (C_RMMNI)</b>											
1. Accroître de 50% (fin 2015) le nombre d'activités CCC en SR et C_RMMNI qui sont conjointement appuyées dans les ZS par les PTFs et les Ministères concernés	Un comité interministériel de coordination de la CCC en SR et de Communication pour la RMMNI (CIC/CCC_SR – C_RMMNI) est mis en place	1.1-Arrêté interministériel portant création et fonctionnement du CIC/CCC_SR – C_RMMNI)	% de séances de concertation et de coordination du CIC/CCC_SR – C_RMMNI organisées avec ordre du jour et compte rendu	% d'activités du POQU 2011-2015 CCC_SR – C_RMMNI conjointement financées par les PTFs	DSME/MS	0,5	X				
	Un Plan Opérationnel Quinquennal Unifié (POQU) 2011-2015 de la CCC_SR – C_RMMNI est élaboré et vulgarisé		% des PTFs et ONGs concernées qui ont participé à la validation		DSME/MS UNFPA Autres Ministères	0,5	X				
			% de ZS qui ont participé à la validation et à la Vulgarisation		DSME/MS UNFPA Autres Ministères	4	X				
<b>b. Stratégie Mise en œuvre du Plan Opérationnel Quinquennal Unifié (POQU) 2011-2015 de la CCC SR et de la C_RMMNI</b>											
<b>Renforcement des capacités des acteurs (Décideurs et Gestionnaires, Prestataires publiques et privés, ONG, et Associations, Structures communautaires, leaders d'opinion) en CCC/ SR et réduction de la mortalité MNI</b>											
2. Accroître de 40% en fin 2015 les comportements favorables à la SR et RMMNI chez les : · Décideurs, Gestionnaires, prestataires publiques et privés ONGs et Associations Communautés et dans les ménages	80% des gestionnaires et prestataires de services et soins de santé sont formés sur les activités, méthodes et outils de CCC_SR et C_RMMNI	2.1-Sessions de formation en cascade des décideurs, gestionnaires, prestataires, ONGs et Associations sur - les activités, méthodes et outils de CCC_SR et C_RMMNI - Normes et procédures de la CCC_SR et C_RMMNI	Nombre de sessions de formation planifiées et réalisées par palier de la pyramide sanitaire	% de gestionnaires et de prestataires, ONG et Associations qui ont acquis les compétences requises en CCC_SR et C_RMMNI	DSME/MS DDS ZS	24 (4x6 départements)	X	X	X		
	En fin 2015 tous les CHD, et 100% des formations sanitaires publiques et 50% des FS privées des zones sanitaires disposent des normes et procédures	2.2-Acquisition et distribution des équipements requis de la CCC_SR et C_RMMNI	% de CHD, HZ, CS, Cliniques privées, ONGs et Associations où les gestionnaires et les prestataires	% de gestionnaires et prestataires des CHD, HZ et CS qui appliquent les normes et procédures de SR et de Réduction de la MMNI	DSME/MS DDS ZS	100 (5 CHD + 34 ZS)	X	X	X		

	et de matériels et équipement requis de la CCC_SR et C_RMMNI		bénéficient de sessions de tutorat et de supervision par les pairs							
						5				

#### 4.6.2. Sous-Programme Renforcement Institutionnel et gestion des politiques, programmes et services SR

##### 1.6.2.2. Objectif Stratégique : Renforcer les politiques SR (les programmes, les stratégies et les paquets de services SR) ainsi que la coordination du PNSR

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		INST. RESP.	Coûts en Million Fcfa	CHRONOGRAMME 2011				
			Processus	Résultats			T1	T2	T3	T4	
<b>a. Stratégie Coordination unifiée de la CCC en SR et de la Communication pour la réduction de la mortalité MNI (C_RMMNI)</b>											
1. Accroître de 50% (fin 2015) le nombre d'activités CCC en SR et C_RMMNI qui sont conjointement appuyées dans les ZS par les PTFs et les Ministères concernés	Un comité interministériel de coordination de la CCC en SR et de Communication pour la RMMNI (CIC/CCC_SR – C_RMMNI) est mis en place	1.1-Arrêté interministériel portant création et fonctionnement du CIC/CCC_SR – C_RMMNI	% de séances de concertation et de coordination du CIC/CCC_SR – C_RMMNI organisées avec ordre du jour et compte rendu	% d'activités du POQU 2011-2015 CCC_SR – C_RMMNI conjointement financées par les PTFs	DSME/MS	0,5	X				
	Un Plan Opérationnel Quinquennal Unifié (POQU) 2011-2015 de la CCC_SR – C_RMMNI est élaboré et vulgarisé		% des PTFs et ONGs concernées qui ont participé à la validation		DSME/MS UNFPA Autres Ministères	0,5	X				
			% de ZS qui ont participé à la validation et à la Vulgarisation		DSME/MS UNFPA Autres Ministères	4	X				
<b>b. Stratégie Mise en œuvre du Plan Opérationnel Quinquennal Unifié (POQU) 2011-2015 de la CCC SR et de la C_RMMNI</b>											
<b>Renforcement des capacités des acteurs (Décideurs et Gestionnaires, Prestataires publiques et privés, ONG, et Associations, Structures communautaires, leaders d'opinion) en CCC/SR et réduction de la mortalité MNI</b>											
2. Accroître de 40% en fin 2015 les comportements favorables à la SR et RMMNI chez les : - Décideurs, - Gestionnaires, - prestataires publiques et privés - ONGs et Associations - Communautés et dans les ménages	80% des gestionnaires et prestataires de services et soins de santé sont formés sur les activités, méthodes et outils de CCC_SR et C_RMMNI	2.1-Sessions de formation en cascade des décideurs, gestionnaires, prestataires, ONGs et Associations sur - les activités, méthodes et outils de CCC_SR et C_RMMNI - Normes et procédures de la CCC_SR et C_RMMNI	Nombre de sessions de formation planifiées et réalisées par palier de la pyramide sanitaire	% de gestionnaires et de prestataires, ONG et Associations qui ont acquis les compétences requises en CCC_SR et C_RMMNI	DSME/MS DDS ZS	24 (4x6 départements)	X	X	X		
	En fin 2015 tous les CHD, et 100% des formations sanitaires publiques et	2.2-Acquisition et distribution des équipements requis de la CCC_SR et C_RMMNI	% de CHD, HZ, CS, Cliniques privées, ONGs et	% de gestionnaires et prestataires des CHD, HZ et CS qui appliquent	DSME/MS DDS ZS	100 (5 CHD + 34 ZS)	X	X	X		

	50% des FS privées des zones sanitaires disposent des normes et procédures et de matériels et équipement requis de la CCC_SR et C_RMMNI		Associations où les gestionnaires et les prestataires bénéficient de sessions de tutorat et de supervision par les pairs	les normes et procédures de SR et de Réduction de la MMNI						
						5				

#### 4.6. DOMAINE DES COMPOSANTES D'APPUI

##### 4.6.3. Sous-Programme Accroissement et Gestion rationnelle des Ressources Financières – Humaines – Matérielles

4.6.3.2. Objectif Stratégique : Doter le PNSR 2011-2015 de Ressources Financières - Humaines - Matérielles requises et sécurisées, gérées de manière rationnelle

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		INST. RESP.	Coûts en Million Fcfa	CHRONOGRAMME 2011			
			Processus	Résultats			T1	T2	T3	T4
<b>a. Stratégie Appui institutionnel au Ministère de la Santé en matière de gestion, et de coordination des programmes SR</b>										
3. Accroître la performance globale du PNSR2011-2015 à travers une gestion et une coordination unifiées axées sur les résultats	Le PNSR 2011-2015 est dotée d'une coordination unifiée et de procédures de gestion axée sur les résultats	3.1-Organisation d'un forum d'harmonisation et de refonte des différents organes et comités nationaux et départementaux de coordination et de gestion des différentes composantes de la SR	Taux de participation des acteurs de la SR au forum d'harmonisation et de refonte des organes de coordination et de gestion de la SR	% de structures décentralisées des ministères impliqués dans la SR, des Municipalité, des ONGs, des formations sanitaires et des organisations à base communautaire qui appliquent les normes et procédures SR et les Directives de la CNCGU _ PNSR 2011-2015.	DSME/MS UNFPA	3	X			
	Un Comité National de Coordination et de Gestion Unifiée de la PNSR 2011-2015 doté d'un cahier de charge précis est installé et est fonctionnel.	3.2-Prise d'un décret/arrêté interministériel portant création, constitution et fonctionnement d'un Comité National de Coordination et de Gestion unifiées de toutes les composantes de la SR (CNCGU _ PNSR 2011-2015)	Disponibilité du Plan de travail 2012-2015 du CNCGU _ PNSR 2011-2015	% de structures décentralisées des ministères impliqués dans la SR, des Municipalité, des ONGs, des formations sanitaires et des organisations à base communautaire qui appliquent les CNCGU _ PNSR 2011-2015.	Conseil des Ministres DSME/MS	0	X			
						3				

#### 4.6.5 Sous-Programme Recherche-Action

##### 4.6.4.2. Objectif Stratégique : Promouvoir la recherche action en SR à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		INST. RESP.	Coûts en Million Fcfa	CHRONOGRAMME 2011					
			Processus	Résultats			T1	T2	T3	T4		
<b>a. Stratégie Appui institutionnel au Ministère de la Santé en matière de gestion, et de coordination des programmes SR</b>												
3. Accroître la performance globale du PNSR2011-2015 à travers une gestion et une coordination unifiées axées sur les résultats	Le PNSR 2011-2015 est dotée d'une coordination unifiée et de procédures de gestion axée sur les résultats	3.1-Organisation d'un forum d'harmonisation et de refonte des différents organes et comités nationaux et départementaux de coordination et de gestion des différentes composantes de la SR	Taux de participation des acteurs de la SR au forum d'harmonisation et de refonte des organes de coordination et de gestion de la SR	% de structures décentralisées des ministères impliqués dans la SR, des Municipalité, des ONGs, des formations sanitaires et des organisations à base communautaire qui appliquent les normes et procédures SR et les Directives de la CNCGU _ PNSR 2011-2015.	DSME/MS UNFPA	3	X					
	Un Comité National de Coordination et de Gestion Unifiée de la PNSR 2011-2015 doté d'un cahier de charge précis est installé et est fonctionnel.	3.2-Prise d'un décret/arrêté interministériel portant création, constitution et fonctionnement d'un Comité National de Coordination et de Gestion unifiées de toutes les composantes de la SR (CNCGU_ PNSR 2011-2015)	Disponibilité du Plan de travail 2012-2015 du CNCGU _ PNSR 2011-2015	% de structures décentralisées des ministères impliqués dans la SR, des Municipalité, des ONGs, des formations sanitaires et des organisations à base communautaire qui appliquent les CNCGU _ PNSR 2011-2015.	Conseil des Ministres DSME/MS	0	X					
						3						

#### 4.6.5 Sous-Programme Intégration des Services de SSR aux autres services de santé offerts

##### 4.6.6.2 Objectif Stratégique : Promouvoir l'intégration et le continuum des services et soins SR

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		INST. RESP.	Coûts en Million Fcfa	CHRONOGRAMME 2011			
			Processus	Résultats			T1	T2	T3	T4
<b>Stratégie</b> Promotion du financement basé sur les résultats/ gestion axée sur les résultats										
1. <b>Accroître la disponibilité du personnel de santé, la disponibilité des Ressources Financières et Matériels dans les structures de prestations de services SR, ainsi que la qualité des prestations SR offertes</b>	100% des structures de prestations de services SR où est instaurée la FBP disposent d'au moins 80% des Ressources Humaines Financières et Matérielles requises	1.1-Organisation de séances Intégration des interventions SSR dans le Plan Opérationnel Quinquennal des Projets de FBP en cours au Bénin dans les zones sanitaires	Nombre de séances d'intégration des interventions SSR dans les Plans Opérationnels Quinquennaux des Projets de FBP planifiées et réalisées % ZS couvertes par FBP où les séances d'intégration des interventions SSR dans leurs Plan Opérationnels Quinquennal ont été organisées	Taux de disponibilité des ressources matérielles dans les structures de prestations de services SSR des ZS couvertes par le FBP Niveau d'autonomie financière des structures prestation SSR couvertes par le FBP	SGM DSME CICG_PNSR Unités de Gestion des projets FBP DDS EEZs	3	X			
	100% des agents de santé sous contrat de performance sont disponibles à leurs postes de travail	1.2-Elaboration, Validation et Mise en œuvre d'un Plan de Monitoring de la Performance du personnel de santé sous contrat de performance et des structures de prestations de SR couvertes par le FBP		Taux de disponibilité des médecins spécialistes, Sages-femmes et Infirmières dans les structures de prestations de services SSR couvertes par le FBP	SGM DSME CICG_PNSR Unités de Gestion des projets FBP DDS EEZs	10		X	X	X

		1.3-Evaluation à mi-parcours de l'intégration des SSR aux projets de FBP	% de structures de prestations de services SSR ayant bénéficié des évaluations à mi parcours et finale		SGM DSME CICG_PNSR Unités de Gestion des projets FBP UNPFA	3			X	
		1.4-Evaluation finale de l'intégration des SSR aux projets de FBP				4				
		1.5-Capitalisation des meilleures pratiques en matière d'intégration des SSR aux projets de FBP	% de meilleures pratiques identifiées et documentées	% meilleures pratiques qui ont bénéficié d'un passage à l'échelle	SGM DSME CICG_PNSR Unités de Gestion des projets FBP UNPFA	10				X
Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		IST. RESP.	Coûts en Million Fcfa	CHRONOGRAMME			
			Processus	Résultats			T1	T2	T3	T4
<b>Stratégie Sécurisation des produits de santé de la reproduction</b> (Elaboration, validation et mis en œuvre d'une politique d'acquisition, de répartition et de gestion des matériels et équipement SR)										
<b>[cf. PLAN STRATEGIQUE 2010-2015 DE SECURISATION DES PRODUIS DE SANTE DE LA REPRODUCTION ET DE PROGRAMMATION HOLISTIQUE DES PRESERVATIFS AU BENIN</b>										
<b>Stratégie Renforcement des ressources humaines et des capacités en gestion des ressources humaines en SR</b>										
2. Accroître et Maintenir l'effectif des prestataires de SR qualifiés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Les besoins en Ressources Humaines (RH) qualifiées pour l'atteinte des objectifs et résultats du PNSR2011-2015 sont satisfaits à plus de 60% des DDS, ZS et structures de prestation de services SR sont satisfaits	2.1-Revue et réorientation des programmes de formation des gestionnaires et catégories de prestataires des services de SR	Nombre de programmes de formation des gestionnaires et prestataires des services SR revus et réorientés		DRH/MS	5		X		



		2.6-Mise en place à chaque palier de la pyramide sanitaire d'un mécanisme de suivi et d'évaluation de la carrière des personnels de santé				5	X	X	X	X
Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		INST. RESP.	Coûts en Million Fcfa	CHRONOGRAMME			
			Processus	Résultats			T1	T2	T3	T4
<b>Stratégie Plaidoyer pour un accroissement de la part du Budget National allouée à la santé et particulièrement celle destinée à la SR</b>										
3. Accroître les fonds du Budget National alloués à la SR particulièrement destinée à la réduction de la mortalité maternelle, de la mortalité néonatale, de la mortalité néonatale, et de la mortalité des enfants de 0-5ans	15% du Budget National est alloué à la Santé (et au mieux à 34 \$US par habitant)	3.1-Elaboration d'un plan et des outils de plaidoyer par rapport à la SR	Nombre de réunions de sensibilisation des décideurs en faveur de l'accroissement des fonds alloués à la SR planifiées et organisées.	Taux d'accroissement des fonds du budget annuel alloués à la santé Taux d'accroissement de la part du budget de la santé consacré à la SR	DSME/MS UNFPA CICG_PNSR Ministère Economie et Finances	3	X	X		
	Une ligne budgétaire à la Santé de la Reproduction est spécifiquement inscrite dans le budget national	3.2-Organisation régulièrement des réunions de sensibilisation des décideurs à tous les niveaux en faveur de · la réduction de la MMNE5 · l'accroissement à 15% du budget de la Santé · l'inscription d'une ligne budgétaire destinée à la SR	% de décideurs ciblés ayant participé aux réunions de sensibilisation en faveur de l'accroissement des fonds alloués à la SR planifiées et organisées.	Taux d'accroissement de la part des fonds SR affecté aux SONU Taux d'accroissement de la part des fonds SR affecté à la sécurisation des Produits SR		10		X	X	X
		3.3-Evaluation annuelle du niveau du budget alloué à la Santé et à la SR				3			X	X
						120				



#### 4.6.7 Sous-Programme Développement du Partenariat

4.6.6.2 **Objectif Stratégique** : Développer un partenariat stratégique entre les acteurs du programme SR y compris la participation effective de la communauté dans la gestion des problèmes de santé notamment ceux de la mère et de l'enfant

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		INST. RESP.	Coûts en		CHRONOGRAMME 2011			
			Processus	Résultats		Million Fcfa	T1	T2	T3	T4	
<b>a. Renforcement du partenariat Privé-public, prestataires- bénéficiaires, Jeunes et Adolescents, structures décentralisées du MS et organisations communautaires</b>											
1. Accroître la disponibilité des ressources, l'Offre et l'Utilisation du Paquet Optimal d'Interventions Obstétricales et Néonatales à Haut Impact	30% des ressources financières disponibles pour la SR proviennent des partenaires nationaux autres que le budget national et les FTfs Au moins 20% des Ressources Humaines (gestionnaires et Prestataires des services SR) exerçant dans le public au niveau opérationnel sont financées par les partenaires locaux	1.1-Mobilisation des Ressources Financières et Humaines SR auprès des partenaires nationaux (hors budget MS, et PTFs) / Diversification des Sources de Financement	% de partenaires nationaux qui participent au financement du PNSR 2011-2015	Taux d'accroissement des ressources financières mobilisées par les partenaires nationales pour la mise en œuvre du PNSR 2011-2015  % des Ressources Humaines (gestionnaires et Prestataires des services SR) exerçant dans le public au niveau opérationnel financées par les partenaires locaux	DSME/MS CICG_PNSR 2011-2015 UNFPA ONGs Patronat Associations Caritatives Associations Religieuses SR	5	X	X	X	X	X
<b>b. Renforcement, expansion et maintien de la participation communautaire à la mise en œuvre du PNSR 2011-2015R</b>											
2. Accroître les capacités des communautés à gérer les problèmes de SR	80% des comités de santé des ZS et de conseils municipaux qui ont inscrit dans leurs Plans de Développement et Plans de Travail Annuel des activités du PNSR 2011-2015	2.1-Mobilisation des comités de santé des ZS, et des autorités municipales pour leur participation effective à la mise en œuvre du PNSR 2011-2015	% de comité de santé des ZS et de conseils municipaux qui participent aux séances de mobilisation pour leur participation effective à la mise en œuvre du PNSR 2011-2015	% de comité de santé des ZS et de conseils municipaux qui ont inscrit dans leurs Plans de Développement et Plans de Travail Annuel des activités du PNSR 2011-2015	CICG_PNSR2011-2015 DZS/MS DDS ZS Mairies	64	X	X	X	X	X

	Plus de 70% des villages disposent de mécanismes communautaires de résolution des problèmes de santé de la mère et de l'enfant et de services SR à base communautaire	2.2-Promotion de l'identification et la résolution des problèmes de santé de la mère et de l'enfant par la communauté	% de villages où des sessions d'identification des problèmes de santé de la mère et de l'enfant par la communauté sont organisées	% de villages où les communautés ont mis en œuvre des solutions aux problèmes de santé de la mère et de l'enfant qu'elles ont identifiés	DDS ZS Mairies					
		2.4-Promotion de l'engagement des communautés dans la gestion des structures de santé	% qui disposent de structures communautaire de cogestion				PM	X	X	X
						PM	X	X	X	X
						69				

#### 4.7 DOMAINE CAPITALISATION DES EXPERIENCES ET MEILLEURES PRATIQUES

##### 4.7.1. Sous-programme Documentation et vulgarisation des expériences et meilleures pratiques

##### 4.7.1.2 Objectif Stratégique : Capitaliser les meilleures pratiques en SR à tous les niveaux

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		INST. RESP.	Coûts en	CHRONOGRAMME 2011			
			Processus	Résultats		Million Fcfa	T1	T2	T3	T4
<b>a. Stratégie : Renforcement des capacités du système de santé à capitaliser les expériences et les meilleures pratiques en SR</b>										
1. Accroître les capacités du système de santé à capitaliser les expériences et meilleures pratiques en SR	Plus de 75% des structures centrales et décentralisées du MS, et des formations sanitaires disposent des capacités requises pour capitaliser les expériences et meilleures pratiques SR	1.1. Développement et validation d'un canevas et des outils de documentation des meilleures pratiques SR	Nombre de sessions de développement et de validation planifiées et organisées	% des structures de gestion et de prestation des services SR qui disposent du canevas et des outils de documentation des expériences et meilleures pratiques en SR % des structures de gestion et de prestation des services SR où le personnel a les compétences requises pour documenter les expériences et meilleures pratiques en SR	DSME Coordonnateurs des Programmes DZS CICG_PNSR 2011-2015 UNFPA DDS, ZS	3	X	X		
<b>b. Documentation et Vulgarisation des 13 meilleures pratiques en SR recensées au Bénin</b>										

2. Assurer l'utilisation des 13 meilleures pratiques SR par les structures de gestion et de prestation des services SR	Plus de 70% des structures de gestion et de prestation des services SR ont intégré dans leurs Plans d'actions annuels des meilleures pratiques documentées	2.1-Organisation de la documentation des 13 meilleures pratiques en SR - Collecte des données complémentaires si nécessaire et validation des pratiques - Rédaction de documents, et Production des supports virtuels et audio et vidéo sur les 13 meilleures pratiques - Organisation des séances de validation des productions	% des structures de gestion et de prestation des services SR où le personnel a documenté au moins 3 des « 13 meilleures pratiques » en SR	% des structures de gestion et de prestation des services SR qui ont intégré dans leurs Plans d'actions annuels des meilleures pratiques documentées	CICG_PNSR2011-2015 DZS/MS DDS ZS Mairies					
						64	X	X	X	X
						67				

#### 4.7.2. Sous-programme Institutionnalisation et Passage à l'échelle

##### 4.7.2.2. Objectif Stratégique : Promouvoir l'institutionnalisation des 13 meilleures pratiques aux niveaux central, intermédiaire et périphérique

Objectifs spécifiques	Résultats	Actions / Activités	Indicateurs		Institutions / Personnes responsables	Coûts en Million Fcfa	CHRONOGRAMME 2011			
			Processus	Résultats			T1	T2	T3	T4
			a. Plaidoyer en faveur de l'institutionnalisation et le passage à l'échelle des 13 meilleures pratiques SR							
1. Accélérer l'atteinte des objectifs/ résultats du PNSR 2011-2015 pour l'utilisation des meilleures pratiques lors de la mise œuvre des interventions SR	Un arrêté ministériel portant institutionnalisation et passage à l'échelle des 13 meilleures pratiques SR est pris et une feuille de route élaborée	1.1-Organisation de séances de sensibilisation du cabinet du Ministère de la Santé en faveur de l'institutionnalisation et du passage à l'échelle des 13 meilleures pratiques SR	Nombre de séances de sensibilisation planifiées et organisées		SG/MS, DSME CICG_PNSR2011-2015 UNFPA OMS	5	X	X		
						5.				



**RECAPITULATIF PLAN ANNUEL 2011 DU PNSR 2011-2015: DOMAINES , SOUS-PROGRAMME, MONTANT;**

Le présent PNSR 2011-2015 en cours d'élaboration est structuré en huit (7) Domaines Prioritaires et 20 Sous programmes répartis comme suis :

	DOMAINES	SOUS PROGRAMME	MONTANT (CFA) x million
1	DOMAINE DE LA SANTE DE LA FEMME		8914
		Sous-Programme Maternité à moindre risque.	8659
		Sous-Programme Prévention avortement et Soins après avortement	237
		Sous-Programme Lutte contre les Mutilations Génitales Féminines (MGF)	18
2	DOMAINE DE LA SANTE DU NOUVEAU-NE ET DE L'ENFANT (0 A 5 ANS)		109
		Sous-Programme PCIME	92
		Sous –programme : Droits, Protection et développement de l'enfant	17
3	DOMAINE SANTE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES		60
		Sous – programme Promotion de la SR des jeunes et adolescents	60
4	DOMAINE DE SANTE DE L'HOMME		250
		Sous-Programme Promotion de l'implication des hommes dans la SR	250
5	DANS LE DOMAINE DES COMPOSANTES COMMUNES		4557
		Sous-Programme Planification Familiale	688
		Sous-Programme de lutte contre les IST/VIH/SIDA	3600
		Sous-Programme de nutrition	120
		Sous-programme Vaccination	120
		Sous-Programme Prévention de l'infection	29
6	DOMAINE DES COMPOSANTES D'APPUI		99
		Sous-Programme Communication pour le Changement de Comportement (CCC)	5
		Sous-Programme Renforcement Institutionnel et gestion des politiques, programmes et services SR	5
		Sous-Programme Accroissement et Gestion rationnelle des Ressources Financières – Humaines – Matérielles	3
		Sous-Programme Recherche-Action	3
		Sous-Programme Intégration des Services de SSR aux autres services de santé offerts	14
		Sous-Programme Développement du Partenariat	69
7	DOMAINE CAPITALISATION DES EXPERIENCES ET MEILLEURES PRATIQUES		72

		Sous-programme documentation et vulgarisation des expériences et meilleures pratiques	67
		Sous-programme Institutionnalisation et Passage à l'échelle	5
			14.663