

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

STRATEGIE NATIONALE DE REPOSITIONNEMENT DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AU BENIN

2011 - 2015

STRATEGIE NATIONALE DE REPOSITIONNEMENT DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AU BENIN

2011 - 2015

SOMMAIRE

PREFACE -----	3
SIGLES ET ABBREVIATIONS -----	4
RESUME -----	6
INTRODUCTION -----	7
CONTEXTE -----	8
CARACTERISTIQUES DU BENIN -----	11
SITUATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AU BENIN -----	16
CADRE STRATEGIQUE -----	19
CADRE DE MISE EN ŒUVRE -----	21
CADRE DE SUIVI ET EVALUATION -----	22
PLAN STRATEGIQUE 2011-2015 -----	25
ANNEXES -----	33
RESUME BUDGET -----	33
PLAN DE TRAVAIL ANNUEL 2011 -----	34
LISTE DE PRESENCE -----	45
BIBLIOGRAPHIE -----	53

PREFACE

La Planification Familiale est un ensemble de mesures et de moyens mis à la disposition des individus, des couples et de la communauté pour la maîtrise de la fécondité du couple.

En Afrique subsaharienne, le taux de prévalence de la contraception (TPC) est très faible (13 %) pour les femmes mariées, le taux de fécondité totale (TFT) étant de 5,5 % et le risque de décès maternel de 1 pour 14; on est donc très loin de ce qui se passe dans les pays développés où le TPC est élevé, le TFT a chuté à 1,6 % et le risque de décès maternel est de 1 pour 2800. Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) appellent à une réduction de la mortalité maternelle des trois-quarts et à une baisse de la mortalité infantile des deux-tiers entre 1990 et 2015. Le Bénin a souscrit à ces OMD et son Gouvernement avec l'appui des Partenaires au développement travaille à leur atteinte.

Depuis le milieu des années 1980, la plupart des pays ont élaboré des programmes nationaux de santé génésique, et notamment de planification familiale. Malgré cela, les données disponibles révèlent de grands besoins de planification familiale non satisfaits. En Afrique subsaharienne, les besoins de planification familiale de plus de 120 millions de femmes ne sont toujours pas satisfaits et elles sont 350 millions à ne pas avoir accès à une gamme complète de méthodes contraceptives. La majorité de ces femmes sont des pauvres et des adolescentes qui sont très exposées au risque de grossesse non désirée, de VIH/IST et de mauvaise santé génésique. S'attaquer à ces besoins non satisfaits et à la lourde charge de morbidité qui en découle constitue autant de défis majeurs pour la Région africaine en général et pour chaque pays y compris le Bénin dont le taux de besoins non satisfaits en Planification Familiale est de 30%.

.Les études ont montré que la Planification Familiale, l'accouchement assisté par un personnel qualifié et les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence constituent les trois piliers majeurs de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. L'élaboration de la Stratégie Nationale de Repositionnement de la Planification Familiale participe au processus qui vise l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Bénin.

Le présent document de stratégie nationale de repositionnement de la planification familiale couvre la période de 2011 à 2015 et s'inscrit dans le plan national de développement de la santé (PNDS) 2009 – 2018.

Mon souhait est que tous les acteurs du secteur de la santé s'en approprient et qu'il puisse servir de base de plaidoyer pour la mobilisation des ressources nécessaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Je saisis l'occasion qui m'est offerte pour féliciter tous ceux qui se sont investis dans le processus et en particulier les participants aux différents ateliers de même que le personnel de soutien.

Enfin je remercie les partenaires techniques et financiers du secteur de la santé, particulièrement le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), pour leur soutien à la réalisation de ce document et leur contribution à l'atteinte des OMD.

Prof. Issifou TAKPARA
Ministre de la Santé

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ABPF : Association Béninoise de la Promotion de la Famille

ACE : Agents Contractuels de l'État

AMIU : Aspiration Manuelle Intra- Utérine

APE : Agents Permanents de l'État

BAD : Banque Africaine de Développement

BM : Banque Mondiale

CAME : Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels

CDT : Centre de Détection de la Tuberculose

CFC : Agents contractuels engagés grâce à des fonds communautaires

CHD : Centre Hospitalier Départemental

CNHU : Centre National Hospitalier Universitaire

CNPP : Centre National de Pneumo-phtisiologie

CS : Centre de Santé

CUGO : Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique

DDS : Direction Départementale de la Santé

DDZS : Direction du Développement des Zones Sanitaires

DEDTS : Direction des Explorations Diagnostiques et de la Transfusion Sanguine

DIEM : Direction des Infrastructures Equipements et Maintenance

DNEH : Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers

DPP : Direction de la Programmation et de la Prospective

DRFM : Direction des Ressources Financières et Matérielles

DRH : Direction des Ressources Humaines

DRZS : Dépôt Répartiteur Zone Sanitaire

DSIO : Direction des Soins Infirmiers et Obstétricaux

DSME : Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant

EDSB : Enquête Démographique et de Santé au Bénin

EEZ : Equipe d'Encadrement de Zone

ENSBF : Ecole Nationale des Sages-femmes du Bénin

HOMEL : Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune

HZ : Hôpital de Zone

INSAE : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique

JICA : Agence Japonaise de Coopération Internationale

LNCQ : Laboratoire National de Contrôle de Qualité

MS : Ministère de la Santé

OC : Organisation Communautaire

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OSC : Organisations de la Société Civile

PF : Planification Familiale

PIB : Produit Intérieur Brut

PSI : Population Service International

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PPTE : Pays pauvres très endettés

PTPE : Prévention de la Transmission Parent Enfant

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitation

RGPH1 : Première Recensement Général de la Population et de l'Habitation

RGPH3 : Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation

RMM : Ratio de mortalité maternelle

RMMN : Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale

SG : Santé Génésique

SMN : Santé maternelle et néonatale

SNIGS: Système National d'Information et de Gestion Sanitaire

SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

SONUB : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de base

SONUC : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence complets

SOU : Soins Obstétricaux d'Urgence

SOUB : Soins Obstétricaux d'Urgence de base

SOUC : Soins Obstétricaux d'Urgence complets

SRMMN: Stratégie de réduction de la mortalité maternelle et néonatale

SSD : Service des Statistiques et de Documentation

TFT : Taux de Fécondité Totale

TPC : Taux de Prévalence de la Contraception

UE : Union Européenne

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance :

USAID : Agence Américaine de Développement International

UVS: Unité Villageoise de Santé

ZS : Zone sanitaire

RESUME

La Stratégie Nationale de Repositionnement de la Planification Familiale au Bénin 2011 - 2015 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 de planification familiale. Les problèmes prioritaires rencontrés par la PF au Bénin sont entre autres : le faible engagement et de leadership politique, la faible implication des hommes dans les activités de PF ; l'existence des pesanteurs socio culturelles (croyances traditionnelles favorisant la forte fécondité) ; la rupture fréquente de stocks en produits contraceptif et l'insuffisance de personnel qualifié (formation sur les méthodes de longue durée).

Cette stratégie est la concrétisation d'un travail consensuel ciblant l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ainsi que de la pauvreté. L'objectif général est de porter le taux de prévalence contraceptive de 6 % en 2006 à 15 % en 2015.

La stratégie est déclinée en cinq axes stratégiques que sont : i) Renforcement de la communication en matière de Planification Familiale, ii) Amélioration de l'accès aux services de PF de qualité à tous les niveaux, iii) Renforcement des capacités techniques et institutionnelles en matière de PF, iv) Mobilisation des ressources pour le repositionnement de la PF et v) Amélioration du système de suivi et évaluation en matière de PF. Ces cinq axes sont traduits en seize (16) objectifs spécifiques.

La stratégie est traduite en un plan d'opérationnalisation 2011 – 2015 dont la mise en œuvre coûtera pour les cinq années cinq milliards quarante deux millions (5 042 000 000) F CFA soit 11 081 319 \$ US. Quant au Plan de Travail Annuel 2011, son exécution nécessitera la mobilisation de neuf cent dix neuf millions cinq cents milles (919 500 000) F CFA soit 2 020 879,1 \$ US

Les mécanismes de mise en œuvre et de suivi évaluation sont bien définis avec la coordination par les comités de repositionnement de la planification familiale qui seront mis en place à tous les échelons de la pyramide sanitaire.

INTRODUCTION

La Planification Familiale, considérée comme composante essentielle des soins de santé primaire et de santé de la reproduction, joue un rôle important dans la réduction des taux de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale et de la pauvreté. Elle reste et demeure un moyen sûr pour mettre en adéquation la croissance démographique et la croissance économique. Aussi, elle contribue à l'atteinte de tous les OMD.

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

- Permettre à chacun d'avoir le nombre d'enfants voulus, au moment voulu ;
- 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 des pathologies sexuelles y compris les IST et VIH/SIDA.

Stratégie majeure de réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale et de la pauvreté, la PF a perdu entre 2001 et 2006 son rang de priorité en faveur de la pandémie du Sida, du Paludisme et de la Tuberculose. En effet la prévalence contraceptive moderne est passée de 7,2% en 2001 à 6,2% en 2006 tandis que les besoins non satisfaits sont passés de 27% en 2001 à 30% en 2006.

Le Ministère de la Santé avec l'appui des partenaires techniques et financiers, a initié l'élaboration de ce document, en vue de redonner à la Planification Familiale la place qu'elle occupe comme un des piliers de l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Bénin, A cet effet un atelier a été organisé par le Ministère de la Santé du 09 au 12 mars 2010 à Bohicon pour définir les grandes lignes du présent document.

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Au cours des six années qui ont suivi la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) de 1994, les 1,3 milliard de femmes en âge de procréer vivant dans le monde ont eu plus de 1,2 milliard de grossesses qui, dans plus de 25 % des cas, n'étaient pas désirées. Ces grossesses non désirées ont entraîné la mort de près de 700 000 femmes dont la majorité (plus de 400 000) par suite de complications d'avortements à risque.

En Afrique subsaharienne, où vivent 10 % de la population féminine mondiale, on note 12 millions de grossesses non désirées ou imprévues et 40 % de décès liés à la grossesse dans le monde. Les femmes de moins de 20 ans représentent 70 % des cas de complications d'avortement résultant de grossesses non désirées ou imprévues.

En réduisant le nombre des grossesses non désirées, on abaisse sensiblement celui des décès maternels et infantile. Des études sur la mortalité maternelle et infantile ont montré que des

intervalles plus longs entre les naissances réduisent la mortalité maternelle et améliorent l'état nutritionnel. En effet un enfant de moins de cinq ans a deux fois plus de chances de survivre et d'être mieux nourri si la naissance précédente s'est produite deux à cinq ans plus tôt.

Dans les années 1980 et 1990, les services de planification familiale prenaient surtout la forme de projets verticaux, dirigés par les donateurs, plutôt que de programmes nationaux complets de santé génésique. Par suite de la diminution du soutien des donateurs et de nombreuses priorités concurrentes, les services de planification familiale n'ont pas bénéficié des allocations budgétaires suffisantes.

Au fil des ans, la disparition progressive des valeurs culturelles et traditionnelles, et notamment des méthodes traditionnelles de planification familiale, a favorisé les grossesses précoces, fréquentes et nombreuses.

Malgré de graves lacunes dans la fourniture et la qualité des services, certains pays ont élaboré des politiques et des programmes complets de santé génésique. La fourniture de services de santé génésique (SG) intégrés, et notamment de planification familiale, s'en est trouvée facilitée. La planification familiale a également été un point d'accès pour l'intégration des services de SG, mais aussi pour la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

En Afrique subsaharienne, le taux de prévalence de la contraception (TPC) est très faible à 13 % pour les femmes mariées, le taux de fécondité totale (TFT) étant de 5,5 % et le risque de décès maternel de 1 pour 14; on est donc très loin de ce qui se passe dans les pays développés où le TPC est élevé, le TFT est tombé à 1,6 % et le risque de décès maternel est de 1 pour 2800. Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) appellent à une réduction de la mortalité maternelle des trois-quarts et à une baisse de la mortalité infantile des deux-tiers entre 1990 et 2015. D'où l'impérieuse nécessité de Services de planification familiale (PF) efficaces.

Depuis le milieu des années 1980, la plupart des pays ont élaboré des programmes nationaux de santé génésique, et notamment de planification familiale. Malgré cela, les données disponibles révèlent de grands besoins de planification familiale non satisfaits. En Afrique subsaharienne, les besoins de planification familiale de plus de 120 millions de femmes ne sont toujours pas satisfaits et elles sont 350 millions à ne pas avoir accès à une gamme complète de méthodes contraceptives.² La majorité de ces femmes sont des pauvres et des adolescentes qui sont très exposées au risque de grossesse non désirée, de VIH/IST et de mauvaise santé génésique. S'attaquer à ces besoins non satisfaits et à la lourde charge de morbidité qui en découle constitue autant de défis majeurs pour la Région africaine.

Selon les estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale publiées en 2008, 536.000 femmes sont décédées en 2005 dans le monde de complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. Un peu plus de la moitié de ces décès (270 000 décès) sont survenus en Afrique Sub-saharienne, une région qui abrite seulement 13,5% de la population mondiale et où on enregistre 23,5% des naissances totales. Avec un ratio estimé à 1000 décès pour 100 000 naissances vivantes, la Région Africaine enregistre le ratio de mortalité maternelle le plus élevé du monde.

Sur 130 millions d'enfants qui naissent chaque année dans le monde, environ 4 millions meurent au cours de la période néonatale (durant les quatre premières semaines de vie) dont plus de 1,6 million en Afrique. De même, chaque année, en Afrique, on enregistre environ 1 million de mort-nés dont au moins 300 000 meurent pendant le travail d'accouchement.

Au Bénin plus de 1400 femmes meurent chaque année des complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. Le fait préoccupant est que le ratio de mortalité maternelle stagne à un niveau élevé depuis plusieurs décennies. De 1992 à 2006, les différents ratios de mortalité maternelle publiés sont successivement de 473,2 (RGPH 1992), 498 (EDSI 1996), 474,4 (RGPH 2002) et de 397 (EDSIII 2006) pour 100 000 naissances vivantes.

La même tendance s'observe aussi au niveau de la mortalité néonatale qui, elle aussi, stagne autour de 38 décès pour 1.000 naissances vivantes depuis plusieurs décennies.

La Planification Familiale qui est une stratégie majeure de réduction de la morbidité et mortalité maternelle et néonatale a perdu entre 2001 et 2006 son rang de priorité en faveur de la pandémie du Sida, du Paludisme et de la Tuberculose. Ce qui s'est traduit dans les données des EDS1 et 2. En effet la prévalence contraceptive moderne est passée de 7,2% en 2001 à 6,2% en 2006 tandis que les besoins non satisfaits sont passés de 27% en 2001 à 30% en 2006. Dans l'EDS 2006, les raisons les plus évoquées pour la non utilisation d'une méthode de contraception étaient ; i) la fécondité 44,7%, ii) la méthode 25,4%, iii) l'opposition à l'utilisation 20,3%, iv) le manque de connaissance 6% et autres 3,6%.

2. CARACTERISTIQUES DU BENIN

2.1 Situation géographique

Le Bénin est un pays situé en Afrique Occidentale dans le golfe de Guinée. D'une superficie de 114.763 km, il s'étend de l'Océan Atlantique au fleuve Niger sur une longueur de 700 km ; Il est limité au Nord par la République du Niger et le Burkina-Faso, à l'Ouest par le Togo, à l'Est par la République Fédérale du Nigeria et au Sud par l'Océan Atlantique avec une façade maritime de 120 km.

2.2 Organisation administrative

Sur le plan administratif, le Bénin compte 12 départements depuis le 15 janvier 1999 conformément à la loi N° 97-028 portant organisation de la République du Bénin. Ce sont : l'Atacora, l'Atlantique, l'Alibori, le Borgou, les Collines, le Couffo, la Donga, le Littoral, le Mono, l'Ouémé, le Plateau et le Zou. Ces départements sont divisés en 77 communes dont trois à statut particulier que sont : Cotonou, Porto-Novo et Parakou. Les 77 communes sont subdivisées en 546 arrondissements comportant 3743 villages et quartiers de ville ; le village étant la plus petite unité administrative dans un arrondissement rural au même titre que le quartier de ville en milieu urbain.

2.3 Données démographiques

Au troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH3), la population béninoise était estimée à 6.769.914 habitants en 2002. Entre 1992 et 2002, le taux d'accroissement annuel moyen est évalué à 3,25% pour l'ensemble et à 4,12% pour la population urbaine. La structure par sexe et par âge présente une population jeune et à dominance féminine avec un rapport de masculinité de 94%. La prise en compte de l'évolution des indicateurs démographiques montre que la population du Bénin qui était de 6 769 914 habitants en 2002, est estimée à 8 224 643 habitants en 2008, chiffre estimé à partir des projections de l'INSAE. La répartition par grandes tranches d'âge de la population révèle

que les femmes représentent 51,1 % et les femmes en âge de procréer constituent 23,55 % de la population totale, les moins de 15 ans font 47,91% [11].

Les principaux indicateurs démographiques sont [11] :

- taux de natalité : 41,1 pour 1000 habitants
- Indice synthétique de fécondité : 5,7 enfants par femme
- prévalence contraceptive : 6,2 pour 100
- taux de mortalité générale : 12,3 pour 1000 habitants
- taux de mortalité néonatale : 32 pour 1000 naissances vivantes
- taux de mortalité infantile : 67 pour 1000 naissances vivantes ;
- taux de mortalité infanto - juvénile : 125 pour 1000 naissances vivantes
- espérance de vie à la naissance : 59 ans,

Si ces tendances sont maintenues, la population béninoise doublera tous les 25 ans.

2.4 Situation de la mortalité maternelle et néonatale

• Mortalité maternelle

Jusqu'en 1992, *la situation réelle* du niveau de mortalité maternelle n'était pas bien connue au Bénin. En effet, les seules estimations disponibles jusqu'alors provenaient des sources hospitalières qui ne traduisent guère la réalité au sein de la population. Ce n'est qu'en 1992 qu'à travers le deuxième recensement général de la population et de l'habitation (RGPH1) que la première estimation de la mortalité maternelle basée sur des données de population a été publiée. De 1992 à ce jour, le Bénin dispose de quatre estimations du ratio de mortalité maternelle (RMM) provenant de deux sources principales : 1) le Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) et 2) l'Enquête Démographique et de Santé (EDS). Il ressort de l'examen des données provenant de ces deux sources que le RMM au Bénin n'évolue pas de façon significative. En 1992, le RMM a été estimé à 473,4 pour 100 000 par le RGPH1. Dix années après, en 2002, le RGPH2 a estimé le RMM à 474,4 pour 100 000 naissances vivantes. En 1996, l'Enquête Démographique et de Santé I (EDSI) pour sa part a estimé le RMM à 498 pour 100 000 naissances vivantes avec un intervalle de confiance compris entre 369 et 626. Dix années plus tard, en 2006, l'EDSIII a estimé le RMM à 397 pour 100 000 naissances vivantes avec un intervalle de confiance compris entre 330 et 464. Notons, le chevauchement des intervalles de confiances des RMM issues de l'EDSI et de l'EDSIII. Ce chevauchement témoigne du fait qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les RMM de 1996 et celui de 2006.

D'après les données disponibles du Ministère de la Santé (SNIGS), les principales causes directes de décès maternels sont l'hémorragie, les infections sévères, les complications d'avortements, l'éclampsie, la dystocie. Les facteurs majeurs de cette évolution de la baisse du ratio de mortalité maternelle sont liés essentiellement aux trois retards (retard à la prise de décision, retard au transport et retard à la prise en charge).

• Mortalité néonatale

De 1996 à ce jour, le Bénin dispose de trois estimations du taux de mortalité néonatale (TMN) provenant de l'EDS. Alors qu'on observe au Bénin, une baisse sensible du taux de mortalité infantile, le TMN demeure toujours élevé. Les estimations issues des

trois dernières EDS sont 38,2 pour 1000 naissances vivantes en 1996, 38,4 pour 1000 naissances vivantes en 2001 et 32 pour 1000 naissances vivantes en 2006.

D'après les données disponibles du Ministère de la Santé (SNIGS), les principales causes directes de décès néonatal sont : les infections, les complications de la prématurité et l'asphyxie.

2.5 Caractéristiques du système de santé du Bénin

2.5.1 Organisation et gestion du système de santé du Bénin

Le système de santé est calqué sur le découpage administratif et comprend trois niveaux :

- le niveau central ou national représenté par le Ministère de la Santé ;
- le niveau intermédiaire ou départemental : il existe 6 Directions départementales de la Santé dont chacune couvre deux départements : Alibori/Borgou ; Atacora/Donga ; Atlantique/Littoral ; Mono/Couffo ; Ouémé/Plateau et Zou/Collines et ;
- le niveau périphérique qui comprend 34 zones sanitaires.

Le système de santé comporte deux types de structures : 1) les structures administratives et 2) les institutions hospitalières et socio-sanitaires.

• Structures administratives

Le niveau central ou national est représenté par le Ministère de la Santé. C'est le niveau d'orientation, de conception et d'élaboration de la politique et des plans nationaux de développement en matière de santé.

Le niveau intermédiaire ou départemental est représenté par les directions départementales de la santé. C'est le niveau de suivi de la mise en œuvre de la politique et des plans nationaux de développement en matière de santé. Bien que le pays soit sur le plan administratif divisé en 12 départements, au plan sanitaire, le système de santé est structuré en six directions départementales de la santé dirigé chacun par un directeur départemental de la santé.

Le niveau périphérique est représenté par les zones sanitaires (ZS) au nombre de 34, gérées par une équipe d'encadrement sise au bureau de zone ayant à sa tête un médecin coordonnateur de zone. C'est le niveau opérationnel où sont mises en œuvre les plans de développement en matière de santé. 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 (Unités Villageoise de Santé (UVS), maternités et dispensaires isolés, Centre de santé) et de 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.

Le tableau 1 résume les structures administratives du système de santé du Bénin.

• Institutions hospitalières et socio-sanitaires.

On distingue des institutions hospitalières et socio-sanitaires :

- de référence nationale en particulier le Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou (CNHU) et l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune –HOMEL;
- de niveau intermédiaire ou départemental en l'occurrence les centres hospitaliers départementaux ou assimilés au nombre de 5
- de niveau périphérique en l'occurrence les hôpitaux de zone publics ou privés, les centres de santé et autres structures sanitaires de la zone sanitaire.

Tableau 1: Structures administratives du système de santé du Bénin

Niveau central ou national	Niveau Intermédiaire ou Départemental	Niveau Périphérique
Ministère de la Santé (Cabinet, Directions techniques et Programmes, organismes sous tutelle)	6 Directions Départementales de la Santé (6 Départements sanitaires)	34 Bureaux de Zone sanitaire (34 Zones sanitaires)
	Alibori/Borgou	1. Malanville-Karimama 2. Kandi-Gogounou-Ségbana 3. Banikoara
		4. Bembèrèkè-Sinendé 5. Nikki-Kalalé-Pèrèrè 6. Parakou-N'Dali 7. Tchaourou
	Atacora/Donga	8. Tanguiéta-Cobly-Matéri 9. Natitingou-Boukoumbé-Toucountouna 10. Kouandé-Ouassa/Péhunco-Kérou
		11. Bassila 12. Djougou-Copargo-Ouaké
	Atlantique/Littoral	13. Allada-Toffo-Zê 14. Abomey-Calavi/Sô-Ava 15. Ouidah-Kpomassè-Tori-Bossito
		16. Cotonou 1 et 4 17. Cotonou 2 et 3 18. Cotonou 5 19. Cotonou 6
		20. Lokossa-Athiémè 21. Comè-Bopa-Houéyogbé/-Grand-Popo
	Mono/Couffo	22. Aplahoué-Djakotomè-Dogbo 23. Klouékanmè-Toviklin-Lalo
		24. Adjohoun-Bonou-Dangbo 25. Avrankou-Adjarra/Akpro-Missrété 26. Porto-Novo-Aguégués/Sèmè-Podji
	Ouémé/Plateau	27. Pobè-Kétou/Adja-Ouèrè 28. Sakété-Ifangni
	Zou/Collines	29. Djidja-Abomey-Agbangnizoun 30. Bohicon-Zakpota-Zogbodomey 31. Covè-Quinhi-Zangnanado
32. Dassa-Zounmè/Glazoué 33. Savalou-Bantè 34. Savè-Ouèssè		

2.5.2. Ressources humaines en santé

Au plan technique, le Bénin dispose de deux grandes catégories de personnel de santé : les prestataires de services et le personnel administratif et d'appui. La catégorie du personnel administratif et d'appui regroupe les agents des directions techniques du niveau central et départemental du système de santé. La catégorie des prestataires, publics ou privés, comporte notamment les médecins généralistes, les spécialistes, les infirmier(e)s, les sages femmes, les techniciens de laboratoire et les techniciens de radiologie.

Au plan administratif, le personnel de santé au Bénin se décompose en quatre catégories principales de personnel : (1) les Agents Permanents de l'État (APE) ; (2) les Agents Contractuels de l'État (ACE) dont les contrats sont de courte ou de longue durée et qui peuvent devenir agents permanents après une période de service de quatre ans ; (3) des agents contractuels engagés dans le cadre d'un programme spécial appelé « Mesures sociales » (CMS), financé par les fonds de l'Initiative PPTTE (Pays pauvres très endettés) ; et (4) les agents contractuels engagés grâce à des fonds communautaires (CFC). En 2008 le Bénin disposait de :

- 1095 médecins dont 501 (45,75 %) exerçaient dans le secteur public
- 3663 infirmiers dont 2838 (77,5 %) exerçaient dans le secteur public
- 1392 sages-femmes dont 1035 (74,35 %) exerçaient dans le secteur public
- 528 techniciens de laboratoires dont 396 (75 %) exerçaient dans le secteur public.

En ce qui concerne la couverture des populations en prestataires de soins, et si l'on accepte les normes généralement admises, le Bénin dispose globalement d'assez de médecins, d'infirmiers et de sages femmes. Cependant, la répartition des ressources humaines existantes est inégale entre les départements et même à l'intérieur des départements.

2.5.3. Ressources en infrastructure sanitaires

Le Bénin dispose de différents types d'infrastructures sanitaires dans le secteur public et dans le secteur privé.

On distingue dans le secteur public :

- **Au niveau national ou central**
 - le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoucou Maga (CNHU-HKM),
 - le Centre National de Pneumo-physiologie,
 - le Centre National de Psychiatrie,
 - le Centre National de Gérontologie,
 - l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL),
- **Au niveau départemental ou intermédiaire**
 - les Centres Hospitaliers Départementaux (CHD),
 - les Centres de Traitement de l'ulcère de buruli
- **Au niveau périphérique**
 - Les Hôpitaux de Zone ou la référence de premier niveau,
 - les Centres de Santé et les Unités Villageoises de Santé (UVS).
 - le Centre de Détection de la Tuberculose (CDT)

Dans le secteur privé (privé confessionnel et privé à but lucratif), on distingue : les hôpitaux, les cliniques, les cabinets médicaux et d'accouchement et les cabinets de soins infirmiers.

2.5.4 Ressources financières

La part du budget général de l'Etat allouée au secteur santé croît en valeur absolue, mais elle est en constante baisse en pourcentage. En effet, d'environ 16% en 1997, elle est passée à 7,23% en 2008. Selon les résultats des comptes nationaux de 2003, le financement du secteur de la santé repose essentiellement sur les ménages avec 52% des dépenses de santé alors que l'Etat participe à hauteur de 30,8% de ces dépenses, les partenaires extérieurs assurant plus de 17% du budget santé. De nouveaux mécanismes de financement du secteur santé tels que les mutuelles de santé sont en cours d'expérimentation.

3. SITUATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AU BENIN

Pendant plusieurs décennies, des activités de planification familiale ont été menées malgré l'existence de la loi de 1920 qui interdit toute propagande contraceptive. L'intérêt et l'importance de la planification familiale a amené le Gouvernement béninois à faire voter par l'Assemblée Nationale le 3 Mars 2003, la loi N°2003-03 relative à la santé sexuelle et à la reproduction qui abroge ainsi celle de 1920.

Cette loi confère à toute personne « le droit d'être informé et d'utiliser la méthode de planification familiale de son choix, qui ne soit pas contraire à la loi »

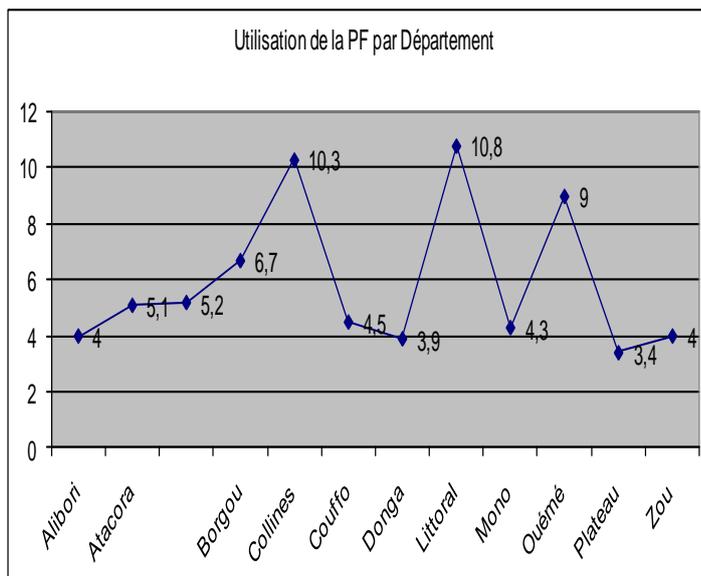
- L'Association Béninoise pour la Promotion de la Famille (ABPF), la plus ancienne structure en matière de promotion de la PF, a été créée en 1970, enregistrée en 1972 et reconnue comme ONG d'utilité publique en 2008 par décret 2008-332 du 19 mai 2008.
- Le Gouvernement a mis en œuvre dans les années 1980 le Projet Bien-être familial puis en 1992 le programme dénommé Santé Maternelle et Infantile / Planification Familiale et Nutrition (SMI/PF/Nut), devenu en 1995 Santé de la Reproduction et Planification Familiale (SR/PF).

Ce programme a pour but la promotion de la santé familiale par la disponibilité et l'accès à moindre coût des produits de la planification familiale dans les formations sanitaires publiques

Le Bénin a adopté le 02 mai 1996 une Déclaration de Politique de Population (DEPOLIPO) visant l'amélioration continue des conditions de vie des populations, structurée autour de 11 axes et comportant 16 objectifs dont notamment : (i) relever l'espérance de vie à la naissance de 54 ans en 1992 à 65 ans en l'an 2015 ; (ii) promouvoir une fécondité responsable incluant les sous-objectifs suivants : (a) réduire les maternités précoces et tardives, (b) lutter contre les grossesses non désirées, (c) lutter contre les avortements, (d) promouvoir la planification familiale en vue d'une sexualité responsable, (e) améliorer le taux de prévalence contraceptive en le portant de 6,2% en 2006 à 15% en 2015, (f) supprimer progressivement les pratiques traditionnelles telles que les mariages forcés et/ou précoces

La prévalence a connu au Bénin, une baisse entre 2001 et 2006, après une hausse entre 1996 et 2001.

Fig N°1 : Evolution de la prévalence contraceptive au Bénin



L'utilisation de la PF au Bénin est très variable selon les départements (EDS 2006). Le pic est observé dans le littoral et les Collines. Les plus faibles taux sont observés dans le Plateau et la Donga.

L'analyse des résultats des différentes études réalisées sur la planification familiale au Bénin (EDS, acceptabilité de la PF dans Couffo et Atacora, analyse situationnelle pour la SPSR) a permis d'identifier les problèmes prioritaires qui suivent.

1. Demande

- La PF n'est pas considérée comme une priorité par les décideurs (suppression ligne budgétaire,)
- Faible implication des hommes dans les activités de PF
- Existence des pesanteurs socio culturelles (croyances traditionnelles favorisant la forte fécondité)
- Faible mobilisation sociale

2. Offre des services

- Rupture fréquente de stocks en produits contraceptifs
- Cadre de travail souvent inadéquat (absence de confidentialité)
- Insuffisance de personnel qualifié (formation sur les méthodes de longue durée)
- Faible intégration des services
- Faible collaboration intersectorielle
- Manque de suivi évaluation
- Relâchement des SBC et des stratégies avancées pour la PF
- Faible organisation du travail (counseling, accueil...)
- Non respect de la tarification officielle des produits contraceptifs
- Faiblesse observée dans la supervision

4. CADRE STRATEGIQUE

4.1. BUT

- Contribuer à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) par l'accroissement de la prévalence contraceptive

4.2 OBJECTIF GENERAL

- Porter le taux de prévalence contraceptive de 6 % en 2006 à 15 % en 2015.

4.3 PRINCIPES DIRECTEURS

La mise en place accélérée des services de PF efficaces et efficaces au sein des programmes de santé de la reproduction s'inspirera des principes ci-après :

- 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. De ce fait, la PF doit figurer dans le PNDS et dans la SCRP.
- Disponibilité, accessibilité et coût abordable : offrir des services de PF de qualité, correspondant aux priorités nationales et attentifs aux besoins particuliers même là où on manque de ressources
- Egalité hommes-femmes : 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 : 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 en matière de méthodes traditionnelles de contraception

4.4 AXES STRATEGIQUES

Cinq axes stratégiques sont retenus. Il s'agit de :

1. Renforcement de la communication en matière de Planification Familiale
2. Amélioration de l'accès aux services de PF de qualité à tous les niveaux
3. Renforcement des capacités techniques et institutionnelles en matière de PF
4. Mobilisation des ressources pour le repositionnement de la PF
5. Amélioration du système de suivi/évaluation en matière de PF

4.5 OBJECTIFS STRATEGIQUES

Des objectifs stratégiques sont définis par axe.

4.5.1 Axe stratégique1

Renforcement de la communication en matière de Planification Familiale

- Elaborer et mettre en œuvre un plan de plaidoyer en direction des décideurs à tous les niveaux
- Elaborer et mettre en œuvre un plan intégré de mobilisation sociale et de Communication pour un Changement de Comportement
- Amener les hommes à adhérer à la Planification Familiale au Bénin

4.5.2 Axe stratégique2

Amélioration de l'accès aux services de PF de qualité à tous les niveaux

- Renforcer la capacité des prestataires de soins en sécurisation des produits de la Planification Familiale
- Réorganiser les services de santé pour une meilleure intégration de la PF
- Renforcer les compétences en PF de tous les prestataires de soins dans les formations sanitaires
- Améliorer l'accessibilité financière de la PF (*Révision et vulgarisation de la grille tarifaire des produits contraceptifs*)
- Assurer le monitoring et la supervision des activités de PF à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

4.5.3_Axe stratégique3

Renforcement du cadre institutionnel et juridique en matière de PF

- Actualiser les politiques et directives nationales en matière de PF
- Vulgariser et mettre en application les lois sur la SR (loi n°2003-03 du mars 2003, code des personnes et de la famille, loi HIV 2005, loi sur les violences faites aux femmes)
- Renforcer les capacités de la DSME, ses structures déconcentrées et les structures sous tutelles (ABPF) en infrastructures, ressources humaines et matérielles
- Renforcer le mécanisme de coordination des interventions de PF au niveau national
- 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)
- Mettre en place un groupe technique de coordination pour la sécurisation des PSR
- Renforcer les capacités techniques de la DSME et de la CAME pour une meilleure coordination de la sécurisation des PSR

4.5.4 Axe stratégique4

Mobilisation des ressources pour le repositionnement de la PF

- Pérenniser dans le budget de l'Etat la ligne pour l'acquisition des produits contraceptifs
- Accroître les ressources financières mises à disposition par le budget national pour l'approvisionnement des produits contraceptifs
- Mobiliser les ressources additionnelles pour le repositionnement de la PF
- Mener une étude de faisabilité de la gratuité de la PF

4.5.5 Axe stratégique5

Amélioration du système de suivi/évaluation en matière de PF

- Renforcer le mécanisme de suivi/évaluation des activités de PF
- Assurer le suivi-évaluation de la mise en œuvre de la stratégie nationale de repositionnement de la PF

5. CADRE DE MISE EN ŒUVRE

5.1 PHASES DE MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre se fera en trois phases.

5.1.1 Préparation

2011 sera l'année de préparation. A cette phase seront menées les activités qui suivent :

- i) disséminer le document de stratégie nationale de repositionnement de la PF
- ii) Mettre en place les structures de mise en œuvre, de suivi et évaluation
- iii) Faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources
- iv) Elaborer les messages de campagnes de mobilisation pour la PF

5.1.2 Impulsion

A cette phase qui va durer deux ans (2012 à 2013) vont se réaliser :

- La formation des différents acteurs sur la SPSR et technologie contraceptive
- La mise en œuvre des campagnes de sensibilisation sur la PF
- Le suivi trimestriel et monitoring mensuel des activités
- Le plaidoyer
- L'évaluation à mi-parcours

5.1.3 Intensification et consolidation

Elle va durer deux ans (2014-2015) et seront menées

- Le suivi trimestriel
- L'intensification des campagnes de mobilisation
- La mise en œuvre des recommandations de l'évaluation à mi-parcours
- L'évaluation finale
- La préparation du nouveau plan stratégique 2016-2020.

5.2 ACTEURS ET STRUCTURES DE MISE EN OEUVRE

Structures	Acteurs	Fonctions/Rôles	Organes de gestion
Centres de santé	Chef poste /Prestataires ONG et RC	Chef poste et prestataires : <ul style="list-style-type: none">• Assurer l'approvisionnement régulier en produits contraceptifs• organiser les services (accueil, disponibilité, confidentialité, counseling,• Assurer les activités de PF en stratégie avancée	Comité repositionnement PF

		<ul style="list-style-type: none"> • Former et suivre les relais communautaires • Collaborer avec les ONG et les élus locaux et les personnes ressources de la communauté <p>ONG : Coopérer avec le secteur publique, respecter les normes et directives nationales</p> <p>Relais communautaires : courroie de transmission entre la communauté et le système de santé</p> <p>Former les prestataires Collaborer avec les ONG/Réseaux</p>	
Zones sanitaires Hôpitaux de zone et Hôpitaux confessionnels privés	Directeurs, Médecin Coordonnateurs de zone, , Prestataires	<p>Directeur hôpitaux : Accorder une priorité à la PF (PTA, activités de supervision, plaidoyer pour la mobilisation locale des ressources) Médecins</p> <p>Coordonnateurs de zone Accorder une priorité à la PF (PTA, activités de supervision, plaidoyer pour la mobilisation locale des ressources) Médecins</p> <p>Prestataires de service</p>	EEZ

		Offrir des services de PF de qualité de façon continue et intégrée Hôpitaux confessionnels Adhérer à la Politique Nationale de PF et offrir les services de PF de qualité	
Centres Hospitaliers Départementaux (CHD)	Directeurs, Prestataires	Directeur hôpitaux : Accorder une priorité à la PF (PTA, plaidoyer pour la mobilisation locale des ressources) Prestataires de service Offrir des services de PF de qualité de façon continue et intégrée	
Hôpitaux de l'espace universitaire	Enseignants,	Former les agents socio*sanitaires en PF selon la politique nationale Mener des recherches	
	Directeurs	Faire de la PF une activité à part entière intégrée dans le paquet des activités de la structure Organiser les services pour favoriser l'intégration des activités de PF selon les normes définies par le pays Organiser un site de stage intégrant la PF	
	Prestataires	Assurer l'encadrement des stagiaires Offrir des services de PF de qualité de façon continue et intégrée	
DDS	Directeur, C/SSME,	Accorder une priorité à la PF (PTA, activités de supervision, plaidoyer pour la mobilisation locale des ressources)	

		Médecins	
Ministère de la Santé	Ministre de la Santé Directeurs centraux et Techniques DSME	Orienter et administrer les Programmes intégrés et complets de santé de la Reproduction avec la PF comme élément central Développement de partenariat Coordination des interventions des partenaires Mobilisation des ressources Assurer la qualité des soins Observer et évaluer les actions menées	
Comité national de repositionnement de la PF		Veiller à l'opérationnalisation de la stratégie de repositionnement de la PF	Comité de repositionnement : interministériels, OSC (ONG, chefferie traditionnelle, chefs religieux, syndicats, associations 'de développement, des femmes, des jeunes...), sociétés et ordres et médias
Partenaires	UNICEF, JICA, UNFPA, BM, UE, OMS UNICEF, BAD, Coopération Française, Coopération Suisse ; Coopération Belge ; USAID, IPPF, Programme de Partenariat stratégique et autres partenaires	Adaptation des politiques, stratégie, directives, normes et protocoles Appui au renforcement des capacités Plaidoyer Mobilisation des ressources	

6. CADRE DE SUIVI ET D'EVALUATION

6.1 PERIODICITE DE SUIVI ET D'EVALUATION

Le suivi sera trimestriel à toutes les phases, puis semestriel à la phase de consolidation pour les anciennes formations sanitaires

Il y aura comme évaluation : i) l'Evaluation à mi-parcours et ii) l'Evaluation finale de la stratégie.

6.2 LES INDICATEURS

OBJECTIFS SPECIFIQUES	INDICATEURS/SOURCES
Axe stratégique 1 : Renforcement de la communication en matière de Planification Familiale	
1.1 Elaborer et mettre en œuvre un plan de plaidoyer en direction des décideurs à tous les niveaux	Plan de plaidoyer disponible
1.2 Elaborer et mettre en œuvre un plan intégré de mobilisation sociale et de Communication pour un Changement de Comportement	Plan intégré de mobilisation sociale et de CCC disponible
1.3 Amener les hommes à adhérer à la Planification Familiale au Bénin	Nombre de couple reçus dans les services de PF
Axe stratégique 2 : Amélioration de 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	Proportion de prestataires formés sur la SPSR
2.2 Réorganiser les services de santé pour une meilleure intégration de la PF	Proportion de services avec une bonne intégration des activités PF
2.3 Renforcer les compétences en PF de tous les prestataires de soins dans les formations sanitaires	Proportion de prestataires formés
2.4 Améliorer l'accessibilité financière de la PF (Révision et vulgarisation de la grille tarifaire des produits contraceptifs)	Grille tarifaire des Produits contraceptifs révisée à la baisse
2.5 Assurer le monitoring et la supervision des activités de PF à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Nombre de monitoring et supervisions des activités PF réalisés par niveau
Axe stratégique 3 : Renforcement du cadre institutionnel et juridique en matière de PF	
3.1 Renforcer le mécanisme de coordination des interventions de PF au niveau national	Nombre de réunions de coordination réalisées
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)	Accroissement de la masse horaire réservée à l'enseignement de la PF
3.3 Mettre en place un groupe technique de coordination pour la sécurisation des Produits de la SR	Nombre de rapport d'activités
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	Proportion de cadres de la DSME et de la CAME dont les capacités sont renforcées en SPSR
Axe stratégique 4 : Mobilisation 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	Existence de la ligne budgétaire pour acquisition des produits contraceptifs dans le budget de l'Etat Accroissement annuel de 10 millions par an du montant inscrit
4.2 Mobiliser les ressources additionnelles pour le repositionnement de la PF	Nombre de partenaires qui finance les activités de PF Montant mobilisé
4.3 Mener une étude de faisabilité de la gratuité de la PF	Rapport d'étude disponible
Axe stratégique 5 : Amélioration du système de suivi/évaluation en matière de PF	
5.1 Renforcer le mécanisme de suivi/évaluation des activités de PF	Nombre de suivis réalisés Nombre d'évaluations réalisées

5. PLAN D'OPERATIONNALISATION 2011 – 2015.

OBJECTIFS	Indicateurs de résultat	Activités	Indicateurs de processus/Sources de vérification	RESPONSABLE	Partenaires/Structures impliquées	PERIODE					BUDGET EN MILLIERS F CFA
						2011	2012	2013	2014	2015	
Axe N°1: Renforcement de la communication en matière de Planification Familiale											
Elaborer et mettre en œuvre un plan de plaidoyer en direction des décideurs à tous les niveaux	∅Le Plan de plaidoyer est disponible et mis en œuvre	Etablir un répertoire des décideurs	Répertoire des décideurs disponible	DSME	SSF, MCZS	X		X		X	2 000
		Elaborer un plan de plaidoyer en direction des décideurs avec l'appui d'un consultant	Le plan de plaidoyer est disponible	DSME	Acteurs PF, ONG, communicateurs, Leaders communautaires	X					10 000
		Mettre en œuvre le plan	Nbre de séances de plaidoyers Nbre de leaders acquis à la cause de la PF	comité	Acteurs au niveau national et structures déconcentrées	X	X	X	X	X	75 000
		Suivre et Evaluer le plan de plaidoyer	Nbre d'activités de suivi et évaluation réalisé	DSME	Structures déconcentrées ,Structures sous tutelle	X	X	X	X	X	50 000
		Créer un comité national de plaidoyer pour le repositionnement de la PF	Rapport d'installation du sous comité disponible	DSME	Structures interministérielles et OSC	X					PM
		Faire parrainer la journée nationale de la PF par une autorité de haut niveau	journée parrainée	comité	Président de la République Ministère de la santé, Ministère de la famille, Ministère du développement et les PTF	X	X	X	X	X	60 000

Elaborer et mettre en œuvre un plan intégré de mobilisation sociale et de Communication pour un Changement de Comportement	∅ Les plans intégrés de mobilisation sociale sont élaborés et mis en œuvre	Instituer une journée nationale de la planification familiale(26 sept)	Décret présidentiel	Sous comité PF	Ministère de la santé, Ministère de la famille, Ministère du développement et les PTF, Gouvernement, Assemblée, cabinet de la première Dame	X						PM
		Organiser des activités de communication de masse, de proximité et d' IEC/CCC	Nbre de séances de communications réalisées	DSME	ONG, Médias, animateurs communautaires		X	X	X	X		120 000
		Développer un programme de communication en faveur du repositionnement de la PF (Médias, ONG, Prestataires, Relais communautaires)	Programme de communication disponible Nbre de campagnes de communication réalisées	DSME/DNSP	ABPF, PSI et autres ONG PF	X	X	X	X	X		200 000
∅ Amener 50% des hommes à adhérer à la Planification Familiale au Bénin	Proportion d'hommes favorable à la PF	Organiser des activités IEC/CCC à l'endroit des groupes structurés d'homme (Zémidjans, Artisans, Groupes de sports et Groupements de producteurs)	Nbre de séances d'IEC organisées	DSME	Structures déconcentrés de la DSME, ONG PF	X	X	X	X	X	100 000	
		Offrir aux hommes des accueils conviviaux dans les points de prestations de PF (Formations, centres d'écoute, ...)	Taux de fréquentation des hommes	DSME, Services PF des FS	Structures déconcentrées, Points de Prestation de services PF	X	X	X	X	X	100 000	
		Créer et faire fonctionner des clubs d'homme champion PF	Nbre de club installé	ABPF	PSI, OSV	X	X	X	X	X	60 000	
SOUS-TOTAL 1										777 000		

OBJECTIFS	Indicateurs de résultat	Activités	Indicateurs de processus	RESPONSABLE	Partenaires/Structures impliquées	PERIODE					BUDGET EN MILLIERS F CFA
						2011	2012	2013	2014	2015	
Axe N°2: Amélioration de l'accès aux services de PF de qualité à tous les niveaux											
ØRenforcer la capacité de tous les prestataires de soins en sécurisation des produits de la Planification Familiale	ØLa capacité des prestataires de soins en sécurisation des produits de la PF est renforcée	Former et recycler tous les prestataires de soins des FS publiques et privées en sécurisation des produits PF	Nbre de prestataires de soins des FS publiques et privées formés et recyclés	DSME/ABPF, Structures sous tutelle	SSF, EEZ, CAME, cliniques privées	X	X	X	X	X	70 000
		Doter les formations sanitaires en matériels techniques	Matériels techniques disponibles	DSME	DIEM, DRFM		X	X	X		600 000
		Superviser les prestataires formés	Nbre de prestataires supervisés	DSME, ABPF	DSME, SSME, EEZ,CAME	X	X	X	X	X	40 000
ØRéorganiser les services de santé pour une meilleure intégration de la PF	ØLa PF est bien intégrée aux services de santé	Organiser des séances de réflexion dans les zones sanitaires par les prestataires des services de maternité	Nbre de séances réalisé	SFE/EEZ	CPS, ONG locales, PTF, EEZ, Collectivités locales	X	X	X	X	X	PM
		Créer dans toutes les maternités un espace de consultation post natale en y intégrant la PF	Nbre de centre de santé disposant d'une salle d'un espace post natale	DSME	DDS, EEZ, PTF, ONG, DIEM	X	X	X	X	X	1 200 000
		Réaliser des études par interview auprès des utilisateurs des services PF deux fois par an	Nbre d'études réalisés et Nbre de clients interviewés	CPS	DDS, EEZ, PTF, ONG	X	X	X	X	X	60 000

		Restituer les résultats des études aux prestataires et aux communautés deux fois l'an	Nbre de séances de restitution	CPS, SFE/EEZ	DDS, EEZ, PTF, ONG	X	X	X	X	X	PM
		Intégrer la PF dans la description des tâches des prestataires de soins	Fiches de description de tâches intégrant la PF disponibles	MCZS, MC, DH	Prestataires de soins	X	X	X	X	X	PM
Ø Renforcer les compétences en technologie contraceptive de tous les prestataires de soins dans les formations sanitaires	Les prestataires des FS privées et publiques sont formés en technologie contraceptive	Former/Récycler les prestataires des FS publiques et privées en PF	Nbre de prestataires des FS publiques et privés formés et recyclés	DSME	SSME, EEZ, ABPF, cliniques privées,	X	X	X	X	X	120 000
		Superviser les prestataires formés	Nbre de prestataires supervisés Nombre de supervision réalisé	DSME, ABPF	SSME, EEZ	X	X	X	X	X	60 000
Améliorer l'accessibilité géographique et financière de la PF	Ø Les services de PF sont financièrement accessibles à la population Ø Les services de PF sont disponibles sans discontinuité dans les localités mal desservies	Organiser des contrôles inopinés de prix des services et produits de PF (au moins 3 contrôle par an)	Nbre de contrôles inopinés réalisé par an	EEZS	DSME, DPM, CAME, ONG	X	X	X	X	X	60 000
		Créer des services de PF mobile	Nbre de services mobiles de PF fonctionnels	EEZS	DSME, ONG	X	X	X	X	X	120 000
		Réviser la grille tarifaire des produits contraceptifs	Nouvelle tarification à la baisse disponible et affichée	DSME/CAME	DPM, EEZ, ONG et cliniques privées	x					

		Développer un programme de service à base communautaire couvrant toutes les communes du Bénin	Nbre de communes desservies par les SBC	ABPF	DSME, SSF, ONG, PSI, PTF, PISAF	X	X	X	X	X	300 000
SOUS-TOTAL 2										2 650 000	

OBJECTIFS	Indicateurs de résultat	Activités	Indicateurs de processus	RESPONSABLE	Partenaires/Structures impliquées	PERIODE					BUDGET
						2011	2012	2013	2014	2015	
Axe N°: 3 Renforcement du cadre institutionnel et juridique en matière de PF											
ØActualiser les politique et directives nationales en matière de PF	ØLes politique et directives nationales en matière de PF sont actualisées	Répertorier les différents documents de politique et de directives en matière de PF	Repertoire des différents documents de politique disponible	DSME (Chef service PF)		X					PM
		Actualiser les documents de politique en matière de PF	Nbre de documents de politique actualisés	DSME (Chef service PF)	DDS, EEZ, PTF, ONG, ABPF	X	X	X	X	X	20 000
		Vulgariser les documents de politique en matière de PF	Nbre de points de prestation ayant reçu les documents actualisés	DSME (Chef service PF)	DDS, EEZ, PTF, ONG, ABPF	X	X	X	X	X	20 000

ØVulgariser les lois sur la SR (loi SR, code des personne et de la famille, loi HIV 2005, loi sur les violences faites aux femmes)	ØLes lois sont vulgarisées	Former les élus locaux et les relais communautaires sur le contenu des lois	Nbre d'élus locaux et relais communautaires formés	DSME (Chef service PF)	DSME, SSF, EEZ, ABPF, ONG, CAME, Parlement, DRFM	X	X	X	X	X	300 000
		Vulgariser les lois sur la SR, le code de la famille, le VIH ...	Nbre de personnes ayant connaissance du contenu des lois	DSME (Chef service PF)	DSME, SSF, EEZ, ABPF, ONG, CAME, Parlement, DRFM	X	X	X	X	X	50 000
ØRenforcer les capacités de la DSME, ses structures déconcentrées et les structures sous tutelles (ABPF) en infrastructures, ressources humaines et matérielles	ØLes capacités de la DSME, de ses structures déconcentrées et sous tutelle sont renforcées	Renforcer l'effectif du personnel dans les structures déconcentrées de la DSME	Nbre de personnels complémentaire mis à disposition	DRH/MS	MS, Ministère en charge de la fonction publique, DDS	X	X	X	X	X	PM
		Renforcer les ressources matérielles de la DSME et de ses structures déconcentrées (Infrastructures, matériels techniques et moyens roulants)	L'extension du bâtiment de la DSME est réalisée, le pack automobile est renforcé, le matériel complémentaire disponible	DIEM/MS	DPP, DRFM, DSME, MFE, PTF	X	X	X	X	X	235 000
		Doter l'ABPF de personnels complémentaires pour l'offre des services de PF et la supervision	Nbre de personnels complémentaire mis à disposition	DRH/MS	MS, Ministère en charge de la fonction publique, ABPF	X	X	X	X	X	50 000
		Doter l'ABPF d'infrastructures pour sa clinique de référence nationale spécialisée en santé de la reproduction/Planification familiale	La clinique de référence nationale SR/PF de l'ABPF est installée dans ses propres locaux	DSME, DIEM/MS	DPP, DRFM, DSME, MFE, PTF	X	X	X	X	X	200 000
		Doter l'ABPF de matériels roulants pour la supervision, le monitoring et la coordination des activités communautaires	Le matériel roulant est disponible	DSME, DIEM/MS	DPP, DRFM, MFE, PTF	X	X	X	X	X	50 000

		Doter l'ABPF de matériels techniques	Le matériel technique existe	DSME, DIEM/MS	DPP, DRFM, MFE, PTF	X	X	X	X	X	15 000
ØRenforcer le mécanisme de coordination des interventions de PF au niveau national	ØLa coordination des interventions de PF au niveau national est renforcée	Organiser deux réunions annuelles de concertation entre le service de PF de la DSME et ses structures déconcentrées et les autres acteurs	Pourcentage de réunions réalisées et PV disponibles	DSME (Chef service PF)	Partenaires, ABPF, OSV, PSI et CAME	X	X	X	X	X	25 000
		Transmettre par voie hiérarchique tous les rapports d'activités trimestriels de tous les intervenants en PF à la DSME	Nbre de rapports reçus	MCZS et Responsables structures partenaires	C/SSME/ DSME	X	X	X	X	X	PM
ØAméliorer 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)	L'enseignement de la PF dans les écoles de formation de base des professionnels de santé et des structures connexes est renforcé	Actualiser les modules de formation en PF dans les écoles de santé publiques et privées	Nbre de modules actualisés	Ministères en charge de l'éducation	MS, FSS, INMES, ENIAB, ESAS	X	X	X	X	X	20 000
		Elaborer les modules de formation de PF pour les enseignements primaires et secondaires	Nbre de Modules disponibles	DSME (Chef service PF)	MS, Ministères en charge de l'éducation, ABPF, PSI, OSV	X	X	X	X	X	40 000
		Disséminer le plan d'action de l'intégration de la PF dans les programmes des écoles de formation des professionnels de la santé	% d'enseignants et encadreurs disposant du plan d'action	DSME	Directeurs écoles de formation, UNFPA, MESRS, METFP	X	X	X	X	X	20 000
		Former/Recycler les enseignants sur les modules de PF	Nbre d'enseignants formés	DSME (Chef service PF)	MS, Ministères en charge de l'éducation, ABPF, PSI, OSV, CAME, PTF	X	X	X			30 000
ØMettre en place un groupe technique de coordination pour la sécurisation des	Ø Le groupe technique de coordination pour la sécurisation des	Prendre un arrêté ministériel pour instituer le groupe technique de PF	Arrêté disponible	DSME	MS, CAME, DPM, CTJ, Partenaires et autres acteurs	X	X	X	X	X	PM

Produits de la PF	produits de la PF est fonctionnel	Mettre en place le Groupe technique de coordination en sécurisation des produits de la SR fonctionnel	Nbre de séances tenues par le Groupe technique	DSME	MS, DRFM, CAME, DPM, LNCQ, Partenaires et autres acteurs	X	X	X	X	X	25 000
ØRenforcer les capacités techniques de la CAME pour une meilleure coordination de la sécurisation des PSR	ØLes capacités techniques de la CAME pour la sécurisation des produits de la PF sont renforcées.	Améliorer le système de communication entre la CAME , ses structures déconcentrées et les dépôts répartiteurs de zone	Nbre de points de stocks de produits PF périodiques envoyés	Responsables DRZS	DSME, CAME	X	X	X	X	X	30 000
		Renforcer les capacités logistiques de la CAME	Nbre de personnels de la CAME formés en gestion logistique des produits PF	DSME	CAME, PTF	X	X	X	X	X	25 000
		Doter la CAME d'équipements de stockage (Etagères, Palettes, Climatiseurs, escabots....)	Nbre d'équipements nouveaux acquits	DRFM	DSME, CAME, Partenaires	X	X	X	X	X	250 000
SOUS-TOTAL 3										1 405 000	

OBJECTIFS	Indicateurs de résultat	Activités	Indicateurs de processus	RESPONSABLE	Partenaires/Structures impliquées	PERIODE					BUDGET EN MILLIER F CFA
						2011	2012	2013	2014	2015	
Axe N°4: Mobilisation des ressources pour le repositionnement de la PF											
Ø Pérenniser dans le budget de l'Etat la ligne pour l'acquisition des produits contraceptifs	Ø La ligne budgétaire annuelle prévue pour l'acquisition des produits contraceptifs est disponible	Faire un plaidoyer pour la restauration de la ligne budgétaire consacrée à l'achat des produits contraceptifs	Les 60 millions alloués à l'achat des produits contraceptifs sont restaurés	DRFM, DPP et DSME	MFE	X	X	X	X	X	PM
		Faire un plaidoyer pour le renforcement de la dotation initiale de 50 millions à raison de 20% chaque année à la ligne budgétaire	Montant alloué chaque année	Cabinet MS	DPP, DRFM, DSME, MFE	X	X	X	X	X	10 000
Ø Mobiliser les ressources additionnelles pour le repositionnement de la PF	Ø Les ressources additionnelles pour le repositionnement de la PF sont acquises	Solliciter les sources potentielles de financement (PTF, Collectivités locales...)	Nbre de sources de financement identifiées, acquises	DSME	MS, MFE, Ministère du Développement	X	X	X	X	X	PM
Ø Mener une étude de faisabilité de la gratuité de la PF	Ø Le rapport de l'étude sur la faisabilité de la gratuité de la PF est disponible	Recruter un consultant pour l'étude sur la gratuité de la PF	Le consultant est recruté	DSME	PTF	X			X		PM
		Réaliser l'étude sur la gratuité de la PF	Rapport d'étude disponible	DSME	PTF	X			X		20 000
SOUS-TOTAL 4									30 000		

OBJECTIFS	Indicateurs de résultat	Activités	Indicateurs de processus	RESPONSABLE	Partenaires/ Structures impliquées	PERIODE					BUDGET EN MILLIER F CFA
						2011	2012	2013	2014	2015	
Axe N°5: Amélioration du système de suivi/évaluation en matière de PF											
Ø Renforcer le mécanisme de suivi et évaluation des activités de repositionnement de la PF	Ø Le mécanisme de suivi/évaluation des activités de repositionnement de la PF est renforcé	Elaborer les outils de suivi/évaluation de la PF	Outils disponibles et utilisés	DSME	SSME,EEZ,CAME, DNSP, DPP	X	X	X	X	X	10 000
		Organiser les suivi/évaluation selon la périodicité recommandée	Les suivi/évaluations sont réalisés et les rapports sont disponibles	DSME	SSME,EEZ,CAME, DNSP, DPP, ABPF	X	X	X	X	X	80 000
Assurer le monitoring et la supervision des activités de PF à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Ø Programme de supervision et de monitoring est mis en œuvre	Organiser des Supervisions trimestrielles et des Monitorings semestriels	Nbre de supervision/Monitoring exécutés	MCZS	EEZ, SSME	X	X	X	X	X	90 000
SOUS-TOTAL 5										180 000	
TOTAL GENERAL EN F CFA										5 042 000	
TOTAL GENERAL EN \$ US (1 \$ US = 455 F CFA)										11 081 319 \$ US	

ANNEXE 1 : RESUME BUDGET PAR AXE STRATEGIQUE

AXES STRATEGIQUES	MONTANT EN MILLIERS F CFA
Axe N°1: Renforcement de la communication en matière de Planification Familiale	777 000
Axe N°2: Amélioration de l'accès aux services de PF de qualité à tous les niveaux	2 650 000
Axe N°: 3 Renforcement du cadre institutionnel et juridique en matière de PF	1 405 000
Axe N°4: Mobilisation des ressources pour le repositionnement de la PF	30 000
Axe N°5: Amélioration du système de suivi/évaluation en matière de PF	180 000
TOTAL GENERAL	5 042 000
TOTAL GENERAL EN \$ US (1 \$ US = 455 F CFA)	11 081 319 \$ US

ANNEXE 2 : PLAN DE TRAVAIL ANNUEL (PTA) 2011

Plan de travail annuel 2010

OBJECTIFS	Indicateurs de résultat	Activités	Indicateurs de processus/Sources de vérification	RESPONSABLE	Partenaires/Structures impliquées	2011				BUDGET EN MILLIERS F CFA
						T 1	T 2	T 3	T 4	
Axe N°1: Renforcement de la communication en matière de Planification Familiale										
Elaborer et mettre en œuvre un plan de plaidoyer en direction des décideurs à tous les niveaux	ØLe Plan de plaidoyer est disponible et mis en œuvre	Etablir un répertoire des décideurs	Répertoire des décideurs disponible	DSME	SSME, MCZS		X	X	X	2 000
		Elaborer un plan de plaidoyer en direction des décideurs avec l'appui d'un consultant	Le plan de plaidoyer est disponible	DSME	Acteurs PF, ONG/Réseaux, communicateurs, Leaders communautaires		X	X	X	10 000
		Mettre en œuvre le plan	Nbre de séances de plaidoyers/Nbre de leaders ayant participé	comité	Acteurs au niveau national et structures déconcentrées			X	X	15 000
		Suivre et Evaluer le plan de plaidoyer	Nbre d'activités de suivi et évaluation réalisé	DSME	Structures déconcentrées ,Structures sous tutelle			X	X	10 000
		Créer un comité national de plaidoyer pour le repositionnement de la PF/Comité Intersectoriel RMMN	Arrêté ministériel disponible	DSME			X	X		PM
		Faire parrainer la journée nationale par une autorité de haut niveau	journée parrainée	comité	gouvernement, Assemblé, cabinet 1 ^{ère} Dame et les PTF			X	X	10 000

Elaborer et mettre en œuvre un plan intégré de mobilisation sociale et de Communication pour un Changement de Comportement	∅ Les plans intégrés de mobilisation sociale sont élaborés et mis en œuvre	Instituer une journée nationale de la planification familiale (26 sept?)	Décret présidentiel	comité	Ministère de la santé, Ministère de la famille, Ministère du développement et les PTF	X	X	X	X	PM
∅ Amener 50% des hommes à adhérer à la Planification Familiale au Bénin	Proportion d'hommes favorable à la PF	Organiser des activités IEC/CCC à l'endroit des groupes structurés d'hommes (Zémidjans, Artisans, Groupes de sports et Groupements de producteurs)	Nbre de séances d'IEC organisées	DSME	Structures déconcentrés de la DSME, ONG PF		X	X	X	20 000
		Offrir aux hommes des structures d'accueil convivial dans les points de prestations de PF (formations, centres d'écoute, etc.)					X	X	X	20 000
		Créer et faire fonctionner des clubs d'homme champion PF	Nbre de club installé	ABPF	PSI, OSV		X	X	X	10 000
SOUS-TOTAL 1									97 000	

OBJECTIFS	Indicateurs de résultat	Activités	Indicateurs de processus	RESPONSABLE	Partenaires/Structures impliquées	2010				BUDGET EN MILLIERS F CFA
						T 1	T 2	T 3	T 4	
Axe N°2: Amélioration de l'accès aux services de PF de qualité à tous les niveaux										
ØRenforcer la capacité de tous les prestataires de soins en sécurisation des produits de la Planification Familiale	ØLa capacité des prestataires de soins en sécurisation des produits de la PF est renforcée	Former et recycler tous les prestataires de soins des FS publiques et privées en sécurisation des produits PF	Nbre de prestataires de soins des FS publiques et privées formés et recyclés	DSME/ABPF, Structures sous tutelle	SSME, EEZ, CAME, cliniques privées		X	X	X	20 000
		Superviser les prestataires formés	Nbre de prestataires supervisés	DSME, ABPF	SSME, EEZ,CAME		X	X	X	10 000
ØRéorganiser les services de santé pour une meilleure intégration de la PF	ØLa PF est bien intégrée aux services de santé	Organiser des séances de réflexion dans les zones sanitaires par les prestataires des services de maternité	Nbre de séances réalisé	SFE/EEZ	CPS, ONG locales, PTF, EEZ, Collectivités locales	X	X	X	X	PM
		Créer dans toutes les maternités un espace de consultation post natale en y intégrant la PF	Nbre de centre de santé disposant d'une salle d'un espace post natale	DSME	DDS, EEZ, PTF, ONG, DIEM	X	X	X	X	200 000
		Réaliser des études par interview auprès des utilisateurs des services PF deux fois par an	Nbre d'études réalisés et Nbre de clients interviewés	CPS	DDS, EEZ, PTF, ONG				X	10 000
		Restituer les résultats des études aux prestataires et aux communautés deux fois l'an	Nbre de séances de restitution	CPS, SFE/EEZ	DDS, EEZ, PTF, ONG				X	PM

		Intégrer la PF dans la description des tâches des prestataires de soins	Fiches de description de tâches	MCZS, MC, DH	Prestataires de soins	X	X	X	X	PM
Ø Renforcer les compétences en technologie contraceptive de tous les prestataires de soins dans les formations sanitaires	Les prestataires des FS privées et publiques sont formés en technologie contraceptive	Former/Récycler les prestataires des FS publiques et privées en PF	Nbre de prestataires des FS publiques et privés formés et recyclés	DSME	SSME, EEZ, ABPF, cliniques privées,	X	X	X	X	20 000
		Superviser les prestataires formés	Nbre de prestataires supervisés	DSME, ABPF	SSME, EEZ					10 000
Améliorer l'accessibilité géographique et financière de la PF	Ø Les services de PF sont financièrement accessibles à la population Ø Les services de PF sont disponibles sans discontinuité dans les localités mal desservies	Organiser des contrôles inopinés de prix des services et produits de PF	Nbre de contrôles inopinés organisés (au moins 3 contrôle par an)	EEZS	DSME, DPM, CAME, ONG			X	X	10 000
		Créer des services de PF mobile	Nbre de services mobiles de PF fonctionnels	EEZS	DSME, ONG		X	X	X	20 000
		Faire respecter la grille tarifaire des produits contraceptifs	tarification disponible et respectée	DSME /CAME	DPM, EEZ, ONG/Réseaux et cliniques privées		X	X	X	20 000

		Développer un programme de service à base communautaire couvrant toutes les communes du Bénin	Nbre de communes déservies par le SBC	ABPF	DSME, SSME, ONG/Réseaux, PSI, PTF, PISAF, EEZS	X	X	X	X	50 000
SOUS-TOTAL 2									370 000	

OBJECTIFS	Indicateurs de résultat	Activités	Indicateurs de processus	RESPONSABLE	Partenaires/Structures impliquées	2010				BUDGET
						T 1	T 2	T 3	T 4	
Axe N°: 3 Renforcement du cadre institutionnel et juridique en matière de PF										
ØActualiser les politique et directives nationales en matière de PF	ØLes politique et directives nationales en matière de PF sont actualisées	Répertorier les différents documents de politique et de directives en matière de PF	Nbre de documents de politique et de directives répertoriés	DSME (Chef service PF)		X	X			PM
		Actualiser les documents de politique en matière de PF	Nbre de documents de politique actualisés	DSME (Chef service PF)	DDS, EEZ, PTF, ONG, ABPF	X	X			10 000
		Vulgariser les documents de politique en matière de PF	Nbre de points de prestation ayant reçu les documents actualisés	DSME (Chef service PF)	DDS, EEZ, PTF, ONG, ABPF			X	X	5 000
ØVulgariser les lois sur la SR (loi SR, code des personnes et de la famille, loi HIV 2005, loi sur les violences	ØLes lois sont vulgarisées	Former les élus locaux, les radios de proximité et les relais communautaires sur le contenu des lois	Nbre d'élus locaux et relais communautaires formés	DSME (Chef service PF)	DSME, SSME, EEZ, ABPF, ONG, CAME, Parlement, DRFM, Radios de proximité			X	X	50 000

faites aux femmes)		Vulgariser les lois sur la SR, le code de la famille, le VIH ...	Nbre de personnes ayant connaissance du contenu des lois	DSME (Chef service PF)	DSME, SSME, EEZ, ABPF, ONG, CAME, Parlement, DRFM, Radios de proximité		X	X	X	10 000	
Ø Renforcer les capacités de la DSME, ses structures déconcentrées et les structures sous tutelles (ABPF) en infrastructures, ressources humaines et matérielles	Ø Les capacités de la DSME, de ses structures déconcentrées et sous tutelle sont renforcées	Renforcer l'effectif du personnel dans les structures déconcentrées de la DSME	Nbre de personnels complémentaire mis à disposition	DRH/MS	MS, Ministère en charge de la fonction publique, DDS			X	X	PM	
		Renforcer les ressources matérielles de la DSME et de ses structures déconcentrées (Infrastructures ,matériels techniques et moyens roulants)	L'extension du bâtiment de la DSME est réalisée, le pack automobile est renforcé, le matériel complémentaire disponible	DIEM/MS	DPP, DRFM, DSME, MFE, PTF		X	X	X	135 000	
		Doter l'ABPF de personnels complémentaires pour l'offre des services de PF et la supervision	Nbre de personnels complémentaire mis à disposition	DRH/MS	MS, Ministère en charge de la fonction publique, ABPF				X	X	20 000
		Doter l'ABPF d'infrastructures pour sa clinique de référence nationale spécialisée en santé de la reproduction/Planification familiale	La clinique de référence nationale SR/PF de l'ABPF est installée dans ses propres locaux	DSME, DIEM/MS	DPP, DRFM, MFE, PTF					X	30 000
		Doter l'ABPF de matériels roulants pour la supervision, le monitoring et la coordination des activités communautaires	Le matériel roulant est disponible	DSME, DIEM/MS	DPP, DRFM, MFE, PTF					X	30 000
		Doter l'ABPF de matériels techniques	Le matériel technique existe	DSME, DIEM/MS	DPP, DRFM, MFE, PTF			X	X		15 000

Ø Renforcer le mécanisme de coordination des interventions de PF au niveau national	Ø La coordination des interventions de PF au niveau national est renforcée	Organiser deux réunions annuelles de concertation entre le service de PF de la DSF et ses structures déconcentrées et les autres acteurs	Pourcentage de réunions réalisées et PV disponibles	DSME (Chef service PF)	Partenaires, ABPF, OSV, PSI, ONG/Réseaux et CAME		X	X	X	3 000	
		Transmettre par voie hiérarchique tous les rapports d'activités trimestriels de tous les intervenants en PF à la DSME	Nbre de rapports reçus	MCZS et Responsables structures partenaires	C/SSME, DSME	X	X	X	X	PM	
Ø Améliorer l'enseignement de la PF dans les écoles de formation de base des professionnels de santé et des structures connexes (Ministères, ONG/Réseaux et tout autre intervenant en PF)	L'enseignement de la PF dans les écoles de formation de base des professionnels de santé et des structures connexes est renforcé	Actualiser les modules de formation en PF dans les écoles de santé publiques et privées	Nbre de modules disponibles/Nbre d'élèves et étudiants des écoles de santé formés en PF	Ministères en charge de l'éducation	MS, FSS, INMES, ENIAB, ESAS		X		X	10 000	
		Elaborer les modules de formation de PF pour les enseignements primaires et secondaires	Nbre de Modules disponibles	DSME (Chef service PF)	MS, Ministères en charge de l'éducation, ABPF, PSI, OSV		X		X	10 000	
		Disséminer le plan d'action de l'intégration de la PF dans les programmes des écoles de formation des professionnels de la santé	% d'enseignants et encadreurs informés du plan d'action	DSME	Directeurs écoles de formation, UNFPA, MESRS, METFP				X	X	5 000
		Former/Recycler les enseignants sur les modules de PF	Nbre d'enseignants formés/recyclés	DSME (Chef service PF)	MS, Ministères en charge de l'éducation, ABPF, PSI, OSV, CAME, PTF				X	X	5 000
Ø Mettre en place un groupe technique de coordination pour la PF	Ø Le groupe technique de coordination pour la PF est fonctionnel	Prendre un arrêté ministériel pour instituer le groupe technique de PF	Arrêté disponible	DSME	MS, CAME, DPM, CTJ, Partenaires et autres acteurs	X	X			PM	
		Mettre en place le comité et le rendre fonctionnel	Nbre de séances tenues par le comité	DSME	MS, DRFM, CAME, DPM, LNCQ, Partenaires et autres acteurs		X	X	X	5 000	

Ø Renforcer les capacités techniques de la CAME pour une meilleure coordination de la sécurisation des PSR	Ø Les capacités techniques de la CAME pour la sécurisation des produits de la PF sont renforcées.	Améliorer le système de communication entre la CAME, ses structures déconcentrées et les dépôts répartiteurs de zone (DRSZ)	Nbre de points de stocks de produits PF périodiques envoyés	Responsables DRZS	DSME, CAME	X	X	X	X	5 000
		Renforcer les capacités logistiques de la CAME	Nbre de personnels de la CAME formés en gestion logistique des produits PF	DSME	CAME, PTF		X	X	X	2 000
		Doter la CAME d'équipements de stockage (Etagères, Palettes, Climatiseurs, escabots....)	Nbre d'équipements nouveaux acquis	DRFM	DSME, CAME, Partenaires				X	50 000
SOUS-TOTAL 3									400 000	

OBJECTIFS	Indicateurs de résultat	Activités	Indicateurs de processus	RESPONSABLE	Partenaires/Structures impliquées	2010				BUDGET EN MILLIER F CFA
						T 1	T 2	T 3	T 4	
Axe N°4: Mobilisation des ressources pour le repositionnement de la PF										
Ø Pérenniser dans le budget de l'Etat la ligne pour l'acquisition des produits contraceptifs	Ø La ligne budgétaire annuelle prévue pour l'acquisition des produits contraceptifs est disponible	Faire un plaidoyer pour la restauration de la ligne budgétaire consacrée à l'achat des produits contraceptifs	Les 60 millions alloués à l'achat des produits contraceptifs sont restitués	DRFM, DPP et DSME	MFE	X	X			PM
		Faire un plaidoyer pour le renforcement de la dotation initiale de 50 millions à raison de 20% chaque année	20% d'augmentation acquis chaque année sur la dotation initiale	Cabinet MS	DPP, DRFM, DSME, MFE	X	X	X	X	2 500

∅ Mobiliser les ressources additionnelles pour le repositionnement de la PF	∅ Les ressources additionnelles pour le repositionnement de la PF sont acquises	Solliciter les sources potentielles de financement (PTF, Collectivités locales...)	Nbre de sources de financement identifiées, acquises	DSME	MS, MFE, Ministère du Développement	X	X	X	X	PM
∅ Mener une étude de faisabilité de la gratuité de la PF	∅ Le rapport de l'étude sur la faisabilité de la gratuité de la PF est disponible	Recruter un consultant pour l'étude sur la gratuité de la PF	Le consultant est recruté	DSME	PTF			X		PM
		Réaliser l'étude sur la gratuité de la PF	Rapport d'étude disponible	DSME	PTF			X	X	10 000
SOUS-TOTAL 4									12 500	

OBJECTIFS	Indicateurs de résultat	Activités	Indicateurs de processus	RESPONSABLE	Partenaires/ Structures impliquées	2010				BUDGET EN MILLIER F CFA
						T 1	T 2	T 3	T 4	
Axe N°5: Amélioration du système de suivi/évaluation en matière de PF										
Ø Renforcer le mécanisme de suivi/évaluation des activités de repositionnement de la PF	Ø Le mécanisme de suivi/évaluation des activités de repositionnement de la PF est renforcé	Elaborer les outils de suivi/évaluation de la PF	Outils disponibles et utilisés	DSME	SSME,EEZ,CAME, DNPS, DPP	X	X			10 000
		Organiser les suivi/évaluation selon la périodicité recommandée	Les suivi/évaluations sont réalisés et les rapports sont disponibles	DSME	SSME,EEZ,CAME, DNPS, DPP, ABPF	X	X	X	X	10 000
Assurer le monitoring et la supervision des activités de PF à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Ø Programme de supervision et de monitoring est mis en œuvre	Organiser des Supervisions trimestrielles et des Monitorings semestriels	Nbre de supervision/Monitoring exécutés	MCZS	EEZ, SSME	X	X	X	X	20 000
SOUS-TOTAL 5									40 000	
TOTAL GENERAL EN F CFA									919 500	
TOTAL GENERAL EN \$ US (1 \$ US = 455 F CFA)									1 976 923,1 \$ US	

ANNEXE 3 : LISTE DE PRESENCE

ATELIER D'ELABORATION DE LA STRATEGIE NATIONALE DE REPOSITIONNEMENT DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Du 09 au 12 Mars 2010
Salle de Conférence de l'Hôtel Dako 1^{er} à Bohicon

Liste de Présence des participants

N°	NOM ET PRENOMS	QUALIFICATION / FONCTION	ADRESSE / CONTACTS	PROVENANCE
1	SOGNIGBE Homagnon	Consultant UNFPA/FTSM	Tél. : 96 68 01 00 E-mail : sognigbe@unfpa.org	COTONOU
2	DAZOGBO Alexandrine	Chargée de Programme SRAJ	Tél. : 97 07 75 82 E-mail : dazogbo@unfpa.org	COTONOU
3	SOUDE Théodore	Représentant Assistant SR	Tél. : 96 18 77 61 E-mail : soude@unfpa.org	COTONOU
4	FATEMBO Hippocrate	MC/BANTE Zone SABA	Tél. : 97 12 71 78 E-mail : akambi2008@yahoo. fr	BANTE
5	KINDE Charles K.	Gestionnaire de stock CAME	Tél. : 95 40 10 62 E-mail : charlekinds@yahoo.f r	COTONOU

N°	NOM ET PRENOMS	QUALIFICATION / FONCTION	ADRESSE / CONTACTS	PROVENANCE
6	METAHOU Achille	Epidémiologiste Formateur en PF/SR	Tél. : 97 33 45 21 E-mail : metahouachille@yahoo.fr	OSV JORDAN COTONOU
7	AHOUNOU D. Gaston	Médecin Epidémiologiste CS/PF/DSF	Tél. : 97 27 99 57 E-mail : ahoudes2001@yahoo.fr	COTONOU
8	YEHOUESSI Marie-Hélène	Assistante IEC spécialisée en PF	Tél. : 95 56 74 99 E-mail : tchahohoo@yahoo.fr	PSI/ABMS
9	HOUNDOLO Francine	Ingénieur d'Hygiène et d'Assainissement	Tél. : 90 03 05 06 E-mail : christayih@yahoo.fr	DNPS/MS COTONOU
10	YAMONGBE T. Vicencia	Sage-femme responsable	Tél. : 96 67 67 57 E-mail :	ZS BASSILA
11	AHOUANYE OUASSA Reine Caroline	SFE de Santé Publique SPF/DSF	Tél. : 90 02 86 30 / 97 29 39 43 E-mail :	COTONOU
12	ACHIROU Danielle	MDE	Tél. : 95 84 17 33 E-mail :	SGM/MS COTONOU
13	NICOUE Francine Josette	IAS CD/DSF	Tél. : 97 85 05 67 E-mail : francinenicoue@yahoo	COTONOU

			.fr	
14	HOUNTONDJI Antoine	IAS Rep. DRH/MS	Tél. : 96 14 00 37 E-mail :	COTONOU
15	SEFOU Claire	TSSIO CD/ MSON DSIO/MS	Tél. : 95 85 89 33 E-mail :	COTONOU
16	TRAORE Esther	Conseiller chargé de la Santé Familiale et Planification OMS/Bénin	Tél. : 97 29 02 55 E-mail : traoree@bj.afro.who.in t	OMS/BENIN
17	CRECEL M'ZEYI M. Cica	SFE	Tél. : 97 24 30 85 / 90 06 29 25 E-mail :	HZ SAVALOU
18	ATTOLOU GBOHOUN Aimé	Gynécologue Chef Service AQ en milieu hospitalier/DNEH	Tél. : 90 01 75 46 E-mail : atgaime@yahoo.fr	COTONOU
19	SIMEON FRANTZ	Directeur PISAF	Tél. : 96 36 80 26 E-mail : fsimeon@urc- benin.com	BOHICON
20	CLEDJO Edgard	Directeur Exécutif ABPF	Tél. : 95 96 44 12 / 97 86 11 18 E-mail : cledjoedg@hotmail.co m	COTONOU
21	MORAT LAFIA Ganiatou	SFE/CD/SER/DDZS	Tél. : 90 90 37 87 E-mail : molaga1@yahoo.fr	COTONOU

N°	NOM ET PRENOMS	QUALIFICATION / FONCTION	ADRESSE / CONTACTS	PROVENANCE
22	KOUASSI E. Jean	C/SSF Mono/Couffo	Tél. : 97 60 60 93 E-mail : eningnon@yahoo.fr	LOKOSSA
23	HOUSSOU FAGNINOU Antoinette	CD/SRAJ-PF DDS Ouémé/Plateau	Tél. : 90 03 63 53 E-mail :	PORTO-NOVO
24	ANANI SENOU Ghislaine	SSA/DSF	Tél. : 21 33 20 21 E-mail :	COTONOU
25	BOKO G. Randoxine	IAS CD Plaidoyer/ Promotion SPF/DSF	Tél. : 90 03 58 96 E-mail : sevi_olivia@yahoo.com	COTONOU
26	AKOHA A. S. Justin	MDE C/SSF Zou/Collines	Tél. : 97 11 28 82 E-mail : aktintino@yahoo.fr	ABOMEY
27	MONTCHO Eugène	Pharmacien CAME	Tél. : 97 60 36 87 E-mail : meggua2005@yahoo.fr	NATITINGOU
28	N'DA Innocent	MDE C/SSF Borgou/Alibori	Tél. : 90 13 35 80 E-mail : innocentnda@yahoo.fr	PARAKOU

N°	NOM ET PRENOMS	QUALIFICATION / FONCTION	ADRESSE / CONTACTS	PROVENANCE
29	AHYI Amélie E. épouse ZOUMENOU	Médecin Service SR PISAF	Tél. : 95 96 72 06 / 97 92 37 30 E-mail : ameliezoumenou@yahoo.fr	BOHICON
30	BOSSOU d'ALMEIDA Alphonsine	Attachée Services Financiers DRFM/MS	Tél. : 90 94 52 51 E-mail : da.ursule@yahoo.fr	COTONOU
31	QUENUM Alban		Tél. : E-mail :	UNICEF COTONOU

Annexe 4 :

**ATELIER DE VALIDATION DE LA STRATEGIE NATIONALE DE
REPOSITIONNEMENT DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AU
BENIN**

**Du 21 au 22 Juin 2010
Salle de Conférence de l'Hôtel Terra Nostra, Ouidah**

Liste des Participants

N°	NOM ET PRENOMS	QUALIFICATION / FONCTION	ADRESSE / CONTACTS
1	SOGNIGBE Homagnon	Consultant UNFPA/FTSM	Tél. : 96 68 01 00 E-mail : sognigbe@unfpa.org
2	RIBIERE TRAORE A. Aminata	Chargée de Programme IST/VIH/Sida UNFPA	Tél. : 97 76 18 72 E-mail : ribiere@unfpa.org
3	SOUDE Théodore	Représentant Assistant UNFPA	Tél. : 96 18 77 61 E-mail : soude@unfpa.org
4	TOBOSSI A Philippe	UNFPA	Tél. : 97 38 63 69 E-mail : tobossi@unfpa.org
5	KINDE Charles K.	Gestionnaire de stock CAME	Tél. : 95 40 10 62 E-mail : charlekinds@yahoo.fr
6	METAHOU Achille	Epidémiologiste Formateur en PF/SR	Tél. : 97 33 45 21 E-mail : metahouachille@yahoo.fr
7	AHOUNOU D. Gaston	Médecin Epidémiologiste CS/PF/DSF	Tél. : 97 27 99 57 E-mail : ahoudes2001@yahoo.fr
8	AHOUANYE OUASSA Reine Caroline	SFE de Santé Publique SPF/DSF	Tél. : 90 02 86 30 / 97 29 39 43 E-mail :

N°	NOM ET PRENOMS	QUALIFICATION / FONCTION	ADRESSE / CONTACTS
9	HOUNNOU	Pharmacien/DPM	Tél. : 90 02 86 30 / 97 29 39 43 E-mail :
10	NICOUE Francine Josette	Personne ressource	Tél. : 97 85 05 67 E-mail : francinicoue@yahoo.fr
11	SEFOU Claire	TSSIO CD/ MSON DSIO/MS	Tél. : 95 85 89 33 E-mail :
12	TRAORE Esther	Conseiller chargé de la Santé Familiale et Planification OMS/Bénin	Tél. : 97 29 02 55 E-mail : traoree@bj.afro.who.int
13	CLEDJO Edgard	Directeur Exécutif ABPF	Tél. : 95 96 44 12 / 97 86 11 18 E-mail : cledjoedg@hotmail.com
14	BOKO G. Randoxine	IAS CD Plaidoyer/ Promotion SPF/DSF	Tél. : 90 03 58 96 E-mail : sevi_olivia@yahoo.com
15	DARATE René	DSF/MS	Tél. : E-mail :
16	ZOLIKPO Marguerite	Personne ressource	
17	NAKAKUBO Yuko	Experte JICA	
18	DECADJEVI	DPP	

Bibliographie

1. OMS. Mortalité maternelle 2005. Estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale. Genève : OMS 2008.
2. OMS/AFRO. Feuille de route : L'Union africaine s'engage à lutter contre la mortalité maternelle. Bulletin régional de la santé génésique No 2 . Brazzaville: OMS/AFRO, 2004.
3. Lawn J.E, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? The Lancet 2005; Neonatal survival: 9-18.
4. The partnership
5. Institut National de la statistique et de l'analyse Economique (INSAE) et ORC Macro Calverton, Maryland USA. Enquête Démographique et de Santé au Bénin 1996. Cotonou : INSAE, 1997.
6. Institut National de la statistique et de l'analyse Economique (INSAE) et ORC Macro Calverton, Maryland USA. Enquête Démographique et de Santé au Bénin 2001. Cotonou : INSAE, 2002.
7. Institut National de la statistique et de l'analyse Economique (INSAE) [Bénin] et Macro International Inc. 2007 : Enquête Démographique et de Santé (EDSBIII) - Bénin 2006. Calverton, Maryland USA : Institut National de la statistique et de l'analyse Economique et Macro International Inc.
8. MPRE, INSAE. Deuxième recensement général de la population et de l'habitation (RGPH2)1992. Cotonou : Bureau Central du Recensement : 1993.
9. MCPPD, INSAE. Troisième recensement général de la population et de l'habitation (RGPH3) Février 2002 : Principaux indicateurs socio-démographiques. Cotonou : Direction des études démographiques : 2003
10. Ministère de la Santé du Bénin, DPP/SSD. Annuaire des statistiques sanitaires Année 2007. Cotonou : DPP/SSD, 2008.
11. OMS. Profil sanitaire du Bénin. Cotonou : OMS 2009.
12. NAF Guide
13. Plan National de Développement de la Santé PNDS 2009-2018 MS
14. Ministère de la Santé, Direction de la Santé Familiale, 2006. Stratégie Nationale de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale, 2006-2015.
15. MS. Cadre de concertation du partenariat secteur public-secteur privé dans le domaine de la santé. (2006-2008). 2006.
16. Maine D, Murat Z, Akalin M. Z., Ward V. M., Kamara A. (1997a). La Conception et l'Evaluation des Programmes de Prévention de la mortalité Maternelle . New York: New York: Centre de Santé des Populations et de la Famille, Université de Columbia.
17. Unicef, OMS, UNFPA (1997). Lignes Directrices pour la Surveillance de la Disponibilité et l'Utilisation des Services Obstétricaux, New-York, Unicef
18. Paxton A., Maine D, Hijab, N.,(2003). Utilisation des Indicateurs de processus de l'ONU en Matière de services Obstétricaux d'urgence : Questions et Réponses . New York: New York: Centre de Santé des Populations et de la Famille, Université de Columbia.
19. Ministère de la Santé Publique du Bénin : Normes et Standards des activités et d'équipements pour les zones sanitaires. Cotonou, Bénin :CADZS, Ministère de la Santé Publique.
20. OMS/AFRO Replacer la Planification familiale dans les services de santé de la reproduction, Cadre pour Accélérer l'Action 2005 – 2014, OMS/AFRO, 2005.