



REPUBLIQUE DU BENIN



MINISTRE DE LA SANTE



DIRECTION DE LA SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT

BP 01-882 BENIN

Tél. +229 21 33 2178 / 21 33 21 63

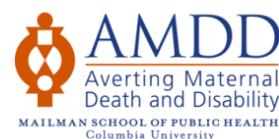
info@sante.gouv.bj

www.sante.gouv.bj

PLAN OPERATIONNEL DE REDUCTION DE LA MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE AU BENIN

PO-RMMN 2018 - 2022

Mars 2018



PREFACE

La mortalité maternelle et néonatale demeure un problème de santé publique au Bénin. Tous les efforts déployés par l'Etat béninois et les Partenaires Techniques et Financiers ont abouti à peu d'amélioration de la santé des mères et des nouveau-nés. Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) n°4 et 5 en rapport avec la santé maternelle et infantile n'ont pas été atteints en 2015 comme programmé.

Au Sommet des Nations Unies consacré à l'adoption du programme de développement pour l'après 2015, le Bénin a pris l'engagement d'œuvrer à la réalisation de 17 Objectifs de Développement Durable (ODD) à l'horizon 2030. Cet engagement est soutenu par le Programme d'Action du Gouvernement.

L'atteinte des cibles 3.1 et 3.2 de l'Objectif de Développement Durable n° 3 relatives à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale constitue un grand défi pour le Bénin et particulièrement pour le système de santé.

En tirant leçons des échecs du passé, il faut agir différemment en décentralisant davantage les responsabilités et les ressources vers les départements et les Zones Sanitaires. Dans ce cadre, les Directions Départementales de la Santé et les Zones Sanitaires doivent jouer un rôle prépondérant dans le management du plan opérationnel de réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2018 – 2022. A ce titre, ces niveaux s'impliqueront dans l'application de la politique, des textes législatifs et réglementaires, dans la planification, la mise en œuvre, la coordination des actions, et le suivi / évaluation.

Les questions de santé des mères et des nouveau-nés doivent être discutées au sein des instances intersectorielles de concertation au niveau des départements et des communes, instances que président les préfets et les maires.

Pour ma part, je m'engage à œuvrer au sein du Gouvernement pour rendre disponibles les ressources humaines qualifiées, les ressources financières et matérielles nécessaires à la mise en œuvre des interventions à haut impact pour la survie et la santé des mères et des nouveau-nés.

Nelson Mandela a dit : « Une vision qui n'est pas suivie d'action n'est qu'un rêve ; une action qui n'est pas précédée de vision est une perte de temps ; une vision suivie d'action peut transformer le monde »

En partageant la même vision, les mêmes objectifs et en travaillant ensemble comme une équipe, nous améliorerons les conditions sanitaires et de vie des populations béninoises.

Docteur Alassane SEIDOU

ACRONYMES

AMCES	: Association des œuvres Médicales privées Confessionnelles et Sociales
AMIU	: Aspiration Manuelle Intra Utérine
ARCH	: Agence pour le Renforcement du Capital Humain
CHD	: Centre Hospitalier Départemental
CHUD	: Centre Hospitalier Universitaire Départemental
CHU-MEL	: Centre Hospitalier Universitaire – Mère Enfant Lagune
CNHU	: Centre National Hospitalier Universitaire
CPN	: Consultation Périnatale
CPoN	: Consultation Postnatale
DPP	: Direction de la Programmation et de la Prospective
DHIS	: Data Health Information Software
DDS	: Direction Départementale de la Santé
DRZ	: Dépôt Répartiteur de zone
DSME	: Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
EDS	: Enquête Démographique et de Santé au Bénin
EEZ	: Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire
FS	: Formation Sanitaire
GATPA	: Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement
GO	: Gynécologue Obstétricien
HN	: Hôpital National
HZ	: Hôpital de Zone
IDE	: Infirmier Diplômé d'Etat
MCZS	: Médecin Coordonnateur de Zone Sanitaire
MICS	: Multiple Indicators Cluster Survey / Enquête par grappes à Indicateurs Multiples
MS	: Ministère de la Santé
ODD	: Objectifs du Développement Durable
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PTD	: Plan Triennal de Développement

PTF	: Partenaire Technique et Financier
RH	: Ressources Humaines
RMM	: Ratio de Mortalité Maternelle
SAA	: Soins Après Avortement
SDMR	: Surveillance des Décès Maternels et Riposte
SF	: Sage – femme
SIS	: Système d'Information Sanitaire
SMI	: Santé Maternelle et Infantile
SMK	: Soins Maternels Kangourou
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
SRMNEAJ	: Santé de la Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant, de l'Adolescent et Jeune
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
USAID	: Agence des Etats Unis d'Amérique pour le Développement International
ZS	: Zone Sanitaire

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Evolution de la population du Bénin de 1961 à 2013	3
Tableau 2 : Caractéristiques démographiques du Bénin en 2013	3
Tableau 3 : Répartition de la population par département en 2013	4
Tableau 4 : Effectif des sages – femmes en 2006 et 2016 par département	4
Tableau 5 : Couverture des principales interventions ciblant les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes par département en 2006 et 2014	9
Tableau 6 : Couverture des interventions ciblant les nouveau-nés	11
Tableau 7 : Textes législatifs et réglementaires en faveur de la santé de la reproduction, santé maternelle et néonatale.....	12
Tableau 8 : Forces et Faiblesses de la mise en œuvre de la stratégie RMMN 2006 - 2015.....	14
Tableau 9 : Opportunité et Menaces observées dans la mise en œuvre de la stratégie RMMN 2006 - 2015.....	16
Tableau 10 : Institutions et secteurs impliqués dans la mise en œuvre du plan opérationnel de RMMN	37
Tableau 11 : Mécanisme de gestion des risques	39
Tableau 12 : Synthèse des coûts de la mise en œuvre du plan opérationnel RMMN par niveau du système de santé et par Objectif Spécifique.....	41
Tableau 13 : Plan d'action budgétisé du niveau central.....	43
Tableau 14 : Plan d'action budgétisé du département.....	53
Tableau 15 : Plan d'action budgétisé de la zone sanitaire.....	63
Tableau 16 : Principaux indicateurs de suivi / évaluation de santé maternelle et néonatale [16, 17].....	63

LISTE DES GRAPHIQUES

Figure 1 : carte du monde montrant en bleu foncé les régions où le ratio de mortalité maternelle est élevé. [9]	6
Figure 2 : Trajectoire indicative du ratio de mortalité maternelle pour atteindre l'ODD 3	7
Figure 3 : Carte du Bénin indiquant le taux de mortalité néonatale pour mille naissances vivantes par département.....	8
Figure 4 : Trajectoire du taux de mortalité néonatale pour atteindre ODD 3	9
Figure 5 : Cadre conceptuel de santé reproductive, santé de la mère et du nouveau	24
Figure 6 : Eléments de renforcement du système de santé en faveur de la santé maternelle et néonatale.....	27

RESUME

1. Le Bénin enregistre chaque année environ 1500 décès maternels et plus de 12 000 décès de nouveau-nés. Face à cette situation, il est élaboré le plan opérationnel de réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2018 – 2022. Il s'agit du document par lequel le Ministère de la Santé fixe les objectifs, détermine les stratégies permettant de les atteindre, ainsi que les interventions cliniques, managériales, politiques, législatives et autres requises pour infléchir les indicateurs de mortalité maternelle et néonatale [4]. Le document comporte six (6) parties :
 - la méthodologie d'élaboration ;
 - l'analyse des progrès en matière de réduction de la mortalité maternelle et néonatale ;
 - le cadre stratégique ;
 - le cadre de mise en œuvre ;
 - les plans d'actions budgétisés par niveau de la pyramide sanitaire ;
 - le cadre de coordination, et de suivi / évaluation.
2. L'analyse des progrès a révélé que de 2006 à 2015, le Bénin n'a pas connu d'avancées notables en matière de réduction de la mortalité maternelle et néonatale. En effet, le ratio de mortalité maternelle se situe à 347 décès pour cent mille naissances vivantes en 2014 pour une cible OMD 5 attendue de 125 en 2015. De même, le taux de mortalité néonatale est resté à 38 pour mille naissances vivantes en 2014 pour une cible fixée à 21 en 2015. Les niveaux de couverture et la qualité des principales interventions ciblant les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes et les nouveau-nés sont insuffisants pour produire des changements.
3. Les faiblesses identifiées concernent surtout la non appropriation de la stratégie de réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2006 – 2015 par les acteurs du niveau opérationnel et intermédiaire, l'insuffisance de ressources humaines qualifiées, la fragmentation de la mise en œuvre de la stratégie, le faible partenariat avec le secteur privé, les problèmes de coordination et du suivi / évaluation.
4. Des priorités ont été formulées pour la période 2018 – 2022 au nombre desquelles figurent :
 - La résolution du problème de pénurie des ressources humaines qualifiées notamment les sages-femmes pour les maternités déclarées SONU et les pédiatres ;
 - L'équipement des formations sanitaires en matériels adéquats ;
 - L'amélioration de la pratique de la sage –femme pour l'acquisition de compétences
 - L'allocation des ressources financière nécessaires au niveau opérationnel, allocation basée sur le principe de Gestion Axée sur les Résultats ;
 - La gratuité de la Planification Familiale favorisant l'accès des adolescentes et jeunes à la contraception ;
 - La prévention et la prise en charge des grossesses chez les adolescentes et jeunes
 - Le développement du réseau des 125 formations sanitaires SONU ;
 - Le développement des soins essentiels du nouveau-né dans toutes les maternités du Bénin et la prise en charge des complications néonatales dans les maternités et hôpitaux ;

- L'intensification des interventions communautaires à travers le réseau des 10 000 relais communautaires ;
 - La Surveillance des décès maternels / néonataux, et riposte,
 - Le renforcement de la gestion de la chaîne d'approvisionnement et de distribution des médicaments notamment des produits vitaux, et produits contraceptifs en vue de les rendre disponibles dans les formations sanitaires périphériques ;
 - Le renforcement du Partenariat Public – privé pour le partage de la politique, des normes et protocoles de santé maternelle et néonatale. Le contrôle de l'exercice de la médecine en clientèle privée ;
 - Le renforcement de la coordination, du suivi et évaluation aux trois (3) niveaux de la pyramide sanitaire.
5. La création de 12 Directions Départementales de la Santé offrent l'opportunité de rapprocher les autorités sanitaires des populations notamment les couches les plus vulnérables. Elle permet de confier davantage de responsabilités managériales et techniques, ainsi que les ressources aux Directions Départementales de la Santé et aux Zones Sanitaires en matière de réduction de la mortalité maternelle et néonatale.
6. Le cadre stratégique du plan opérationnel décrit la vision, le but, les objectifs, les principes directeurs et les choix stratégiques. Le but est de « Mettre fin aux décès évitables des mères et des nouveau-nés dans chaque zone sanitaire, chaque département en vue de l'atteinte de l'Objectif de Développement Durable n° 3 ». Les objectifs généraux sont énoncés comme suit :
- (i) Réduire au plan national d'ici à 2022, le ratio de mortalité maternelle de 347 à 250 décès pour cent mille naissances vivantes ;
 - (ii) Réduire au plan national d'ici à 2022, le taux de mortalité néonatale de 38 à 25 décès pour mille naissances vivantes.
- Les objectifs spécifiques, au nombre de sept (7) sont les suivants :
- Accroître d'ici à 2022, le taux de prévalence contraceptive aux méthodes modernes chez les femmes mariées ou en union de 12,5 à 25% au plan national ;
 - Augmenter d'ici à 2022 la couverture en CPN^r 4 de 58 à 70% au plan national et à 60% au moins au niveau de chaque département ;
 - Accroître d'ici à 2022, de 77 à 90%, la couverture des accouchements assistés par du personnel qualifié au plan national et au moins 80% au niveau de chaque département ;
 - Augmenter d'ici à 2022 de 26 à 40% les besoins satisfaits dans les formations sanitaires SONU au niveau national et départemental ;
 - Réduire d'ici à 2022, la létalité obstétricale de 5 à 3% dans les formations sanitaires SONU au plan national et au niveau de chaque département ;
 - Augmenter d'ici à 2022, la couverture des soins essentiels à 90% des nouveau-nés nés dans les établissements de santé au plan national et 80% au moins au niveau de chaque département.
 - Accroître d'ici 2022, la couverture des soins postnatals du 7^{ème} jour et du 42^{ème} jour à 60% au plan national et à 50% au moins dans chaque département.

Ces objectifs spécifiques nationaux ont été déclinés en objectifs départementaux pour chacun des 12 départements. Ces objectifs départementaux concernent la planification familiale, l'accouchement en institution, la disponibilité, l'utilisation des SONU, la létalité obstétricale et la dispensation des soins essentiels aux nouveau-nés.

Pour atteindre les objectifs définis pour 2022, un choix de huit (8) groupes d'interventions stratégiques a été opéré à savoir :

- Renforcement des interventions maternelles et néonatales directes à haut impact et de qualité ;
- Le renforcement du système de santé ;
- Les interventions communautaires ;
- Le plaidoyer, la communication pour le changement de comportement et la mobilisation sociale ;
- Les interventions politiques, législatives et réglementaires ;
- Le partenariat ;
- La coordination, le suivi et l'évaluation des actions ;
- La recherche et l'innovation.

Les interventions maternelles et néonatales directes à haut impact constituent la stratégie centrale et les sept (7) autres sont les stratégies d'appui.

7. Le cadre de mise en œuvre développe :

- le cadre institutionnel qui est le système de santé avec ses trois (3) niveaux:
 - niveau central ou national ;
 - niveau intermédiaire ou départemental ;
 - niveau périphérique ou opérationnel.
- Les interventions de routine en santé maternelle et néonatale
- Le réseau des 125 formations sanitaires SONU (48 SONUC et 76 SONUB)
- Le cahier de charge des 10 000 relais communautaire dans les interventions de réduction de la mortalité maternelle et néonatale ;

Le cadre de mise en œuvre décrit également l'organisation de la mise en œuvre et précise les bénéficiaires que sont

- les femmes en âge de procréer ;
- les femmes enceintes ;
- les accouchées ;
- les nouveau-nés.
- les familles, les hommes ;
- les communautés.

8. Les plans d'actions sont élaborés par niveau de la pyramide sanitaire ;

9. Le cadre de coordination et de suivi / évaluation précise les organes de coordination et de concertation aux trois (3) niveaux du système de santé. Il décrit le mécanisme de suivi et

définit les indicateurs à renseigner en matière d'intrants et processus, d'extrants ou produits, d'effets et d'impact.

10. Le plan opérationnel oriente les actions du Ministère de la Santé, des Directions Départementales de la Santé et des Zones Sanitaires sur les interventions à mettre en œuvre. Il donne l'opportunité à chaque département et à chaque Zone Sanitaire d'apporter concrètement sa contribution à l'effort national de réduction de la mortalité maternelle et néonatale.
11. Investir Treize (13) milliards sur cinq (5) ans dans la mise en œuvre du plan apportera des changements dans les conditions sanitaires des femmes en âge de procréer, femmes enceintes et nouveau-nés. Pour cela, il faut un leadership national et départemental fort, une bonne gouvernance et transparence à tous les niveaux et une redevabilité envers les communautés. Cette œuvre requiert l'engagement du Gouvernement, l'implication de l'Assemblée nationale, des Partenaires au développement, des collectivités locales, de la société civile et de toutes les autres parties prenantes.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. METHODOLOGIE D'ELABORATION DU PLAN OPERATIONNEL	2
2. REVUE DES PROGRES EN MATIERE DE REDUCTION DE LA	3
2.1. Contexte national	3
2.1.1 Données démographiques	3
2.2. Niveaux et tendances de la mortalité maternelle et néonatale dans le monde, en Afrique subsaharienne et au Bénin	5
2.3. Couverture des principales interventions ciblant les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes et les nouveau-nés par département	9
2.4 Textes législatifs et réglementaires en faveur de la santé maternelle et néonatale.....	12
2.5. Analyse des forces et faiblesses de la mise en œuvre de la stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2006 – 2015	14
2.6. Les priorités formulées	16
3. CADRE STRATEGIQUE	18
3.1. Vision.....	18
3.2. But.....	18
3.3. Objectifs	18
3.4. Objectifs spécifiques par département	19
3.5. Principes directeurs	22
3.6. Choix stratégiques [4]	23
4. CADRE DE MISE EN ŒUVRE	32
4.1. Cadre institutionnel [6]	32
4.2. Durée du Plan opérationnel 2018 - 2022	35
4.3. Organisation de la mise en œuvre	36
4.4. Les bénéficiaires	36
4.5. Les institutions et organes d'appui	37
4.6. Les conditions de réussite	38
5. PLAN D'ACTION BUDGETISE PAR NIVEAU	41
5.1. Plan d'action budgétisé du niveau central	41
5.2. Plan d'action budgétisé du département	53
5.3. Plan d'action budgétisé de la zone sanitaire	63
6. CADRE DE COORDINATION ET DE SUIVI / EVALUATION	61
6.1. Cadre de coordination	61
6.2. Cadre de concertation :	61
6.3. Mécanisme de suivi / évaluation.....	61
6.4. Indicateurs.....	62

Source de données	64
CONCLUSION	65
REFERENCES	66
ANNEXES	a

INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la mort maternelle est définie comme « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans les 42 jours après sa terminaison quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite [1]. La mort du nouveau-né est définie comme le décès de l'enfant avant 28 jours de vie.

Les causes biologiques telles que l'hémorragie, l'éclampsie, l'infection, l'avortement et la dystocie sont les éléments qui déclenchent le processus conduisant à la mort de la femme ; mais il est reconnu aujourd'hui que le principal déterminant des décès maternels et néonataux est la faible capacité du système de santé à offrir des soins maternels de qualité et à prendre en charge les complications obstétricales et néonatales. Cette faible capacité du système de santé se traduit par trois (3) retards que sont i) le retard dans la prise de décision de recourir aux services de santé, ii) le retard dans l'acheminement de la femme enceinte vers un service de santé approprié et iii) le retard dans la prise en charge adéquate de la femme enceinte présentant des complications dès son admission dans les services de santé de référence.

L'élaboration du plan opérationnel de réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2018 – 2022 répond à un impératif d'accélération des progrès vers l'atteinte de l'Objectif de Développement Durable n°3 en rapport avec la santé maternelle et néonatale.

Le présent document s'aligne sur le Plan National de Développement Sanitaire 2018 – 2022 dans l'orientation stratégique (OS2). L'OS2 porte sur la réduction de la morbidité et de la mortalité de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune, le renforcement de la prévention et de la lutte contre les maladies, et l'amélioration de la qualité des soins. Ce document s'inspire également du plan stratégique intégré de Santé de la Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant, de l'Adolescent et Jeune pour la période 2017 – 2021 [2, 3].

Le projet de plan opérationnel est le document par lequel le Ministère de la Santé fixe les objectifs, détermine les stratégies permettant de les atteindre, ainsi que les interventions cliniques, managériales, politiques, législatives et autres requises pour infléchir les indicateurs de mortalité maternelle et néonatale [4].

Le document comporte six (6) parties :

- la méthodologie d'élaboration ;
- l'analyse des progrès en matière de réduction de la mortalité maternelle et néonatale ;
- le cadre stratégique ;
- le cadre de mise en œuvre ;
- les plans d'actions budgétisés par niveau de la pyramide sanitaire ;
- le cadre de coordination, et de suivi / évaluation.

1. METHODOLOGIE D'ELABORATION DU PLAN OPERATIONNEL

Le plan opérationnel a été élaboré du 25 octobre au 24 décembre 2017 par trois (3) consultants nationaux. L'équipe de consultation est composée d'un médecin de santé publique, d'un médecin gynécologue - obstétricien et d'un médecin pédiatre.

La consultation est placée sous la supervision du Directeur de la Santé de la Mère et de l'Enfant et du Représentant Assistant de l'UNFPA. Les consultants ont soumis à un comité ad hoc de pilotage les termes de référence et le protocole de la mission. La mission consiste à évaluer la mise en œuvre de la stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2006 – 2015, puis à élaborer une nouvelle version de la stratégie pour la période 2018 – 2022. Le comité de pilotage composé des cadres de la DSME, de la DPP, de l'UNFPA, de l'OMS, de l'UNICEF et de l'USAID a amendé le protocole d'élaboration et a suggéré plutôt la déclinaison de la stratégie de réduction de la mortalité maternelle et néonatale en un plan opérationnel pour prendre en compte le plan stratégique intégré pour la santé des mêmes cibles couvrant la période 2017-2021.

L'élaboration a reposé essentiellement sur la revue documentaire et les conclusions de l'évaluation de la mise en œuvre de la stratégie de réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2006 – 2015.

La revue documentaire a consisté à exploiter les documents suivants :

- Exposé de l'OMS sur l'élaboration d'un plan opérationnel en santé maternelle et néonatale, présenté en mai 2007 à Mbour au Sénégal ;
- Publication intitulée « mettre fin aux décès maternels, néonataux et infantiles évitables » de l'OMS relatif aux stratégies et plans d'action de santé de reproduction, santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant pour l'après 2015 ;
- PNDS 2018 – 2022 ;
- Plan stratégique intégré de la Santé de la Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant, de l'Adolescent et Jeune 2017 – 2021 ;
- Plan national budgétisé de la planification familiale 2014 – 2018 ;
- Plan d'action de résolution des problèmes de la non disponibilité des fonctions essentielles dans les formations sanitaires potentiellement SONU 2018 – 2022 ;
- Plan national budgétisé de surveillance des décès maternels/néonataux et riposte 2018 – 2022 ;
- Paquet d'Interventions à Haut Impact révisé 2018 ;
- Directives Nationales de Santé des Nouveau-nés au Bénin ;
- Directives nationales sur la délégation des tâches en SMNE ;
- Stratégie de prise en charge des adolescentes enceintes.

Le plan d'action budgétisé de la zone sanitaire s'est inspiré du plan triennal de développement d'une zone sanitaire et du budget programme de la même zone pour servir de modèle dans l'identification des interventions et activités de réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Le plan d'action budgétisé du département est conçu pour aider la planification annuelle, la coordination, l'appui technique et les revues de performance des interventions ciblant les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes et les nouveau-nés. Le plan d'action budgétisé du niveau central a intégré autant que possible les plans d'actions concernant

la planification familiale, le développement du réseau SONU, la surveillance des décès maternels/néonataux et riposte.

Le projet de plan opérationnel a été soumis au comité ad hoc de pilotage pour la pré validation puis à la validation dans un atelier réunissant toutes les parties prenantes. Les listes des structures et institutions membres du comité de pilotage, des personnes interviewées, et des participants à l'atelier de validation sont annexées au rapport.

2. REVUE DES PROGRES EN MATIERE DE REDUCTION DE LA MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE AU BENIN

2.1. Contexte national

Le contexte national décrit les données démographiques, le personnel de santé impliqué dans la santé maternelle et néonatale et les dépenses de santé.

2.1.1 Données démographiques

Les tableaux I, II et III montrent respectivement l'effectif de la population du Bénin entre 1961 et 2013, les caractéristiques démographiques et la répartition de la population par département en 2013.

Tableau 1 : Evolution de la population du Bénin de 1961 à 2013

Année	1961	1979	1992	2002	2013
Pop. Totale Bénin	2 082 511	3 331 210	4 915 515	6 769 914	10 008 749

Source : INSAE, Enquête démographique (1961) ; RGPH1 1979 ; RGPH2 1992 ; RGPH3 2002 ; RGPH4 2013.

En effet, l'effectif total de la population du Bénin est passé de 2 millions en 1961 à 10 millions en 2013. Il s'agit d'une population à croissance rapide de 3,5% en 2013. La densité de la population est en moyenne de 87 habitants par km². Cette densité moyenne cache des disparités allant de 8595 habitants par km² dans le Littoral, 859 dans l'Ouémé à 33 dans l'Alibori.

Tableau 2 : Caractéristiques démographiques du Bénin en 2013

Caractéristiques démographiques	Valeur	Source
Population totale	10 008 749 habitants	RGPH4
Pourcentage de la population de sexe féminin	51,2 % de la population totale	RGPH4
Proportion des femmes en âge de procréer (15-49 ans)	23,9 % de la population totale	RGPH4
Indice Synthétique de Fécondité	4,8 enfants par femme	RGPH4
Taux brut de natalité	36,4 pour mille habitants	RGPH4

Caractéristiques démographiques	Valeur	Source
Taux brut de mortalité générale	8,5 pour mille habitants	RGPH4
l'espérance de vie à la naissance	63 ans	RGPH4
Taux d'urbanisation de la population	44,6%	RGPH4
Taux net de scolarisation des filles	56,7%	RGPH4
Indice de parité entre les sexes (niveau primaire)	0.9	MICS 2014
Indice de parité entre les sexes (niveau secondaire)	0.8	MICS 2014

Tableau 3 : Répartition de la population par département en 2013

Bénin	Alibori	Atacora	Atlantique	Borgou	Collines	Couffo	Donga	Littoral	Mono	Ouémé	Plateau	Zou
10008749	867463	772262	1398229	1214249	717477	745328	543130	679012	497243	1100404	622372	851580

Source : RGPH 4 (2013)

2.1.2. Infrastructures sanitaires

En matière de santé maternelle et néonatale, le Bénin dispose de 2 hôpitaux nationaux, 6 CHD, 28 HZ, 12 autres hôpitaux, 76 maternités de commune et plus de 825 maternités d'arrondissement. Les 48 hôpitaux et les 76 maternités de commune entrent dans le cadre du réseau national SONU [6,11]

2.1.3. Ressources Humaines impliquées dans la santé maternelle et néonatale [5, 6]

Les ressources humaines qualifiées impliquées dans la santé maternelle et néonatale sont insuffisantes. En effet, le ratio d'agents de santé qualifiés pour la santé maternelle et infantile est de 7 pour 10 000 habitants au Bénin contre la norme de 25 pour 10 000 habitants. L'effectif des sages –femmes en 2006 et 2016 permet d'illustrer l'évolution des ressources impliquées dans l'offre des soins maternels et néonataux.

Le tableau IV présente l'effectif des sages – femmes au Bénin en 2006 et 2016 par département et selon le secteur.

Tableau 4 : Effectif des sages – femmes en 2006 et 2016 par département

Département	Effectif des sages –femmes en 2006			Effectif des sages –femmes en 2016		
	Secteur public	Secteur privé	Total	Secteur public	Secteur privé	Total
Alibori	13	0	13	30	5	35
Atacora	27	2	29	35	17	52
Atlantique	113	92	205	120	148	268
Borgou	41	10	51	93	43	136

Département	Effectif des sages –femmes en 2006			Effectif des sages –femmes en 2016		
	Secteur public	Secteur privé	Total	Secteur public	Secteur privé	Total
Collines	26	11	37	35	9	44
Couffo	11	1	12	34	7	41
Donga	12	0	12	29	7	36
Littoral	160	161	321	194	256	350
Mono	43	3	46	54	7	61
Ouémé	100	39	139	152	102	254
Plateau	27	11	38	40	8	48
Zou	69	27	96	53	29	82
Ensemble	642	357	999	869	638	1407

Source : Selon Annuaire statistiques 2006 et 2016

L'effectif des sages –femmes en activité est de 999 en 2006 et 1407 en 2016. Le ratio sages-femmes pour 10 000 habitants est en régression soit de 1,6 en 2006 et de 1,3 en 2016. Seuls les départements du Littoral (4.6) et de l'Ouémé (2.1) atteignent cette norme en 2016 comme en 2006. Par ailleurs, le Bénin dispose de 142 médecins gynécologues obstétriciens et de 62 pédiatres en activité [10].

2.1.4. Financement de la santé

Le Bénin consacre 4,6% de son PIB et environ 6 à 8% des dépenses publiques à la santé. La revue des dépenses publiques en sante de 2009 à 2013 indique que par rapport aux allocations financières prévues dans le PTD 2010 – 2012, les ressources financières engagées pour le domaine stratégique n° 1 du PNDS, relatif à la réduction de la mortalité maternelle et infantile, n'ont guère dépassées 18 milliards de francs CFA contre une prévision de 71 milliards en 2011 et 89 milliards en 2012.

Selon les Comptes Nationaux de la santé de 2012, la Dépense Totale en Santé (DTS) est passée de 100,97 milliards de FCFA en 2003 à 193 milliards de FCFA en 2012. Les sous comptes révèlent que les dépenses de santé de la reproduction sont estimées à 19,8 milliards pour 2012 (environ 10%); ces dépenses sont financées essentiellement par les ménages 37%, l'Etat 33% et les PTF 29%. Les services de soins curatifs constituent les fonctions essentielles de santé dans la dépense de santé de la reproduction. Ils sont représentés par les accouchements par voie basse 43,39%, les césariennes 16,6%. Les soins préventifs représentent 20,9%. Seul 1% des dépenses est consacré aux activités de planification familiale [7, 8]

2.2. Niveaux et tendances de la mortalité maternelle et néonatale dans le monde, en Afrique subsaharienne et au Bénin

En 1990, l'OMS a estimé au plan mondial le ratio de mortalité maternelle à 385 décès maternels pour cent mille naissances vivantes, soit 532 000 décès maternels par an. Ce ratio est passé en

2015 à 216 décès maternels pour cent mille naissances vivantes, ce qui correspond à 303 000 décès maternels par an, soit une baisse de 43% entre 1990 et 2015 contre un pourcentage attendu de 75% pour l'OMD 5. Près des deux tiers (2/3) des décès actuels surviennent en Afrique subsaharienne, avec 195 000 décès maternels par an et un ratio de 546 décès maternels pour cent mille naissances vivantes.

Au Bénin, le ratio de mortalité maternelle est passé de 498 décès maternels pour cent mille naissances vivantes en 1996 à 397 en 2006 et à 347 en 2014 [EDS et MICS]. Le groupe des agences des Nations Unies (OMS, UNICEF, UNFPA, Banque Mondiale et Division des populations) a attribué en 2015 à notre pays, le ratio de 405 décès maternels pour cent mille naissances vivantes avec un intervalle de confiance allant de 269 à 633. Le nombre absolu de décès maternels n'a pas changé entre 1996 et 2014 soit environ 1500 décès chaque année. Il a été conclu qu'entre 1990 et 2015, le Bénin n'a pas fait de progrès en matière de réduction de la mortalité maternelle [9]. Ce ratio de mortalité maternelle est pour l'ensemble du pays. Il ne peut être désagrégé par département en raison de la taille de l'échantillon.

Les principales causes biologiques de décès sont les hémorragies du post partum (29,6%), l'éclampsie (22,2%), l'avortement (13%), l'infection sévère (11%), la rupture utérine (7,1%), l'hémorragie anté partum (7,1%), le travail prolongé (5,9%), la GEU (2,9%) [10].

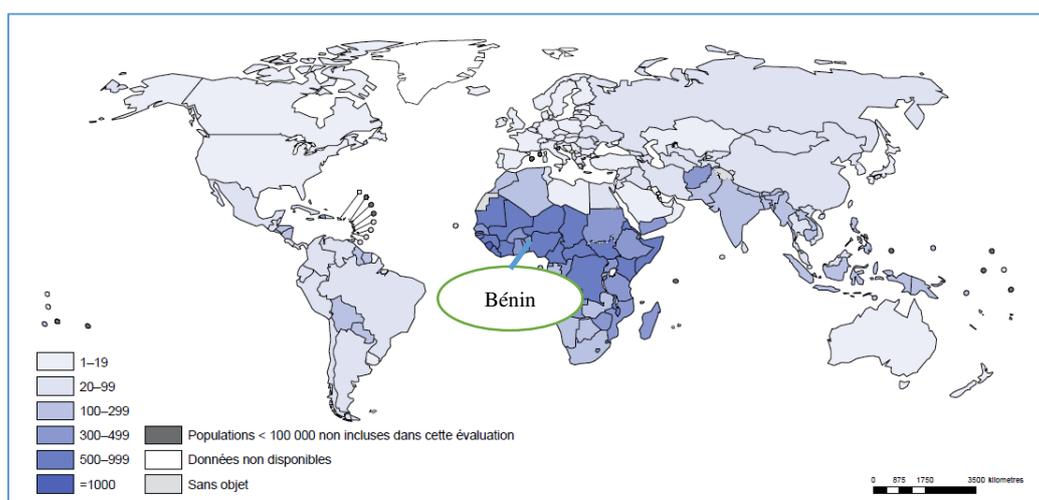


Figure 1 : carte du monde montrant en bleu foncé les régions où le ratio de mortalité maternelle est élevé. [9]

En septembre 2015 au Sommet des Nations Unies consacré à l'adoption du programme de développement pour l'après 2015, les pays se sont engagés à œuvrer pour faire baisser le ratio de mortalité maternelle à moins de 70 décès maternels pour cent mille naissances vivantes à l'horizon 2030. Aucun pays ne doit être au-dessus du double de cette cible soit 140. Le graphique ci-dessous indique sur la base du taux de déclin la trajectoire à suivre pour l'atteinte de la cible 3.1 de l'Objectif de Développement Durable 3 relative à la santé maternelle.

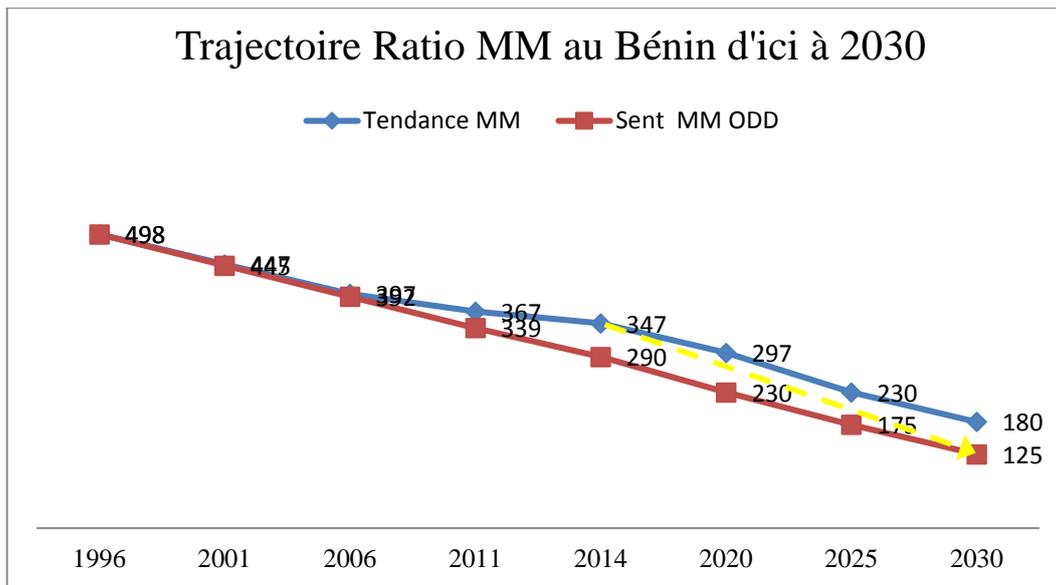


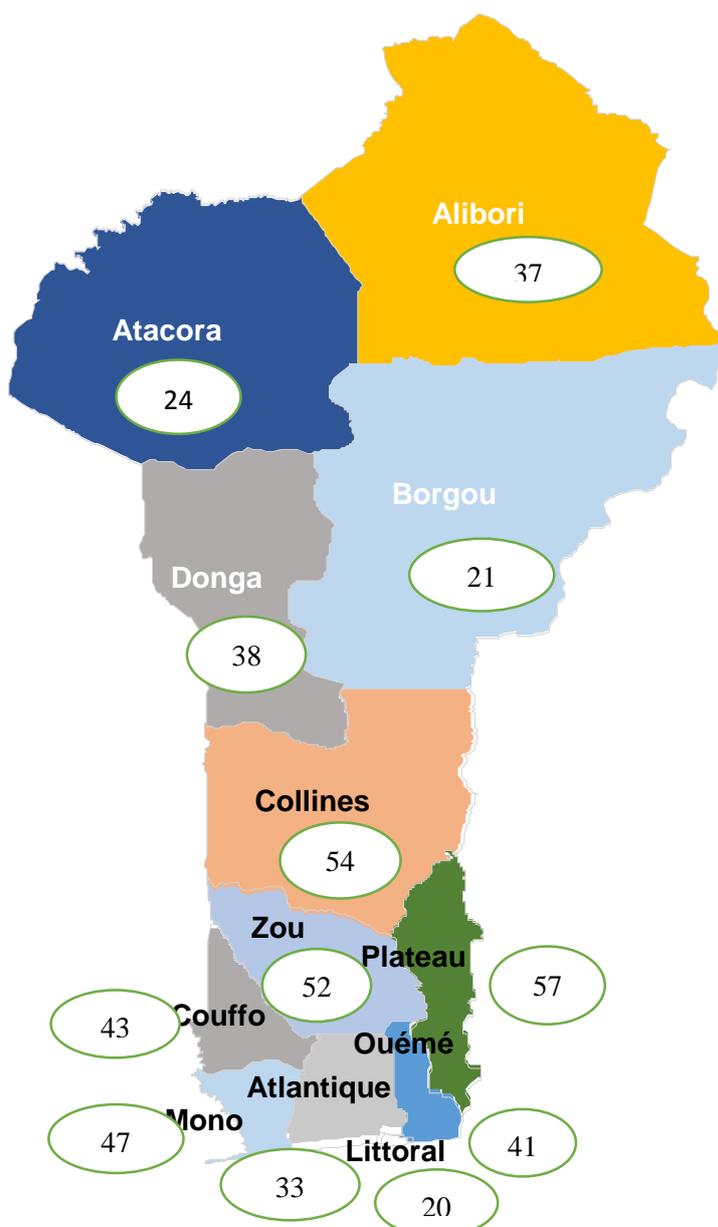
Figure 2 : Trajectoire indicative du ratio de mortalité maternelle pour atteindre l'ODD 3

Sur la base du taux moyen de réduction de mortalité maternelle entre 1990 et 2015 (1,4%), il n'est pas évident que le Bénin atteigne l'ODD 3 en sa cible 3.1 (70 pour cent mille naissances vivantes). Toutefois, avec plus d'engagements et d'efforts des différentes parties prenantes, le pays sera autour de 125 décès pour cent mille naissances vivantes à l'horizon 2030.

De même, en 1990, le taux de mortalité néonatale a été estimé au niveau mondial à 36 décès de nouveau-nés pour mille naissances vivantes. Ce taux correspond à 5,1 millions de décès de nouveau-nés par an. En 2015, le taux de mortalité néonatale est estimé à 19 pour mille, soit 2,7 millions de décès de nouveau-nés par an. Il y a eu une réduction de 53% au niveau mondial. Sur la même période, l'Afrique subsaharienne est passée de 46 pour mille en 1990 à 29 pour mille en 2015 [11].

Au Bénin, le taux de mortalité néonatale a été estimé à 38,2 pour mille en 1996, à 32,4 pour mille en 2006 et à 37,8 pour mille en 2014 [12, 13]. Le groupe des agences des Nations Unies attribue en 2015 à notre pays un taux de mortalité néonatale de 32 pour mille. Le nombre absolu de décès néonataux est de 10 000 en 1996 et 12 000 en 2015. Sur ce plan également, le Bénin n'a pas fait de progrès. Les principales causes biologiques de décès néonataux sont les complications de la prématurité y compris la détresse respiratoire (34%), l'asphyxie périnatale (28%), les infections (25%) et autres (13%) [14].

La figure 3 présente le taux de mortalité néonatale par département en 2014.



Source : MICS 2014

Figure 3 : Carte du Bénin indiquant le taux de mortalité néonatale pour mille naissances vivantes par département

Cette carte montre que le taux de mortalité néonatale cache des disparités au niveau des départements. Il varie de 20 décès de nouveau-nés pour mille naissances vivantes dans le département du Littoral à 57 pour mille dans le Plateau.

A l'issue du Sommet des Nations Unies consacré à l'adoption du programme de développement pour l'après 2015, les pays se sont engagés à œuvrer pour faire baisser le taux de mortalité à 12 décès de nouveau-nés pour mille naissances vivantes à l'horizon 2030.

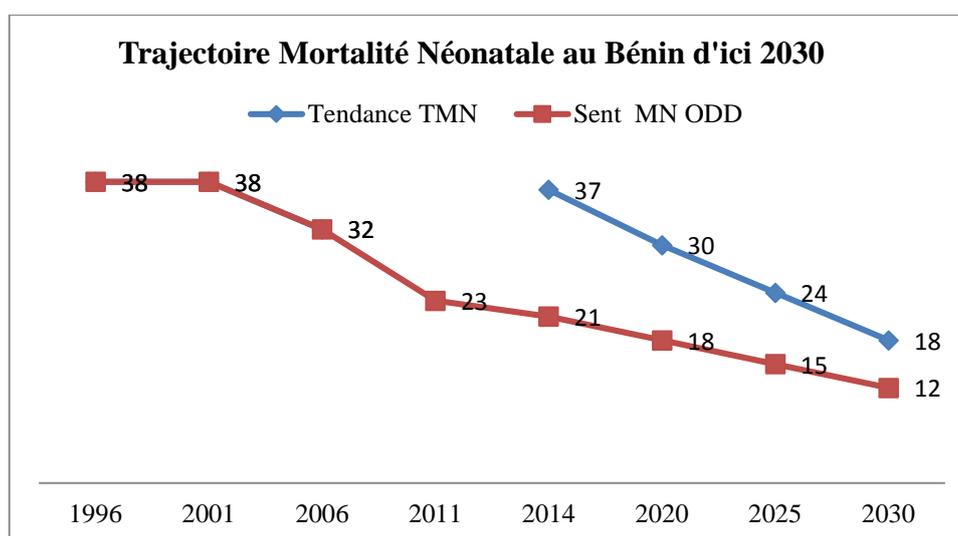


Figure 4 : Trajectoire du taux de mortalité néonatale pour atteindre ODD 3

De même, sur la base du taux moyen de réduction de mortalité néonatale entre 1990 et 2015, il n'est pas évident que le Bénin atteigne l'ODD 3 en sa cible 3.2 (12 décès pour mille naissances vivantes). Toutefois, avec plus d'engagements et d'efforts des différentes parties prenantes, le pays sera autour de 18 décès pour mille naissances vivantes à l'horizon 2030.

2.3. Couverture des principales interventions ciblant les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes et les nouveau-nés par département

Le tableau V présente les niveaux de couverture des principales interventions ciblant les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes par département en 2014 [MICS], notamment la planification familiale, l'utilisation des services de consultation prénatale recentrée, des services d'accouchement, ainsi que la disponibilité des établissements offrant les SONU, le taux de césarienne et le taux de létalité obstétricale.

Tableau 5 : Couverture des principales interventions ciblant les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes par département en 2006 et 2014

Evolution de la couverture des interventions ciblant les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes par département en 2006 et 2014										
Année		Prévalence contraceptive aux méthodes modernes chez les femmes de 15 à 49 ans mariées ou en union (%)		Taux d'utilisation de la CPNr		Taux d'Accouchements en établissements de santé		Taux de césarienne		Pourcentage d'accouchées ayant séjourné pendant 1 à 2 jours dans l'établissement de santé
		2006	2014	2006	2014	2006	2014	2006	2014	
Bénin		6.1	12,5	88	92.2	78.1	87	3.6	5.3	47.7
Département	Alibori	4	13,7	61.4	82.3	41.7	68	1.3	2.8	64.2
	Atacora	5.1	15,4	75.6	86.7	49.4	80.9	1.6	2.3	50.7

Atlantique	5.2	13,0	98.9	98.1	97.4	98.4	4.5	8.3	34.9
Borgou	6.7	16,0	68.5	77.1	53.3	62.1	2.6	3.0	59.1
Collines	10.3	15,5	94.8	94.5	84.9	88.4	2.6	4.4	39.6
Couffo	4.5	6,7	88.4	97.3	70.7	91.3	2.1	3.7	62
Donga	3.9	5,5	82.3	84.7	68.1	77.4	2.4	2.8	55.7
Littoral	10.8	15,8	99.3	97.9	99.1	97.4	10.5	16.4	44.9
Mono	4.3	12,7	95.3	97.6	87.1	94	3.2	8.0	44.5
Ouémé	9	13,4	97.6	98.8	97.4	99	5.2	5.7	48.5
Plateau	3.4	11,5	88.1	93.4	81.3	90.7	3	2.4	51.1
Zou	4	8,3	97.5	96.8	93.8	93.3	3	4.8	34.6

Source : selon EDS 2006 et MICS 2014

Il est observé sur le tableau ci-dessus qu'il y a eu des progrès dans la couverture des interventions clés ciblant les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes de 2006 à 2014 au niveau national et dans de nombreux départements.

- en matière d'utilisation des méthodes contraceptives modernes par les femmes de 15 à 49 ans mariées ou en union, la prévalence contraceptive a progressé de 6,1 à 12,5% au plan national. Les prévalences les plus faibles ont été observées dans les départements du Couffo (6,7%), de la Donga (5,5%) et du Zou (8,3%) ;
- pour l'utilisation des services de consultation prénatale recentrée, le département du Borgou (77%) a enregistré le niveau le plus faible ;
- concernant les accouchements dans les établissements de santé, les départements de l'Alibori (68%), du Borgou (62,1%) et de la Donga (77,4%) se situent nettement en dessous de la moyenne nationale (87%) ;

Pour la disponibilité des établissements SONU, le pays dispose de 29 établissements offrant les SONUC et 1 établissement offrant les SONUB, ce qui correspond à 1,4 SONUC pour 500 000 habitants et 0,01 SONUB pour 500 000 habitants. La norme internationale est d'au moins 1 SONUC pour 500 000 habitants et d'au moins 4 SONUB pour 500 000 habitants. La répartition de ces établissements SONU montre des disparités très importantes, le département du Littoral est le mieux couvert en formations sanitaires SONU. Pour l'ensemble du pays, les besoins satisfaits en SONU sont estimés à 26% contre une norme de 100%. La létalité obstétricale est à 5% contre la norme de moins de 1%. La létalité obstétricale est très élevée dans les formations sanitaires potentiellement SONU des départements de la Donga (23,3%) de l'Atacora (17,0%), de l'Ouémé (10,8%) et du Zou (9,1%).

Pour apprécier la couverture des interventions ciblant les nouveau-nés, il est passé en revue les 14 activités de soins essentiels à dispenser dans toutes les maternités à savoir [15] :

- la protection thermique,
- la prévention des infections en milieu de soins,
- l'accueil, le séchage et l'évaluation immédiate du nouveau-né,
- la mise en contact peau à peau avec la mère,
- les soins du cordon,
- la mise au sein précoce et l'allaitement maternel exclusif
- les soins des yeux,
- l'administration de vitamine K1,

- les mensurations
- l'examen systématique du nouveau-né,
- la vaccination,
- la surveillance et la recherche des signes de danger,
- la réanimation du nouveau-né en salle de naissance
- les soins maternels kangourou pour les faibles poids de naissance

Il n'y a pas de données statistiques disponibles sur l'intervention « Soins Essentiels du Nouveau-Né » en dehors des activités de mise au sein précoce, des nouveau-nés pesés, de la détermination des faibles poids de naissance et de la protection contre le tétanos néonatal. Le tableau VI indique le niveau de couverture des activités pré citées.

Tableau 6 : Couverture des interventions ciblant les nouveau-nés

		Mise au sein précoce dans l'heure qui suit la naissance (%)	Pesée à la naissance (%)	Prévalence des faibles poids de naissance	Protection contre le tétanos néonatal
Bénin		46,6	76,3	12,5	70
Département	Alibori	41,2	50,5	13	62,7
	Atacora	60,3	70,3	12,7	60,9
	Atlantique	45,8	92,2	13,6	81
	Borgou	51,4	45,4	13,9	52,4
	Collines	30,9	80,9	11	73,9
	Couffo	35,6	73,0	11,8	81,8
	Donga	47,8	67,4	11,4	65,1
	Littoral	49,3	95,9	11,6	73,9
	Mono	35,8	85,0	13,1	76,5
	Ouémé	57,7	91,4	13,3	77,4
	Plateau	29,8	74,4	12	58,6
Zou	60,5	86,7	9,7	69	
Milieu de résidence	Urbain	46,4	84,7	13,3	71,9
	Rural	46,7	69,9	11,8	68,5

Source : MICS 2014

Le tableau VI montre que par rapport à la mise au sein précoce la couverture est de 46,6% au plan national. Les faibles couvertures sont enregistrées dans les départements des Collines (30,9%), du Couffo (35,6%), du Mono (35,8%) et du Plateau (29,8%). En ce qui concerne la pesée des nouveau-nés à la naissance, la couverture nationale est à 76,3%. La pesée du nouveau-né est insuffisamment pratiquée dans l'Alibori (50,5%), le Borgou (45,4%) et la Donga (67,4%). Quant à la prévalence des faibles poids de naissance, elle est élevée dans l'Alibori, l'Atlantique, le Borgou, le Mono et l'Ouémé. La protection contre le tétanos néonatal des femmes ayant donné récemment naissance à un enfant est faible dans l'Alibori, l'Atacora, le Borgou, la Donga et le Plateau par rapport à la moyenne nationale.

2.4 Textes législatifs et réglementaires en faveur de la santé maternelle et néonatale

Le Bénin dispose de textes législatifs en faveur de la santé maternelle et néonatale. Quelques-uns figurent dans le tableau ci-après.

Tableau 7 : Textes législatifs et réglementaires en faveur de la santé de la reproduction, santé maternelle et néonatale

Quelques textes législatifs et réglementaires en faveur de la santé maternelle et néonatale		
Etapes de la vie	Intitulé du texte législatif ou réglementaire	Contenu du texte législatif ou réglementaire
Adolescence	Loi n° 2002 - 07 portant Code des personnes et de la famille	Article 123 : l'âge légal de mariage de la fille est d'au moins 18 ans.
	Loi n° 2003 – 03 portant répression de la pratique des mutilations génitales féminines au République du Bénin	Article 1 ^{er} : la présente loi a pour objet de réprimer la pratique des mutilations génitales féminines en République du Bénin.
	Loi n° 2003-04 relative à la santé sexuelle et à la reproduction	Article 16 concernant la contraception ; Article 20 abrogeant la loi du 31 juillet 1920 relative à la propagande, à la pratique anti conceptionnelle et à l'avortement.
	Loi n° 2015 - 08 portant Code de l'Enfant en République du Bénin	Article 156: l'enfant doit avoir accès à la santé de la reproduction sans aucune forme de discrimination, de coercition ou de violence. Il a le droit à l'information la plus complète sur les avantages et les inconvénients de la santé de reproduction, sur les méthodes de planification familiale et de contraception, ainsi que sur l'efficacité des services de santé sexuelle et reproductive.
Etape Grossesse	Loi n° 2015 - 08 portant Code de l'Enfant en République du Bénin	Article 142, l'enfant conçu est protégé contre toutes sortes d'atteintes à son développement. Toute personne qui cause ou tente de causer la mort d'un enfant en conception sera punie conformément aux dispositions de la présente loi.
		Article 143, toute femme enceinte, avant la fin de la douzième semaine d'aménorrhée, a l'obligation de se soumettre à la consultation prénatale dans le centre de santé le plus proche de sa résidence aux fins de la confirmation de son état, de l'évolution du fœtus et de la détermination de son état sérologique.
		Article 144, toute femme enceinte doit veiller à la bonne tenue de sa grossesse jusqu'à terme. Elle doit se soumettre à toutes les vaccinations et à toutes les prescriptions du médecin ou de la sage -femme en matière de santé de l'enfant.

		Article 145, l'avortement est interdit sous réserve des dispositions du présent code.
		Article 146, les avortements thérapeutiques sont autorisés lorsqu'ils sont demandés sous prescription médicale. L'avortement de l'enfant mineure, au cas où cela constituerait un handicap pour son développement, est autorisé par l'officier d'état civil sur présentation d'un examen médical réalisé par le médecin du centre de santé territorialement compétent. la demande est faite par les parents. Si l'enfant a la faculté de discernement, son consentement est requis.
	Loi 2010-09 portant autorisation de ratification de la Convention n° 183 concernant la protection de la maternité. 18-01-2010	Convention n° 183 relative à la protection de la maternité, congé de maternité, soutien à l'allaitement maternel par réduction des heures de travail à la reprise et allaitement sur le lieu de travail
	Loi n° 98 - 019 Portant Code de sécurité sociale en République du Bénin.	Article 38, les prestations familiales et de maternité instituées par la présente loi comprennent : les allocations prénatales, les allocations familiales, les indemnités journalières en faveur des femmes salariées en couches et les prestations en nature relatives à l'action sanitaire et sociale.
		Article 41, les allocations prénatales sont destinées à généraliser la surveillance médicale des grossesses et assurer aux futures mères de meilleures conditions d'hygiène et de santé.
		Article 42, toute femme salariée en état de grossesse ou conjointe d'un travailleur salarié a droit à des allocations prénatales. Le bénéfice de ces prestations est subordonné à des examens médicaux périodiques
Nouveau-Né	Loi n° 2015 - 08 portant Code de l'Enfant en République du Bénin	Article 16, Tout enfant a droit à la vie, à la survie et au développement physique, moral, intellectuel, social et spirituel.
		Article 20, le droit à la santé est un droit universellement fondamental garanti à tout enfant, en toute situation et en tout lieu, sans discrimination fondée sur l'âge, le sexe, la fortune, la religion, l'appartenance à un groupe ethnique.
		Article 61, l'acte énonce le jour et le lieu de la naissance, le sexe de l'enfant, les prénoms qui lui sont donnés, les noms, prénoms, âge, profession et domicile du père et de la mère.
		Article 62, la naissance est déclarée, même si l'enfant est décédé avant l'expiration du délai prévu pour la rédaction de l'acte.

		Article 63, il est tenu dans les formations sanitaires publiques ou privées un registre spécial sur lequel sont immédiatement inscrites, par ordre de date, les naissances qui y surviennent. La présentation de ce registre peut être exigée à tout moment par l'officier de l'Etat civil, les autorités administratives autorisées et les autorités judiciaires.
		Article 66, Toute personne qui trouve un enfant nouveau-né est tenu d'en faire la déclaration à l'officier de l'état civil du lieu de la découverte.
	Décret n° 97 – 643 portant réglementation de la commercialisation des substituts du lait maternel et des aliments pour nourrissons	Protection de l'allaitement maternel

Des efforts sont faits pour doter le secteur des textes de lois et textes réglementaires. Mais, il y a des goulots qui entravent la mise en application de ces textes.

A ces textes s'ajoutent

- l'arrêté 2013 n°096/MS/DC/SGM/CTJ/DPP/DRFM/DNEHS/DNSP/DSME/SP-C portant obligation de notification des cas de décès maternels, néonataux ; institutionnalisation des audits de décès maternels, néonataux, cas de near miss ;
- l'arrêté 2013 n°097/MS/DC/SGM/CTJ/DPP/DRFM/DNEHS/DNSP/DSME/SP-C portant l'éligibilité des structures sanitaires par rapport aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

2.5. Analyse des forces et faiblesses de la mise en œuvre de la stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2006 – 2015

La synthèse des forces et faiblesses observées dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle et néonatale figure dans le tableau ci – dessous.

Tableau 8 : Forces et Faiblesses de la mise en œuvre de la stratégie RMMN 2006 - 2015

FORCES	FAIBLESSES
Disponibilité d'un plan triennal de développement de la zone sanitaire intégrant les interventions de réduction de la mortalité maternelle et néonatale facilite la planification	Le document de stratégie n'est pas connu de tous les acteurs à tous les niveaux de la pyramide.

FORCES	FAIBLESSES
Production de l'annuaire des statistiques sanitaires montrant les progrès réalisés en matière de niveaux de couverture des interventions ciblant les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes	Dissémination très insuffisante du document de stratégie de réduction de la mortalité maternelle et néonatale ;
Formation des médecins spécialistes en gynécologie – obstétrique, en pédiatrie et autres spécialistes.	Faible leadership et mauvaise gouvernance à tous les niveaux ;
Formation des agents de santé sur les interventions de santé maternelle et néonatale ;	Insuffisance de ressources humaines qualifiées, notamment les sages-femmes et les pédiatres
Mesures de gratuité de la césarienne et de prise en charge du paludisme chez la femme enceinte ;	Faible coordination intra et intersectorielle ; faible suivi des interventions à tous les niveaux
Arrêté ministériel portant Surveillance des Décès Maternels et Riposte	Sous équipement des structures de santé périphériques
Nouvelle carte maternelle	Non disponibilité des données statistiques en temps réel pour prendre des décisions
	Faible qualité des soins
	Inefficacité du système de référence et contre référence

Au nombre des forces, il faut citer l'existence du document de stratégie de réduction de la mortalité maternelle et néonatale, la formation des médecins spécialistes en gynéco – obstétrique et en pédiatrie, et le renforcement des capacités des agents sur les interventions de santé maternelle et néonatale.

Les faiblesses sont nombreuses et relatives surtout à la non appropriation de la stratégie de réduction de la mortalité maternelle et néonatale par les acteurs du niveau opérationnel et intermédiaire, à l'épineux problème de pénurie des ressources humaines qualifiées pour la santé maternelle et néonatale, à la fragmentation de la mise en œuvre de la stratégie, au faible partenariat avec le secteur privé, à la faiblesse de la coordination et du suivi / évaluation.

Tableau 9 : Opportunité et Menaces observées dans la mise en œuvre de la stratégie RMMN 2006 - 2015

OPPORTUNITES	MENACES
Existence de l'approche Mentorat pour le renforcement des capacités	Part importante de l'aide extérieure dans le financement des interventions de santé maternelle et néonatale ;
Disponibilité des PTF à appuyer la mise en œuvre du plan opérationnel	Pénurie de personnel qualifié
Gratuité de la scolarité des filles	Effets pervers des grèves du personnel de santé
	Affectations intempestives des agents après leur formation sur les interventions de réduction de la mortalité maternelle ;
	Concentration des ressources financières au niveau central et délégation de faibles ressources financières au niveau opérationnel.
	Insuffisance des salaires octroyés aux agents de santé de l'Etat
	Inexistence de l'assurance santé

2.6. Les priorités formulées

Les acteurs du système de santé, les partenaires et la société civile ont formulé douze (12) axes de priorités qui doivent être pris en compte dans le plan opérationnel de réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2018 – 2022.

Il s'agit de :

1. La résolution du problème épineux de pénurie des ressources humaines qualifiées notamment les sages-femmes pour les maternités déclarées SONU et les pédiatres ;
2. L'équipement des formations sanitaires en matériels adéquats en tenant compte des déficits notés dans le rapport SARA de 2015 et le rapport d'évaluation rapide des SONU de 2016 ;

3. L'amélioration de la pratique de la sage –femme pour l'acquisition de compétences (école de formation et sites de stage répondant aux normes, mise à jour périodique des compétences, etc) ;
4. L'allocation des ressources financière nécessaires au niveau opérationnel, allocation basée sur le principe de Gestion Axée sur les Résultats. Il faut assurer progressivement l'accès universel des femmes enceintes et des nouveau-nés aux interventions à haut impact pour la survie et la santé par le biais de l'assurance santé (ARCH) ;
5. La gratuité de la Planification Familiale, l'accès des adolescentes et jeunes à la contraception ;
6. La prévention et la prise en charge des grossesses chez les adolescentes et jeunes
7. Le développement du réseau SONU ;
8. Le développement des soins essentiels du nouveau-né dans toutes les maternités du Bénin et la prise en charge des complications néonatales dans les maternités et hôpitaux ;
9. L'intensification des interventions communautaires à travers le réseau des 10 000 relais communautaires ;
10. La Surveillance des décès maternels / néonatales, et riposte au niveau des formations sanitaires et au niveau communautaire dans chaque zone sanitaire ;
11. Le renforcement de la gestion de la chaîne d'approvisionnement et de distribution des médicaments notamment des produits vitaux, et produits contraceptifs en vue de les rendre disponibles dans les formations sanitaires périphériques ;
12. Le renforcement du Partenariat Public – privé pour le partage de la politique, des normes et protocoles de santé maternelle et néonatale. Le contrôle de l'exercice de la médecine en clientèle privée ;
13. Le renforcement de la coordination, du suivi et évaluation aux trois (3) niveaux de la pyramide sanitaire.

3. CADRE STRATEGIQUE

Le cadre stratégique du plan opérationnel de réduction de la mortalité maternelle et néonatale décrit la vision, le but, les objectifs, les principes directeurs et les choix stratégiques.

3.1. Vision

La vision au Bénin en matière de santé maternelle et néonatale est la suivante : « d'ici 2030, ne plus mourir en donnant la vie et que chaque nouveau-né vive et jouisse d'une bonne santé »

3.2. But

Mettre fin aux décès évitables des mères et des nouveau-nés dans chaque zone sanitaire, chaque département en vue de l'atteinte de l'Objectif de Développement Durable n° 3.

3.3. Objectifs

3.3.1. Objectifs Généraux

- (iii) Réduire au plan national d'ici à 2022, le ratio de mortalité maternelle de 347 à 250 décès pour cent mille naissances vivantes ;
- (iv) Réduire au plan national d'ici à 2022, le taux de mortalité néonatale de 38 à 25 décès pour mille naissances vivantes.

3.3.2 Objectif intermédiaire

- Réduire d'ici à 2022, la létalité obstétricale de 5 à 3% dans les formations sanitaires SONU au plan national et au niveau de chaque département ;

3.3.2. Objectifs spécifiques

- Accroître d'ici à 2022, le taux de prévalence contraceptive aux méthodes modernes chez les femmes mariées ou en union de 12,5 à 25% au plan national ;
- Augmenter d'ici à 2022 la couverture en CPNr 4 de 58 à 70% au plan national et à 60% au moins au niveau de chaque département ;
- Accroître d'ici à 2022, de 77 à 90%, la couverture des accouchements assistés par du personnel qualifié au plan national et au moins 80% au niveau de chaque département ;
- Augmenter d'ici à 2022 de 26 à 40% les besoins satisfaits dans les formations sanitaires SONU au niveau national et départemental ;
- Augmenter d'ici à 2022, la couverture des soins essentiels à 90% des nouveau-nés dans les établissements de santé au plan national et 80% au moins au niveau de chaque département.

- Accroître d'ici 2022, la couverture des soins postnatals autour du 7^{ème} jour et du 42^{ème} jour à 60% au plan national et à 50% au moins dans chaque département.

3.4. Objectifs spécifiques par département

Dans le souci de faciliter la mise en œuvre du plan opérationnel de réduction de la mortalité maternelle et néonatale, les objectifs ont été fixés par département pour les interventions clés.

3.4.1. Planification familiale

OBJECTIF DE TAUX DE PREVALENCE CONTRACEPTIVE PAR DEPARTEMENT							
Département	Taux de Prévalence contraceptive aux méthodes modernes chez les femmes de 15 à 49 ans mariées ou en union en 2014	Objectif du taux de prévalence contraceptive 2022	Résultats intermédiaires / Utilisatrices additionnelles par année				
			2018	2019	2020	2021	2022
Alibori	13,7	26	44.000	48.000	50.000	53.000	55.000
Atacora	15,4	28	46.000	50.000	54.000	57.000	59.000
Atlantique	13,0	28	67.000	74.000	81.000	86.000	90.000
Borgou	16,0	30	61.000	67.000	73.000	78.000	82.000
Collines	15,5	30	46.000	51.000	56.000	60.000	63.000
Couffo	6,7	12	44.000	48.000	52.000	56.000	60.000
Donga	5,5	12	30.000	33.000	36.000	39.000	42.000
Littoral	15,8	35	56.000	62.000	68.000	72.000	76.000
Mono	12,7	24	30.000	33.000	36.000	39.000	42.000
Ouémé	13,4	32	62.000	68.000	72.000	76.000	82.000
Plateau	11,5	22	34.000	38.000	42.000	46.000	50.000
Zou	8,3	21	50.000	55.000	60.000	66.000	72.000
Ensemble	12,5	25	570.000	627.000	680.000	728.000	773.000

3.4.2. Accouchements en institution

OBJECTIFS POUR LES ACCOUCHEMENTS EN ETABLISSEMENT DE SANTE							
Département	Taux d'Accouchements en maternité en 2014	Taux d'accouchements en établissement de santé en 2022	Résultats intermédiaires				
			2018	2019	2020	2021	2022

Alibori	68	86	70	75	80	85	86
Atacora	80.9	95	85	88	90	95	95
Atlantique	98.4	99	95	96	98	99	99
Borgou	62.1	80	65	70	75	80	80
Collines	88.4	95	90	92	94	95	95
Couffo	91.3	95	94	96	98	99	99
Donga	77.4	95	80	85	90	92	95
Littoral	97.4	99	98	99	99	99	99
Mono	94	99	95	96	98	99	99
Ouémé	99	99	99	99	99	99	99
Plateau	90.7	99	94	96	98	99	99
Zou	93.3	99	95	96	98	99	99
Ensemble	87	95	90	92	94	95	95

3.4.3. SONU

AMELIORATION DE LA DISPONIBILITE ET DE LA REPARTITION DES FS SONUB PAR DEPARTEMENT							
Département	FS SONUB en 2016	Besoins en FS SONUB	Résultats intermédiaires				
			2018	2019	2020	2021	2022
Alibori	0	5	2	3	4	5	5
Atacora	0	9	3	5	7	9	9
Atlantique	1	8	2	5	8	8	8
Borgou	0	8	2	4	6	8	8
Collines	0	5	0	2	4	5	5
Couffo	0	6	1	3	5	6	6
Donga	0	4	1	2	3	4	4
Littoral	0	4	4	4	4	4	4
Mono	0	5	0	2	4	5	5
Ouémé	0	10	4	6	9	10	10
Plateau	0	3	0	1	2	3	3
Zou	0	9	2	4	5	9	9
Ensemble	1	76	21	41	61	76	76

AMELIORATION DE LA DISPONIBILITE ET DE LA REPARTITION DES FS SONUC PAR DEPARTEMENT							
Département	FS SONUC en 2016	Besoins en FS SONUC	Résultats intermédiaires				
			2018	2019	2020	2021	2022
Alibori	3	5	3	4	5	5	5
Atacora	4	4	4	4	4	4	4
Atlantique	1	3	2	3	3	3	3
Borgou	5	6	5	6	6	6	6
Collines	2	3	3	3	3	3	3
Couffo	3	3	3	3	3	3	3
Donga	2	3	2	2	3	3	3
Littoral	7	8	7	7	8	8	8
Mono	3	3	3	3	3	3	3
Ouémé	2	5	2	3	5	5	5
Plateau	1	2	1	2	2	2	2
Zou	1	3	1	2	3	3	3
Ensemble	29	48	36	42	48	48	48

3.4.4. SOINS ESSENTIELS DU NOUVEAU – NE

Mise au sein précoce du nouveau-né

AMELIORATION DES SOINS ESSENTIELS DES NOUVEAU - NES PAR DEPARTEMENT							
Département	Mise au sein précoce dans l'heure qui suit la naissance en 2014 selon MICS (%)	Cible pour la mise au sein précoce en 2022	Résultats intermédiaires				
			2018	2019	2020	2021	2022
Alibori	41,2	55	41,2	45	50	55	55
Atacora	60,3	70	60,3	62	65	70	70
Atlantique	45,8	60	45,8	50	55	60	60
Borgou	51,4	65	51,4	55	60	65	65
Collines	30,9	50	30,9	35	45	50	50
Couffo	35,6	55	35,6	40	45	50	55
Donga	47,8	60	47,8	50	55	60	60
Littoral	49,3	65	49,3	50	60	65	65
Mono	35,8	50	35,8	40	45	50	50
Ouémé	57,7	70	57,7	60	65	70	70
Plateau	29,8	50	29,8	40	45	50	50
Zou	60,5	70	60,5	62	65	70	70
Ensemble	46,6	60	46,6	50	55	60	60

3.5. Principes directeurs

Le plan opérationnel de réduction de la mortalité maternelle et néonatale s'appuie sur les principes directeurs suivants

- i. **Leadership et bonne gouvernance** : Le Gouvernement et le ministère de la santé doivent affirmer leur leadership dans la santé de la femme et de l'enfant par un engagement concret et des investissements importants en ressources humaines, matérielles et financières pour la santé des populations en général, et particulièrement pour la santé de la femme et de l'enfant. Il incombe au pays d'établir les conditions de bonne gouvernance, de fournir des services de santé de la reproduction, services de santé maternelle, néonatale, et infantile efficaces, de promouvoir la culture de la redevabilité aux trois (3) niveaux du système de santé.
- ii. **Couverture universelle et continuum des soins de qualité pendant le cycle de vie** : il faut promouvoir l'accès universel aux services de santé et offrir des soins efficaces et de qualité avant la conception, pendant la grossesse et l'accouchement, à la naissance, pendant l'enfance et durant l'adolescence. Il faut assurer également le continuum des soins dans l'espace notamment sur les individus, et la communauté, entre la communauté, les centres de santé et les hôpitaux de référence. D'où la nécessité de renforcer les liens entre la communauté, les centres de santé et les hôpitaux.
- iii. **Intégration** : La fourniture de soins de qualité à chaque femme et à chaque nouveau-né passe par des prestations intégrées des services. Cela nécessite la planification conjointe ascendante, la bonne coordination et le suivi /évaluation des interventions, stratégies et programmes du système de santé.
- iv. **Équité, Genre et Droits Humains**: Une couverture universelle et équitable des interventions efficaces et une attention prioritairement accordée aux groupes de populations les plus vulnérables et les plus démunis sont essentielles pour le respect du droit à la santé de chaque femme, de chaque nouveau-né et de chaque enfant qu'il soit garçon ou fille.
- v. **Partenariat** : Le Partenariat entre le secteur public et le secteur privé devient une nécessité ; en effet, les structures sanitaires relevant du secteur privé sont en plein essor au Bénin ; plus d'une formation sanitaire sur cinq ont un statut privé ; plus des deux tiers des médecins exerçant dans le pays relèvent du secteur privé.

Il faut nouer aussi un partenariat entre le système de santé et les collectivités locales, car l'appropriation des acquis dans le domaine de la santé et leur pérennisation seront mieux garanties avec l'implication des autorités politiques et administratives locales.

- vi. **Redevabilité** : la redevabilité à tous les niveaux du système de santé est une obligation liée aux responsabilités ; la transparence, la surveillance et le contrôle des obligations liées aux responsabilités sont des conditions requises pour une couverture équitable, la qualité des soins et l'utilisation optimale des services et ressources allouées à la santé.
- vii. **Innovation** : Il conviendrait de réfléchir et de trouver des moyens novateurs d'atteindre les populations les plus pauvres, les plus éloignées et les plus enclavées. L'optimisation de l'application du savoir concernant les interventions et les stratégies les plus efficaces requiert davantage d'activités de recherche- développement.
- viii. **Focalisation des actions sur les ZS en matière de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale** : il s'agira d'accompagner les ZS dans l'analyse des gaps et l'identification de priorités, la définition des cibles, la planification opérationnelle de la mise en œuvre, le renforcement de capacité, le suivi/évaluation et la mobilisation des ressources.

3.6. Choix stratégiques [4]

Le terme stratégie désigne ici les grandes lignes d'actions cliniques, managériales et législatives et autres requises pour infléchir les indicateurs de mortalité maternelle et néonatale.

Pour atteindre les objectifs définis pour 2022, il a été choisi huit groupes d'interventions stratégiques :

1. Renforcement des interventions maternelles et néonatales directes à haut impact et de qualité ;
2. Le renforcement du système de santé ;
3. Les interventions communautaires ;
4. Le plaidoyer, la communication pour le changement de comportement et la mobilisation sociale ;
5. Les interventions politiques, législatives et réglementaires ;
6. Le partenariat ;
7. La coordination, le suivi et l'évaluation des actions ;
8. La recherche et l'innovation.

Les interventions maternelles et néonatales directes à haut impact constituent la stratégie centrale et les sept (7) autres sont les stratégies d'appui.

Ce paquet d'interventions sera mis en œuvre *selon l'approche de continuum de soins depuis l'adolescence jusqu'à la période post-natale.*

Cadre conceptuel

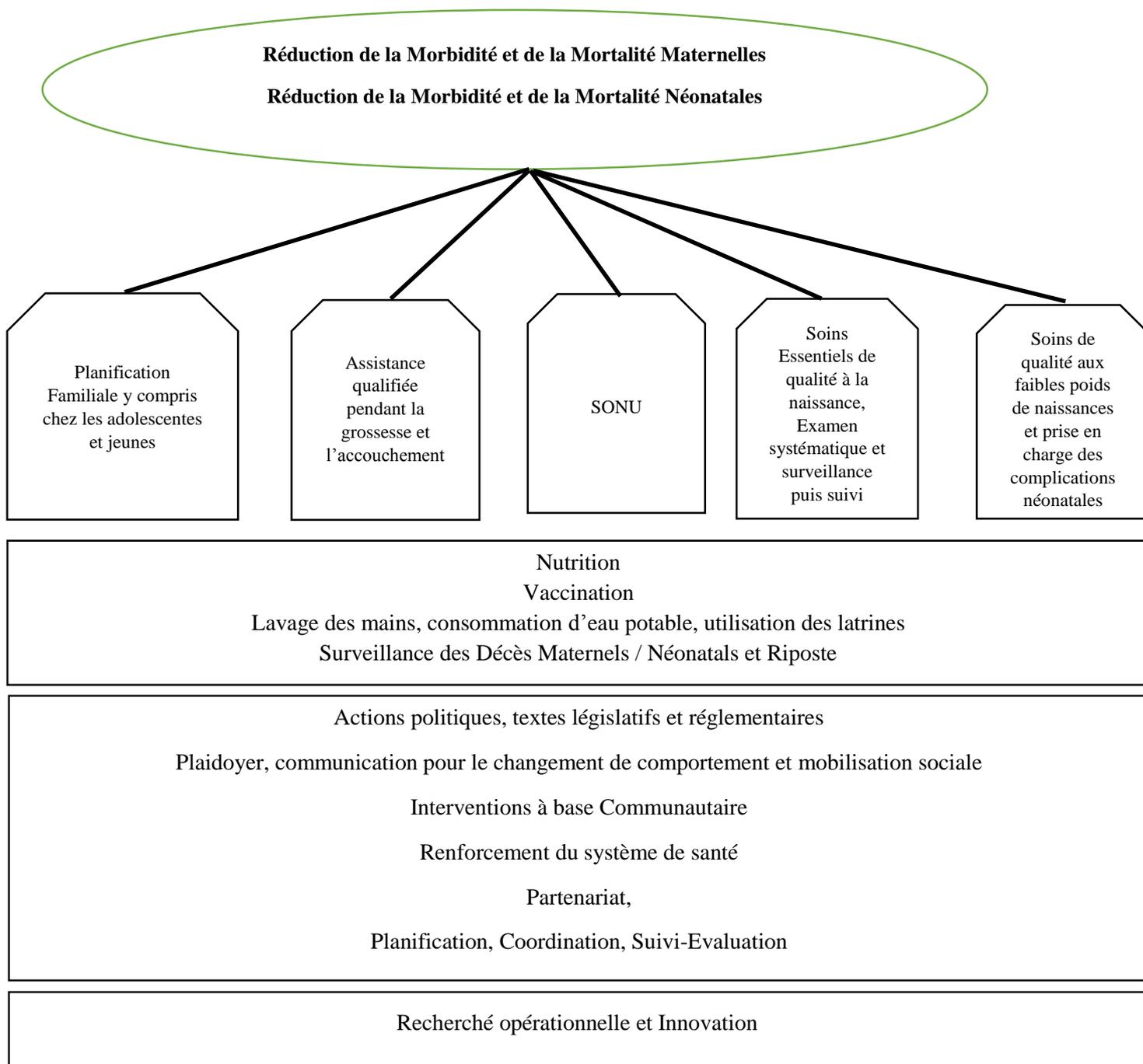


Figure 5 : Cadre conceptuel de santé reproductive, santé de la mère et du nouveau

Les interventions maternelles et néonatales directes à haut impact

Il est établi que l'impact des interventions sur la mortalité maternelle et néonatale s'opère par les trois (3) mécanismes suivants [9,10] :

- Réduire la probabilité de survenue de la grossesse chez la femme en âge de procréer par le contrôle de la fécondité ;
- Réduire la probabilité qu'une femme enceinte présente des complications graves pendant la grossesse, l'accouchement et dans les suites de couches.
- Réduire la probabilité de décès des femmes et des nouveau-nés présentant des complications.

Sur la base de ces trois (3) mécanismes, les interventions suivantes sont retenues dans le paquet d'interventions maternelles et néonatales du Bénin [9,10,38, 42]. Il s'agit de neuf (9) interventions maternelles et néonatales :

- Prévention et prise en charge des grossesses précoces chez les adolescentes de 10 à 19 ans
- Planification familiale ;
- Soins prénatals ;
- Accouchements assistés par du personnel qualifié
- Développement des SONU
- Développement des soins du postpartum et du postnatal
- Renforcement des soins essentiels du nouveau-né
- Prise en charge des complications néonatales
- Prévention des infections en milieu de soins.
- surveillance des décès maternels /néonatales et riposte

Ces interventions maternelles et néonatales constituent la stratégie clé que soutiennent les interventions suivantes :

Plaidoyer et mobilisation sociale

Le plaidoyer est une action stratégique transversale à mener à tous les niveaux à l'endroit des décideurs politiques, administratifs, communautaires et des PTF.

Les activités prévues à cet effet sont :

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

- Faire le plaidoyer au niveau du Ministère de la Santé pour l'augmentation du budget alloué à l'achat des produits contraceptifs, des 13 produits vitaux pour la SRMNE, l'acquisition du matériel SONU et des soins essentiels du nouveau-né sur une ligne budgétaire sécurisée tout en respectant les engagements internationaux;
- Faire le plaidoyer en direction des partenaires pour l'appui technique et financier du plan opérationnel de réduction de la mortalité maternelle et néonatale ;
- Faire le plaidoyer en direction des Sociétés savantes et associations professionnelles partenaires pour le respect de la politique et des stratégies retenues par le MS pour réduire la mortalité maternelle et néonatale ;
- Faire le plaidoyer pour instituer une semaine de mobilisation sociale par an pour RMMN.

Au niveau départemental

- Faire le plaidoyer en direction des maires et autres élus locaux pour leur adhésion à la stratégie de RMMN et son financement ;
- Faire le plaidoyer en direction des partenaires notamment les ONG de pour le respect de la politique et des stratégies retenues par le MS pour réduire la mortalité maternelle et néonatale au niveau départemental ;
- Faire le plaidoyer en direction des associations de développement, des partenaires et des opérateurs économiques pour leur implication dans les activités de réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Au niveau périphérique

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

Interventions sur le système de santé

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

Les actions stratégiques à mener sont :

1. Assurer une assistance qualifiée aux femmes pendant la grossesse, l'accouchement, les suites de couches et aux nouveau-nés
2. Développer le réseau SONU afin de disposer de soins de qualité 24h sur 24, 7 jours sur 7 tout le long de l'année
3. Mettre en place un système de référence au niveau du centre de santé situé au chef-lieu de la commune et renforcer les liens entre SONUB et SONUC
4. Rendre effective l'Assurance Maladies Universelle pour les femmes enceintes et des nouveau-nés, notamment la protection contre les risques financiers, l'accès aux services de santé, aux médicaments et produits essentiels ;
5. Améliorer la qualité des services obstétricaux et néonataux dans les formations sanitaires
6. Améliorer le management des services obstétricaux et néonataux dans les formations sanitaires
7. Promouvoir la délégation des tâches en Santé de Reproduction, de la Mère et du Nouveau-né ;
8. Renforcer le partenariat entre le secteur privé et le secteur public
9. Renforcer le partenariat avec les collectivités locales et les communautés
10. Améliorer le système d'information.



Source : UNFPA, mettre fin aux décès maternels évitables 2015

Figure 6 : Eléments de renforcement du système de santé en faveur de la santé maternelle et néonatale

Les interventions communautaires

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

Les actions stratégiques à mener dans ce cadre sont :

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

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

L'activité à mener dans ce cadre est :

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

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

L'activité à mener dans ce cadre est :

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

➤ ***Promouvoir au sein de la communauté les Pratiques Familiales Essentielles (PFE) à la santé maternelle et néonatale***

Les activités à mener dans ce cadre sont :

- Organiser les communautés à orienter les gestantes vers les centres de santé ;

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

Les interventions politiques, législatives et réglementaires

L'engagement politique à long terme est une condition préalable indispensable.

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

Les actions stratégiques à mener dans ce cadre sont :

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

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

A cet effet, les activités suivantes sont proposées :

- Amener les élus locaux à participer à la planification des interventions sanitaires en faveur de la mère et du nouveau-né, et à rechercher le financement pour leur mise en œuvre ;

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

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

A cet effet, les activités suivantes sont proposées :

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

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

Les activités suivantes sont proposées :

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

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

Les activités suivantes sont proposées :

Au niveau central

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

Au niveau départemental

Amener le DDS à rendre compte au comité départemental intersectoriel de RMMN et au Ministre de la Santé.

Au niveau périphérique

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

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

Les activités suivantes sont proposées :

- Prendre une décision politique de développement des ressources humaines spécialisées dans la RMMN (Gynécologues- Obstétriciens, pédiatres, chirurgiens, anesthésistes réanimateurs et sages - femmes) ;
- Mettre en place des pools de spécialistes dans les départements afin d'assurer la disponibilité permanente des services ;
- Mettre en place un mécanisme de redéploiement efficace du personnel qualifié ;
- Développer un mécanisme de fidélisation du personnel qualifié au poste ;

➤ Coordination des actions

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

A cet effet, les activités suivantes sont proposées :

- Rendre fonctionnel un comité intra sectoriel regroupant toutes les directions, programmes et agences intervenant dans la santé de la SRMNEAJ, à travers l'organisation d'une réunion semestrielle présidée par le Secrétaire Général du Ministère ;
- Assurer la coordination des actions des partenaires à travers le comité intra-sectoriel

➤ **Recherche opérationnelle**

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

Les activités suivantes sont proposées :

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

4. CADRE DE MISE EN ŒUVRE

4.1. Cadre institutionnel [6]

Le cadre institutionnel de mise en œuvre du plan opérationnel de réduction de la mortalité maternelle et néonatale est le système de santé.

Ce système national de santé a une structure pyramidale et comprend trois (03) niveaux :

- niveau central ou national ;
- niveau intermédiaire ou départemental ;
- niveau périphérique ou opérationnel.

❖ Le niveau central ou national représenté par le Ministère de la Santé a pour rôle de :

- concevoir la politique nationale de santé
- définir les stratégies et principales actions à mener pour diminuer la morbidité et la mortalité, améliorer la qualité de vie des populations, en réduisant les inégalités sociales et les disparités géographiques ;
- définir les normes, standards et protocoles des services et des soins ;
- mobiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre de la politique nationale de santé ;
- coordonner l'exécution des actions ;
- Suivre et évaluer la mise en œuvre de la politique et des stratégies.

Au niveau national, la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME) assure la planification, la coordination, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du plan opérationnel de réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Elle joue ce rôle en collaboration avec les autres directions centrales et techniques, et avec les partenaires techniques et financiers.

Des revues semestrielles et annuelles de la mise en œuvre du plan opérationnel, préparées par le Chef du Service de Santé Maternelle et Infantile, se tiendront avec la participation des 12 directeurs départementaux de la santé, le comité national SONU et les partenaires techniques et financiers.

Au niveau national, les établissements de santé de 3^{ème} référence pour les soins maternels et néonataux sont le Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU-HKM) et le Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL). Ces deux établissements de santé offrent des soins de maternité, des SONUC de qualité et soins intensifs néonataux de « Niveau III ». Leurs équipes participent à la formation des sages-femmes, des infirmiers, des médecins et médecins spécialistes notamment des gynécologues – obstétriciens, et pédiatres. Ces équipes participent aussi à la recherche scientifique. A ces deux formations sanitaires nationales s'ajoute l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA).

- ❖ Le niveau intermédiaire ou départemental représenté par les douze (12) directions départementales de la santé est chargé de :
 - mettre en œuvre la politique nationale de santé définie par le Ministère ;
 - Planifier, coordonner et suivre avec la participation des médecins coordonnateurs de zone sanitaire, toutes les activités des services de santé du niveau périphérique. La Direction Départementale de la Santé est aussi chargée d'assurer la surveillance épidémiologique et celle des décès maternels et néonataux au niveau du département.

A ce niveau, il existe quatre (4) CHD et deux (2) CHUD qui constituent des centres de référence pour les hôpitaux de zone pour les complications obstétricales et néonatales. Ils doivent offrir des SONUC et soins néonataux spécialisés de « niveau II b ».

Au sein des Directions Départementales de la Santé, le Chef du Service de Santé de la Mère et de l'Enfant est le point focal du plan opérationnel. Il participe à la planification, à la coordination des activités de santé maternelle et néonatale, assure le suivi des interventions à travers les données du SIS, les résultats des monitorings semestriels classiques, monitorings SONU, ainsi qu'à la surveillance des décès maternels et néonataux. Il fait le bilan trimestriel de mise en œuvre des activités (tableau de bord), élabore le rapport semestriel et annuel de la mise

en œuvre du plan opérationnel et renseigne les indicateurs de suivi. Il soumet au Directeur Départemental de la Santé avec copie au Directeur de la Santé de la Mère et de l'Enfant. Il prépare les revues semestrielles et annuelles au niveau du département.

- ❖ Le niveau périphérique ou opérationnel est constitué par 34 zones sanitaires. C'est la « cheville ouvrière » du système de santé. Tous les changements voulus doivent s'opérer au niveau opérationnel. La Zone Sanitaire est constituée d'une ou plusieurs Communes et est organisée sous la forme d'un réseau de centres de santé publics et privés de premier contact (aire de santé, arrondissement et commune) autour d'un hôpital de référence public ou privé dénommé Hôpital de Zone. Les organes de décision de la zone sanitaire sont :
 - Le comité de santé qui assure le développement de la zone sanitaire conformément à la politique et aux stratégies nationales
 - L'Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire qui est l'organe technique multidisciplinaire chargé de la gestion et de la coordination de l'action socio – sanitaire dans la zone. Elle assure de manière intégrée, cohérente et participative la programmation, l'organisation, le suivi et l'évaluation des activités administrative, managériale, et technique entrant dans le cadre de la politique et des stratégies de développement du secteur santé.

Le niveau périphérique comprend plus de 950 maternités. Dans le cadre du plan opérationnel, toutes les 950 maternités doivent offrir :

- Prévention des grossesses précoces chez les adolescentes de 10 à 19 ans
- Planification familiale ;
- Soins prénatals ;
- Accouchement assisté par du personnel qualifié ;
- Soins du postpartum et du postnatal ;
- Soins essentiels du nouveau-né « niveau I a » ;
- Prévention des infections en milieu de soins.

Les maternités situées aux chefs – lieux de commune doivent offrir en plus des soins cités plus haut les SONUB.

Les hôpitaux de zone doivent offrir les SONUC, les soins néonataux spécialisés « niveau II b » en plus des soins cités plus haut.

La planification familiale et les soins prénatals sont offerts en poste fixe et poste avancé. Les zones sanitaires encadrent près de 10 000 relais communautaires. Ils participent dans le domaine de la santé de reproduction, de la mère et du nouveau-né, à la mobilisation sociale, la communication pour le changement de comportement, la promotion des visites prénatales et des accouchements en institution, la surveillance des gestantes, accouchées et des nouveau-nés pour dépister les signes de danger et référer les cas vers le centre de santé.

Les formations sanitaires et les relais communautaires participent à la surveillance des décès maternels et néonataux.

Par ailleurs, il est en train d'être mis en place un réseau SONU comportant 125 établissements de santé dont :

- 3 hôpitaux nationaux
- 6 hôpitaux départementaux
- 28 hôpitaux de zone
- 12 autres hôpitaux et
- 76 maternités situées aux chefs-lieux de commune

Les 48 hôpitaux agréés pour la gratuité de la césarienne doivent offrir 24 heures / 24, 7 jours / 7 les SONUC et des soins néonataux de « Niveau II a » ou « Niveau II b ».

Les 125 formations seront monitorées par trimestre, selon leur niveau pour la pratique des 7 fonctions SONUB et les 9 fonctions SONUC, le nombre de complications obstétricales directes prises en charge, la létalité obstétricale.

4.2. Durée du Plan opérationnel 2018 - 2022

La durée de mise en œuvre du plan est de cinq (5) ans. Il sera décliné en plan annuel, intégré au plan des Zones Sanitaires, des départements et de la DSME. Cette planification sera axée sur :

- (i) Amélioration des conditions de travail des prestataires de services et de soins ;
- (ii) Renforcement de l'offre et de la qualité des services et soins ;
- (iii) Amélioration de la demande et de l'utilisation des services et des soins ;
- (iv) Renforcement de la coordination et du suivi des interventions ;

Ces orientations seront relatives aux interventions ci-après :

- Planification familiale
- Soins prénatals

- Accouchements assistés par du personnel qualifié
- Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
- Soins néonataux
- Soins du postpartum

Enfin le plan opérationnel 2018 – 2022 sera évalué à mi - parcours et au terme de l'échéance.

4.3. Organisation de la mise en œuvre

La mise en œuvre repose sur les organes suivants :

- Les organes de mise en œuvre sont les équipes d'encadrement de zone et les équipes de santé. Les équipes de santé sont constituées par l'ensemble des prestataires de services et de soins des formations sanitaires publiques et privées, y compris centres de santé de premier contact, cliniques et hôpitaux. Les relais communautaires des zones sanitaires participent à la mise en œuvre des interventions au niveau communautaire.
- Les équipes de soutien clinique et managérial sont celles des niveaux national et départemental. L'équipe nationale de soutien clinique et managériale appuie les équipes départementales dans la réalisation des états de lieux, l'amélioration des compétences techniques pour les interventions dans le domaine. L'équipe départementale en fait autant vers les équipes d'encadrement de zone. Aucune équipe nationale ne pourrait se rendre à la zone sanitaire sans la demande ou le soutien de la Direction Départementale de la Santé.

4.4. Les bénéficiaires

Les cibles sont les personnes physiques ou morales visées par les interventions.

Les cibles primaires sont les bénéficiaires directs des interventions. Ce sont :

- les femmes en âge de procréer ;
- les femmes enceintes ;
- les accouchées ;
- les nouveau-nés.

Les cibles secondaires sont constituées par :

- les familles, les hommes ;
- les communautés.

Les cibles tertiaires sont les prestataires de services et de soins, les décideurs politiques et administratifs.

4.5. Les institutions et organes d'appui

Le système de santé ne peut pas tout seul réduire la mortalité maternelle et néonatale. Il a besoin de l'appui des autres départements ministériels, de l'Assemblée Nationale, des Collectivités locales, de la société civile et des communautés.

Tableau 10 : Institutions et secteurs impliqués dans la mise en œuvre du plan opérationnel de RMMN

Institutions	Secteurs	Actions
Gouvernement	Ministère chargé du Plan	<ul style="list-style-type: none"> - Politique de population, - Stratégies de développement - Enquêtes nationales
	Ministère de l'Economie et des Finances	Financement de la santé
	Ministère en charge des affaires sociales	Assurance Maladie Universelle Participation aux activités communautaires
	Ministères en charge des enseignements primaire, secondaire, supérieur, technique et professionnel	Formation professionnelle, enseignement et recherche en santé
	Ministère de la Justice	Elaboration de projets de lois en faveur de la santé
	Ministère des infrastructures et du transport	Ouverture et entretien des voies au niveau local
Assemblée Nationale	Commission des affaires sociales	Vote de lois en faveur de la santé maternelle et néonatale
Collectivités Locales	ANCB	Plaidoyer auprès des autorités locales pour la mise en œuvre du plan opérationnel
ONG	PSI	Contribution à la mise en œuvre du plan opérationnel

Institutions	Secteurs	Actions
	ABMS ABPF	de réduction de la mortalité maternelle et néonatale.
Les organisations de la société civile	Conseil national de l'ordre des médecins Conseil national de l'ordre des sages – femmes Conseil national de l'ordre des pharmaciens ROBS AMCES CNGOB SOBEPED ASFEB ANBIDE Association des Journalistes Privés du Bénin	Soutien à la dissémination du plan opérationnel de réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Appui à l'application de la politique, des normes, standards et protocoles en santé de la mère et de l'enfant.

4.6. Les conditions de réussite

La réussite de la mise en œuvre nécessite :

- L'appui politique et administratif au niveau local ;
- Des orientations et appuis techniques du niveau central ;
- Un processus de consultation élargie pour la planification avec l'engagement des partenaires clés ;
- L'adhésion des médecins spécialistes et des prestataires aux nouvelles normes et protocoles ;
- Une allocation et utilisation rationnelles des ressources disponibles ;
- Une capacité locale pour mobiliser des ressources additionnelles ;
- Une intégration des services de Santé Maternelle et Néonatale dans les prestations générales des services ;

- Un suivi et évaluation efficaces pour mesurer les progrès et pour des ajustements dans la mise en œuvre des interventions ;

4.7. Gestion des risques

La mise en œuvre du plan opérationnel de réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2018 – 2022 sera confrontée à des risques. Ces risques peuvent perturber la mise en œuvre et entraver l’atteinte des résultats escomptés. Pour rendre efficace la mise en œuvre, il est nécessaire de prendre les mesures adéquates de gestion des risques ci-après :

Tableau 11 : Mécanisme de gestion des risques

Risques identifiés	Mesures d’atténuation des risques
Insuffisance de Personnels qualifiés et la mobilité des agents de santé dont les compétences ont été récemment améliorées	<ul style="list-style-type: none"> • Recruter le personnel qualifié en nombre suffisant notamment les Sages-femmes, pédiatres, les gynécologues • Faire une répartition équitable des agents de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
Résistance du personnel de santé aux changements, notamment l’application des nouvelles directives, protocoles de services de santé de reproduction, de la mère et du nouveau-né	<ul style="list-style-type: none"> • Vulgariser les nouvelles directives en matière de la RMMN ; • Former le personnel sur les nouvelles directives, protocoles de services de santé de reproduction, de la mère et du nouveau-né • Susciter l’adhésion des médecins spécialistes et des prestataires aux nouvelles normes et protocoles ; • Faire la veille de l’application des nouvelles directives
Non-respect des engagements en matière d’approvisionnement des médicaments et produits contraceptifs	<ul style="list-style-type: none"> • Développer l’intersectorialité en faveur de la RMMN • Tenir une table ronde sectorielle des PTF sur le financement de la RMMN ; • Faire un suivi permanent du respect des engagements par les différentes parties prenantes ; • Développer un processus de consultation élargie pour la planification avec l’engagement des partenaires clés ;

Risques identifiés	Mesures d'atténuation des risques
Insuffisance de mobilisation des ressources auprès des partenaires nationaux et internationaux	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborer un plan de mobilisation de ressources ; • Rechercher les sources internes de financement de la RMMN • Affecter sur le budget national des ressources suffisantes pour la RMMN ; • Responsabiliser les maires et élus locaux dans la mobilisation des ressources locales ; • Faire le suivi du respect des engagements.
Non-respect des textes législatifs et réglementaires en faveur de la santé de reproduction, de la mère et du nouveau-né ;	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la gouvernance dans le Secteur
Faibles qualité et disponibilité des données	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les capacités des acteurs aux différents niveaux de la pyramide sanitaire ; • Veiller à la promptitude, à la complétude et à la validation des données sur les hépatites aux différents niveaux de la pyramide sanitaire

La gestion anticipée de ces risques peut atténuer les conséquences sur la mise en œuvre du plan opérationnel et favoriser l'atteinte des résultats.

5. PLAN D'ACTION BUDGETISE PAR NIVEAU

Il a été proposé un plan d'action budgétisé pour chaque niveau de la pyramide sanitaire impliqué dans la mise en œuvre du plan opérationnel de réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Le plan sert de modèle et sera adapté aux réalités de chaque zone sanitaire et de chaque département. Les couts par niveau figurent dans le tableau ci-dessous. Le cout indicatif total est de Huit Milliards Quatre Cent Trente Sept Millions Cinq Cent Quatre Vingt Mille (8.437.580.000) Francs CFA.

La prévision du financement du PO-RMMN 2018-2022 a été réalisée grâce à la base de gestion des données "Excel". Ainsi, des feuilles de calcul ont été créées par Objectif Spécifique. Certaines bases de l'outil de budgétisation Onehealth ont été utilisées.

Ainsi, l'évaluation des coûts a été faite suivant le modèle de calcul : Coûts = Prix par unité x Quantités. Cette estimation tient compte de la population cible, de la population non desservie, des Canaux de distribution, de la Couverture de l'Intervention, ...), de la liste des activités opérationnelles et leurs coûts de 2018 à 2022.

Ce budget a pris en compte le Plan National de Développement Sanitaire 2018-2022, le Plan de Résolution des Problèmes relatifs aux SONU 2018-2022, le Plan de Croissance pour le Développement Durable 2017-2021 et le Plan SRMNIAJ-Nut 2017-2021

Les salaires des agents de santé nécessaires pour la mise en oeuvre du Plan opérationnel ne sont pas intégrés car ils sont payés par l'Etat.

Pour le coût des activités au niveau des zones sanitaires, il a été calculé sur la base des plans d'actions budgétisés élaborés par certaines Zone Sanitaire notamment les ZS Covè-Zagnanado-Ouinhi, Akpro-misséréte-Avrancou-Adjarra, Comè-Grand popo-Houèyogbé-Bopa, Kandi-Gogounou-Ségbana et Djougou-Ouaké-Copargo. Une projection a été alors faite sur la base de l'analyse de la situation faite. Pour chacune des activités, une feuille de calcul a été crée en Excel. Ce qui facilitera leur mise en oeuvre et l'élaboration des termes de référence.

La prévision du financement souhaité pour le PO-RMMN, a été également fondée d'une part, sur les projections de ressources et d'autre part sur les besoins en ressources. Les ressources potentielles sont déterminées à partir (i) des projections de la population, (iii) de l'effort national pour affecter une part croissante du PIB aux dépenses de santé, (iv) de la volonté du Gouvernement à capter plus de ressources dans le secteur public de la santé par une meilleure qualité des prestations des services publics de santé et (v) de l'engagement des Partenaires Techniques et Financiers à s'aligner sur les priorités du secteur.

Les besoins en ressources quant à eux, sont déterminés suivant les réalités du moment et les défis qu'exigent les Objectifs de Développement Durable, le Plan National de Développement Sanitaire 2018-2022, la Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté et le Plan SRMNIAJ-Nut 2017-2021.

Après avoir développé l'application Excel pour toute la période couverte par le PO-RMMN 2018-2022 et en utilisant les objectifs retenus dans ce Plan, la répartition des coûts de mise en œuvre du Plan par niveau figurent dans les tableaux ci-après :

Tableau 12 : Synthèse des coûts de la mise en œuvre du plan opérationnel RMMN par niveau du système de santé et par Objectif Spécifique

Objectifs Stratégiques	Coût annuel (en milliers de FCFA)					Coût total du Niveau central	Coût total du Niveau Départemental	Coût total du Niveau Zone Sanitaire	Coût total de 2018 à 2022 (tous les niveaux)	Poids Budget par OS
	2018	2019	2020	2021	2022					
(OS1) Accroître d'ici à 2022, le taux de prévalence contraceptive aux méthodes modernes chez les femmes mariées ou en union de 12,5 à 23% au plan national	1 148 636	951 921	1 216 829	931 715	827 238	208 600	797 100	4 070 638	5 076 338	38,70%
(OS2) Augmenter d'ici à 2022 la couverture en CPN 4 de 58 à 70% au plan national et à 60% au moins au niveau de chaque département	38 980	177 527	36 480	165 527	36 480	14 500	182 400	258 094	454 994	3,47%
(OS3) Accroître d'ici à 2022, de 77 à 80%, la couverture des accouchements assistés par du personnel qualifié au plan national et au niveau de chaque département	60 280	-	23 800	36 480	23 800	-	72 960	71 400	144 360	1,10%
(OS4) Augmenter d'ici à 2022 de 26 à 40% les besoins satisfaits en SONU au niveau national et de chaque département	36 480	1 086 480	576 480	276 480	216 480	600 000	182 400	1 410 000	2 192 400	16,72%
(OS5) Réduire d'ici à 2022, la létalité obstétricale de 5 à 3% au plan national et au niveau de chaque département	369 842	671 274	408 766	291 752	283 616	186 550	155 699	1 683 000	2 025 249	15,44%
(OS6) Augmenter d'ici à 2022, la couverture des soins essentiels à 90% des nouveau-nés nés dans les établissements de santé au plan national et 80% au moins au niveau de chaque département.	9 860	165 923	355 983	10 000	-	30 000	19 720	492 046	541 766	4,13%

Objectifs Stratégiques	Coût annuel (en milliers de FCFA)					Coût total du Niveau central	Coût total du Niveau Départemental	Coût total du Niveau Zone Sanitaire	Coût total de 2018 à 2022 (tous les niveaux)	Poids Budget par OS
	2018	2019	2020	2021	2022					
Coordination et Suivi-Evaluation	541 806	720 806	482 806	467 806	467 806	331 000	174 030	2 176 000	2 681 030	20,44%
Total général	2 205 884	3 773 930	3 101 144	2 179 760	1 855 420	1 370 650	1 584 309	10 161 179	13 116 138	100,00%
Poids Budget par Niveau						10,45%	12,08%	77,47%	100,00%	

Le coût global estimatif du PO-RMMN 2018-2022 est de **13, 116 milliards de FCFA**. Une bonne partie de ce budget (77,47%) sera consacrée aux zones sanitaires. Les niveaux central et intermédiaire bénéficieront respectivement de 1,370 milliards et 1,584 milliards.

Sur les six (06) Objectifs spécifiques, la mise en œuvre des activités des objectifs spécifiques (01), 04 et 05 nécessitent respectivement 38,70% ; 16,72% et 15, 44% du budget total. Mais pour avoir des résultats probants, il faut une coordination axée sur les résultats accompagnée du suivi et d'évaluation de l'exécution du PO-RMMN 2018-2022.

Le financement du plan sera assuré par le budget de l'Etat, les collectivités territoriales, les ONG nationales et internationales ainsi que les partenaires bilatéraux et multilatéraux.

Un contrôle de gestion se fera de façon annuelle par des audits financiers sur l'ensemble des financements et des rapports financiers, seront élaborés afin de renforcer l'obligation de rendre compte. Les corps de contrôle de l'Etat seront sollicités.

5.1. Plan d'action budgétisé du niveau central

Tableau 13 : Plan d'action budgétisé du niveau central

OBJECTIFS SPECIFIQUES	AXES D'INTERVENTIONS/ACTIVITES	INDICATEURS	SOURCE DE FINANCEMENT	Coût annuel (milliers de FCFA)					CÔT TOTAL (milliers de FCFA)	PERIODE D'EXECUTION												STRUCTURES RESPONSABLES	STRUCTURES ASSOCIEES								
				2018	2019	2020	2021	2022		2018				2019				2020						2021				2022			
										T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
(OS1) Accroître d'ici à 2022, le taux de prévalence contraceptive aux méthodes modernes chez les femmes mariées ou en union de 12,5 à 23% au plan national	Faire le plaidoyer pour créer une ligne budgétaire PF afin d'augmenter la part du budget national pour l'achat des produits contraceptifs	% d'accroissement du budget national affecté aux produits contraceptifs	BN	PM	PM	PM	PM	PM																			DSME	DPP			
	Acquérir des produits contraceptifs au profit des FS	% d'accroissement du budget national affecté aux produits contraceptifs	BN	PM	PM	PM	PM	PM																					DSME	DPP, DDS; ZS	

OBJECTIFS SPECIFIQUES	AXES D'INTERVENTIONS/ACTIVITES	INDICATEURS	SOURCE DE FINANCEMENT	Coût annuel (milliers de FCFA)					CÔT TOTAL (milliers de FCFA)	PERIODE D'EXECUTION																STRUCTURES RESPONSABLES	STRUCTURES ASSOCIEES				
				2018	2019	2020	2021	2022		2018				2019				2020				2021						2022			
										T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4			T1	T2	T3	T4
	Appuyer le suivi semestriel des données de mise au sein précoce au niveau de chaque département	Rapport de suivi	UNICEF	-	10 000	10 000	10 000	-	30 000	x		x			x		x			x		x			x			DSME	DDS/ZS		
	Sous Total (OS6)			-	10 000	10 000	10 000	-	30 000																						
Assurer la coordination et le suivi/évaluation	Elaborer et disséminer des documents de protocoles et directives de soins en SRMNEAJ-Nut : algorithme, aids job, affiche, dépliants	Disponibilité de protocoles et directives de soins en SRMNEAJ-Nut élaborés	PTF	25 000	250 000	15 000	-	-	290 000			x	x	x	x	x	x														
	Elaborer un outil d'évaluation pour la promotion de la redevabilité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Disponibilité des outils d'évaluation élaborés	PTF	2 000	3 000	-	-	-	5 000			x	x	x	x																

5.2. Plan d'action budgétisé du département

Tableau 14 : Plan d'action budgétisé du département

OBJECTIFS SPECIFIQUES	ACTIVITES	INDICATEURS	SOURCE DE FINANCEMENT	Coût annuel (en milliers de FCFA)					CÔT Global pour les cinq ans (en milliers de FCFA)	PERIODE D'EXECUTION																STRUCTURES RESPONSABLES	STRUCTURES ASSOCIEES				
				2018	2019	2020	2021	2022		2018				2019				2020				2021						2022			
										T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4			T1	T2	T3	T4
(OS1) Accroître d'ici à 2022, le taux de prévalence contraceptive aux méthodes modernes chez les femmes mariées ou en union de 12,5 à 23% au plan national	Contrôler semestriellement la disponibilité des produits contraceptifs	% de contrôles réalisés	FC	9 600	9 600	9 600	9 600	9 600	48 000	x		x		x		x		x		x		x		x							
	Organiser une supervision semestrielle sur l'offre de la PF	% de supervisions sur l'offre réalisées	UNFPA	36 480	36 480	36 480	36 480	36 480	182 400	x		x		x		x		x		x		x		x							
	Tenir une réunion trimestrielle de suivi du plan opérationnel de réduction de la mortalité maternelle et néo-natale	% de réunions tenues	UNFPA	110 880	110 880	110 880	110 880	110 880	554 400	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			

OBJECTIFS SPECIFIQUES	ACTIVITES	INDICATEURS	SOURCE DE FINANCEMENT	Coût annuel (en milliers de FCFA)					CÔT Global pour les cinq ans (en milliers de FCFA)	PERIODE D'EXECUTION												STRUCTURES RESPONSABLES	STRUCTURES ASSOCIEES								
				2018	2019	2020	2021	2022		2018				2019				2020						2021				2022			
										T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
	Faire le suivi semestriel et annuel du développement du réseau SONU (visite de terrain, disponibilité des fonctions SONU, calcul des indicateurs d'utilisation des formations sanitaires SONU et de la létalité obstétricale par département)	% de suivi réalisés	BN	24 000	24 000	24 000	24 000	24 000	120 000	x		x		x		x		x		x		x		x							
	Faire le suivi trimestriel de la mise en œuvre de la surveillance des décès maternels/néonataux et riposte	% de suivi réalisés	UNFPA	1 140	1 140	1 140	1 140	1 140	5 699	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				

OBJECTIFS SPECIFIQUES	ACTIVITES	INDICATEURS	SOURCE DE FINANCEMENT	Coût annuel (en milliers de FCFA)					CÔUT Global pour les cinq ans (en milliers de FCFA)	PERIODE D'EXECUTION												STRUCTURES RESPONSABLES	STRUCTURES ASSOCIEES								
				2018	2019	2020	2021	2022		2018				2019				2020						2021				2022			
										T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
chaque département.	Faire le suivi semestriel intégré au monitoring semestriel des données de mise au sein précoce au niveau du département	% de suivis réalisés	PTF	PM	PM	PM	PM	PM	PM	x		x		x		x		x		x		x		x							
	Sous total (OS6)			9 860	-	9 860	-	-	19 720																						
Coordination, Suivi-évaluation	Réunion de bilan T1, T2, T3 DDS et MCZS	% de Bilans réalisés	FC	4 806	4 806	4 806	4 806	4 806	24 030	x	x	x		x	x	x		x	x	x		x	x	x							
	Revue de performance et planification annuelle au niveau du département	Disponibilité des actes de la revue	PTF	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	150 000				x				x								x						

OBJECTIFS SPECIFIQUES	ACTIVITES	INDICATEURS	SOURCE DE FINANCEMENT	Coût annuel (en milliers de FCFA)					COÛT DES ACTIVITES (EN MILLIERS DE FCFA)	PERIODE D'EXECUTION																STRUCTURES RESPONSABLES	STRUCTURES ASSOCIEES				
				2018	2019	2020	2021	2022		2018				2019				2020				2021						2022			
										T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4			T1	T2	T3	T4
	Ravitailer une fois par trimestre les maternités publiques et cabinets privés de soins en produits contraceptifs	PV de réception des produits contraceptifs	FC	6 800	6 800	6 800	6 800	6 800	34 000	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
	Acquérir des produits contraceptifs au profit des FS	% d'accroissement du budget national affecté aux produits contraceptifs	BN	150 000	250 000	275 000	302 500	332 750	1 310 250			x	x			x	x											DSME	DPP		
	Mettre à l'échelle l'introduction de l'injectable sayana press au niveau communautaire	% du niveau communautaire utilisant l'injectable sayana press	UNFPA; USAID; OOAS; APB; Canada	-	358	241	-	-	599	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					

OBJECTIFS SPECIFIQUES	ACTIVITES	INDICATEURS	SOURCE DE FINANCEMENT	Coût annuel (en milliers de FCFA)					CÔT DES ACTIVITES (EN MILLIERS DE FCFA)	PERIODE D'EXECUTION												STRUCTURES RESPONSABLES	STRUCTURES ASSOCIEES														
				2018	2019	2020	2021	2022		2018				2019				2020						2021				2022									
										T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4						
	Organiser 4 émissions radiophoniques par an sur la Planification familiale, la CPN, l'accouchement en maternité, la consultation postnatale	% d'émissions radiophoniques organisées	UNFPA	68 000	68 000	68 000	68 000	68 000	340 000	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
	Organiser deux sessions d'information sur la santé reproductive et la contraception dans les CEG en collaboration avec les responsables des établissements scolaires	% de sessions d'informations organisées	UNFPA	-	10 200	10 200	5 100	5 100	30 600						x																						

OBJECTIFS SPECIFIQUES	ACTIVITES	INDICATEURS	SOURCE DE FINANCEMENT	Coût annuel (en milliers de FCFA)					COÛT DES ACTIVITES (EN MILLIERS DE FCFA)	PERIODE D'EXECUTION																STRUCTURES RESPONSABLES	STRUCTURES ASSOCIEES				
				2018	2019	2020	2021	2022		2018				2019				2020				2021						2022			
										T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4			T1	T2	T3	T4
	Renforcer l'information et la sensibilisation des adolescents et jeunes sur la SSR et la contraception à travers le réseau d'éducation par les pairs, la ligne verte et les technologies de l'information	Rapport d'information et la sensibilisation des adolescents et jeunes sur la SSR et la contraception	UNFPA	27 200	27 200	27 200	27 200	27 200	136 000	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
	Organiser par trimestre la rencontre de bilan des activités des relais communautaires relatives à la PF de manière intégrée aux autres activités	% de Bilans réalisés	USAID	34 000	34 000	34 000	34 000	34 000	170 000	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
	Sous total (OS1)			947 496	750 781	1 015 689	730 575	626 098	4 070 638																						

OBJECTIFS SPECIFIQUES	ACTIVITES	INDICATEURS	SOURCE DE FINANCEMENT	Coût annuel (en milliers de FCFA)					CÔT DES ACTIVITES (EN MILLIERS DE FCFA)	PERIODE D'EXECUTION																STRUCTURES RESPONSABLES	STRUCTURES ASSOCIEES				
				2018	2019	2020	2021	2022		2018				2019				2020				2021						2022			
										T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4			T1	T2	T3	T4
	Faire le plaidoyer pour la mise à disposition d'ambulances	Nombre d'ambulances fonctionnelles mises à disposition par les élus locaux	FC	PM	PM	PM	PM	PM	PM	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
	Acquérir au profit des hôpitaux 06 ambulances médicalisées et 21 ambulances ordinaires	Nombre d'ambulances ordinaires acquises	PTF	.	600 000	240 000	240 000	180 000	1 260 000																						
	Sous-total (OS4)			.	750 000	240 000	240 000	180 000	1 410 000																						

OBJECTIFS SPECIFIQUES	ACTIVITES	INDICATEURS	SOURCE DE FINANCEMENT	Coût annuel (en milliers de FCFA)					COÛT DES ACTIVITES (EN MILLIERS DE FCFA)	PERIODE D'EXECUTION												STRUCTURES RESPONSABLES	STRUCTURES ASSOCIEES				
				2018	2019	2020	2021	2022		2018			2019			2020			2021					2022			
										T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4			T1	T2	T3	T4
	Assurer la gratuité de la référence des cas d'urgence à l'intérieur de la zone	Nombre de cas référés et documentés	PTF	34 000	34 000	34 000	34 000	34 000	170 000	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
	Organiser une fois par trimestre le don de sang dans la zone sanitaire	Nombre de poches de sang collectées	FC	27 200	27 200	27 200	27 200	27 200	136 000																		
	Assurer la Surveillance des Décès Maternels/Néonataux et Riposte (audit des décès + mise en œuvre des recommandations)	Disponibilité de Rapport de surveillances réalisées	FC	34 000	34 000	34 000	34 000	34 000	170 000																		
	Faire le monitoring semestriel des fonctions SONU dans les maternités de commune et l'HZ,	% monitorings réalisés		68 000	68 000	68 000	68 000	68 000	340 000																		
	Sous total (OS5)			248 200	588 200	350 200	248 200	248 200	1 683 000																		

OBJECTIFS SPECIFIQUES	ACTIVITES	INDICATEURS	SOURCE DE FINANCEMENT	Coût annuel (en milliers de FCFA)					COÛT DES ACTIVITES (EN MILLIERS DE FCFA)	PERIODE D'EXECUTION												STRUCTURES RESPONSABLES	STRUCTURES ASSOCIEES					
				2018	2019	2020	2021	2022		2018			2019			2020			2021					2022				
										T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4			T1	T2	T3	T4	
	Sous total (OS6)			-	155 923	336 123	-	-	492 046																			
Coordination, Suivi-évaluation	Disséminer le plan opérationnel RMMN au niveau de la zone sanitaire	Rapport de dissémination	UNFPA	51 000	-	-	-	-	51 000			x	x															
	Organiser les rencontres trimestrielles de coordination EEZS avec le secteur privé, élus locaux, organes de cogestion et PTF pour le partage des informations relatives à la SMNI	Nombre de réunions faites	FC	34 000	34 000	34 000	34 000	34 000	170 000	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Organiser deux sessions de monitoring plus des interventions traceurs du PIHI au niveau communautaire, CS et HZ	Nombre de réunions faites	UNICEF	272 000	272 000	272 000	272 000	272 000	1 360 000	x		x		x		x		x		x		x		x		x		x

6. CADRE DE COORDINATION ET DE SUIVI / EVALUATION

6.1. Cadre de coordination

La coordination des actions du plan opérationnel se fait aux trois (3) niveaux du système de santé :

- **Niveau national** : la coordination se fait à travers la réunion hebdomadaire du CODIR, la réunion trimestrielle DSME et PTF et la revue de performance du secteur de la santé. ; Le CNEEP, La réunion des GTT : santé de reproduction et survie de l'enfant. Les cadres de concertation intra sectorielle et intersectorielle constituent également des instances de coordination des actions.
- **Niveau départemental** : la coordination se fait par réunion trimestrielle de bilan PO-RMMN entre le DDS, les chefs de service et les MCZS, la réunion du collectif des médecins, CODIR départemental élargi aux MCZS et la revue annuelle conjointe de performance du département.
- **Niveau de la zone sanitaire** : elle se fait à travers la réunion mensuelle de l'EEZS, le comité de santé de la zone sanitaire et la Revue annuelle de performance de la Zone Sanitaire.

6.2. Cadre de concertation :

Les cadres de concertation au niveau des départements et des communes sont :

- La conférence administrative départementale présidée par le préfet, à laquelle participe le directeur départemental de la santé ;
- La réunion du Comité Départemental d'exécution et d'évaluation des projets et programmes (CDEEP) présidée par le préfet à laquelle participent les DDS, les médecins coordonnateurs, les PTF et coordonnateurs de projets ;
- La session communale présidée par le maire et à laquelle participe le médecin chef du centre de santé.

Ces instances constituent autant d'occasions pour plaider la cause du couple mère / nouveau-né.

6.3. Mécanisme de suivi / évaluation

- DSME

La DSME à travers sa Division de suivi - évaluation prépare et anime les revues annuelles de performance avec les 12 DDS sur la mise en œuvre des interventions du plan opérationnel de réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Elle est chargée de faire le suivi de la mise en œuvre des résolutions issues de ces revues.

- DDS

Au sein de la DDS, le C/SSME prépare et anime les revues semestrielles et annuelles de performance de mise en œuvre des interventions du plan opérationnel de réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Ces regroupent les DDS, les médecins coordonnateurs de zone et les médecins chefs.

- ZS

Au niveau de la zone sanitaire, l'EEZS organise la revue de performance avec l'implication des organes de suivi du niveau périphérique que sont le comité les COGECS et le secteur privé..

6.4. Indicateurs

Le cadre de suivi / évaluation comporte l'ensemble des dispositions prises pour mesurer les moyens de production (intrants), suivre la mise en œuvre des interventions telle que planifiée en termes de processus, d'extrants, de couverture des interventions à haut impact et évaluer les progrès accomplis en terme d'impact sur la santé maternelle et néonatale.

Les indicateurs d'intrants (inputs) sont des variables permettant de mesurer les moyens de production (Ressources humaines, financières, infrastructures, équipement, logistique, politique, directives, textes législatifs et réglementaires).

Les indicateurs de processus sont des variables permettant de vérifier la quantité et la qualité des biens et services obtenus à partir de l'utilisation des intrants (activités de gestion, de formation, de communication pour le changement de comportement, de recherche et d'évaluation) ;

Les indicateurs de résultats comprennent les indicateurs d'extrants ou produits directs, les indicateurs d'effets déterminant les résultats intermédiaires tels que les couvertures des interventions ciblant les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes et les nouveau-nés et indicateurs d'impacts obtenus à moyen ou long termes [PIHI].

Tableau 16 : Principaux indicateurs de suivi / évaluation de santé maternelle et néonatale [16, 17]

INDICATEURS D'INTRANTS ET DE PROCESSUS	INDICATEURS D'EXTRANTS OU PRODUITS	INDICATEURS D'EFFETS	INDICATEURS D'IMPACT
<ul style="list-style-type: none"> - Proportion des dépenses de l'Etat consacrées à la santé - Proportion des dépenses du Ministère de la Santé consacrées à l'achat des produits contraceptifs - Proportion des dépenses du Ministère de la Santé consacrées à la santé de reproduction, santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant. - Ratio agents de santé qualifiés pour 10 000 habitants par département - Ratio de sages – femmes pour 10 000 habitants par département - Nombre de sages – femmes diplômées livrées sur le marché du travail par an par les écoles de formation. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proportion de formations sanitaires offrant la gamme complète de produits contraceptifs ; - Proportion de formations sanitaires offrant la CPNr avec dosage de Hb, Dosage de la glycémie, recherche de bactériurie asymptomatique (infection urinaire) test VIH, test Hépatite B, test Syphilis - Nombre de formation sanitaire SONUB par département - Nombre de formation sanitaire SONUC par département - Nombre de décès maternels notifiés par ZS - Nombre de décès néonataux notifiés par ZS - Pourcentage de Revues des décès maternels par ZS - Pourcentage de Revues des décès néonataux par ZS - Proportion de faibles poids de 	<p>Prévalence contraceptive aux méthodes modernes</p> <p>Besoins non satisfaits en PF et SONU</p> <p>Nombre d'acceptantes additionnelle en PF</p> <hr/> <p>Couverture en CPN1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Couverture en CPNr 1 - Couverture en CPN 4 - Prévalence de l'anémie parmi les femmes en âge de procréer ; - Proportion de femmes enceintes souffrant d'anémie Hb < 11g/dl) - Proportion de femmes enceintes testées pour le VIH - Proportion de femmes enceintes dépistées positives au VIH mises au protocole PTME - Proportion de femmes enceintes testées pour la syphilis - Proportion de femmes enceintes testées pour l'hépatite B - Proportion de femmes enceintes dormant sous MIILD 	<ul style="list-style-type: none"> - Ratio de Mortalité Maternelle * - Taux de Mortalité Néonatale * - Taux de Mort Nés - Indice Synthétique de Fécondité chez les femmes de 15 à 49 ans ; - Pourcentage d'adolescentes de 15 – 19 ans qui ont déjà eu un enfant ou qui sont enceintes d'un premier enfant ;

INDICATEURS D'INTRANTS ET DE PROCESSUS	INDICATEURS D'EXTRANTS OU PRODUITS	INDICATEURS D'EFFETS	INDICATEURS D'IMPACT
	naissance qui ont bénéficié de SMK - Proportion de faibles poids de naissance décédés ;	<ul style="list-style-type: none"> - Proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins 3 doses de SP - Protection contre le tétanos maternel et néonatal (VAT2+) - Taux d'accouchements en établissement de santé - Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié - Létalité obstétricale par département - Taux de césarienne par département - Proportion des accouchées et nouveau-nés ayant séjourné pendant au moins 2 jours en établissement de santé - Couverture de CPoN1 - Couverture de CPoN2 - Prévalence des faibles poids de naissance - Proportion de nouveau-nés mis au sein dans l'heure qui a suivi la naissance - Proportion de nouveau-nés ayant reçu des soins postnataux précoces 	

Source de données

Les données de routine seront collectées par le système national d'information sanitaire (SNIGS).. Les données relatives aux effets notamment les couvertures des interventions seront fournies par les enquêtes populationnelles (RGPH, EDS / MICS) ou autres enquêtes spécifiques (SARA, SONU).

CONCLUSION

Le plan opérationnel de réduction de la mortalité maternelle 2018 - 2022 oriente les actions du Ministère de la Santé, des Directions Départementales de la Santé et des Zones Sanitaires sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Il donne l'opportunité à chaque département et à chaque Zone Sanitaire d'apporter concrètement sa contribution à l'effort national de réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Il est possible de mettre fin aux décès maternels et néonataux évitables à condition de :

- atteindre chaque femme enceinte et chaque nouveau-né avec les interventions à haut impact pour la survie et le développement ;
- Dispenser des soins efficaces aux moments critiques à savoir l'accouchement et la première semaine de vie du nouveau-né ;
- renforcer le système de santé, le pouvoir de décision des parents, des familles et des communautés en vue de pérenniser les résultats ;
- améliorer le système d'information sanitaire pour la prise de décision en temps réel et la redevabilité [18].

Investir Treize (13) milliards de francs CFA sur cinq (5) ans dans la mise en œuvre du plan apportera des changements dans les conditions sanitaires des femmes en âge de procréer, femmes enceintes et nouveau-nés. Pour cela, il faut un leadership national et départemental fort, une bonne gouvernance et transparence à tous les niveaux et une redevabilité envers les communautés. Cette œuvre requiert l'engagement du Gouvernement, l'implication de l'Assemblée nationale, des Partenaires au développement, des collectivités locales, de la société civile et de toutes les autres parties prenantes.

REFERENCES

1. OMS, Définition de décès maternel, *objectifs-du-millenaire.blogspot.com/2010/02/definition-de-la-mortalite-maternelle.html*.
2. Ministère de la Santé, DPP, Plan National de Développement Sanitaire 2018 – 2022, Cotonou 2018.
3. Ministère de la Santé, DSME, Plan Stratégique Intégré de santé de la reproduction, santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et jeune 2017 - 2021, Cotonou 2017.
4. Ministère de la Santé, DSF (DSME), Stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2006 – 2015, mars 2006 Cotonou.
5. Ministère de la Santé, DPP, Annuaire statistique 2006, Cotonou 2007 ;
6. Ministère de la Santé, DPP, Annuaire statistique 2016, Cotonou 2017 ;
7. Ministère de la Santé, DPP, Comptes nationaux de la santé 2012, Cotonou 2012 ;
8. Ministère de la Santé, DPP, Revue des dépenses publiques de santé 2009 - 2013, Cotonou 2014
9. OMS, Tendances de la mortalité maternelle de 1990 à 2015, OMS Genève 2015, <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/eng>.
10. Ministère de la Santé, Rapport d'évaluation des besoins en SONU, Cotonou 2011 ;
11. Ministère de la Santé, Evaluation Rapide SONU Cotonou 2016 ;
12. UNICEF, Levels and trends in child mortality, report 2015, New York, September 2015.
13. INSAE, Rapport de l'Enquête Démographique et de Santé de 2006, Cotonou 2007 ;
14. INSAE, Rapport de l'Enquête MICS 2014, Cotonou 2016 ;
15. UNICEF, WCARO, causes des décès des enfants de moins de cinq ans au Bénin, 2012
16. Ayivi B. et coll, Evaluation de la mise en œuvre des soins essentiels du nouveau-né au Bénin, CEFORP, Dakar 2017 ;
17. WHO, Global reference list of 100 core indicators, Geneva 2015;
18. WHO, World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals, Health Organization, Geneva, Switzerland
19. WHO, Strategies toward ending preventable maternal mortality, Geneva 2015.
20. UNICEF, WHO, WB, Levels and Trends in child mortality, report 2017 Washington USA.
21. WHO, Ending preventable maternal, newborn and child deaths, a policy brief to inform the updating and development of strategies and plan of action, mnca@who.int.
22. OMS, la stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, Genève, septembre 2015. www.everywomaneverychild.org
23. OMS UNICEF, chaque nouveau-né, un projet de plan d'action pour mettre fin aux décès évitables, Genève 2015.
24. UNFPA, Plan stratégique du FNUAP pour 2018 – 2022, New York septembre 2017 ;
25. Zone Sanitaire de Covè – Zagnanado – Ouinhi, Plan Trienal de Développement de la Zone Sanitaire 2014 – 2016, avril 2014, Zagnanado
26. Zone Sanitaire de Covè – Zagnanado – Ouinhi, Budget Prévisionnel 2017, Zagnanado
27. Zone Sanitaire de Covè – Zagnanado – Ouinhi, Annuaire des statistiques sanitaires 2015

ANNEXES

ANNEXE 1

GROUPE D'INTERVENTIONS PAR NIVEAU DU SYSTÈME DE SANTE						
INTERVENTIONS OU ACTIVITES	DIRECTIVES	NIVEAU ETABLISSEMENT DE SANTE				COMMUNAUTE
		HN/CHU	CHD	HZ	CS	
PERIODE AVANT LA CONCEPTION						
Soins avant la conception	Lutte contre les mariages précoces					✓
	Promotion de la nutrition				✓	✓
	Santé des adolescents				✓	✓
	Prévention des IST/VIH	✓	✓	✓	✓	✓
	Planification Familiale	✓	✓	✓	✓	✓
	Consultation Prénuptiale	✓	✓	✓	✓	
PERIODE DES VISITES PRENATALES						
Soins Périnataux	CPNR1, 2, 3, 4 et 5 pour Grossesse normale				✓	
	CPN pour Grossesse pathologique	✓	✓	✓		
PERIODE PERINATALE						
PERIODE DU TROISIEME TRIMESTRE DE GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT						
Prise en charge des complications obstétricales et fœtales	Paludisme	✓	✓	✓	✓	
	Anémie	✓	✓	✓	✓	
	Grossesse multiple	✓	✓	✓		
	HTA	✓	✓	✓	✓	
	Pré éclampsie / éclampsie	✓	✓	✓	✓	
	Infection des voies urinaires	✓	✓	✓	✓	
	Menace d'accouchement prématuré	✓	✓	✓	✓	
	Défaut de croissance de la hauteur utérine	✓	✓	✓	✓	
	Rupture prématurée des membranes	✓	✓	✓	✓	
	Placenta prævia	✓	✓	✓		
	Détresse fœtale	✓	✓	✓		
Accouchement	Accouchement normal			✓	✓	
	Accouchement difficile	✓	✓	✓		
PERIODE POSTNATALE PRECOCE						
Soins du nouveau-né dans les formations sanitaires	Accueil, protection thermique	✓	✓	✓	✓	
	Réanimation Algorithme HBB	✓	✓	✓	✓	
	Réanimation du nouveau-né par le programme complet	✓	✓	✓	NA	
	Soins usuels	✓	✓	✓	✓	
	Mise au sein précoce	✓	✓	✓	✓	
	Promotion et soutien à l'Allaitement Maternel Exclusif	✓	✓	✓	✓	✓
	Initiation du traitement ARV pour les enfants nés de mères VIH positives	✓	✓	✓	✓	

GROUPE D'INTERVENTIONS PAR NIVEAU DU SYSTÈME DE SANTE						
INTERVENTIONS OU ACTIVITES	DIRECTIVES	NIVEAU ETABLISSEMENT DE SANTE				COMMUNAUTE
		HN/CHU	CHD	HZ	CS	
	Vaccination du nouveau-né	✓	✓	✓	✓	
	Prématuré poids 1500 à 2500 g, tête bien sans risque infectieux Elevage selon la méthode Kangourou	✓	✓	✓	✓	
	Prématuré poids inférieur à 1500 g	✓	✓	✓	NA	
	Hypotrophie né à terme sans anomalie	✓	✓	✓	✓	
	Hypotrophie avec anomalie	✓	✓	✓	NA	
	Aide supplémentaire pour alimentation des prématurés et faibles poids	✓	✓	✓	✓	
	Infection néonatale patente	✓	✓	✓	NA	
	Infection néonatale latente	✓	✓	✓	✓	
	Ictère physiologique	✓	✓	✓	✓	
	Ictère pathologique	✓	✓	✓	NA	
	Hémorragie locale au niveau du cordon ombilical	✓	✓	✓	✓	
	Syndrome hémorragique	✓	✓	✓	NA	
	Hypoglycémie	✓	✓	✓	✓ Pré transfert	
	hypocalcémie	✓	✓	✓	NA	
	Administration prophylactique et thérapeutique de Surfactant en prévention de la détresse respiratoire du prématuré	✓	NA	NA	NA	
	Détresse respiratoire du prématuré et ventilation par CPAP nasale	✓	✓		NA	
Suivi du nouveau-né au niveau communautaire	Visites à domicile					✓
PERIODE POSTNATALE TARDIVE						
Soins du nouveau-né	Evaluation au 9 ^{ème} jour de vie	✓	✓	✓	✓	✓

ANNEXE 2 : Description et Contenu des Interventions Retenues [4]

Pour avoir une compréhension commune de la définition et du contenu des interventions retenues, il est présenté ici les grandes lignes descriptives des huit (8) interventions constituant le paquet d'interventions directes à haut impact sur la mortalité maternelle et néonatale.

1. La Planification familiale

La PF est un ensemble de mesures et moyens mis à la disposition des individus, 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 le VIH/SIDA

La PF dispose d'un plan national budgétisé 2014 – 2018 voire 2020. Elle bénéficie du suivi de Track 2020. La satisfaction des besoins non couverts en contraception réduit de 29% les décès maternels [EPMN]

2. Soins Prénatals

Les soins prénatals sont dispensés à travers la CPN 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 différencie la CPN recentrée de l'approche fondée sur le risque. La CPN recentrée insiste sur :

- des actions éprouvées, orientées 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 notamment le plan pour l'urgence et le donneur de sang.

Il faut améliorer la qualité de l'interprétation des données de la CPN recentrée : Poids, TA, HU, Protéinurie, VIH. Il faut généraliser progressivement le dosage de l'hémoglobine, de la glycémie, le test de la syphilis, Hépatite...

3. Amélioration des soins pour les 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 essentiels au nouveau-né y compris la surveillance et l'examen

 Systématique du nouveau-né ;

- faire les soins du postpartum et surveiller le postpartum immédiat pour l'accouchée

 - faire l'examen systématique du nouveau-né

les mères et les nouveau-nés sont à risques de décès pendant le travail d'accouchement, l'accouchement et la première semaine de vie de l'enfant. Investir pour améliorer l'accès aux soins de qualité au moment de l'accouchement et réaliser des niveaux de couverture élevés en interventions efficaces permettent de réduire la mortalité maternelle et néonatale. L'accouchement par du personnel qualifié trouve ici toute son importance. Mais, il faut également de la compétence et un environnement de travail adéquat capables de fournir à la mère et au nouveau-né des interventions cliniques adéquates.

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 en milieu de soins

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 période 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 Essentiels du nouveau-né

- Protection thermique
- Prévention des infections
- Accueil, séchage et Evaluation immédiate
- Mise en contact peau à peau avec la mère
- Soins du cordon
- Allaitement maternel précoce et exclusif
- Soins des yeux
- Administration vitamine K1
- Mensurations
- Examen du n-né
- Vaccinations
- Surveillance et détection des signes de danger
- Réanimation en salle de naissance
- Soins maternels Kangourou

9. Soins obstétricaux et néonataux d'urgence

Les SONU sont des soins réservés aux femmes ayant des complications obstétricales exigeant une intervention d'urgence et aux nouveau-nés en asphyxie périnatale. Les SONU constituent l'intervention de choix pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. 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 SONU de base et les SONU complets.

• Fonctions essentielles des SONU de base

1. Administration parentérale d'antibiotiques
2. Administration parentérale d'ocytociques
3. Administration parentérale d'anticonvulsivants (sulfate de magnésie)
4. Délivrance artificielle du placenta
5. Evacuation utérine par aspiration manuelle ou curetage
Evacuateur
6. Accouchement instrumental (Ventouse, Forceps)
7. Réanimation du nouveau-né

Toute formation sanitaire offrant ces sept fonctions est qualifiée de SONU de base

- **Fonctions essentielles des SONU Complets**

- les 7 fonctions SOUB
- la transfusion sanguine et
- la césarienne

Toute formation sanitaire offrant ces neuf (9) fonctions est qualifiée de SONU complet.

10. Soins néonataux d'urgence

Les soins néonataux d'urgence concernent principalement les nouveau-nés présentant les tableaux ci – après :

- **Asphyxie nécessitant une réanimation**
- **Contexte infectieux**
- **Faible poids de naissance**
- **Détresse respiratoire**
- **Ictère**
- **Hémorragie**
- **Troubles métaboliques**
- **Malformation**
- **Nouveau-né malade nécessitant un transfert**

Les procédures de prise en charge des nouveau-nés malades se trouvent dans le guide des directives de santé des nouveau-nés

Surveillance des Décès Maternels / Néonataux et Riposte (Document national)

Le Bénin a conçu un modèle prédictif de surveillance des décès maternels et néonataux et riposte inspiré des expériences vécues en Afrique et dans le monde. Ce modèle est actuellement opérationnalisé et couvre l'ensemble du territoire. Le mécanisme préconise la notification des cas au niveau de la communauté comme au niveau des formations sanitaires qui est assurée par le canal du système intégré de surveillance des affections à potentiel épidémique dont les réseaux sont en principe susceptibles d'assurer la complétude des déclarations. La DSME et ses démembrements périphériques du système de santé, assurent les audits et rédigent les rapports dont un rapport national annuel.

Les comités d'audits mettent en évidence, les causes de décès et les facteurs évitables, identifient les activités correctrices, réalisent les corrections immédiates puis organisent les ripostes au niveau des zones, des départements et au niveau national.

ANNEXE 3

LISTE DES CONTRIBUTEURS A L'ELABORATION DU DOCUMENT

Equipe de consultation

Dr Pascal DOSSOU-TOGBE, médecin de santé publique

Dr Paul ADOVOHEKPE, médecin de santé publique

Dr Christophe HOUGBEME, médecin gynécologue – obstétricien

Dr Alban P. QUENUM, médecin pédiatre

Superviseurs

Dr Robert ZANNOU, DSME

Dr Théodore SOUDE, UNFPA

Comité ad hoc de pilotage

Dr Robert ZANNOU, DSME

Dr Sybille ASSAVEDO, DSME adjointe

Dr Thierry TOSSOU BOCO, Chef service santé maternelle et infantile

Monsieur TESSY GUY, DPP

Dr Théodore SOUDE, UNFPA

Dr Dina GBENOU, OMS

Dr Athanase HOUNNAKAN, USAID

Dr Soliou BADAROU, UNICEF

Autres contributeurs

Mr Suradjou RADJI, DPP

Mr Hospice HOUNKPATIN, DSME

Liste des personnes rencontrées et interviewées		
Département	Structure	Nom, Prénoms, Fonction ou Qualification
Alibori	DDS Alibori	Dr Kpanidja Gérard C/SSME
	Bureau de zone Malanville-Karimama	Dr Hounkanrin Mahussi MCZS Mme Lawani Nadiath SFE
	HZ Malanville-Karimama	Mr Dofia Aristide IDE de la pédiatrie Mr Maïla Salifou de la pharmacie
Atacora	DDS Atacora	Dr Namboni Jacob, DDS
	Bureau de Zone Tanguiéra-Cobli-Materi	Dr Amalin Wenceslas, MCZS ;
	HZ Tanguiéra-Cobli-Materi	Dr Emmanuelle Kpomalegni GO Dr Anita Dogo, Pédiatre
Atlantique	DDS Atlantique	Dr Cocouvi Victor, DDS
	ZS Calavi-So-Ava	
Borgou	DDS Borgou	Dr Imorou Karimou Yacoubou, DDS Dr Ntia Fabien C/SME
	CHD Borgou	Dr Agbeille Falilatou de la pédiatrie Mme Sabi-Boum Tchoumon SFE
	Bureau de zone Nikki-Kalalè-Pèrèrè	Dr Aïffa Joachim MCZS ; Mme Adimi Clotilde SFE ;
	HZ de Nikki	Dr Mama Akambi Hadiou de la maternité ; Mme Noukouhékpou Marie Madeleine SFE ; Dr Alassane Abdoul Hadi de la pédiatrie ; Mme Sabam Adidjatou de la pharmacie ; Mme Bah-Sossa Affoussath de la pharmacie.
Collines	DDS Collines	Dr Dandonougbo Codjo DDS.
	Bureau de zone de Dassa Zoumè	
	HZ de Dassa - Zoumé	Dr Kotchoffa Aubin Jacques de la maternité ; Dr Koutchoro Evrard de la pédiatrie ; Mme Koukoui Agossa Christine SFE ; Mr Akpovi Alphonse de la pharmacie.
Couffo	DDS Couffo	Dr DAO Jean, DDS ; Mme Medenou Gwladis C/SSME.
	ZS	
Donga	DDS Donga	Dr Zongo Mohamed, DDS.

	Bureau de Zone de Djougou– Ouaké-Copargo	Dr Hounkpè Virgile, MCZS
	HZ Ordre de Malte de Djougou	Dr Ibrahim GO ; Dr Hubert Egoulety, Pédiatre.
Mono	DDS Mono	Dr HOUNKONOU Etienne DDS.
Littoral	DDS Littoral	Dr Houilé Dandégla Comlan, DDS
Ouémé	DDS Ouémé	Dr TOKPO Simplicé, DDS
	Bureau de Zone Adjohoun- Bonou-Dangbo	Dr Fréjus Goudjo, MCZS
	HZ d’Adjohoun-Bonou- Dangbo	Dr Sedami Pascal, GO
Plateau	DDS	
	ZS Pobè	
	HZ Pobè	
Zou	DDS Zou	Mme Ahouandjinou Ella, SFE ; Mme Capo Chichi Blanche SFE.
	Bureau de zone CoZO	Dr Davodoun Paulin, MCZS
	HZ de Covè	Dr Widode H. Mathias

Liste des Sociétés Savantes et Associations professionnelles

Collège des Gynécologues – Obstétriciens du Bénin	Dr Latoundji Mohamed
Société Béninoise de Pédiatrie	Dr Adélou Kapossè, Président
Association des Sages –Femmes du Bénin	Madame Monteiro Laurence, Présidente Madame Gbangbola Karamatou

Liste des Institutions et Agences de développement rencontrées

OMS	Dr Jean Pierre BAPTISTE Représentant Résident Dr Raoul SAIZONOU Dr Dina GBENOU
UNFPA	Dr Théodore SOUDE, Représentant Assistant
UNICEF	DR Adama OUEDRAOGO Dr Soliou BADAROU
USAID	Dr Athanase HOUNNAKAN

	Mr Ricardo MISSINHOUN Mme Alison W. DAVIS
Coopération Technique Belge	

Liste des participants à l'atelier de validation du Plan opérationnel de réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2018 - 2022			
N°	NOM ET PRENOMS	QUALIFICATION / FONCTION	PROVENANCE
1	Zannou Robert Franck	DSME / MS	Cotonou
2	Assavedo Sibylle	DA - DSME	Cotonou
3	Tossou Boco Thierry	C/SMI - DSME	Cotonou
4	Ahounou Gaston	C/SPF - DSME	Cotonou
5	Sonon B. Félix	C/SNU - DSME	Cotonou
6	Dansou Marius	AAF - DSME	Cotonou
7	Akogbeto E. Péta	SGM / MS	Cotonou
8	Cocouvi Victor	DDS Atlantique	Abomey Calavi
9	DAHO Jean Yaovi	DDS Couffo	Aplahoué
10	Radji Suradjou	DPP / MS	Cotonou
11	Tessy Guy Gaétan	DPP / MS	Cotonou
12	Aïssan Julien	MCZS	Comè BGH
13	Davodoun F. Paulin	MCZS	CoZO
14	Gomez Gbangbadé Olga	C/DSMI- DDS Ouémé	Porto - Novo
15	Akoutey Vincent de Paul	Personne ressource	Cotonou
16	Lanchoessi Diane	Suivi/Evaluation DSME	Cotonou
17	Gbenou Dina	OMS	Cotonou
18	Akoueikou F. Arlette	UNFPA	Cotonou
19	Soudé Théodore	UNFPA	Cotonou
20	Hounnakan Athanase	USAID	Cotonou
21	Dossou Togbé Pascal	Equipe de Consultation	Cotonou
22	Houngbeme Christophe	Equipe de Consultation	Cotonou
23	Quenum P. Alban	Equipe de Consultation	Cotonou