



REPUBLIQUE DU BENIN

&&&0&&&

MINISTERE DE LA SANTE

&&&0&&&



REVUE RAPIDE DE LA STRATEGIE NATIONALE POUR LA REDUCTION DE LA MORTALITE MATERNELLE ET NEO NATALE AU BENIN

Draft du vendredi 4 novembre 2011

Ce rapport présente la synthèse du travail effectué lors de l'atelier de la revue à mi-parcours de la stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle et néonatale, atelier tenu du 26 au 30 juillet 2011 à Lokossa. Les participants, une quarantaine environ, étaient tous des cadres nationaux du ministère de la santé, des départements sanitaires, des zones sanitaires ainsi que ceux provenant de l'Université, des associations de gynécologues obstétriciens, des sage femmes, des ONGs et des partenaires au développement sanitaire dont l'OMS, l'UNICEF, l'USAID, la Coopération française et l'UNFPA.

Il est rédigé par un groupe restreint [composé des cadres de la DSME](#) mis en place à l'issue de l'atelier de revue avec l'appui technique du CTP /UNFPA et d'un consultant national.

La liste de tous les participants à cet exercice de revue à mi parcours est annexée au présent rapport.

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| Acronymes, abréviations et sigles..... | 4 |
| Résumé..... | 6 |
| Introduction..... | 10 |
| I) Contexte /justification..... | 10 |
| II) Objectifs de la revue et Résultats attendus..... | 11 |
| III) Méthodologie..... | 11 |
| IV) Résultats..... | 13 |
| 4.1 Etape 1 : Examen du but et des objectifs ; (ii) examen des tendances des indicateurs d'impact et de couverture des cibles en interventions à haut impact sur la RMMN ;(iii) examen des indicateurs relatifs aux politiques et aux systèmes de santé de la mère et du nouveau- né..... | 13 |
| 4.2. Etape 2 : Est-ce que les interventions prévues dans la feuille de route atteignent les femmes et les nouveau-nés? Evaluation de la mise en œuvre des interventions de SMN ; et identification des réalisations et des interventions à couverture insuffisante..... | 22 |
| 4.3. Etape 3 : Analyse des points forts et des points faibles des systèmes de santé, propositions de solutions et recommandations pour faire face aux lacunes et aux faiblesses des systèmes de santé maternelle et néonatale..... | 24 |
| 4.4. Etape 4 : Identification des domaines prioritaires assortis des solutions réalisables et des recommandations concrètes et réalistes..... | 33 |
| V. / Recommandations..... | 42 |
| Annexe..... | 45 |

ACRONYMES, ABREVIATIONS ET SIGLES

| Sigles | Définition |
|---------------|---|
| AME | Allaitement Maternel Exclusif |
| AN | Assemblée Nationale |
| ARV | Anti Rétro Viral |
| CARMMA | Campagne d'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique |
| CES | Conseil Economique et Social |
| CIPD | Conférence Internationale sur la Population et le Développement |
| CCC | Communication pour le Changement de Comportements |
| CDT | Centre de Dépistage et de Traitement |
| CDMT | Cas des Dépenses à Moyen Terme |
| CHD | Centre Hospitalier Départemental |
| CNC | Comité National de Coordination |
| CNEEP | Comité National de Suivi et de l'Exécution et de l'Evaluation des Programmes |
| CNHU | Centre National Hospitalier Universitaire |
| CPN | Consultation Prénatale |
| CPN-R | Consultation Prénatale Recentrée |
| CS | Centre de Santé |
| CTA | Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine |
| CTM | Cotrimoxazole |
| DC | Direction Centrale |
| DDS | Direction Départementale de la Santé |
| DSCR P | Document de Stratégie de la Croissance pour la Réduction de la Pauvreté |
| DS | Département Sanitaire |
| DT | Direction Technique |
| FE | Femme Enceinte |
| FI FO | First In First Out |
| FS | Formation Sanitaire |
| EDS-B | Enquête Démographique et de santé au Bénin |
| GA R | Gestion Axée sur les Résultats |
| GATPA | Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement |
| GEU | Grossesse Extra-Utérine |
| GVT | Gouvernement |
| HOMEL | Hôpital de la Mère et de l'Enfant – Lagune |
| HZ | Hôpital de Zone |
| IGE | Inspection Générale d'Etat |
| IG F | Inspection Générale des Finances |
| IGM | Inspection Générale du Ministère |
| IHI | Intervention à Haut Impact |
| INPF | Institut National pour la Promotion de la Femme |
| IST | Infection Sexuellement Transmissible |
| M I | Mortalité infantile |
| MIILD | Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'action |
| MN | Mortalité Néonatale |

| | |
|------------------|--|
| MS | Ministère de la Santé |
| NV | Naissance Vivante |
| NVP | Nivérapine |
| OMD | Objectifs du Millénum pour le Développement |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | Organisation Non Gouvernementale |
| PCIME | Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant |
| PEC | Prise En Charge |
| PEV/SSP | Programme Elargi de Vaccination intégré aux Soins de Santé Primaires |
| PIB | Produit Intérieur Brut |
| PIHI | Paquet d'Interventions à Haut Impact |
| PIHI B | Paquet d'Interventions à Haut Impact de Base |
| PIHIC | Paquet d'Interventions à Haut Impact Complet |
| PNDS | Plan National de Développement Sanitaire |
| PNLP | Programme National de Lutte contre le Paludisme |
| PNLS | Programme National de Lutte contre le Sida |
| POPENPIHI | Plan Opérationnel de Passage à l'Echelle Nationale des Paquets d'Interventions à Haut Impact |
| PTA | Plan de Travail Annuel |
| PTD | Plan Triennal de Développement |
| PTF | Partenaires Techniques et Financiers |
| PTME | Prévention Transmission Mère- Enfant de VIH/SIDA |
| RAMU | Régie Assurance Maladie Universelle |
| RC | Relais Communautaire |
| RMMN | Réduction de la Mortalité Maternelle et Néo natale |
| RRP | Revue Rapide du Programme |
| SME | Santé de la Mère et de l'Enfant |
| SMN | Santé Maternelle et Néonatale |
| SMNI | Santé Maternelle, Néonatale et Infantile |
| SNIGS | Système National d'Information et de Gestion Sanitaires |
| SONE | Soins Obstétricaux et Néonataux Elémentaires |
| SONU | Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence |
| SONUB | Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base |
| SONUC | Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets |
| SRAJ | Santé de la Reproduction des Adolescentes et des Jeunes |
| SSP | Soins de Santé Primaires |
| TME | Transmission Mère –Enfant de VIH/SIDA |
| TMI | Taux de Mortalité Infantile |
| TMIJ | Taux de Mortalité Infanto-Juvenile |
| TMM | Taux de Mortalité Maternelle |
| TMM5 | Taux de Mortalité des Moins de 5 ans |
| TPI | Traitement Présomptif Intermittent |
| UNICEF | Fonds des Nations Unis pour l'Enfance |
| UNFPA | Fonds des Nations Unies pour les Activités de Population |
| VAT | Vaccination Anti Tétanique |
| VIH/SIDA | Virus de l'Immunodéficience Humaine / Syndrome d'Immunodéficience Acquise |
| VPO | Vaccination contre la Poliomyélite |

RESUME

e Bénin a élaboré en 2006 sa feuille de route intitulée Stratégie Nationale pour la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale (RNRMN) 2006-2011, conformément à la résolution AF/RC/54/R9 issue de la 54^{ème} session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique qui s'est tenue à Brazzaville (Congo) en 2004.

Pour savoir où nous en sommes dans la mise en œuvre de la feuille de route cinq années après, le ministère de la santé a organisé un atelier de revue à mi-parcours du 26 au 30 juillet 2011 à Lokossa, avec l'appui financier et technique de l'UNFPA. Les participants comprenaient une quarantaine de cadres du ministère de la santé (directions centrales, départements sanitaires, et zones sanitaires), de l'Université, d'ONGs (ABPF, PSI), et du secteur privé (associations des gynéco-obstétriciens et de sages femmes) ainsi que des partenaires techniques et financiers en l'occurrence l'OMS, la Coopération Française, l'USAID, l'UNICEF et l'UNFPA.

L'outil utilisé pour cette revue est celui récemment initié par l'OMS et adapté par la suite, aux réalités du pays. Il comporte cinq (5) étapes allant de l'analyse des couvertures et des systèmes de santé de la mère et du nouveau-né, à l'identification des domaines prioritaires pour les cinq (5) prochaines années, sur base desquels le deuxième plan d'opérationnalisation pour 2012-2015 a été élaboré.

Les résultats de la revue montrent que la vision du pays est clairement exprimée dans la feuille de route et que cette dernière est en harmonie avec les enjeux nationaux et les défis à relever pour contribuer de façon significative à l'amélioration des conditions sanitaires des mères et des nouveau-nés.

Mais les efforts déployés jusqu'à ce jour demeurent encore insuffisants face au défi à relever et ne participent pas suffisamment à la création d'un environnement favorable à la santé des mères et des nouveau-nés.

En effet, par rapport à santé de la mère et du nouveau-né, le système de santé présente encore de nombreuses faiblesses relatives à (i) la planification à tous les niveaux (insuffisance de prise en compte des réalités concrètes du terrain ainsi que des aspirations des populations; (ii) la gouvernance (gestion non axée sur les résultats, insuffisance de leadership, d'appropriation et de coordination à tous les niveaux); (iii) insuffisance de couverture des mères et des nouveau nés en soins essentiels de qualité, insuffisance dans la gestion des ressources financières, humaines et matérielles disponibles; (iv) difficultés énormes à assurer le suivi de la mise en œuvre (données incomplètes et peu fiables, SNIGS peu efficace).

La conséquence est que les indicateurs d'impact affichent encore des valeurs élevées.

La mortalité maternelle estimée à 397 décès maternels pour 100 000 NV (EDSB3 en 2006), demeure encore à un taux élevé bien qu'elle ait connu une réduction de 20 % depuis 1996, année au cours de laquelle, elle avait été estimée à 498 pour 100 000 NV (EDSB1). A ce rythme du taux annuel de réduction de 2 %, l'OMD 5 **ne sera atteint qu'en 2040**. Mais si on parvenait à **doubler ce taux annuel** de réduction, **la réalisation de l'OMD 5 serait attendue en 2020**.

Par ailleurs, il s'est révélé entre 2001 et 2006, que le taux annuel de réduction de la **mortalité infantile (5%) évolue à un rythme plus rapide** que celui **de la mortalité néonatale (3,3%)**. Logiquement, la cible de 33%° de la mortalité infantile peut être atteinte en 2015 alors que celle de la mortalité néonatale (13 %°) ne sera atteinte qu'après 18 ans à compter de 2006, soit en 2024.

A l'évidence, un effort supplémentaire devrait être entrepris ici aussi pour mieux cerner les causes de la mortalité néonatale et appliquer les interventions à haut impact sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale d'ici à 2015.

C'est pourquoi la revue a procédé à l'identification de (10) domaines prioritaires sur lesquels les efforts seront déployés pendant les cinq prochaines années. Ces 10 domaines qui constituent l'ossature du deuxième plan d'opérationnalisation 2012-2015, sont les suivants :

1. Assistance qualifiée à la mère et au nouveau-né (SONU/SONE, personnel qualifié, environnement qualifiant, SNIGS, bonne gouvernance, délégation des tâches, logistique, gestion, collaboration intra et inter sectorielle, supervision et monitoring)
2. Soins pré- conceptionnels (Planning Familial, nutrition, éducation à la vie familiale et à la parenté responsable)
3. CPN-R : nutrition, PTME, prévention paludisme, vaccination, etc.
4. Soins spécifiques aux nouveau-nés
5. Ressources humaines (qualité, quantité, répartition)
6. Référence et contre référence
7. SNIGS/suivi/évaluation
8. Soins au niveau communautaire
9. Ressources financières et matérielles
10. Education à la santé (communication pour le développement du secteur)

Aussi le deuxième plan quinquennal de RMMN pour 2012-2015 devra-t-il être considéré comme un document opérationnel d'orientation pour les trois niveaux de la pyramide sanitaire (central, DDS et ZS). Par conséquent, il constitue aussi une référence pour l'élaboration des Plans Intégrés de Travail Annuel (PITA) pour tous les niveaux .

L'opérationnalisation de ce plan requiert à n'en point douter, **la mise en œuvre correcte et diligente des recommandations suivantes** qui sous tendent les conditions essentielles à remplir pour espérer approcher les cibles fixées pour 2015.

En dehors des trois (3) recommandations générales relatives à la gouvernance, le passage à l'échelle nationale des PIHI ainsi qu'à la mobilisation des ressources financières additionnelles, les recommandations spécifiques formulées au plan stratégique et au plan opérationnel, sont résumées comme ci-après :

a) Pour le niveau stratégique

1. Renforcer le mécanisme de coordination de toutes les interventions en santé maternelle et néonatale.
2. Accroître le budget de la santé par rapport au budget national jusqu'à atteindre les 15% recommandés par la Déclaration d'Abuja, en augmentant la proportion du BS allouée à la SME ;

3. Etendre la gratuité à toutes les prestations en rapport avec les SONU
4. Etendre l'accès aux soins obstétricaux et néonataux et en assurer une répartition équitable qui répond localement aux besoins de la population, en conformité avec les normes internationales ou avec la politique sanitaire nationale (réhabilitation des infrastructures et renforcement du plateau technique à tous les niveaux ; affectation de personnel qualifié en nombre suffisant pour assurer l'offre de soins 24H/24 et 7J/7).
5. Renforcer les moyens d'évacuation des urgences obstétricales et néonatales à travers : (i) la dotation de toutes les FS de référence en ambulances médicalisées, (ii) l'extension du réseau de communication à toutes les formations sanitaires .
6. Améliorer le système d'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux à travers : (i) la création et/ou le renforcement des dépôts répartiteurs dans chaque zone sanitaire, (ii) l'informatisation de la gestion des médicaments et consommables médicaux jusqu'aux ZS, (iii) la formation des responsables de l'approvisionnement sur le processus de gestion des médicaments .
7. Renforcer la capacité des prestataires et gestionnaires des soins à la mère et au nouveau-né en privilégiant l'approche de la formation pratique basée sur l'acquisition des compétences, et en appliquant la politique de développement des ressources humaines en conformité avec les normes internationales de manière à adapter les compétences aux performances requises. Les aides-soignants doivent être élevés au niveau de "*personnel qualifié*" à travers une formation spécifique et ciblée.
8. Améliorer la qualité de l'offre des SONU et autres prestations à la mère et au nouveau-né : dissémination des guides, normes et standards révisés en 2010 et formation des prestataires à leur utilisation.
9. Institutionnaliser les mécanismes de suivi et d'évaluation des SONU et d'autres soins relatifs à la santé de la mère et du nouveau-né par : (i) l'intégration des indicateurs SONU de monitoring dans le système national d'information, (ii) l'instauration de la notification obligatoire des décès maternels et néonataux, (iii) le renforcement de la supervision formative (iv) l'instauration de suivi interdépartemental des plans d'action annuels par trimestre, en vue de créer l'esprit de compétition entre les équipes des DS et des ZS, (v) l'organisation d'une revue semestrielle de la feuille de route au niveau de chaque département sanitaire; (vi) l'organisation d'une mission conjointe (Gouvernement & PTFS) de suivi des activités SME chaque année (vii) l'évaluation externe de la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.
10. Renforcer le partenariat avec les FS privées à travers des mémorandums d'entente qui définissent les rôles respectifs des deux parties ; ce qui contribuera à établir les fondations pour une collaboration de confiance particulièrement pour le transfert de données.
11. Développer le partenariat avec certains départements ministériels (Education nationale, Famille et Affaires sociales, Economie et Finances, Plan et Développement etc.) les universités et institutions de formation aux carrières de santé, ONG nationales et internationales.

b) Pour le niveau opérationnel

1. Renforcer les compétences des prestataires en SONU, de manière à améliorer la qualité des soins ;
2. Développer un système de référence et contre référence avec la mise en réseau des structures par des véhicules médicalisés et un système de communication fonctionnelle
3. Développer le partenariat avec la communauté et toutes les organisations locale de la société civile, de manière à améliorer la santé des femmes et des nouveau-nés(recherche active des perdues de vue ;motivation des relais communautaires de façon durable etc.)
4. Standardiser les mécanismes de commande et de gestion de stock des médicaments et consommables médicaux .
5. Renforcer les mécanismes de suivi évaluation au niveau des zones sanitaires : supervision formative mensuelle des FS au niveau des zones sanitaires ; monitoring micro planification semestriel ,synthèse et analyse des données pour une prise de décision au niveau opérationnel.
- 6.Documenter les meilleures pratiques en matière de SONU .

INTRODUCTION

La Feuille de route pour accélérer l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) relatifs à la santé maternelle et néonatale en Afrique a été élaborée en 2004, en collaboration avec 15 agences ¹ notamment celles des Nations Unies et des organisations bilatérales et multilatérales. Elle a été adoptée par les ministres de la santé de la Région africaine dont le Bénin, par la résolution AF/RC/54/R9 lors de la 54ème session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique qui s'est tenu à Brazzaville (Congo) en 2004.

Sur cette base, le Bénin a élaboré sa feuille de route en 2006 (Stratégie Nationale pour la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néo-natale 2006-2015)

Aussi, pour savoir où nous en sommes dans la mise en œuvre de la feuille de route béninoise, pour la RMMN, le pays s'est-il proposé d'effectuer une revue à mi-parcours. A ce effet, un comité de pilotage composé de cadres de la DSME et des partenaires est mis en place pour conduire le processus de la revue avec l'appui technique d'un consultant national.

L'atelier de la revue, organisé à Lokossa du 26 au 30 juillet 2011 avec l'appui financier et technique de l'UNFPA, comprenait une quarantaine de cadres provenant du ministère de la santé (y compris une représentation des niveaux départemental et des zones sanitaires), de l'Université, d'organismes non gouvernementaux concernés (ABPF, PSI), d'associations professionnelles nationales (association des gynéco-obstétricaux et de sages femmes) ainsi que des partenaires techniques et financiers en l'occurrence l'OMS la coopération française, l'USAID et l'UNICEF.

Le présent rapport de la revue à mi-parcours s'articule autour des points suivants : (i) contexte / justification ; (ii) objectifs de la revue ; (iii) méthodologie ; et (iv) résultats par étape (étape 1, étape 2, étape 3 et étape 4) selon l'outil de Revue Rapide de Programme-RRP-(v) recommandations. L'étape 5 constitue le plan d'opérationnalisation.

I/CONTEXTE /JUSTIFICATION

La Stratégie Nationale pour la Réduction de la Mortalité Maternelle et néo natale au Bénin (feuille de route pour la période 2006-2015) a été élaborée en 2006 par le ministère de la santé, en collaboration avec ses partenaires et les départements ministériels connexes.

A ce jour le Bénin fait partie des 42 pays d'Afrique subsaharienne qui ont élaboré une feuille de route nationale et se trouvent à différents stades de la mise en œuvre.

En dépit des efforts et de l'engagement du gouvernement et de ses partenaires, la mise en œuvre est encore très lente, de même que la traduction, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire nationale, des objectifs et cibles proposés en actions concrètes pour atteindre effectivement tous les bénéficiaires, y compris ceux des zones rurales isolées et/ou enclavées.

¹ OMS/AFRO, FNUAP, UNICEF-WCARO, UNICEF-ESARO, Banque mondiale, USAID, OOAS, Secrétariat régional de la santé communautaire du Commonwealth, Université de Watersrand en Afrique du Sud, Academy of Educational Development (AED), Family Care International (FCI), JHPIEGO, Population Council, Initiative Sauver les vies des nouveaux-nés et Engenderhealth.

Une évaluation menée par le FNUAP en 2008-2009, a examiné les points forts et faibles des processus de planification et/ou de programmation des feuilles de route, mettant l'accent sur le contenu des documents y afférents. Entre autres constatations, cette évaluation a montré que certaines interventions clés en matière de SMN doivent être encore développées et incorporées dans les feuilles de route existantes d'un certain nombre de pays, notamment sur le plan des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), de la planification familiale, des ressources humaines pour la SMN, de la planification ainsi que du suivi et de l'évaluation des programmes de SMN.

Le Bénin s'étant engagé dans le processus, devra par conséquent effectuer la revue à mi-parcours de sa feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néo natale après cinq années de sa mise en œuvre et s'appuyer sur les leçons apprises pour élaborer le deuxième plan quinquennal d'opérationnalisation (2011 -2015).

II.OBJECTIFS DE LA REVUE et RESULTATS ATTENDUS

Objectif général

L'objectif général du processus de revue à mi-parcours est d'évaluer la mise en œuvre de la feuille de route à savoir, la stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle et néo natale au Bénin 2006-2015.

Objectifs spécifiques

Le processus de revue à mi-parcours vise à:

1. Recenser les progrès accomplis, les facteurs favorisant, les contraintes et les goulots d'étranglement qu'il y a dans la mise en œuvre de la feuille de route aux niveaux national, intermédiaire et périphérique au Bénin.
2. Identifier les lacunes qui existent dans le passage à l'échelle des interventions prioritaires ayant un impact élevé et visant une réduction accélérée de la mortalité maternelle et néonatale.
3. Faire des recommandations en ce qui concerne les actions à mener à tous les niveaux (périphérique, intermédiaire et national) pour une accélération de la mise en œuvre des feuilles de route en vue de la réalisation des OMD 4 et 5.

Résultats attendus

- Les facteurs favorisant, les contraintes et les défis dans la mise en œuvre et le suivi de la feuille de route de RMMN sont identifiés.
- Les lacunes dans le passage à l'échelle des interventions prioritaires ayant un impact élevé sur la RMMN sont identifiés.
- Des recommandations réalistes et concrètes sont faites et incorporées dans le plan d'action pour la période 2011-2015 en vue de la réalisation des OMD 4 et 5 au Bénin.

III.METHODOLOGIE

La revue à mi parcours de la feuille de route au Bénin a suivi le chronogramme suivant:

1. Novembre 2010 à Dakar : Faisant partie du groupe de huit pays identifiés pour mener une revue à mi-parcours de leurs feuilles de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, le Bénin a participé à la formation des formateurs visant à renforcer les capacités des pays sur l'utilisation de l'outil de RRP ,un outil générique initialement élaboré par l'OMS.

2. Avril 2011 à Bohicon : l'outil générique a été adapté au contexte national béninois par un groupe de cadres nationaux avec la participation des partenaires techniques et financiers.
3. Avril-juin 2011 à Cotonou: le comité de pilotage de la RRP a été mis en place et un consultant national a été recruté pour un appui technique.

La méthodologie utilisée pour la revue proprement dite se présente comme suit :

1. Revue documentaire portant essentiellement sur les documents de politiques/stratégies nationales, notamment ceux ayant trait à la santé de la mère et du nouveau-né, des résultats des études/expériences nationale et internationales sur la RMMN ainsi que des documents nationaux et des revues scientifiques internationales sur les interventions à impact élevé sur la RMMN.
2. Entretien avec les décideurs, les directeurs centraux et responsables de la santé maternelle et néonatale au Ministère de la santé ainsi qu'avec les principaux PTF .
3. Collecte des données en deux temps ; une partie par les membres du comité de pilotage au cours des préparatifs de l'atelier de revue. Elle a été complétée par les participants à l'atelier et ensuite par le groupe restreint mis en place à cet effet.
4. Déroulement de l'atelier proprement dit à Lokossa du 25 au 30/07 2011, essentiellement en groupes de travail suivi de discussions en séances plénières.

L'outil de travail utilisé est l'outil adapté par le Bénin comportant les (5) étapes devant mener à l'élaboration du plan quinquennal d'opérationnalisation pour 2011-2015 :

Étape 1: Où en sommes-nous?

Objectif: *Mesurer les progrès réalisés en vue de la réalisation des buts et objectifs des feuilles de route pour la SMN à l'aide des données disponibles relatives à la situation de la SMN.*

Étape 2: Est-ce que les interventions prévues dans la feuille de route atteignent les femmes et les nouveau-nés?

Objectif: *Évaluer la mise en œuvre des interventions de SMN; identifier les réalisations et les interventions à couverture insuffisante.*

Étape 3: Dans quelle mesure les activités de la feuille de route sont-elles bien mises en œuvre?

Objectif: *Évaluer les réalisations et les lacunes de la feuille de route pour la SMN en fonction des éléments des systèmes de santé; identifier les points forts et les points faibles.*

Étape 4: Quels sont les domaines prioritaires auxquels nous devons nous consacrer?

Objectif: *Identifier les priorités auxquelles il faudra faire face pour améliorer la couverture des services de SMN et les résultats.*

Étape 5: Quelles sont les solutions et les recommandations pour l'avenir?

Objectif: *proposer des solutions, des recommandations et un plan d'action pour accélérer la mise en œuvre des feuilles de route*

Une quarantaine de participants ont pris part audit atelier ,provenant du ministère de la santé, des départements et des zones sanitaires ; de l'université, des corps des acteurs de la santé maternelle et néonatale, des représentants des ONGs ainsi que des partenaires au développement sanitaire dont l' action porte sur la SME.

5. Un atelier de validation technique a eu lieu à Lokossa du 14 au 16 Septembre 2011.

IV. RESULTATS

4.1 ETAPE 1

(i) Examen du but et des objectifs ; (ii) examen des tendances des indicateurs d'impact et de couverture des cibles en interventions à haut impact sur la RMMN ;(iii) examen des indicateurs relatifs aux politiques et aux systèmes de santé de la mère et du nouveau-né.

4.1.1. La pertinence et la cohérence de la stratégie nationale, feuille de route

La stratégie nationale pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2006-2015, est en harmonie avec les enjeux nationaux et les défis à relever pour contribuer de façon significative à l'amélioration des conditions sanitaires des mères et des nouveau-nés . Elle s'articule parfaitement avec les documents de politique et de stratégie existants dans le pays, dont le DCRP, le PNDS 2009-2018, le PTD 2010-2012, le COMPACT et tous autres documents spécifiques tels que le PNL5, le PNLP.

Les interventions programmées sont pertinentes et cohérentes car elles contribuent toutes à l'atteinte de l'objectif final qui est de réduire la mortalité maternelle et néonatale. En effet, des services accessibles géographiquement ne seront utilisés que s'ils le sont économiquement et culturellement et s'ils offrent des soins de qualité, toute chose qui permet de mener une lutte efficace pour la RMMN au Bénin .

Si la cohérence globale de la stratégie feuille de route n'est pas contestable, elle est cependant fragilisée dans sa mise en œuvre par des problèmes liés aux système de santé, notamment l'insuffisance de personnel qualifié, le manque de suivi des indicateurs faute de données fiables, et le morcellement du financement des activités entre des dizaines de partenaires, répondant chacun à des logiques d'intervention, des priorités et des contraintes spécifiques .

Une appréciation plus poussée ne pourra être faite que lorsque les résultats de l'EDS 4 en cours de réalisation seront disponibles.

En attendant, les constats suivants sont relevés :

4.1.2. en ce qui concerne les **objectifs généraux** relatifs à la réduction de la mortalité maternelle et néo natale (OMD 4 et 5)

- la cible pour l'horizon 2015 indiquée dans la stratégie nationale de RMMN (feuille de route) correspond plutôt à $\frac{1}{4}$ du taux de la mortalité maternelle obtenu en 1996 (EDS 1) en lieu et place des $\frac{3}{4}$ prévus dans le cadre de l'atteinte de l'OMD 5 sur le plan international.

- Il en est de même pour la mortalité néonatale ($\frac{1}{3}$ en lieu et place des $\frac{2}{3}$ pour l'OMD 4 par rapport au taux de 1996, EDS1).

L'analyse ci-dessous, des tendances des indicateurs d'impact sur la réduction du taux de mortalité maternelle, infanto-juvénile et néonatale, corrige les erreurs notées dans le document de stratégie nationale pour la RMMN et considère plutôt une réduction de $\frac{3}{4}$ et de $\frac{2}{3}$ pour l'OMD 5 et l'OMD 4 respectivement.

a) Mortalité maternelle (la cible est de 125 pour 100 000 NV en 2015)

Tableau1: Taux de mortalité infanto-juvénile au BENIN, de 1990 à 2006 selon EDSB

| 1990 (Unicef) | 1996EDSB1 | 2001EDSB2 | 2006 EDSB3 | Observations |
|---------------|--------------------|-----------|--------------------|---|
| - | 498 pour 100 000NV | - | 397 pour 100 000NV | La cible attendue en 2015 est de 125 pour 100 000NV= 3/4 du taux de MM de 1996 |

Commentaires : La mortalité maternelle estimée à 397 décès maternels pour 100 000 NV (EDSB3 en 2006), demeure encore à un taux élevé bien qu'elle ait connu une réduction de 20% depuis 1996, année au cours de laquelle, elle avait été estimée à 498 pour 100 000 NV (EDSB1).

Au rythme du taux annuel de réduction de 2%, l'OMD5 **ne sera atteint qu'en 2040**. Mais si on parvenait à **doubler ce taux annuel** de réduction, **la réalisation de l'OMD 5 serait attendue en 2020**, soit 5 ans après l'horizon 2015.

b) Mortalité infanto-juvénile (la cible est : 61 %° en 2015)

Tableau2: Taux de mortalité infanto-juvénile au BENIN, de 1990 à 2006 selon EDSB

| 1990 (Unicef SOW) | 1996EDSB1 | 2001EDSB2 | 2006 EDSB3 | Observations |
|-------------------|-----------|-----------|------------|---|
| 184%° | 166%° | 160%° | 125%° | La cible attendue en 2015 est de 61%°= 2/3 du taux de MM < 5ans de 1990 |

Commentaires: L'évolution de la réduction est en dent de scie mais assez bonne entre 2001-2006 :

- 2 % par an entre 1990 et 1996
- 0,16 % par an entre 1996 et 2001
- 4,37 % par an entre 2001 et 2006

Si le rythme de réduction de 2001-2006 est maintenu, la **cible ne pourra être atteinte qu'en 2018**. Mais si on fait un effort pour imprimer un rythme de 6 % par an entre 2006-2015, l'OMD 4 serait atteint en 2015.

c) Mortalité infantile (la cible est 33 %° en 2015)

Tableau 3 : Taux de mortalité infantile au BENIN, de 1990 à 2006 selon EDSB

| 1992 RGP2 | 1996 EDSB1 | 2001 EDSB2 | 2006 EDSB3 | Observations |
|-----------|------------|------------|------------|--|
| 98,6%° | 94%° | 89%° | 67%° | La cible attendue en 2015 est de 33%°= 2/3 du taux de mortalité infantile de 1990 |

Commentaires : L'évolution de la réduction est ici aussi en dent de scie comme pour la RMIJ mais assez bonne entre 2001-2006.

- Réduction de (+) 1 % par an entre 1990 et 1996
- Réduction de 1 % par an entre 1996 et 2001
- Réduction de 5 % par an entre 2001 et 2006

Au rythme de 5 % par an à partir de 2006, la cible (33 %°) de la MI peut être atteinte **en 2015**

d) Mortalité néo-natale (la cible est 13 %° en 2015)

Tableau4 : Taux de mortalité néonatale au BENIN, de 1990 à 2006 selon EDSB

| 1992 RGPH2 | 1996 EDSB1 | 2001 EDSB2 | 2006 EDSB3 | Observations |
|---------------|---------------|---------------|---------------|---|
| - | 38,2%° | 38,4%° | 32%° | La cible attendue en 2015 est de 13%° = 2/3 du taux de mortalité néonatale de 1990 |

Commentaires : Le taux de mortalité néonatale est quasiment stationnaire entre 1996 (EDS1) et 2001(EDS2) : 38,2 %° en 1996 et 38,4 %° en 2001. Son évolution entre 2001 et 2006 est peu significative. Avec un taux de mortalité de 32%° en 2006, la réduction est de 16,6 % en 5 ans (entre 2001 et 2006) soit 3,3 % de réduction par an au cours de cette période.

A ce rythme de 3,3% de réduction annuelle à partir de 2006, la cible de 13 %° ne sera atteinte qu'après 18 ans à compter de 2006, soit en 2024.

Il se révèle donc que la réduction de la **MI évolue à un rythme plus rapide que celui de la MN**. Un effort supplémentaire devrait être entrepris pour mieux cerner les causes de la MN et appliquer les interventions qui ont un impact suffisamment élevé sur la RMN d'ici à 2015. Le double du taux annuel de réduction (soit 6,6%) serait alors requis pour espérer atteindre la cible de 13%° en 2015.

Au demeurant, seuls les résultats de l'enquête de démographie et de santé (EDS 4) actuellement en cours de réalisation dans le pays peuvent permettre d'actualiser l'analyse de l'évolution des indicateurs d'impact sur la réduction du taux de mortalité maternelle, néo-natale et infanto juvénile.

4.1.3. Concernant les **8 objectifs spécifiques**, le tableau ci-après, résume les progrès réalisés et les lacunes relevées lors de la mise en œuvre du premier plan d'opérationnalisation de la feuille de route selon les données disponibles notamment celles de l'enquête SONU 2010.

Tableau 5 : objectifs spécifiques, résultats attendus et niveau d'atteinte des résultats

| Objectifs spécifiques | Résultats Attendus | Niveau d'atteinte des résultats |
|--|---|---|
| 1. Assurer la disponibilité 24h sur 24 du paquet optimal d'interventions obstétricales et néonatales à haut impact dans les 7 hôpitaux nationaux et départementaux existants et dans toutes les formations sanitaires de 15 zones sanitaires. | <ul style="list-style-type: none"> - Sept (7) hôpitaux nationaux et départementaux et 15 hôpitaux de zone offrent les SOUC de qualité 24h sur 24 en plus des autres interventions directes du paquet optimal (ANNEXE4) - Au moins 30 CSC offrent les SOUB de qualité 24h sur 24 en plus des autres interventions directes du paquet optimal - Au moins 60 CSA offrent les SOUB de qualité 24h sur 24 en plus des autres interventions directes du paquet optimal - Normes et standards en matière d'effectif de personnel dans les hôpitaux de zone révisés - Système fonctionnel de développement, d'utilisation et de motivation des ressources humaines qualifiées en place | <ul style="list-style-type: none"> -Seuls 17 ZS/34 sont concernées en raison du fait que toutes les ZS n'étaient pas fonctionnelles au moment de la planification en 2006. Par la suite il n'a pas été tenu compte de l'évolution de la mise en place des ZS , ce qui fait que le passage à l'échelle nationale des interventions est parcellaire . -Tous les hôpitaux nationaux offrent des SOUC ; de même 80% des CHD , et 56%des H ZS(dépassant la prévision de 44% de HZS) et 3% des cliniques privées, En revanche , on note que seuls 7,4% des CSC et 5,4% des cliniques offrent des SONUB -Pas d'amélioration significative dans la disponibilité et la répartition des SONU : en zone urbaine on note 3,9%de SONUB et 13% de SONUC. Le milieu rurale (61 % de la population) couvre moins de 1 % de SONU. Au plan national , 1,7 % des formations sanitaires offrent les 7 fonctions SONUB, variant entre 5,9% dans le littoral à 2% dans l'Ouémé. |
| 2. Rendre géographiquement et financièrement accessibles le paquet optimal d'interventions obstétricales et néonatales à haut impact dans les 7 hôpitaux nationaux et départementaux existants, et dans toutes les formations sanitaires de 15 zones sanitaires. | <ul style="list-style-type: none"> - Système de référence-recours organisé et fonctionnel dans les 34 zones sanitaires existantes et dans les 7 hôpitaux nationaux et départementaux - Système de financement des soins d'urgence obstétricale et néonatale abordable pour les communautés en place | <ul style="list-style-type: none"> -Gratuité de la césarienne -Gratuité de la prise en charge des cas de paludisme chez la femme enceinte et les enfants de moins de 5ans -Des ambulances sont fournies -Cependant, le volet nouveau né est peu développé |
| 3. Améliorer la qualité des services obstétricaux et néonataux dans les 7 hôpitaux nationaux et départementaux existants, et dans toutes les formations sanitaires de 15 zones sanitaires. | <ul style="list-style-type: none"> - Qualité des soins améliorée dans 7 hôpitaux nationaux et départements et dans toutes les formations sanitaires de 15 zones sanitaires | <ul style="list-style-type: none"> -Le Bénin demeure en dessous du seuil de l'OMS |
| 4. Améliorer le taux d'utilisation des services obstétricaux et néonataux dans les 7 hôpitaux nationaux et départementaux existants, et dans toutes les formations sanitaires de 15 zones sanitaires. | <ul style="list-style-type: none"> - Utilisation des formations sanitaires offrant le paquet optimal d'interventions par les femmes et les nouveau-nés en grand besoin améliorée | <ul style="list-style-type: none"> ND : le SNIGS ne prend pas en compte ces genres d'informations |
| 5. Améliorer le taux des accouchements assistés par du personnel de santé qualifié dans les 7 hôpitaux nationaux et départementaux existants, et dans toutes les formations sanitaires. | <ul style="list-style-type: none"> - Taux d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié et compétent amélioré dans les 7 hôpitaux nationaux et départementaux existants, et dans toutes les formations sanitaires de 15 zones sanitaires | <ul style="list-style-type: none"> ND : le SNIGS ne prend pas en compte ces genres d'informations |
| 6. Renforcer les capacités des individus, des familles, et de la communauté pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né. | <ul style="list-style-type: none"> - Capacité des individus, des familles, et de la communauté pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né renforcée | <ul style="list-style-type: none"> Peu de ZS mènent des activités au niveau communautaire, des activités en rapport avec les interventions de réduction de la mortalité maternelle et néonatale |
| 7. Renforcer le partenariat avec le secteur privé pour assurer la disponibilité, l'accessibilité et la qualité du paquet optimal d'interventions obstétricales et néonatales à haut impact. | <ul style="list-style-type: none"> - Partenariat renforcé avec le secteur privé pour assurer la disponibilité, l'accessibilité et la qualité du paquet optimal d'interventions à haut impact - Réglementation de l'exercice en clientèle privé mise en application | <ul style="list-style-type: none"> Très faible implication du secteur privé |
| 8. Suivre, évaluer les progrès et programmer la période 2011-2015 | <ul style="list-style-type: none"> - Plan de suivi et d'évaluation élaboré et mis en œuvre | <ul style="list-style-type: none"> 2010 :Résultats enquête SONU et rapport sur niveau d'exécution des activités SNRMMN disponibles |

Par ailleurs au regard des résultats de l'enquête SONU 2010 comparées aux normes requises par les Nations Unies en matière de couverture en SONU, le Bénin ne satisfait pas le minimum de formations sanitaires en SONU acceptable. Globalement, il dispose d'une (1) FS/SONU pour 293 029 habitants ; soit presque trois fois plus d'habitants ; une (1) FS/SONUC pour 386 265 habitants contre une (1) FS/SONUB pour 1 213 975 habitants.

D'autre part, si on fait abstraction de la fonction liée à la réanimation du nouveau-né avec ballon et masque, les résultats révèlent que le Bénin disposait en 2009 de 33 formations sanitaires SOU (08 SOUB et 25 SOUC). En comparant ces résultats avec ceux de l'évaluation des besoins en SOU en 2003², on constate que la situation des SOU au Bénin a régressé dans la plupart des départements, notamment dans l'Atlantique, le Littoral, l'Ouémé, le Plateau, l'Atacora et le Donga.

4.1.4. Analyse des indicateurs de couverture des interventions de SMN

Tableau 6: Niveau des principaux indicateurs de couverture entre 2006 et 2010

| Interventions /indicateurs | Données de base 2006 | Données les plus récentes | | | | Sources/remarques |
|---|----------------------|---------------------------|-------|-------|--------|-------------------|
| | | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | |
| PF -Besoins en PF non satisfaits | 30% | - | - | - | - | EDS |
| -Utilisation annuelle de contraceptifs | 12,5% | 7% | 11,8% | 21,2% | 22 ,1% | SNIGS |
| CPN -Taux d'utilisation | 91% | 96% | 94% | 92% | 93,4% | SNIGS |
| -Taux de couverture adéquate | 74% | - | - | - | - | EDS |
| Fer :% de femmes ayant reçu du fer pendant leur dernière grossesse | 86% | - | - | - | - | EDS |
| VIH/PTME -% de femmes enceintes bénéficiant de CPN | 15,8% EDS | - | - | - | 46% | Revue PNLS 2010 |
| -% de femmes enceintes infectées par VIH et ayant reçu des ARV | - | - | - | - | 32% | Revue PNLS 2010 |
| Paludisme -% de FE dormant sous MIILD | 19,6%EDS | - | - | - | 60% | Revue PNLP 2010 |
| -% de FE ayant reçu les 2 doses de TPI pendant la grossesse | 3%EDS | - | - | - | 46% | Revue PNLP 2010 |

² Les résultats de l'évaluation des besoins en SOU, édition 2003, avaient montré que le Bénin disposait à cette époque de 26 SOUC et 13 SOUB. Dans l'ensemble, il y avait 1,9 SOUC et 1,4 SOUB pour 500 000 habitants.

| | | | | | | |
|---|---|-----|-----|-----|-------|---|
| <u>Préparation</u> :% de FE et de familles ayant un plan d'accouchement | - | | | | | |
| <u>Acc. qualifié</u> : % de naiss. assistées par un Accoucheur qualifié : | 74%EDS | - | | | | ND : Données non prises en compte par le SNIGS |
| <u>Acc institutionnel</u> :% Accouchement ayant lieu dans un établissement sanitaire | 73% | 82% | 82% | 78% | 81,3% | SNIGS |
| <u>Disponibilité des services de SONU</u> -% de maternités offrant SONU -%de maternités offrant SONUC 6 % de FE ayant des complications obstétricales ayant reçu des SONU -Taux de césarienne | - - - EDS 3 % 2001 4% 2006 | | | | | Les données initiales disponibles(2003) sont relatives aux SOU et non aux SONU La gratuité de la césarienne concernant un nombre limité de FS, il est difficile d'estimer la progression de cet indicateur depuis 2006 faute d'une enquête élargie à toutes les Formations publiques et privées réalisant la césarienne. |
| <u>Répartition des services SOU</u> - Nombre des SOUB fonctionnelles - Nombre des SOUC fonctionnelles | 6 en 2003 26 en 2003 | | | | | En comparant les résultats de l'enquête 2010 avec ceux de l'enquête 2003, on constate que la situation des SOU a régressé au Bénin, notamment celle des SOUC. |
| <u>Système de référence</u> :% des ZS ayant un Système de référence | - | | | | | ND |

Commentaires

Le tableau 6 ci-dessus présente quelques interventions de couverture pour lesquelles il existe de données récentes permettant d'apprécier les progrès réalisés et les lacunes existantes.

La plupart des autres interventions ne pourront faire l'objet d'une analyse pertinente que lorsque les résultats de l'EDS 4 en cours de réalisation seront disponibles ainsi que ceux d'autres enquêtes thématiques spécifiques. Il s'agit par exemple du taux de létalité par

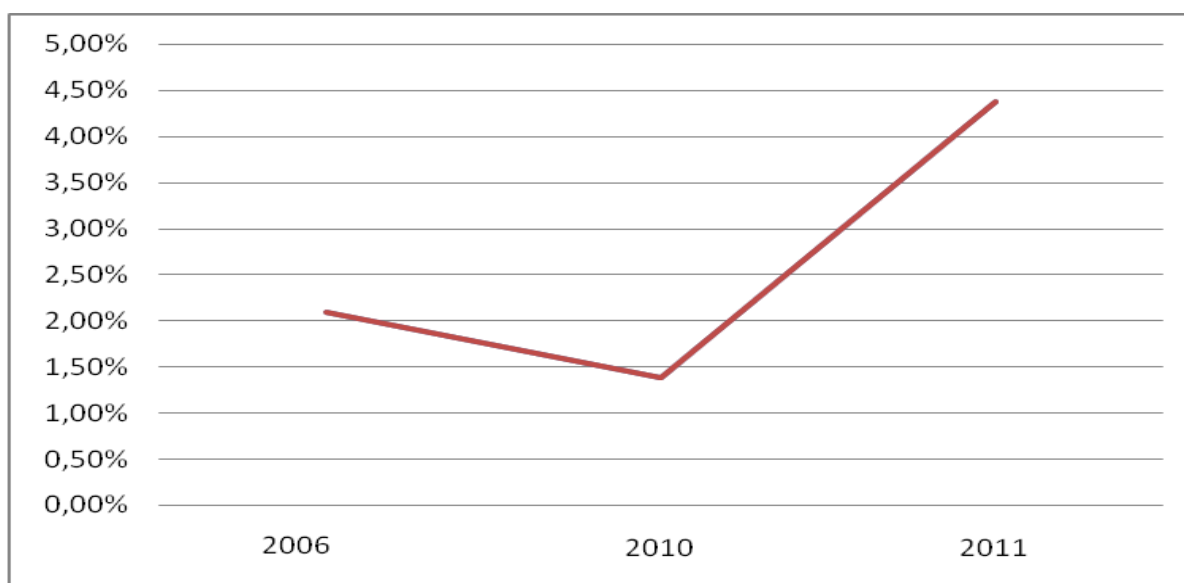
complication obstétricale directe(hémorragie, infection, éclampsie, travail prolongé avortement) et indirecte (paludisme, anémie, VIH) ; le pourcentage des femmes reçues en consultation pour avortement ; le pourcentage des décès maternels dus à l'avortement ; le pourcentage de nouveau-nés mis au sein en l'espace d'une heure après la naissance ; le pourcentage de nourrissons exclusivement nourris au sein de 0 à 6 mois ; audit des décès maternels et néonataux et pourcentage des maternités assurant des audits réguliers des décès périnataux.

4.1.5. Analyse des politiques et systèmes de santé maternelle et néo natale (gouvernance, financement, RH, ME/matériels/équipements, système d'information sanitaire)

Passant en revue les indicateurs des politiques et systèmes de santé maternelle et néonatale (gouvernance/planification, financement de la SME ; approvisionnement gestion des ME ; et ressources humaines et système d'information sanitaire). tels que figurant dans l'outil adapté pour la revue à mi-parcours de la feuille de route pour la RMMN, les constats suivants ont été relevés :

a) Financement de la santé maternelle et néonatale (SMN)

Graphique No1. Evolution du budget santé alloué à la SME de 2006-2011



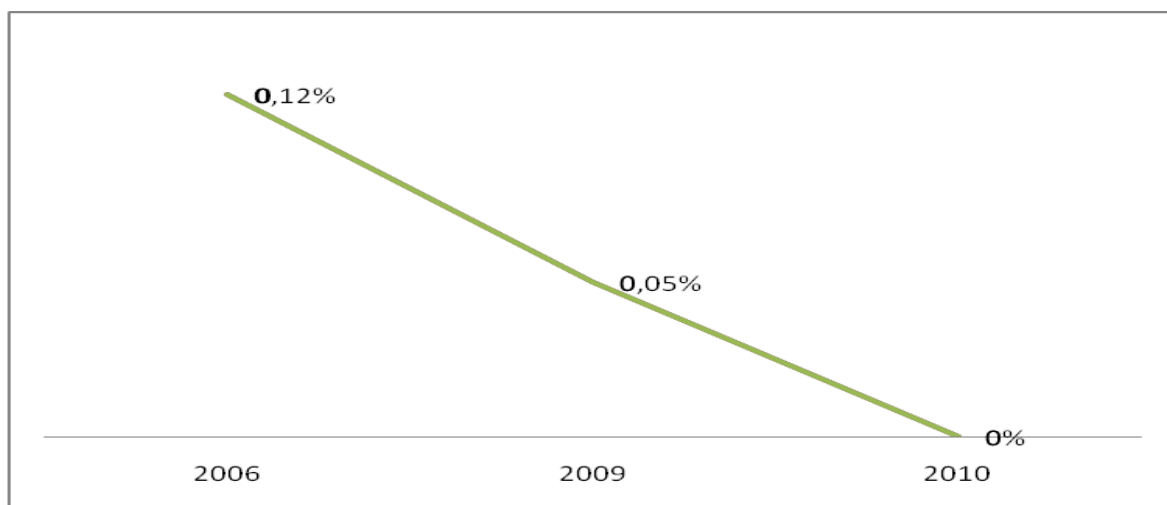
Source : DPP/MS 2011

Commentaires :

La proportion du budget du secteur santé, allouée à la santé maternelle néonatale en 2006 est de 2,09 % de l'ensemble du budget du secteur évalué à 8,34 % (Cartographie des interventions et intervenants en SMNI, MS, rapport final 2011) a considérablement baissé en 2010 où elle est estimée à 1,38%. Mais depuis 2011, un effort substantiel a été observé, portant la part du Budget santé allouée à la SMNI, à 4,37 %.

En revanche, la part qui revient à la planification familiale régresse de façon significative de 2006 à 2010, comme illustré dans le graphique ci-dessous .Ce qui est la preuve de l'existence des disparités dans la répartition du budget SME au profit de ses différentes composantes.

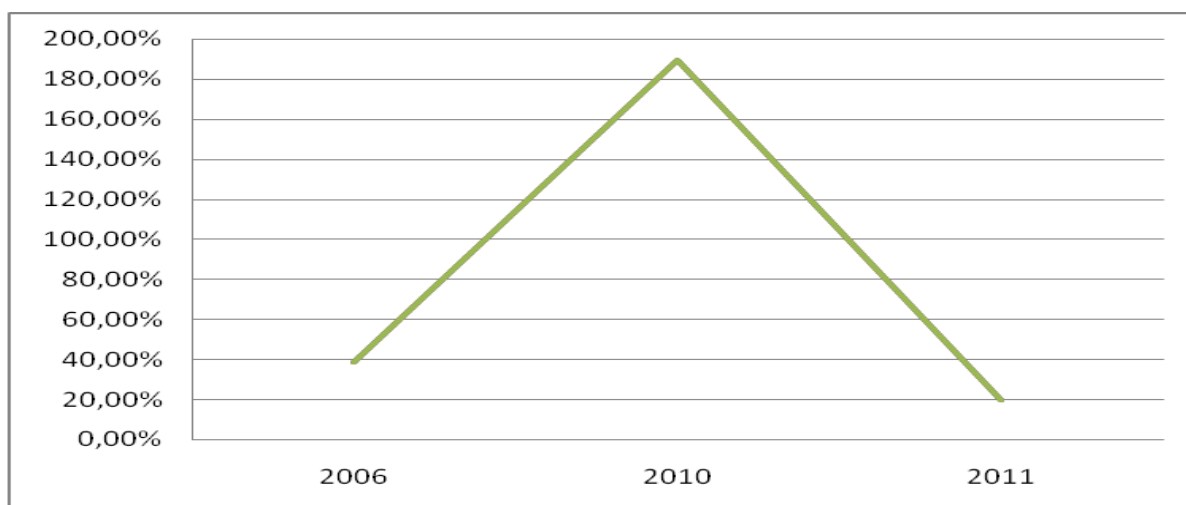
Graphique No2 : Evolution du budget SME alloué à la Planification familiale



Source DPP/MS 2011

Contribution financière des PTF :

Graphique No 3. Evolution des dépenses totales de SMN financées par les PTF



Commentaires :

En 2006, le pourcentage des dépenses effectuées par les PTF était estimé à 39,06% contre 189,66% en 2010. Ceci est dû à la faible consommation du budget inscrit dans le PIP, prouvant ainsi la grande dépendance de la SMN de la contribution financière des PTF. Ce budget est ventilé en fonction du service, de l'infrastructure et de la sécurisation des produits.

b) **Bonne gouvernance et planification**

Si le plan pour financer la feuille de route SMN existe depuis 2006, l'existence d'une stratégie et/ou d'un plan de plaidoyer en faveur de la SMN/PF dans le pays, de même que

d'un comité inter agences fonctionnel pour la mise en œuvre de la feuille de route (parties prenantes clés, y compris les associations professionnelles) n'est effective qu'en 2010.

Le MS accorde une importance capitale à la problématique de la coordination de l'action sanitaire en prévoyant la mise en place des organes de coordination à tous les niveaux du système. Mais l'existence d'organes de coordination ne doit pas occulter la nécessité de les rendre plus efficaces et plus opérationnels afin d'assurer convenablement la coordination et l'appropriation par les nationaux.

Par ailleurs, la revue a relevé de nombreuses lacunes influençant la mise en œuvre telles que (i) mauvaise planification à tous les niveaux (insuffisance de prise en compte des réalités concrètes du terrain ainsi que des aspirations des populations ; la planification est plutôt descendant (ii) faible performance du système de santé (insuffisance en ressources humaines, insuffisance de couverture des populations en soins essentiels de qualité, mauvaise gestion des ressources humaines et matérielles) ;(iii) difficultés énormes à assurer le suivi de la mise en oeuvre (données incomplètes et peu fiables,) insuffisance de l'implication du secteur privé dans la gestion des soins SME.

c) Approvisionnement et gestion des médicaments et des produits

Le plan d'approvisionnement en produits de SMN et PF portant sur plusieurs années existe, mais l'approvisionnement et la gestion des médicaments connaissent assez de difficultés. Selon le rapport de l'enquête SONU, en 2010 :

- 12,70% d'établissements étaient en rupture de stock d'oxytocine pendant un mois ;
- 91,30% d'établissements étaient en rupture de stock de sulfate de magnésium pendant au moins un mois, et
- 8,40% d'établissements étaient en rupture de stock d'ampicilline ou l'Amoxicilline injectable pour une durée de un mois au moins.

En revanche et selon la même source, 90,20% d'établissements de soins de santé primaires ont un stock et offrent au moins trois méthodes modernes de PF. Mais la distribution à base communautaire des produits contraceptifs est peu développée.

d) Ressources humaines

Selon les informations fournies par le SNIGS il existe 1,60 sage-femme/accoucheurs qualifiés pour 10 000 habitants en 2006 contre 1,52 en 2009. Le ratio a connu une régression due à la fermeture de l'école des sages femmes et d'infirmier(e)s de 2007 à 2011. Selon le document de la cartographie des interventions et intervenants en SMNI MS, 2010, le gap en sages femmes est estimé à 613 et celui des médecins, toutes catégories confondues, est de 413, pendant que la répartition du personnel existant n'est pas équitable sur l'ensemble du territoire.

e) Le système d'information sanitaire

Il existe un système national d'information et de gestion sanitaire (SINGS) avec production des annuaires statistiques sanitaires fournissant chaque année des informations provenant essentiellement de toutes les formations sanitaires publiques et des programmes de santé avec un taux de complétude relativement faible par endroits, et une fiabilité des données qui mérite d'être corrigée. Les données du secteur privé ne sont pratiquement pas prises en compte.

4.2. ETAPE 2

Est-ce que les interventions prévues dans la feuille de route atteignent les femmes et les nouveau-nés?

Évaluation de la mise en œuvre des interventions de SMN; et identification des réalisations et des interventions à couverture insuffisante.

4.2.1. Pour les interventions essentielles selon les étapes du continuum des soins

- **Période avant la conception et soins prénatals**

Les interventions avant la conception : les interventions relatives : (i) au retardement de l'âge de la première grossesse au-delà de 18 ans, (ii) à la promotion de l'intervalle inter-général au-delà de 24 mois, (iii) à la limitation du nombre de grossesses, (iv) à la prévention du VIH, des IST et de la tuberculose, de même que les conseils, (v) et à la distribution à base communautaire de contraceptifs **sont suffisamment prises en compte dans la feuille de route.**

En revanche, la feuille de route **n'a pas pris en compte certaines interventions** non moins importantes et ayant un impact certain sur la santé de la jeune femme avant la conception. Il s'agit (i) du retardement du mariage et/ou de l'accouchement chez les filles jusqu'à l'âge de 18 ans (ii) de l'enseignement primaire pour les filles ; (iii) de la prévention de la malnutrition chez les filles et les adolescentes (iv) de la promotion de l'eau potable, de l'hygiène et de l'assainissement de base (v) de la prévention de la violence basée sur le genre (vi) et de la consultation prénuptiale et l'éducation à la vie familiale.

Concernant les Soins prénatals, il est aisé de constater que **toutes les interventions y relatives sont bel et bien contenues dans la feuille de route** à l'exception de :

(i) l'identification et orientation/ recours pour les actes de violence liés au sexe (ii) des activités et programmes d'éducation sanitaire nationaux et locaux en place pour promouvoir les soins prénatals, (iii) la préparation à l'accouchement et aux complications, (iv) les soins personnels, la grossesse et l'appui communautaire pour les besoins de la SMN, (v) l'enregistrement des naissances ; (vi) la sensibilisation communautaire sur les soins et l'appui nécessaire pendant la grossesse

- **Période de l'accouchement et post partum immédiat**

Toutes **les interventions de cette étape** du continuum des soins à la mère et au nouveau-né, **sont contenues dans la feuille de route** à l'exception des soins spéciaux au nouveau-né bien que ces derniers soient relativement offerts aux cibles dans la plupart des formations sanitaires.

- **Période du post partum et la période néonatale**

Dans cette étape du continuum des soins à la mère et au nouveau-né, un tiers des interventions prévues dans l'outil de la revue ne sont pas abordées dans la feuille de route. Cependant quelques unes d'entre elles telles que (i) l'audit des décès maternels ; (ii), audit clinique ou NIEAR-MISS (iii) audit des décès périnataux ; (iv) traitement présomptif et curatif de la syphilis congénitale sont plus ou moins prises en compte lors des prestations de services SMI.

Selon l'enquête SONU réalisée en 2010, seuls 43% des structures sanitaires pratiquent la réanimation au nouveau-né.

Commentaires :

Après un examen approfondi de la pertinence, de l'efficacité et de l'impact de toutes ces interventions, il se révèle que **celles ciblant le nouveau-né n'ont pas été suffisamment prises en compte dans la feuille de route plus spécialement dans les deux étapes concernant la néo natalité**. Cette omission est probablement dû au fait que d'une part, la feuille de route n'était pas structurée selon le continuum des soins, ou que les interventions n'étaient pas suffisamment identifiées selon les cibles que sont la mère, le nouveau-né et l'enfant d'autre part.

Cependant certaines de ces interventions sont mises en œuvre au niveau communautaire de façon éparse dans quelques zones sanitaires avec l'appui des partenaires techniques et financiers comme relevé dans le document sur la cartographie des interventions et intervenants en SMNI.(version 2010).

Les lacunes identifiées dans les étapes 1 et 2

- Les objectifs spécifiques ne sont pas suffisamment SMART
- L'insuffisance dans l'équité (couverture/ extension des activités SME limitée)
- Le volet relatif au nouveau né est peu développé dans la feuille de route
- L'insuffisance de la disponibilité et de l'offre des services SONU au niveau communautaire : l'accent n'est pas suffisamment mis sur le niveau communautaire.
- Le contrôle du secteur privé est insuffisant (autorisation, fonctionnement, installation et gestion des données sur la SME), contrastant avec sa responsabilité dans le processus de réduction de la mortalité maternelle et néonatale
- La problématique des ressources humaines: l'insuffisance et la mauvaise répartition du personnel qualifié expliquent en grande partie la mauvaise qualité des prestations de services SME
 - Beaucoup d'interventions efficaces de la période avant la conception ne sont pas prises en compte dans la feuille de route
 - L'insuffisance du SNIGS: la plupart des données permettant de renseigner correctement les indicateurs ne sont pas disponibles
 - La faible performance du système de référence et de contre référence
 - La faible performance du système de santé et sa composante santé maternelle et néonatale (cet aspect est analysé de façon approfondie dans l'étape 3, en termes de points forts , points faibles et conséquences sur la mise en œuvre) :

Propositions/Recommandations par rapport aux lacunes relevées dans les étapes 1 et 2

- Assurer le passage à l'échelle nationale des PIHI
- Renforcer le système de référence/contre référence à tous les niveaux (communication et transport)
- Intégrer les interventions IHI manquantes avant la conception dans la feuille de route
- Réviser la liste des IHI sur la réduction de mortalité maternelle et néonatale en vue de la compléter, notamment par les interventions du nouveau-né et les étendre au niveau communautaire
- Améliorer la qualité des soins (gestion du personnel/formation/supervision formative et disponibilité du plateau technique, suivi-évaluation)
- Améliorer la performance du système de santé notamment la composante SME

4.3 ETAPE 3

(i) Analyse des points forts et des points faibles des systèmes de santé, (iv) propositions de solutions et recommandations pour faire face aux lacunes et aux faiblesses des systèmes de santé maternelle et néonatale

| Politiques | |
|---|--|
| - Points forts | - Points faibles |
| <p>-Existence de documents de politique et de stratégie du secteur de la santé (Bénin 2025, - Déclaration de politique de population, SCRIP, OSD, le PNDS, SNRMMN, etc.)</p> <p>-Les SSP (Conférence d'Alma Ata en 1978 et celle de Ouagadougou en 2008), La Conférence Internationale pour la Population et le développement (CIPD en 1994), les OMD, Vision 2010, Déclaration de Paris etc.</p> <p>-Certaines institutions sont relativement impliquées: Le CES, l'Assemblée Nationale, l'Institut National pour la Promotion de la Femme (INPF)</p> <p>-Collaboration inter sectorielle : (les ministères du Développement, de la famille et des affaires sociales, de l'agriculture de l'élevage et de la pêche, des finances, de la justice, de la jeunesse)</p> | <p>Faible dissémination de tous ces documents.</p> <p>Engagement et volonté politique faiblement ressentis dans la mise en œuvre sur le terrain</p> <p>Les institutions ont une faible perception des efforts à déployer pour la RMMN</p> <p>Faible coordination /collaboration intra sectorielle et inter sectorielle</p> <p>Insuffisance de collaboration avec les collectivités locales</p> |
| <p>Conséquences sur la mise en œuvre :</p> <p>Insuffisance dans la mise en œuvre des politiques, directives normes et standards sur le terrain</p> <p>Faible performance dans la mise en œuvre des interventions à haut impact sur la RMMN</p> <p>Faible implication des institutions, des départements ministériels connexes et des collectivités dans la mise en œuvre des interventions sur le terrain.</p> <p>Propositions/Recommandation par rapport aux lacunes et points faibles</p> <p>Poursuivre le plaidoyer envers les institutions (CES, AN, etc.) en vue d'obtenir leur appui politique à la lutte pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale</p> <p>Faire une large dissémination des documents de politiques existants à divers niveaux</p> <p>Renforcer la collaboration avec les autres départements ministériels impliqués et les collectivités locales.</p> | |

| Planification | |
|---|---|
| Points forts | Points faibles |
| <p>-Existence du PNDS 2009-2018 qui tient compte du DSRMMN, PTD, PTA, CDMT, du document de repositionnement SR, du plan stratégie de survie de l'enfant en cours d'élaboration, du plan d'opérationnalisation du DSRMMN ainsi que de la feuille de route nationale PF</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Faible priorisation de la réduction de la MMN - La planification n'est pas ascendante et décalage dans la planification - Existence d'une multiplicité de plan d'action (BN, PTF) au niveau de la DSME et au niveau opérationnel - Faible niveau de mise en œuvre des stratégies - Ajustement de la planification sur les moyens disponibles et non sur les besoins réels |

| | |
|---|--|
| <p>-Existence de PTD et PTA annuelle et trimestrielle au niveau des zones sanitaires Implication des acteurs directeurs</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Faible intégration des différents plans - Absence de cellule de planification, suivi et évaluation à la DSME - Faible capacité de mobilisation des ressources à tous les niveaux - Faible diffusion des plans stratégiques - Non respect des différentes phases de la mise en œuvre de la feuille de route - Absence d'un plan intégré de travail au niveau de la DSME/MS, micro planification et budgétisation |
| <p style="text-align: center;">Conséquences sur la mise en œuvre :</p> <p>(i)Méconnaissance de la feuille de route par les acteurs ; (ii) évolution lente des indicateurs, (iii) manque d'efficacité des actions ; chevauchement sur le terrain des interventions et(iv) concentration de ressources dans certaines ZS</p> <p style="text-align: center;">Propositions/Recommandations par rapport aux points faibles</p> <p>(i)Assurer la dissémination des documents de stratégie nationale et autres documents traitant de la santé de la mère et du nouveau né (ii) Créer une cellule de planification, de suivi et évaluation à la DSME Et (iii) assurer l'intégration des stratégies et plans d'action opérationnels (PITA)</p> | |

| <u>Leadership/Coordination/parteneriat</u> | |
|---|---|
| Points forts | Point faibles |
| <p>Vision :_ « Ne plus mourir en donnant la vie et que l'enfant naisse vivant, bien portant et ne meurt pas » est une réalité</p> <ul style="list-style-type: none"> -Existence de revue annuelle de performance du secteur de la santé -Existence d'un COMPACT -Existence d'un cadre de concertation des partenaires -Existence de cadres de coordination thématique (activités à base communautaire, PF, etc.) sous la direction de la DSME -Existence de CDEEP en tant que mécanisme de coordination -Mise en place du comité interministérielle de la lutte contre la mortalité en septembre 2010 -Existence des EEZS -Mise en place du comité national de suivi de la stratégie de réduction de la MMN -et existence de nombreuses autres structures de coordination à tous les niveaux . | <ul style="list-style-type: none"> -Faiblesse du leadership en terme d'appropriation à tous les niveaux (DSME, DDS et ZS) . -Insuffisance de coordination des activités par la DSME -Faible coordination/collaboration intra et intersectorielle -Réunions de coordination irrégulières, peu fonctionnelles et inefficaces -Conflit d'agenda (interférence des activités) -Faiblesse de coordination des PTF au niveau des DDS et ZS -Faible implication des privés dans la coordination les activités SME |

Conséquences sur la mise en œuvre

Irrégularité des réunions de coordination entraînant le chevauchement des activités sur le terrain
 La dissémination de la feuille de route n'a pas atteint les acteurs du niveau opérationnel.
 Non effectivité de la mise en œuvre de la feuille de route au niveau opérationnel.
 Difficulté de la mise à l'échelle nationale des interventions relatives à la santé de la mère et du nouveau né

Propositions/Recommandations par rapport aux points faibles

(i) Développer des cadres de concertation et de coordination entre partie nationale et PTF à tous les niveaux de la pyramide sanitaire au sujet de la santé de la mère et de l'enfant ; (ii) développer une approche d'engagement réciproque secteur public-secteur privé dans le domaine de la santé de la mère et du nouveau-né sur la base d'un memorandum d'entente entre la ZS et les structures sanitaires de son aire géographique; (iii) appliquer de façon effective la réglementation en matière d'autorisation, d'installation et de fonctionnement des établissements privés, notamment en ce qui concerne la santé de la mère et du nouveau-né ; (iv) relancer et dynamiser toutes les structures de coordination à tous les niveaux avec mise en place d'un mécanisme de suivi de la tenue régulière de ces réunions.

| Gouvernance | |
|---|---|
| Points forts | Point faibles |
| <ul style="list-style-type: none"> - Existence des compétences en GAR - Existence des lettres de mission, cahiers de charge - Les outils de transparence sont mis en place pour les structures. - Existence des structures de contrôle de la bonne transparence (IGE, IGF, IGSEP, IGM, CF, DCF). Existence du groupe des PTFs secteur santé - Existence de revues sectorielles conjointes et du CNEEP - Rencontre périodique avec les PTFs du secteur | <ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance dans la gestion axée sur les résultats, à tous les niveaux - Faible transparence dans la gestion des ressources notamment financières (non association des comités de gestion à tous les niveaux) - Insuffisance dans l'application du mécanisme de sanctions positives et négatives - Les différents outils de gestion ne sont pas toujours remplis. - Gestion cloisonnée entre les directions du MS et entre les services divisions d'une même direction. - Les PTFs retiennent parfois certaines informations sensibles relatives à l'exécution de leurs budgets - Insuffisance d'analyse coût efficacité - Insuffisance de culture de compte rendu - Retard dans la transmission des rapports d'activités et d'auto-évaluation des structures vers la DPP - Inexistence de la retro- information de la DPP vers les ZS, et faible esprit participatif à la gestion du bien public |

Conséquences sur la mise en œuvre :

Peu de résultats probants disponibles- Pas de rigueur dans l'appréciation des résultats - Anarchie dans la mise en œuvre des activités- Non disponibilité des informations- Rétention des informations- Gaspillage des ressources (RH, Matérielles et financières)- Défaut de circulation des informations, bref, mauvaise gouvernance dans le secteur

Propositions/Recommandations par rapport aux lacunes et points faibles

Prendre les décisions avec objectivité et les rendre publiques
Privilégier l'approche GAR dans la planification et la gestion ;
Mettre en application des textes et lois régissant les structures de contrôle pour assurer une meilleure transparence dans la gestion.
Instaurer un mécanisme efficace de redevabilité (culture d'obligation de compte rendu)
Etendre les lettres de mission à toutes les structures du secteur.et les évaluer périodiquement

Ressources humaines

| - Points forts | - Points faibles |
|--|--|
| -Disponibilité de toutes les catégories de ressources humaines pour lutter contre la mortalité maternelle et néo natale. Recrutement sur poste du personnel qualifié Appui à la formation en cours d'emploi de quelques agents | -Insuffisance du personnel : le gaps à combler : 613 pour SF, variant de 45 à dans Atacora/Donga à 182 dans Borgou/ Alibori ; 413 pour médecins toutes catégories confondues, variant de 29 dans Atacora/Donga à 120 dans Zou/Collines . - Inégale répartition du personnel existant dans les ZS -Perturbation des services du fait des grèves répétées dans le secteur -Non respect des clauses du recrutement sur poste -Politisation à outrance du système de santé -Besoins de formation en cours d'emploi non satisfaits |

Conséquences sur la mise en œuvre :

Mauvaise qualité des soins, la non satisfaction en temps opportun des familles et des nouveau-nés pour faits de grève ; insuffisance de performance individuelle et institutionnelle

Propositions/Recommandation par rapport aux lacunes et points faibles

(i)Appliquer la politique du développement des ressources humaines (recrutement, gestion des carrières, motivation, etc) (ii) continuer à assurer la formation en cours d'emploi du personnel ; (iii)Faciliter davantage le dialogue social en vue d'éviter les grèves dans le secteur (iv) Développer un partenariat avec les collectivités locales pour assurer le recrutement et la motivation des RC.(v) Etablir les indicateurs nationaux de performance (liste nationale consensuelle) pour suivre la proportion des zones sanitaires disposant de système de référence et contre-référence fonctionnel et la proportion des formations sanitaires mettant en œuvre le PIHI complet (intervention par intervention) ; (vi)Instauration de l'évaluation annuelle du personnel (toute catégories confondues et à tous les niveaux du système de santé) ; établissement du système de financement/paiement axé sur les résultats ou des contrats de performance.

| Financement de la SME | |
|---|--|
| Points forts | Points faibles |
| <p>Accroissement du budget alloué au secteur SME.</p> <p>Décentralisation du budget vers les zones sanitaires</p> <p>Renforcement de la capacité sur budget national dans certains domaines (PF, GATPA, PCIME clinique).</p> <p>Existence du PAASR (Programme d'Appui aux Activités de Santé de la Reproduction avec l'achat de matériel et équipement, suivi des activités).</p> <p>Institution de la gratuité de la césarienne.</p> <p>Création d'une ligne budgétaire pour l'achat de produits contraceptifs.</p> <p>Contribution financière substantielle des PTF</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Insuffisance de la part du budget national au secteur santé et notamment à la SME ; -Mauvaise gestion des ressources allouées ; - Mobilisation des fonds (Fermeture précoce et fréquente du SIGFiP). - Insuffisance dans la coordination des financements ; -Absence de retro information liée au financement des activités exécutées par les PTF - Lourdeur dans les procédures de décaissement des fonds du GVT et des PTF. -Concentration de la contribution des PTF dans certaines ZS |
| Conséquences sur la mise en œuvre | |
| <p>Faible taux d'exécution du budget disponible ; chevauchement des allocations des ressources dans certaines zones sanitaires.</p> <p style="text-align: center;">Propositions/Recommandations par rapport aux lacunes et points faibles</p> <p>(i) Augmenter progressivement le budget santé en vue d'atteindre les 15% du budget national conformément à la Déclaration d'Abuja 2006 ; (ii) Augmenter progressivement la part du budget de la SME en vue d'atteindre les 10 % du budget alloué au secteur santé ; (iii) Assurer une meilleure coordination de la contribution financière des PTFs ; (iv) Harmoniser et assouplir les procédures de décaissement des fonds provenant du gouvernement et des PTFs</p> | |

Prestations de service SMN

| Points forts | Points faibles |
|--|--|
| Existence des documents de normes et standards révisés en 2010 | <ul style="list-style-type: none">- Réunions de coordination irrégulières, peu fonctionnelles et inefficaces ;-Conflit d'agenda (interférence des activités) ;-Insuffisance de ressources humaines qualifiées, Formation et de Recyclages des agents de santé, de supervision et de suivi évaluation ;-Les ressources humaines qualifiées disponibles non utilisées de façon rationnelle et mal répartis dans le pays;-Absence de description de poste ;-Faible vulgarisation des documents normatifs ;-Ouverture anarchique des centres de prestation de service (cabinet de soins ; cabinet médical, clinique d'accouchement)-Détournement des malades vers les formations sanitaires privées |

Conséquences sur la mise en œuvre

Chevauchement des activités au niveau de la DSME ; surcharge de travail à certains postes ; insuffisance de communication au sein de la DSME, et faible respect des normes et standards sur le terrain.

Propositions/Recommandations par rapport aux lacunes et points faibles

(i)Application des sanctions positives et négatives au personnel**(ii)**Améliorer la qualité des soins (formation/supervision formative et disponibilité du plateau technique)**(iii)**appliquer de façon effective la réglementation en matière d'autorisation, d'installation et de fonctionnement des établissements privés , notamment en ce qui concerne la santé de la mère et du nouveau-né

Médicaments essentiels/ Matériels et équipements médicaux obstétricaux

| Points forts | Points faibles |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> -Disponibilité de la liste nationale des médicaments essentiels ; -Création des dépôts répartiteurs de zone sanitaire -Acquisition du matériel et Equipement aussi bien par l'Etat béninois que les PTF | <ul style="list-style-type: none"> Absence d'une liste exhaustive des ME dans la prise en charge de la Santé de la Mère et de l'Enfant - Fréquente rupture de stock Insuffisance dans l'estimation des besoins et mauvaise gestion des stocks (non-respect de la règle FIFO) ; -Circuit parallèle d'acquisition des ME par les programmes du MS -Vente illicite et parallèle des ME au niveau des FS -Rançonnement des patients au niveau des formations sanitaires -Matériels et équipements insuffisants ; -Matériels et équipements existants inappropriés ; -Absence des mécanismes de gestion des matériels existants ; -Absence de plan de maintenance ; -Respect des plans de maintenance existants -Très mauvaise répartition des matériels et équipements acquis ; -Absence de plan de répartition des matériels et équipements acquis |

Conséquences sur la mise en œuvre

(i)Mauvaise qualité des soins et non satisfaction des besoins des familles, des mères et des nouveau-nés ;**(ii)** Mauvaise qualité des soins,**(iii)** non satisfaction des besoins des familles, des mères et des nouveau-nés ;**(iv)**Nombre élevé des cas d'évacuation sanitaire dû à un plateau technique incomplet et insuffisant.

Propositions/Recommandations par rapport aux lacunes et points faibles

Actualiser la liste des ME en vue de la prise en charge de la SME ;
Améliorer la gestion des stocks (répartition équitable et adéquate) des Médicaments, Matériels et Equipements ;

| Système d'information sanitaire | |
|---|---|
| Points forts | Point faibles |
| <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un Conseil National de la Statistique, d'une stratégie nationale de développement de la statistique, du SNIGS - Existence d'un plan de collecte avec respect de la périodicité (EDS) - Existence d'un plan de développement du SNIGS - Disponibilité des résultats d'étude (cartographie des interventions et intervenants en SMI, enquête SONU, étude sur le mécanisme d'exemption et subvention des soins etc ;) | <ul style="list-style-type: none"> - Non disponibilité de données fiables et exhaustives au moment voulu - Retard dans la production et la transmission des données - Faible intégration des données du secteur privé - Inexistence de données du niveau communautaire et de la liste nationale consensuelle des indicateurs SMI - Insuffisance de l'utilisation des performances des NTIC dans le système sanitaire - Multiplicité de supports de données au niveau des ZS - Les résultats des études ne sont pas disséminés en temps opportun et par conséquent, sont peu exploités sur le terrain |
| <p>Conséquences sur la mise en œuvre :</p> <p>Difficulté de prise de décision et de planification en l'absence de données fiables (difficulté de détermination des gaps); Les informations issues du monitoring ne servent pas pour la prise de décision au niveau des ZS.</p> <p>Propositions/Recommandations par rapport aux lacunes et points faibles</p> <p>(i) Introduire le calcul du taux d'accouchement par le personnel qualifié dans le SNIGS ; (ii) intégrer les données du secteur privé dans le SNIGS et (iii) s'appuyer sur les systèmes d'informations communautaires existants pour renseigner certains indicateurs ; (iv) établir des indicateurs nationaux de performance (liste nationale consensuelle) pour suivre la proportion des zones sanitaires disposant de système de référence et contre-référence fonctionnel et la proportion des formations sanitaires mettant en œuvre le PIHI complet (intervention par intervention)</p> | |

| <u>Suivi & évaluation</u> | |
|---|---|
| Points forts | Points faibles |
| <ul style="list-style-type: none"> -Existence des CNEEP, CDEEP, - Réunion d'encadrement des zones sanitaires etc. -Supervision, monitoring micro planification | <ul style="list-style-type: none"> -Faible exploitation des rapports de revue à tous les niveaux -Manque de synthèse départementale des monitorings -Faiblesse de la définition du cadre de suivi évaluation de la feuille de route -Absence de cellule de suivi-évaluation à la DSME |

Conséquences sur la mise en œuvre

Difficultés à assurer correctement le suivi de la mise en œuvre sur le terrain Les informations issues du monitoring ne servent pas toujours pour la prise de décision au niveau des ZS.

Propositions/Recommandations par rapport aux lacunes et points faibles

(i) Créer une cellule de planification, de suivi et évaluation à la DSME ; (ii) Mettre en place et appliquer un mécanisme de suivi des recommandations des rapports de revue à tous les niveaux et des monitorages/micro planification dans les zones sanitaires ; (iii) Etablir les indicateurs nationaux de performance (liste nationale consensuelle) pour suivre la proportion des zones sanitaires disposant de système de référence et contre-référence fonctionnel et la proportion des formations sanitaires mettant en œuvre le PIHI complet (iv) Assurer le suivi périodique de la mise en œuvre de la stratégie à tous les niveaux du système (supervision, monitoring micro planification et missions conjointes de suivi)

Aussi les **principaux problèmes** identifiés dans **l'étape 3** se présentent-ils comme suit :

1. Faible performance du système de santé
2. Insuffisance de coordination/collaboration intra et intersectorielle
3. Mauvaise qualité des soins et non satisfaction des bénéficiaires
4. Problématique des ressources matérielles (insuffisance dans la gestion des matériels et des médicaments, leur maintenance et leur renouvellement)
5. Faible taux des services en Planning Familial
6. Insuffisance du budget alloué à la santé maternelle et au secteur de la santé
7. Non respect des normes et standards
8. Insuffisance de communication pour le développement du secteur (IEEC-CCC)

4.4 ETAPE 4

Identification des domaines prioritaires assortis des solutions réalisables et des recommandations concrètes et réalistes.

Les 41 domaines prioritaires identifiés lors de l'atelier de la RRP ont été par la suite , révisés et regroupés en dix (10) domaines prioritaires par le comité restreint chargé de la relecture des résultats des travaux de l'atelier .Ces 10 domaines sont les suivants :

1. Assistance qualifiée à la mère et au nouveau-né (SONU/SONE, personnel qualifié, environnement qualifiant, SNIGS, bonne gouvernance, délégation des tâches, logistique, gestion, collaboration intra et inter sectorielle, supervision et monitoring)
2. Soins pré- conceptionnels (Planning Familial, nutrition, éducation à la vie familiale et à la parenté responsable)
3. CPN-R : nutrition, PTME, prévention paludisme, vaccination, etc.
4. Soins spécifiques aux nouveau-nés
5. Ressources humaines (qualité, quantité, répartition)
6. Référence et contre référence
7. SNIGS/suivi/évaluation
8. Soins au niveau communautaire
9. Ressources financières et matérielles
10. Education à la santé (communication pour le développement du secteur)

Pour chacun des dix domaines, des solutions réalisables et des recommandations réalistes et concrètes sont suggérées comme indiqué ci-après :

DOMAINE PRIORITAIRE 1 : Assistance qualifié à la mère et au nouveau né

Ce concept implique un ensemble d'éléments et de facteurs devant contribuer à la lutte pour la réduction de la mortalité maternelle et néo natale notamment :les SONU/SONE ; un personnel et un environnement qualifiés ; la bonne gouvernance(gestion transparente, délégation des tâches) , la supervision /monitorage le SNIGS , le suivi évaluation ainsi que la collaboration intra et intersectorielle .

Les SONU considérés comme la priorité Numéro 1 sont abordés dans ce chapitre. Les autres éléments et facteurs seront approfondis dans les autres domaines prioritaires ci-dessous décrits. Les résultats de l'enquête SONU 2010 montrent que 22 FS sur 75 offrent les neuf (09) fonctions essentielles d'un SONUC. Par contre, 21 FS soit 28 % des FS manquent une fonction essentielle et 9,3% en manquent jusqu'à deux (02). Une proportion de 33,3 % des FS SONU potentiels ne pratiquent pas trois (3) ou plus de fonctions essentielles.

| Solutions réalisables | Recommandations concrètes et réalistes |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> -Accouchement assisté par le personnel qualifié avec utilisation du partogramme et pratique de la GATPA -Amélioration du plateau technique (équipement, matériel et consommables) -Audit de tous les décès maternels et néonataux dans les formations sanitaires publiques et privées - -Dissémination (distribution + formation) et respect des normes et standards en SME -Renforcement des prestations et du suivi dans le postpartum et postnatal -Accent sur les interventions à faible couverture identifiées lors de la revue -Renforcement des FS/SONUB potentielles (Pratique de l'aspiration manuelle, intra utérine « AMIU », application de ventouse obstétricale, réanimation néonatale de base) et des FS/SONUC potentielles (césarienne et transfusion sanguine). -Poursuite du transfert de compétences pour la pratique de l'AMIU et l'application de la ventouse aux sages femmes -Poursuite de la formation des médecins spécialistes (gynécologue, chirurgien, pédiatre, anesthésiste réanimateur) et des sages femmes -Création de nouveaux postes de transfusion sanguine (localités enclavées et/ou éloignées) -Disponibilité des kits d'urgence et des produits sanguins -Formation du personnel cadre de la DSME, DDS et ZS sur la GAR ainsi que sur l'obligation de compte rendu et la bonne gouvernance | <ul style="list-style-type: none"> -Prendre un arrêté ministériel portant institutionnalisation des audits de décès maternels et néonataux dans toutes les maternités (publiques et privées) -Prendre un arrêté ministériel pour rendre obligatoire le séjour de 48h des accouchées et des nouveau-nés au CS et un RDV pour suivi à J5 - Assurer la répartition des SONU sur l'ensemble du territoire national - Assurer le suivi et la supervision formative régulière des FS/ SOUNB et FS/SOUNC - Constituer des équipes au niveau de chaque département pour la mise en œuvre avant décembre 2011 - Assurer la constitution de pool de donneurs fidèles pour la sécurisation et la disponibilité du sang à tous les niveaux. - Renforcer le système de référence et contre référence (communication sur réseau GSM par exemple, et transport) |

DOMAINE PRIORITAIRE 2 : Soins préconceptionnels (Planification familiale, nutrition, éducation à la vie familiale et à la parenté responsable)

L'évolution des besoins en PF non satisfaits (30% :EDS 2006), ne peut être analysée qu'avec l'avènement des résultats préliminaires de l' EDS 4 en cours de réalisation. Cependant, le taux d'utilisation des contraceptifs a connu une progression significative passant de 12% en 2008 à 22% en 2010, selon les données du SNIGS. Mais les prestations en PF demeurent globalement faibles sur l'ensemble du territoire national notamment dans les structures publiques (35% contre 65% dans les structures privées selon la cartographie des interventions et intervenants en SMI version 2010) et au sein des communautés.

Par conséquent la PF qui est un des principaux piliers de la réduction de la MMN, devra retrouver son rang de priorité durant les cinq années à venir.

La situation nutritionnelle de la mère et du nouveau-né d'une part, et l'éducation à la vie familiale et à la parenté responsable, d'autre part sont abordées dans les priorités 3 et 10 respectivement.

| Solutions réalisables | Recommandations concrètes et réalistes |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> -Consultations prénuptiales -Renforcement des services de distribution à base communautaire des produits contraceptifs -Coordination technique régulière, systématique du Panel des PTF, ONG nationaux et internationaux de mise en œuvre, suivi-évaluation -Renforcement des structures de santé dans l'offre des services de PF (Renforcement des capacités en technologies contraceptives et en gestion logistique, dotation en matériels) -Intensification de la communication multi média et traditionnelle. -Plaidoyer envers les autorités politiques, les leaders d'opinion et les hommes sur la PF. | <p>Dégager une ligne budgétaire permanente et conséquente pour l'achat des produits contraceptifs</p> |

DOMAINE PRIORITAIRE 3 : CPN-R, Nutrition, PTME , prévention du paludisme et vaccination des mères et des nouveau-nés.

La qualité des soins offerts dans les structures sanitaires est faible. Cette faiblesse ne semble pas être en relation avec le taux d'utilisation car celui de la CPN par exemple demeure au-dessus de 90% de 2007 à ce jour pendant que celui du taux d'accouchement institutionnel avoisine constamment 80% selon le SNIGS.

La CPN-R sera non seulement focalisée sur la CPN classique mais aussi sur les autres aspects de prévention tels que l'alimentation de la femme enceinte et du nourrisson, la PTME, et la prévention du paludisme car la situation sanitaire de la mère et du nouveau-né demeure préoccupante tant sur le plan nutritionnel que sur celui de la lutte contre l'anémie, le paludisme et le VIH/SIDA.

En effet la prévalence de l'insuffisance pondérale, indicateur de l'OMD 1, est restée stationnaire de 2001 à 2006 (23%) comme en témoignent les EDS 2 et 3. Comme pour le retard de croissance, l'insuffisance pondérale s'installe dès le plus jeune âge et sa prévalence est plus élevée en milieu rural. Les enquêtes montrent également que l'insuffisance pondérale chez l'enfant est aussi liée à l'état nutritionnel de la mère, son niveau d'instruction et la situation socio-économique de la famille. Elle représente un facteur déterminant dans 70% des décès néonataux (Situation de l'enfant dans le monde, Unicef ,2009).La carence en micronutriments est également répandue .Près de huit enfants de 6-59 mois sur dix (78 %) sont atteints d'anémie.

Selon EDS 2006, 42,4% des femmes enceintes souffrent d'une anémie modérée dont 2,2% sous forme sévère. Les femmes allaitantes touchées représentent 13,7% pour la forme modérée et 1% pour la forme sévère.

Selon l'enquête SONU, l'anémie sévère (pourvoyeuse d'hémorragie per et post-partum) est responsable de 78 décès sur 123 soit 63 % des cas enregistrés, ce qui interpelle sur l'offre des soins de services prénatals et la qualité de la prise en charge des causes indirectes.

Ainsi l'anémie, se révèle comme une des principales causes de mortalité maternelle, pendant que la malnutrition représente 46% des causes de décès des enfants de moins de 5 ans.

Par ailleurs , selon EDS 2006, le taux d'AME estimé à 43%, et celui de l'alimentation complémentaire entre 6 et 9 mois (72%) devront être relevés de façon significative d'ici à 2015.

Par ailleurs, au vu des données de la revue 2010 du PNLN, la proportion des FE dormant sous

MIILD est estimée à 60% pendant que celle des FE ayant reçu deux doses de SP est de 46%. Une telle situation révèle une amélioration de ces deux indicateurs depuis 2006 quand bien même il serait indiqué d'attendre les résultats préliminaires de l'EDS 4 en cours de réalisation, pour apprécier l'évolution par rapport aux valeurs fournies par l'EDS 2006 (19% et 3% respectivement).

Selon les données de la revue PNLIS 2010, la proportion des FE ayant reçu la CPN est de 46 % alors que celle des FE infectées par le VIH et ayant reçu ARV est de 32%. Au niveau des sites PTME qui sont passés de 55 en 2004 à 395 en 2010 sur 804 maternités, le taux d'acceptation du test VIH est de 75% chez les femmes en CPN, représentant 32% des grossesses attendues. Le taux de déperdition des femmes testées séropositives qui ne suivent pas le protocole reste élevé jusqu'en 2009, soit 43,23%.

Selon EDS 2006 ,1,4 % soit 585 des femmes enceintes sont séropositives .De façon globale, le taux de prévalence VIH/SIDA estimé dans les sites sentinelles est passé de 2% en 2009 à 1,7% en 2010.

| Solutions réalisables | Recommandations concrètes et réalistes |
|---|--|
| <p><u>CPN-R</u> Réorganisation des services SME (CPN, CPoN, examen systématique du nouveau-né) en vue d'une intégration des IHI</p> <p><u>Nutrition</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Promotion « initiative écoles amies de nutrition » -Promotion de la supplémentation en micronutriments ; -Alimentation de la femme enceinte et de la femme allaitante ; -Alimentation du nouveau-né et du nourrisson. <p><u>VIH /SIDA- IST</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Conseils pour le dépistage du VIH dans les centres spécifiques. - Prévention primaire de VIH/SIDA auprès des jeunes gens et des femmes en âge de procréer - Prise en charge de la femme enceinte séropositive - Prise en charge de nouveau-né de mère séropositive (soins spécifiques lors de l'accouchement, alimentation et suivi de son statut.) -Prise en charge des cas des IST <p><u>Paludisme</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Prévention du paludisme (utilisation des MIILD et prise de la SP pendant la grossesse) ; -Prise en charge des cas de paludisme à tous les niveaux. | <ul style="list-style-type: none"> -Mettre à l'échelle cette initiative écoles de nutrition - Mettre l'accent sur la thématique nutrition dans les paquets des IHI sur la RMMN <p>-Assurer le passage à l'échelle nationale de la PTME dans le cadre des PIHI (niveaux communautaire, formations sanitaires 1^{er} contact et hôpitaux de référence)</p> <p>-Renforcer la collaboration avec le ministère de la famille et des ONG opérant dans le domaine</p> |

DOMAINE PRIORITAIRE 4: Soins spécifiques au nouveau né

Le taux de mortalité néonatale est quasiment stationnaire entre 1996 (EDS1) et 2001(EDS2) : 38,2 %° en 1996 et 38,4 %° en 2001. Son évolution entre 2001 et 2006 est peu significative : avec un taux de mortalité de 32%° en 2006, la réduction est de 16,6 % en 5 ans (entre 2001 et 2006) soit 3,3 % de réduction par an au cours de cette période. A ce rythme de 3,3% de réduction annuelle à partir de 2006, la cible de 13 %° ne sera atteinte qu'après 18 ans à compter de 2006, soit en 2024. Pour atteindre la cible de 13%° en 2015, il faudrait alors déployer

d'importants efforts pour obtenir et maintenir d'ici à 2015, le taux annuel de réduction à 6,6%, soit le double du taux annuel de réduction actuel.
 Par ailleurs, trois quart des décès néonataux surviennent au cours de la première semaine de vie de causes évitables (faible poids de naissance, infections néonatales et troubles métaboliques). Concernant la fonction relative aux nouveau-nés, l'enquête des SONU 2010 révèle qu'environ 43 % des FS pratiquent la réanimation néonatale.

| Solutions réalisables | Recommandations concrètes et réalistes |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> -Formation du personnel en charge des nouveau -nés (pédiatres, SF, infirmières de maternité, anesthésistes réanimateurs) - Acquisition et dotation des FS en matériel de réanimation du nouveau né assorties d'un plan de maintenance et de renouvellement - Supervision formative sur site des prestataires -Renforcement du système de référence et de contre référence médicalisée | <ul style="list-style-type: none"> -Développer le volet néonatal dans les PIHI à mettre en œuvre à tous les niveaux avec accent sur le niveau communautaire -Intégrer toutes les interventions liées à l'eau, hygiène et assainissement dans les paquets IHI et en assurer le passage à l'échelle nationale -Renforcer la collaboration avec la DHAB et la direction de l'eau et tous autres programmes intervenant dans le domaine de l'eau, assainissement et hygiène en vue intégration effective des interventions y relatives. |

DOMAINE PRIORITAIRE 5 : Ressources humaines

La qualité des soins aux mères et aux nouveau-nés est imputable à plusieurs facteurs dont les effets se conjuguent. Il s'agit notamment de l'insuffisance de personnel qualifié, de sa mauvaise répartition, de la délégation des prestations SME aux aides soignantes et autres agents non qualifiés sans aucune forme de supervision régulière; du mauvais accueil ou mauvais comportement du personnel; de l'absence prolongé du personnel qualifié.

| Solutions réalisables | Recommandations concrètes et réalistes |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> -Formation du personnel sur l'assurance qualité selon l'approche collaborative (réseau avec échange croisé d'expériences) - Recrutement sur poste du personnel qualifié - Redéploiement du personnel là où les ratios sont élevés vers les ZS démunies (Appliquer le décret portant statut des APE et ACE au sujet des mutations) - Formation des équipes nationales, départementales et de zone sanitaire sur les audits de décès maternel comme outil d'amélioration de la qualité des soins au niveau opérationnel et comme un recueil d'informations qui sera utilisé au niveau central pour orienter les décideurs sur les choix stratégiques. | <ul style="list-style-type: none"> -Instaurer un système de contractualisation dans le secteur de la santé à tous les niveaux ; -Faire une vulgarisation de la loi " 97-020 du 17 juin 1997 " et faire appliquer tous les décrets et arrêtés. -Appliquer le décret portant statut des APE et ACE au sujet des mutations -Application des textes et lois régissant la gestion des ressources humaines de l'administration |

DOMAINE PRIORITAIRE 6 : Référence et contre référence

Le système de référence et de contre référence existant est peu fonctionnel : insuffisance et mauvaise utilisation des moyens logistiques mis à la disposition des FS ; couverture limitée des FS en réseau de communication. La conséquence est que le dispositif actuel ne permet pas d'assurer convenablement et à temps les évacuations sanitaires des urgences obstétricales et néonatales. Les nouveau-nés sont le plus souvent évacués dans les FS par les familles, les communautés et non par un système médicalisé.

Solutions réalisables

- Dotation des FS en ambulances médicalisées
- Utilisation à bon escient des moyens logistiques mis à disposition
- Extension du réseau de communication à toutes les formations sanitaires
- Sensibilisation des prestataires sur la nécessité de l'évacuation médicalisée

Recommandations concrètes et réaliste

Renforcement du système de référence et de contre référence

DOMAINE PRIORITAIRE 7 : SNIGS/ Suivi Evaluation

Le système d'information sanitaire présente beaucoup de faiblesses en dépit de nombreuses révisions qu'il subies au cours de ces dernières années ; de nombreux indicateurs ne sont toujours renseignés. Tout au contraire, il se présente comme un ensemble non unifié et non intégré des sous systèmes indépendants conçus pour des besoins spécifiques des différents gestionnaires de programmes .Le SNIGS est devenu volumineux du fait des additions incessantes sans exploitation ni analyse. Il s'en suit une dégradation des données de routine dû à une limitation du contrôle de qualité sur le terrain et aussi à une insuffisance de collecte des données provenant du secteur privé.

Cette situation est aggravée par l'absence de la rétro information au personnel qui collecte et qui exploite ces données de base.

Par ailleurs la périodicité des supervisions et des monitorages n'est pas respectée à la lettre à tous les niveaux. De plus, les séances de monitoring effectuées sont déviées de leur objectif initial (préparation insuffisante ; actions correctrices très peu suivies de façon générale).

Solutions réalisables

- Renforcement / extension de la surveillance des décès maternels et néonataux dans toutes les formations sanitaires et au niveau communautaire
- Harmonisation consensuelle des indicateurs de SME
- Elargissement du SNIGS aux données du système communautaire et du secteur privé
- Compilation et analyse des données de monitoring au niveau des DDS et DPP avec retro-information à la base
- Organisation d'une revue de la feuille de route chaque année.
- Suivi semestriel de la performance des ZS selon les indicateurs de la SME dans chaque DS

Recommandations concrètes et réaliste

- Créer un service de suivi évaluation à la DSME
- Introduire sur la liste des indicateurs du système de santé, l'indicateur relatif à la référence et contre référence (% des ZS dont le système de référence et contre référence est fonctionnel et performant)
- Etendre le système communautaire de collecte à toutes les zones sanitaires
- Associer les responsables des

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Mission de suivi conjointe (GVT/ PTF) de la mise en œuvre sur le terrain -Systématisation des séances de coordination technique périodique au sein du MS, et au sein de la DSME, des DDS et des ZS à travers les cadres de concertation existants. -Partage des résolutions des séances de coordination technique périodique GVT/PTFs avec tous les directeurs et chefs services du MS - Formation du Personnel en leadership/management à tous les niveaux (DSME, DDS, ZS) | <ul style="list-style-type: none"> programmes (DNPEV,PNLP,PNLS) dont l'action porte sur la SME aux réunion de coordination de la DSME -Rendre fonctionnelle le comité interministériel de RMMN -Améliorer la communication intra et intersectorielle (DSME et autres directions /programmes, MS et autres ministères) -Documenter les meilleures pratiques |
|--|--|

DOMAINE PRIORITAIRE 8 : Soins au niveau communautaire/passage à l'échelle nationale des PIHI.

Tous les éléments constitutifs de ce domaine sont des facteurs clés contribuant de façon indirecte à la RMMN.

La mise en place d'un continuum de soins à la mère et au nouveau-né exige que les IHI soient mises en œuvre au niveau des ménages/communautés en complément de celles fournies au niveau des services de proximité et des hôpitaux de référence. Or l'analyse révèle une certaine lenteur dans le développement et l'extension des IHI au niveau des ménages/communautés (seuls les ZS soutenues par certains PTF prennent en compte le niveau communautaire.

Par ailleurs, en dépit des efforts déployés par le gouvernement et les PTF dans le secteur de l'eau, la valeur des indicateurs est en progression lente entre 2001 et 2006 selon les EDS y relatifs. En effet 66% des ménages disposent de source d'approvisionnement en eau potable en 2006 contre 61% en 2001 avec un pourcentage plus élevé en milieu urbain (80%) qu'en milieu rural (57%). La proportion de la population disposant des ouvrages adéquats d'assainissement est quasiment stationnaire en 2006, où 62% des ménages ne disposent d'aucun type de toilettes contre 67% en 2001 selon les EDSB y relatifs.

C'est dans ce sens que la mise en œuvre à l'échelle nationale des IHI intégrant la santé, la nutrition, la lutte contre le VIH/SIDA, l'eau, l'hygiène et assainissement, constitue un passage obligé si tant est que l'objectif ultime est la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Le partenariat avec les communautés ne demeure pas moins essentiel surtout en ce moment où il est question du passage à l'échelle nationale des IHI et par conséquent de leur extension dans les ménages et les communautés. Il pourra porter entre autres, sur la motivation des relais communautaires de façon durable en s'inspirant des directives nationales ainsi que des expériences en la matière soutenues par un certain nombre de partenaires techniques et financiers.

| Solutions réalisables | Recommandations concrètes et réalistes |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - L'introduction de l'enregistrement des naissances dans les pratiques familiales clés et sensibilisation des populations sur l'importance de cette intervention; -La sensibilisation des communautés en permanence | <ul style="list-style-type: none"> - Assurer la mise en œuvre des PIHI au niveau communautaire selon le plan de passage à l'échelle nationale des PIHI -Mettre l'accent sur les PIHI du niveau |

| | |
|--|--|
| <p>sur les PIHI du niveau communautaire (les soins personnels, la grossesse et l'appui communautaire pour les besoins de la SMN)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Le recrutement / formation des relais communautaires (RC) en pratiques familiales clés dans toutes les ZS -La dotation des RC en kits - Révision de la liste des IHI et leur regroupement en paquet de base, et en paquet complet ; - Accent sur la mise en œuvre des interventions au niveau communautaire notamment le lavage des mains, l'utilisation des latrines l'élimination des déchets et l'hygiène du milieu. | <p>communautaire lors de la formation intégrée des relais communautaires dans toutes les ZS ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etablir un plan de passage à l'échelle nationale des 72SONUB et des 22SONUC potentiels; - Rendre conforme la mise à échelle nationale des autres IHI en dehors des SONUB/SONUC, avec le plan de passage à l'échelle nationale des PIHI établi dans le document POPENPIHI du MS, avril 2011. |
|--|--|

DOMAINE PRIORITAIRE 9 : Ressources financières et matérielles

La vision clairement exprimée dans la feuille de route constitue à n'en point douter une réponse à terme à la situation sanitaire des mères et des enfants y compris les nouveaux nés. La feuille de route est en harmonie avec les enjeux nationaux et les défis à relever pour contribuer de façon significative à l'amélioration des conditions sanitaires des populations. Mais les efforts qui sont déployés jusqu'à ce jour demeurent encore insuffisants face au défi à relever et ne participent pas suffisamment à la création d'un environnement favorable à la santé des mères et des nouveaux nés. En effet, le budget de la santé qui représente environ 7% (SNIGS 2010) du budget national est constamment sujet à des coupures budgétaires.

Au plan de la gestion des ressources matérielles, il n'existe pas une liste exhaustive des ME dans la prise en charge de la Santé de la Mère et de l'Enfant. De plus on note une insuffisance dans l'estimation des besoins et une mauvaise gestion des stocks (non-respect de la règle FIFO) assortie de l'absence d'un plan de maintenance et de renouvellement des matériels et équipements.

| Solutions réalisables | Recommandations concrètes et réalistes |
|--|---|
| <p>Sécurisation des Produits SR :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Amélioration de la gestion des stocks des produits SR à tous les niveaux ; -Formation à l'utilisation du matériel médico obstétrical -Formation/recyclage des techniciens et ingénieurs en maintenance des équipements médico-obstétricaux -Harmonisation et modernisation des équipements médico-obstétricaux -Dotation des FS en matériel médico technique pour la prise en charge des nouveau-nés | <ul style="list-style-type: none"> -Assurer une bonne gouvernance dans le secteur de la santé à tous les niveaux (transparence dans la gestion) -Appliquer de façon scrupuleuse le mécanisme de la sanction positive et négative à tous les niveaux du système de santé ; -Assurer la disponibilité permanente des produits de la santé de la reproduction dans toutes les FS et en assurer une utilisation rationnelle ; -Réviser les procédures de passation de marché des ME et des équipements médico-obstétricaux en vue de leur allègement. |

| | |
|--|--|
| <p><u>Financement</u> -Utilisation optimale et rationnelle des ressources financières disponibles ; -Organisation des mutuelles de santé et du régime d'assurance maladie universelle (RAMU)</p> | <p>-Accroître le budget santé par rapport au budget national jusqu'à atteindre les 15 % recommandés par la déclaration d'Abujà, -Augmenter de façon substantielle la proportion du budget santé allouée à la SME -Assurer la mise en œuvre effective du protocole d'accord COMPACT en impliquant aussi les partenaires non signataires. -Réorienter le budget national de la SME et la contribution financière des PTFs en vue d'un soutien financier équitable dans les ZS ;</p> |
| <p><u>DOMAINE PRIORITAIRE 10 : Education à la santé (communication pour le développement du secteur santé)</u></p> <p>Ce domaine qui constitue un axe stratégique transversal est particulièrement d'une grande utilité à la promotion des pratiques familiales clés dans les ménages/communautés. C'est un outil précieux dont l'utilisation à bon escient permettra de créer un environnement favorable à la santé de la mère et du nouveau né en commençant à partir des familles elles mêmes. La modification des comportements discriminatoires à l'encontre des femmes et des filles et l'adoption des pratiques familiales clés qui les protègent contre les maladies et les blessures en seront les fruits potentiels.</p> <p>C'est donc à dessein que ce domaine est retenu par la revue comme prioritaire ; par conséquent l'accent devra être mis sur tous les aspects de communication à savoir le plaidoyer, le dialogue social, la présentation de l'information de manière simple et concise sur des thèmes relatifs à la santé de la mère et du nouveau né, en utilisant tous les canaux disponibles à tous les niveaux .</p> | |
| <p style="text-align: center;">Solutions réalisables</p> <p>-Organisation annuelle de la CARMMA -Renforcement des compétences des leaders d'opinions, des leaders religieux, des autorités locales, des sages et autres personnes influentes sur les soins de santé de la mère, du nouveau né et de l'enfant au niveau communautaire -Développement des activités et programmes d'éducation sanitaires au niveau national, et local pour promouvoir les soins selon les trois étapes du continuum des soins à la mère, au nouveau-né et à l'enfant</p> | <p style="text-align: center;">Recommandations concrètes et réalistes</p> <p>-S'appuyer sur les canaux traditionnels, les radios de proximités pour promouvoir les pratiques familiales clés relatives à la santé de la mère et de l'enfant dans les ménages et au sein de la communauté et pour soutenir l'action des relais communautaire. -Collaborer avec les pairs éducateurs SRAJ pour sensibiliser les adolescentes dans les écoles et ateliers d'apprentissage</p> |

NB : L'impact des progrès réalisés sur le chemin RMMN de 2006 à 2011 ne peut faire l'objet d'une appréciation fiable qu'au vu des résultats de l'EDS 4 en cours dans le pays.

V./ RECOMMANDATIONS

Au terme de la revue de la feuille de route, les recommandations suivantes ont été formulées.

5.1 .Recommandations générales

1. Améliorer la gouvernance, le leadership et la coordination dans le secteur de la santé.
2. Assurer le passage à l'échelle nationale de la mise en œuvre des Paquets d'Interventions à Haut Impact (PIHI) sur la réduction de la mortalité maternelle néonatale et infanto-juvénile.
3. Assurer la mobilisation des ressources financières additionnelles et améliorer la coordination de la contribution financière des partenaires au développement sanitaire.

5.2. Recommandations spécifiques

a) Pour le niveau stratégique

1. Accroître le budget santé par rapport au budget national jusqu'à atteindre les 15% recommandés par la Déclaration d'Abuja, tout en augmentant de façon substantielle la proportion du budget santé allouée à la composante SME.
2. Renforcer le mécanisme de coordination de toutes les interventions en santé maternelle et néonatale. Ledit mécanisme doit constituer un forum pour tous les PTFs et le ministère de la santé doit y assurer le leadership ;
3. Étendre la gratuité à toutes les prestations en rapport avec les SONU et assurer le recouvrement de ces frais pour éviter les risques d'amputation du budget de fonctionnement des hôpitaux;
4. Étendre l'accès aux soins obstétricaux et néonataux et en assurer une répartition équitable qui réponde localement aux besoins de la population. L'extension doit être en conformité avec les normes internationales ou avec la politique sanitaire nationale. Elle concerne (i) la réhabilitation des infrastructures à tous les niveaux (ii) le renforcement du plateau technique conformément à la mission de chaque FS, y compris en matériel basique pour la réanimation du nouveau-né, (iii) l'affectation de personnel qualifié en nombre suffisant sachant que les FS SONU doivent assurer l'offre de soins 24H/24 et 7J/7;
5. Renforcer les moyens d'évacuations des urgences obstétricales et néonatales à travers : (i) la dotation de toutes les FS de référence en ambulances médicalisées, (ii) l'implication des sociétés privées de téléphone mobile pour assurer un moyen de communication à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
6. Améliorer le système d'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux et ce, à travers : (i) la création et/ou le renforcement des dépôts répartiteurs dans chaque zone sanitaire, (ii) l'informatisation de la gestion des médicaments et

- consommables médicaux jusqu'aux ZS, (iii) la formation des responsables de l'approvisionnement sur le processus de gestion des médicaments ;
7. Renforcer la capacité des prestataires et gestionnaires des soins à la mère et au nouveau-né en privilégiant l'approche de la formation pratique basée sur l'acquisition de compétences, et l'application de la politique de développement des ressources humaines en générale et en santé maternelle et néonatale en particulier, en se conformant aux normes internationales de manière à adapter les compétences aux performances requises. Les aides-soignants doivent être élevés au niveau de "*personnel qualifié*" à travers une formation spécifique et ciblée.
 8. Améliorer la qualité de l'offre de SONU et autres prestations à la mère et au nouveau-né en assurant la dissémination des guides, normes et standards révisés en 2010 et la formation des prestataires à leur utilisation, ainsi que l'initiation du concept d'accréditation au moins pour les HN et les principaux CHD.
 9. Institutionnaliser les mécanismes de suivi et évaluation des SONU et d'autres soins relatifs à la santé de la mère et du nouveau-né par: (i) l'intégration des indicateurs SONU de monitoring dans le système national d'information, (ii) notification obligatoire des décès maternels et néonataux, (iii) le renforcement de la supervision formative et intégrée (iv) l'instauration de l'évaluation à mi-parcours en s'appuyant sur des approches novatrices telle l'évaluation interdépartementales des plans d'action annuels en vue de créer l'esprit de compétition entre les équipes, (v) l'organisation d'une revue semestrielle de la feuille de route au niveau de chaque département sanitaire; (vi) l'organisation d'une mission conjointe (Gouvernement & PTFS) de suivi des activités SME chaque année (vii) l'évaluation externe de la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ;
 10. Renforcer le partenariat avec les FS privées à travers des mémorandums d'entente qui définissent les rôles des deux parties, ce qui contribuera à établir les fondations pour une collaboration de confiance particulièrement pour le transfert de données.
 11. Développer le partenariat avec certains départements ministériels (Education nationale, Famille et Affaires sociales, Economie et Finances, Plan et Développement etc.) les universités et institutions de formation aux carrières de santé, ONG nationales et internationales. Ce partenariat peut se concrétiser à travers des mémorandums d'entente qui définissent les rôles respectifs dans le cadre de l'amélioration de la santé maternelle et néonatale au Bénin.

b) Pour le niveau opérationnel

1. Renforcer les compétences des prestataires en SONU, de manière à améliorer la qualité des soins ;
2. Développer un système de référence et contre référence avec la mise en réseau des structures par des véhicules médicalisés et un système de communication fonctionnelle.
3. Développer le partenariat avec la communauté et toutes les organisations locales de la société civile, de manière à améliorer la santé des femmes et des nouveau-nés(recherche active des perdues de vue ;motivation des relais communautaires de façon durable etc.)
4. Standardiser les mécanismes de commande et de gestion de stock des médicaments et consommables médicaux ;
5. Renforcer les mécanismes de suivi évaluation au niveau des zones sanitaires (supervision formative mensuelle des FS au niveau des zones sanitaires ; monitoring micro planification semestriel assorti de synthèse et analyse des données pour une prise de décision au niveau opérationnel)
6. Documenter les meilleurs pratiques en matière de SONU ;

ANNEXES

ANNEXE 1 : PIHI pour mère et nouveau-né, par thématique et niveau d'intervention, révisés lors de la revue
TABLEAU 1 : Paquet optimal d'interventions ciblant la mère selon le domaine et selon le niveau d'intervention

| MENAGE /COMMUNAUTE | CENTRE DE SANTE |
|---|--|
| SANTE | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Communication pour l'adoption des pratiques familiales essentielles - Conseils pour VAT chez les adolescentes - Dispenser des conseils en matière d'espacement des naissances. - Conseils, et Distribution à Base communautaire de contraceptifs - Conseil pour la recherche précoce de soins - Conseils pour le suivi des 4 CPN - conseils sur la reconnaissance des signes de danger - Recherche précoce de soins - Mise en place d'un système communautaire d'acheminement de la gestante/parturiente du village vers la maternité. - Utilisation de MIILD - Informations pour le TPI - Informations sur les signes du paludisme - Conseils pour la recherche de soins précoce - Conseils pour l'assainissement du milieu - Pulvérisation intra domiciliaire - Conseils pour la reconnaissance des signes de danger (Hémorragie, maux de tête, convulsions.) - Recherche des problèmes d'allaitement ou anomalies au niveau des seins (douleur, gonflement) - Conseils à la mère pour la reconnaissance des signes de danger pour elle et pour son N-né et devant l'inciter à la rechercher des soins - Suivi du calendrier vaccinal (VAT) | <ul style="list-style-type: none"> - Contraception (Espacement des naissances / utilisation des contraceptifs/ préservatifs) - Prévention et traitement de l'infertilité et de la stérilité - Prévention et traitement des pathologies sexuelles y compris les IST et le VIH/SIDA - VAT chez les adolescentes - Administration d'ocytociques - Traction ou tension contrôlée sur le cordon et - Massage de l'utérus - Identification des problèmes spécifiques de la gestante et leurs approches de solution - Prévention des complications / maladies - Détection et traitement précoce des complications - Préparation pour l'accouchement - Prise en charge des complications liées à la grossesse - Détection et traitement de l'infection urinaire asymptomatique - Détection et traitement de la syphilis pendant la grossesse - Prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles - Prise en charge des infections opportunistes - Conseils pour une Utilisation de la MIILD par la femme enceinte - Administration du TPI à la FE - Diagnostic et traitement du paludisme - Conseil pour l'assainissement du milieu - Protection de la vie de la mère et du nouveau-né - Soutien et réponse aux besoins de la femme, de son partenaire et de la famille pendant le travail et l'accouchement - Surveillance de l'évolution du travail à l'aide du partogramme - Réalisation d'un accouchement propre et sûr pour la mère et le nouveau-né - Pratique de la GATPA - Délivrance artificielle du placenta - Administration des soins usuels au nouveau-né et à l'accouchée - Surveillance de la mère et nouveau-né lors du post-partum immédiat - Gestion des déchets biomédicaux - Décontamination du matériel - Nettoyage du matériel et des surfaces - Désinfection à haut niveau - Stérilisation du matériel - Administration parentérale d'antibiotiques - Administration parentérale d'ocytociques - Administration parentérale d'anticonvulsivants - Délivrance artificielle du placenta |

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Evacuation utérine par aspiration manuelle ou curetage/curage évacuateur - VAT - Accouchement propre et sûr - Soins hygiéniques du cordon - Déparasitage, et traitement étiologique de l'anémie - Réalisation des CPON - Vitamine A en post partum |
| NUTRITION | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Conseils nutritionnels pour la mère - Supplémentation en fer et acide folique - Consommation de sel iodé - Consommation d'aliments fortifiés (Vit A, fer, Zinc, acide folique) et d'aliments riches en micronutriments - Conseils nutritionnels - Supplémentation en fer et en acide folique ou micronutriments multiples chez les adolescentes - Promotion de l'utilisation des aliments locaux fortifiés ou riches en micronutriments (fer, acide folique, vit A, zinc, iode) pour toutes les femmes en âge de procréer | <ul style="list-style-type: none"> - Conseils nutritionnels pour la gestante séropositive/la mère - Supplémentation en fer et acide folique - Mise au sein précoce du Nouveau-né et Conseil pour l'AME - Consommation d'aliments fortifiés (Vit A, fer, Zinc, acide folique) et d'aliments riches en micronutriments - Conseils nutritionnels - Supplémentation en calcium pendant la grossesse - Supplémentation alimentaire pour la femme enceinte malnutrie - Supplémentation en multi micronutriments pendant la grossesse - Supplémentation en fer et en acide folique ou micronutriments multiples chez les adolescentes - Promotion de l'utilisation des aliments locaux fortifiés ou riches en micronutriments (fer, acide folique, vit A, zinc, iode) pour toutes les femmes en âge de procréer |
| EAU, HYGIENE ,ASSAINISSEMENT | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Lavage des mains avant préparation et consommation des repas - Hygiène corporelle, vestimentaire et alimentaire - Utilisation des latrines - Evacuation hygiénique des eaux usées/ordures ménagères - Conseils sur les techniques de filtration, javellisation et conservation hygiénique de l'eau. | <ul style="list-style-type: none"> - Conseil pour l'hygiène du milieu, l'hygiène alimentaire et vestimentaire - Assainissement du cadre de travail - Utilisation des vêtements de protection par le personnel - Lavage des mains avant toute intervention |
| VIH/SIDA | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Conseils sur la prévention primaire du VIH/SIDA - Conseils pour le test de dépistage volontaire - Lutte contre la stigmatisation / discrimination - Accompagnement psychosocial des FE séropositives - Conseils sur l'alimentation du nouveau-né de mère séropositive - l'Utilisation du préservatif | <ul style="list-style-type: none"> - Conseils sur la prévention primaire du VIH/SIDA - Pratique du test de dépistage volontaire - Lutte contre la stigmatisation /discrimination - Prise en charge psychosocial des FE séropositives - Conseils sur l'alimentation du nouveau ne de mère séropositive - Traitement aux ARV et suivi des FE sous ARV - Paquet intégré de services essentiels de nutrition pour les femmes enceintes séropositives - Prévention et traitement des pathologies sexuelles y compris les IST et le VIH/SIDA - Promotion de l'Utilisation du préservatif |

TABLEAU 2 : Paquet optimal d'interventions ciblant la **mère** selon le domaine et selon le niveau d'intervention

| DOMAINE | HOPITAL DE ZS | HOPITAL DEPARTE-MENTAL/NATIONAL |
|--|--|--|
| SANTE | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Contraception (Espacement des naissances / utilisation des contraceptifs/ préservatifs) - Prévention et traitement de l'infertilité et de la stérilité - Prévention et traitement des pathologies sexuelles y compris les IST et le VIH/SIDA - VAT chez les adolescentes - Administration d'ocytociques - Traction ou tension contrôlée sur le cordon et - Massage de l'utérus - <p>Toutes les interventions ciblent les personnels de sante.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Contraception (Espacement des naissances / utilisation des contraceptifs/ préservatifs) - Prévention et traitement de l'infertilité et de la stérilité - Prévention et traitement des pathologies sexuelles y compris les IST et le VIH/SIDA - VAT chez les adolescentes - Administration d'ocytociques - Traction ou tension contrôlée sur le cordon et - Massage de l'utérus - <p>Toutes les interventions ciblent les personnels de sante.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Contraception (Espacement des naissances / utilisation des contraceptifs/ préservatifs) - Prévention et traitement de l'infertilité et de la stérilité - Prévention et traitement des pathologies sexuelles y compris les IST et le VIH/SIDA - VAT chez les adolescentes - Administration d'ocytociques - Traction ou tension contrôlée sur le cordon et - Massage de l'utérus - <p>Toutes les interventions ciblent les personnels de sante.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> - Réalisation des CPN - Identification des problèmes spécifiques de la gestante et leurs approches de solution - Prévention des complications / maladies - Détection et traitement précoce des complications - Préparation pour l'accouchement - Prise en charge des complications liées à la grossesse : - Détection et traitement de l'infection urinaire asymptomatique - Détection et traitement de la syphilis pendant la grossesse - Promotion de la consommation du sel adéquatement iodé - Consommation d'aliments fortifiés (fer, Zinc, acide folique) et d'aliments riches en micronutriments - Conseils nutritionnels - Conseils pour une Utilisation de la MII par la FE - Administration du TPI à la FE - Diagnostic et traitement du paludisme - Conseil pour l'assainissement du milieu | <ul style="list-style-type: none"> - Réalisation des CPN - Identification des problèmes spécifiques de la gestante et leurs approches de solution - Prévention des complications / maladies - Détection et traitement précoce des complications - Préparation pour l'accouchement - Prise en charge des complications liées à la grossesse : - Détection et traitement de l'infection urinaire asymptomatique - Détection et traitement de la syphilis pendant la grossesse - Promotion de la consommation du sel adéquatement iodé - Consommation d'aliments fortifiés (fer, Zinc, acide folique) et d'aliments riches en micronutriments - Conseils nutritionnels - Conseils pour une Utilisation de la MII par la FE - Administration du TPI à la FE - Diagnostic et traitement du paludisme - Conseil pour l'assainissement du milieu | <ul style="list-style-type: none"> - Réalisation des CPN - Identification des problèmes spécifiques de la gestante et leurs approches de solution - Prévention des complications / maladies - Détection et traitement précoce des complications - Préparation pour l'accouchement - Prise en charge des complications liées à la grossesse : - Détection et traitement de l'infection urinaire asymptomatique - Détection et traitement de la syphilis pendant la grossesse - Promotion de la consommation du sel adéquatement iodé - Consommation d'aliments fortifiés (fer, Zinc, acide folique) et d'aliments riches en micronutriments - Conseils nutritionnels - Conseils pour une Utilisation de la MII par la FE - Administration du TPI à la FE - Diagnostic et traitement du paludisme - Conseil pour l'assainissement du milieu |
| <ul style="list-style-type: none"> - Protection de la vie de la mère et du nouveau-né - Soutien et réponse aux besoins de la femme, de son partenaire et de la famille pendant le travail et l'accouchement - Surveillance de l'évolution du travail à l'aide du partogramme - Réalisation d'un accouchement propre et sûr pour la mère et le N-né - Pratique de la GATPA - Administration des soins usuels au nouveau-né et à l'accouchée - Surveillance de la mère et nouveau-né lors du post-partum immédiat - Délivrance artificielle du placenta - Enregistrement des naissances - - Gestion des déchets biomédicaux | <ul style="list-style-type: none"> - Protection de la vie de la mère et du nouveau-né - Soutien et réponse aux besoins de la femme, de son partenaire et de la famille pendant le travail et l'accouchement - Surveillance de l'évolution du travail à l'aide du partogramme - Réalisation d'un accouchement propre et sûr pour la mère et le N-né - Pratique de la GATPA - Administration des soins usuels au nouveau-né et à l'accouchée - Surveillance de la mère et nouveau-né lors du post-partum immédiat - Délivrance artificielle du placenta - Enregistrement des naissances - - Gestion des déchets biomédicaux | <ul style="list-style-type: none"> - Protection de la vie de la mère et du nouveau-né - Soutien et réponse aux besoins de la femme, de son partenaire et de la famille pendant le travail et l'accouchement - Surveillance de l'évolution du travail à l'aide du partogramme - Réalisation d'un accouchement propre et sûr pour la mère et le N-né - Pratique de la GATPA - Administration des soins usuels au nouveau-né et à l'accouchée - Surveillance de la mère et nouveau-né lors du post-partum immédiat - Délivrance artificielle du placenta - Enregistrement des naissances - - Gestion des déchets biomédicaux |

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Décontamination du matériel - Nettoyage du matériel et des surfaces - Désinfection à haut niveau - Stérilisation du matériel <p>Fonction SONUC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administration parentérale d'antibiotiques - Administration parentérale d'ocytociques - Administration parentérale d'anticonvulsivants - Délivrance artificielle du placenta - Evacuation utérine par aspiration manuelle ou curetage/curage) évacuateur - Accouchement instrumenté (Ventouse, Forceps) - Réanimation du nouveau-né - La transfusion sanguine - et la césarienne <p>Toute formation sanitaire offrant ces neuf (9) fonctions est qualifiée de SONU complet</p> <ul style="list-style-type: none"> - VAT - Accouchement propre et sûr - Soins hygiéniques du cordon - Déparasitage, et traitement étiologique de l'anémie - Réalisation des CPON | <ul style="list-style-type: none"> - Décontamination du matériel - Nettoyage du matériel et des surfaces - Désinfection à haut niveau - Stérilisation du matériel <p>Fonction SONUC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administration parentérale d'antibiotiques - Administration parentérale d'ocytociques - Administration parentérale d'anticonvulsivants - Délivrance artificielle du placenta - Evacuation utérine par aspiration manuelle ou curetage/curage) évacuateur - Accouchement instrumenté (Ventouse, Forceps) - Réanimation du nouveau-né - La transfusion sanguine - et la césarienne <p>Toute formation sanitaire offrant ces neuf (9) fonctions est qualifiée de SONU complet</p> <ul style="list-style-type: none"> - VAT - Accouchement propre et sûr - Soins hygiéniques du cordon - Déparasitage, et traitement étiologique de l'anémie - Réalisation des CPON |
| NUTRITION | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Conseils nutritionnels pour la gestante séropositive/la mère - Supplémentation en fer et acide folique - Vitamine A en post partum - Mise au sein précoce du Nouveau -né et Conseil pour l'AME - Supplémentation en calcium pendant la grossesse - Supplémentation alimentaire pour la femme enceinte malnutrie - Supplémentation en multi micronutriments pendant la grossesse - Supplémentation en fer et en acide folique ou micronutriments multiples chez les adolescentes - Promotion de l'utilisation des aliments locaux fortifiés ou riches en micronutriments (fer, acide folique, vit A, zinc, iode) pour toutes les femmes en âge de procréer | <ul style="list-style-type: none"> - Conseils nutritionnels pour la gestante séropositive/la mère - Supplémentation en fer et acide folique - Vitamine A en post partum - Mise au sein précoce du Nouveau -né et Conseil pour l'AME - Supplémentation en calcium pendant la grossesse - Supplémentation alimentaire pour la femme enceinte malnutrie - Supplémentation en multi micronutriments pendant la grossesse - Supplémentation en fer et en acide folique ou micronutriments multiples chez les adolescentes - Promotion de l'utilisation des aliments locaux fortifiés ou riches en micronutriments (fer, acide folique, vit A, zinc, iode) pour toutes les femmes en âge de procréer |
| EAU, HYGIENE ,ASSAINISSEMENT | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Conseil pour l'hygiène du milieu, l'hygiène alimentaire et vestimentaire - Assainissement du cadre de travail - Utilisation des vêtements de protection par le personnel - Lavage des mains | <ul style="list-style-type: none"> - Conseil pour l'hygiène du milieu, l'hygiène alimentaire et vestimentaire - Assainissement du cadre de travail - Utilisation des vêtements de protection par le personnel - Lavage des mains |
| VIH/SIDA | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Conseils sur la prévention primaire du VIH/SIDA - Pratique du test de dépistage volontaire - Lutte contre la stigmatisation /discrimination - Prise en charge psychosocial des FE séropositives - Conseils sur l'alimentation du nouveau ne de mère séropositive | <ul style="list-style-type: none"> - Conseils sur la prévention primaire du VIH/SIDA - Pratique du test de dépistage volontaire - Lutte contre la stigmatisation /discrimination - Prise en charge psychosocial des FE séropositives - Conseils sur l'alimentation du nouveau ne de mère séropositive |

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Traitement aux ARV et suivi des FE sous ARV - Paquet intégré de services essentiels de nutrition pour les FE séropositives - Prévention et traitement des pathologies sexuelles y compris les IST et le VIH/SIDA. - Prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles - Prise en charge des infections opportunistes | <ul style="list-style-type: none"> - Traitement ARV et suivi des FE sous ARV - Paquet intégré de services essentiels de nutrition pour les FE séropositives - Prévention et traitement des pathologies sexuelles y compris les IST et le VIH/SIDA. - Prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles - Prise en charge des infections opportunistes |
|---|---|

TABLEAU 3 : Paquet optimal d'interventions ciblant le **Nouveau né** selon le domaine et selon le niveau d'intervention

| MENAGE /COMMUNAUTE | CENTRE DE SANTE |
|---|--|
| SANTE | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Suivi des faibles poids de naissance - Assurer la protection thermique du N-né (Méthode Kangourou) - Conseils sur l'utilisation de la MIILD - Conseils pour la reconnaissance des signes de danger et la recherche de soins (fièvre, convulsion, frissons, problèmes d'alimentation) - Reconnaissance des Nouveau-nés ayant besoin de soins supplémentaires (faible poids, N-né malade, mère séropositive...) - Conseil pour le suivi de la vaccination - Conseils pour une recherche précoce de soins - Sensibiliser les communautés à mettre en place un système de transfert des urgences (pour la mère et le N-Né) - Conseils pour l'enregistrement des naissances - Conseils pour les soins du cordon <ul style="list-style-type: none"> - Conseils pour une recherche précoce de soin Sensibiliser les communautés à mettre en place un système de transfert des urgences (pour la mère et le N-Né) | <ul style="list-style-type: none"> - Assurer les soins usuels du nouveau-né, à savoir : <ul style="list-style-type: none"> • A la naissance déposer le nouveau-né sur le ventre de la mère • Etablir le score de vitalité • Clamper et sectionner le cordon • Sécher et stimuler le nouveau-né • Réchauffer le nouveau-né • Faire la toilette au nouveau-né • Faire le pansement ombilical • Prendre les mensurations du nouveau-né (poids, taille, périmètre crânien) • Faire l'examen physique du nouveau-né • Faire l'injection de la vitamine K1 naturelle • Mettre les gouttes de collyre antiseptique dans les yeux • Habiller le nouveau-né • Mettre le nouveau-né au sein • Vacciner le nouveau-né (BCG et polio 0) • Donner des conseils à la maman sur l'alimentation, la vaccination, le planning familial, les soins quotidiens du nouveau-né, le suivi du nouveau-né : - Soins hygiénique du cordon - Conseils pour une utilisation de la MIILD - Diagnostic et traitement du paludisme chez le N-né - Reconnaissance des Nouveau-nés ayant besoin de soins supplémentaires (faible poids, N-né malade, mère séropositive...) - Conseil et exécution de la vaccination - Faire l'examen systématique du nouveau-né - Sensibiliser les communautés à mettre en place un système de transfert des urgences (pour la mère et le N-Né) <ul style="list-style-type: none"> - Assurer les SNPU de base suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Séchage/stimulation • Réchauffement • Désobstruction • Oxygénation • Ventilation • Massage cardiaque externe |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Injection par veine ombilicale de G10% • Injection par veine ombilicale de bicarbonaté 14% |
| NUTRITION | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Mise au sein précoce - Conseils pour l'allaitement maternel Exclusif | <ul style="list-style-type: none"> - Mise au sein précoce - Conseils pour l'allaitement maternel Exclusif |
| EAU, HYGIENE ,ASSAINISSEMENT | |
| Lavage des mains et conseils pour hygiène du milieu | Lavage des mains et conseils pour hygiène du milieu |
| VIH/SIDA | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Conseils sur l'alimentation du nouveau ne de mère séropositive - Lutte contre la stigmatisation /discrimination | <ul style="list-style-type: none"> - Lutte contre la stigmatisation /discrimination - Prise en charge psychosociale des mères séropositives - Conseils sur l'alimentation du nouveau ne de mère séropositive - Traitement aux ARV à la mère - Suivi des NNés de mère séropositive - Conseils pour l'alimentation du nouveau né(Paquet intégré de service essentiels de nutrition pour les femmes enceintes séropositives) |

TABLEAU 4 : Paquet optimal d'interventions ciblant la **Nouveau né** selon le domaine et selon le niveau d'intervention

| HOPITAL DE ZS | HOPITAL DEPARTEMENTAL/ NATIONAL |
|---|--|
| SANTE | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Assurer les soins usuels du nouveau-né, à savoir : <ul style="list-style-type: none"> • A la naissance déposer le nouveau-né sur le ventre de la mère • Etablir le score d'Apgar • Clamper et sectionner le cordon • Sécher et stimuler le nouveau-né • Réchauffer le nouveau-né • Faire la toilette au nouveau-né • Faire le pansement ombilical • Prendre les mensurations du nouveau-né (poids, taille, périmètre crânien) • Faire l'examen physique du nouveau-né • Faire l'injection de la vitamine K1 naturelle • Mettre les gouttes de collyre antiseptique dans les yeux • Habiller le nouveau-né • Mettre le nouveau-né au sein • Vacciner le nouveau-né (BCG et polio 0) • Donner des conseils à la maman sur l'alimentation, la vaccination, le planning familial, les soins quotidiens du nouveau-né, le suivi du nouveau-né - Soins hygiénique du cordon - Conseils pour une utilisation de la MIILD - Diagnostic et traitement du paludisme chez le Nouveau-né - Reconnaissance des Nouveau-nés ayant besoin de soins | <ul style="list-style-type: none"> - Assurer les soins usuels du nouveau-né, à savoir : <ul style="list-style-type: none"> • A la naissance déposer le nouveau-né sur le ventre de la mère • Etablir le score d'Apgar • Clamper et sectionner le cordon • Sécher et stimuler le nouveau-né • Réchauffer le nouveau-né • Faire la toilette au nouveau-né • Faire le pansement ombilical • Prendre les mensurations du nouveau-né (poids, taille, périmètre crânien) • Faire l'examen physique du nouveau-né • Faire l'injection de la vitamine K1 naturelle • Mettre les gouttes de collyre antiseptique dans les yeux • Habiller le nouveau-né • Mettre le nouveau-né au sein • Vacciner le nouveau-né (BCG et polio 0) • Donner des conseils à la maman sur l'alimentation, la vaccination, le planning familial ? les soins quotidiens du nouveau-né, le suivi du nouveau-né - Soins hygiénique du cordon - Conseils pour une utilisation de la MIILD - Diagnostic et traitement du paludisme chez le Nouveau-né - Reconnaissance des Nouveau-nés ayant besoin de soins |

| | |
|--|---|
| <p>supplémentaires (faible poids, N-né malade, mère séropositive...)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conseils pour une recherche précoce de soins - Conseil et exécution de la vaccination <p>- Assurer les SNPU de base suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Séchage/stimulation • Réchauffement • Désobstruction • Oxygénation • Ventilation • Massage cardiaque externe • Injection par veine ombilicale de G10% • Injection par veine ombilicale de bicarbonaté 14%₀ • Injection d'adrénaline injectable 1 mg • Injection d'antibiotique • Administration de la Vit K1 naturelle • Injection de Phénobarbital <p>- SNPU Complet SNPU de base</p> <ul style="list-style-type: none"> • . Perfusion de soluté (G5%, G10% ou autres) | <p>supplémentaires (faible poids, N-né malade, mère séropositive...)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conseils pour une recherche précoce de soins - Conseil et exécution de la vaccination <p>- Assurer les SNPU de base suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Séchage/stimulation • Réchauffement • Désobstruction • Oxygénation • Ventilation • Massage cardiaque externe • Injection par veine ombilicale de G10% • Injection par veine ombilicale de bicarbonaté 14%₀ • Injection d'adrénaline injectable 1 mg • Injection d'antibiotique • Administration de la Vit K1 naturelle - Injection de Phénobarbital <p>- SNPU Complet SNPU de base</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perfusion de soluté (G5%, G10% ou autres) • 14. Photothérapie • Transfusion sanguine • Exsanguino transfusion |
| NUTRITION | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Mise au sein précoce - Conseils pour l'allaitement maternel Exclusif - Conseils sur l'alimentation du nouveau ne de mère séropositive | <ul style="list-style-type: none"> - Mise au sein précoce - Conseils pour l'allaitement maternel Exclusif - Conseils sur l'alimentation du nouveau ne de mère séropositive |
| EAU, HYGIENE ,ASSAINISSEMENT | |
| Lavage des mains et hygiène du milieu | Lavage des mains et hygiène du milieu |
| VIH/SIDA | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Traitement aux ARV à la mère - Suivi des NNés de mère séropositive - Conseils pour l'alimentation du Nouveau né (Paquet intégré de service essentiels de nutrition pour les femmes enceintes séropositives) | <ul style="list-style-type: none"> - Traitement aux ARV à la mère - Suivi des NNés de mère séropositive - Conseils pour l'alimentation du nouveau né(Paquet intégré de service essentiels de nutrition pour les femmes enceintes séropositives) |

NB : La présente liste des PIHI pour la mère et le nouveau-né servira de document de travail lors de la révision des PIHI au niveau national

ANNEXE 2 : ANALYSE DES REPONSES RECEUILLIES LORS DES ENTRETIENS

| <u>Résumé des réponses</u> | <u>Conséquences sur la mise en œuvre</u> |
|---|--|
| 1/Connaissance de la stratégie nationale de RMMN | |
| <p><u>Décideurs et Responsables en SME au Ministère Santé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 6 Responsables sur 10 au MS (60 %) connaissent la SNRMMN • 4 sur 10 n'en ont aucune connaissance <p><u>Partenaires Techniques Financiers</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 partenaires sur les 7 interviewés soit 48 % ont une connaissance du document de la stratégie RMMN • 3 autres sur 7 n'ont pas une connaissance approfondie. Ils en ont entendu parler et, 1 des 3 commence à comprendre) • Seul 1 PTF n'a pas du tout connaissance de la stratégie nationale RMMN | <p>On note une faible appropriation du document au niveau national entraînant des difficultés de suivi des résultats enregistrés, et d'éventuels risques de baisse dans la motivation des PTF à augmenter leur contribution financière.</p> |
| 2/ Points forts relevés dans la mise en œuvre | |
| <p><u>Décideurs et Responsables en SME au Ministère Santé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • « Les indicateurs relatifs à la RMMN sont parmi les priorités du MS » • « un comité de dialogue composé de scientifiques, parlementaires, décideurs a été installé en décembre 2010 et dont la DRS assure le secrétariat » • « La SNRMMN est un Guide, une boussole pour la réduction de la MMN ; Il existe un plan d'opérationnalisation budgétisé » • « Certaines ZS se sont inspirées de la feuille de route pour l'élaboration des PTA.. » • « Toute la PTME est une composantes essentielle de la SNRMMN » <p><u>Partenaires Techniques Financiers</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le document fournit les grandes orientations en matière de la réduction de la MMN - Accent est mis sur les réalités nationales, - Accent mis sur la couverture adéquate en soins d'accouchement (8 femmes sur 10 accouchent dans une formation sanitaire) - Permet une mobilisation /collaboration/ coopération avec les autres partenaires œuvrant pour la RMMN - La gratuité de la césarienne et de la prise en charge des cas de paludisme chez les femmes enceintes et les enfants <5ans atout | <p>Expression affichée de la volonté politique qui n'est pas tellement concrétisée dans la mise en œuvre</p> <p>Facilite l'accessibilité financière aux Soins</p> |
| 3/Points faibles relevés | |
| <p><u>Décideurs et Responsables en SME au Ministère Santé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de continuité dans l'administration, • Insuffisance de coordination 3/10 • Insuffisance de personnel qualifié 3/10 • Insuffisance de formation des prestataires en SONUB, SONUC, SONE • Insuffisance de personnel expérimenté pour assurer la supervision • Insuffisance de suivi 3/10 • « Non accompagnement de la décision de rendre la césarienne gratuite. Les kits mis à disposition ne sont pas payés » • Insuffisance dans le développement du volet NN | <ul style="list-style-type: none"> - Faible appropriation de la Stratégie - Faible documentation de la mise en œuvre - Difficulté d'assurer la mise en œuvre et d'atteindre les objectifs opérationnels - Faible performance des Structures de |

| | |
|---|---|
| <p><u>Partenaires Techniques Financiers</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Faiblesse de leadership/coordination au niveau national, 3/5 • Insuffisance d'implication du niveau opérationnel à l'élaboration • Insuffisance de suivi/monitoring de la mise en œuvre, (3/5) • Insuffisance de personnel qualifié (médecins, sages-femmes spécialistes) • Ruptures fréquentes des produits SR/inadéquation du plateau technique, • Crise sociopolitique (grève du secteur de la santé) | <p>santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficulté pour la pérennité -Risques d'abandon du processus de gratuité de la césarienne par rupture de kits ce qui pourra entraîner des difficultés pour la mise en œuvre et la gestion des données, comme en témoignent les propos suivants recueillis après d'un responsable au MS : « les données collectées souffrent de promptitude et de complétude et ne sont pas analysées à la base (faiblesse du SNIGS) » -faible performance du système de santé -Rends illusoire l'atteinte des ODM en 2015. |
| 4/ Implication dans la mise en œuvre | |
| <p>Tous les décideurs et responsables du Ministère de la santé, de même que tous les partenaires interviewés sont prêts à s'impliquer davantage dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, à travers notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'appui technique et matériel aux ZS • le Suivi des personnels formés • l'appui indirect à la DSME (dissémination des documents, archivage norme et standard) • l'appui institutionnel/plaidoyer/mobilisation des ressources financières additionnelles à condition que le taux d'exécution budgétaire soit nettement amélioré • l'élaboration des documents stratégiques | <p>Autant d'atouts potentiels à activer pour enclencher un décollage effectif du système de santé de la SME qui sera bénéfique à la mise en œuvre</p> |
| 5/ Recommandations pour l'amélioration du contenu du document et du processus de la mise en œuvre en vue de l'atteinte des OMDs 4 et 5 au Bénin | |
| <p><u>Des décideurs et Responsables en SME au Ministère Santé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la qualité des services = 5 /10 • Intégrer les interventions à impact élevé sur la mortalité maternelle néo natale 3/10 • Améliorer la coordination 2/10 • Améliorer la disponibilité et accessibilité des ME dans le domaine de la SMN notamment des contraceptifs (2/10) • Impliquer la CAME à toutes les phases (élaboration du plan, revue, évaluation...) • Elargir la gratuité de la césarienne (renforcement du plateau technique de certains hôpitaux) à tous les hôpitaux et aux hémorragies obstétricales. • Renforcer la capacité du personnel en PF et en SONE, • Promouvoir la CCC • Mise en œuvre à l'échelle nationale des PIHI de la mère et du nouveau-né • Etablir de contrats de performance(2/10) • Passage à l'échelle nationale des interventions | <p>Permet une meilleure coordination et implication des partenaires et facilite la mobilisation des ressources</p> |

| | |
|---|---|
| <p><u>Des Partenaires Techniques Financiers</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'institution d'un audit des décès maternels et néo natals dans les communautés, • La mise en place d'un Système communautaire de notification (SNIGS) • Une supervision/monitoring semestriel de façon régulière • L'inscription de la question de MMN à toutes les réunions sectorielles de revue annuelle • La mise en place d'un comité technique qui se réunirait une fois par trimestre pour fournir les résultats de suivi de la mise en œuvre • La concrétisation de l'engagement du GVT à différents niveaux en terme de : <ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des ressources humaines qualifiées, - Amélioration du plateau technique beaucoup plus au niveau des structures de référence (HZS, HD...), - Disponibilité des produits SR à tous les niveaux, • Il serait souhaitable que le MS <ul style="list-style-type: none"> - démontre son leadership, - Rendre efficace la coordination/suivi du PNDS, - Rendre fonctionnel/ efficaces les cadres de concertation • Passage à l'échelle national des interventions à haut impact(3/7) | <p>Permet :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une documentation de la mise en œuvre, et • Le suivi périodique de la mise en œuvre d'interventions efficaces, (3 des 5 PTF) • Renforce le rôle de leadership du GVT et • Facilite une mise en œuvre à échelle de la SNRMMN |
| <p>6/Contribution financière des PTF de 2000 à 2010 et dispositions pour son augmentation d'ici à 2015</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> • UNICEF : 200.000 USD en moyenne par an de 2009 à 2011. • UNFPA : <ul style="list-style-type: none"> - 60 % des fonds réguliers pour SR de 2000 à 2008 ; - 2 millions USD de fonds thématiques de 2009-2010 (SM-Produits SR) • USAID : <ul style="list-style-type: none"> - 10 millions DUS par an pour la lutte SMN depuis 1996 (PISAF, IMPACT, PMI) - 20 millions DUS par an pour la lutte contre le paludisme depuis 2007 • COOP/JAPON : De 2008-2010 <ul style="list-style-type: none"> - 6 milliards de francs CFA (construction HOMEL, renforcement des capacités du personnel...) - 25 millions (CARMA, GATPA etc.) • COOP/BELGE-AIMS : - 13,6 millions de francs CFA en 2011 • OMS : 1 million USD prévu pour 2010-2011 • COOP/FRANCAISE : <ul style="list-style-type: none"> - 20 millions d'euro dans 14 pays dont le Bénin - Appui financier sur 3ans à travers OMS, UNICEF, UNFPA - AFD : 10 millions d'euro sur 3 ans ciblés en SONU - Formation du personnel en technologie nouvelle de la communication (3 millions d'euro sur 3 pays) | <p>Ces différents appuis ont permis d'enregistrer le peu de succès observé dans la SME. En effet, la mise en œuvre de la feuille de route/ stratégie nationale de la RMMN a bénéficié de l'appui financier et technique des partenaires .</p> <p><u>Remarques :</u></p> <p>Si le degré d'implication des PTF n'est plus à démontrer, il est à redouter que l'appui de l'USAID pour les années à venir ne soit conditionné par une meilleure preuve de résultats enregistrés au niveau du programme..</p> <p>Il est toutefois à noter que la contribution de la Coopération Belge pourra être augmentée selon le niveau d'exécution du budget de l'année antérieure et dans la mesure où cela cadrerait avec le mandat de la coopération Belge et la mission de la DSME.</p> |

Annexe 3 : Liste des participants à l'atelier de revue à mi-parcours de la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale (Lokossa, Hôtel la Madeleine, du 26 au 30 Juillet 2011)

| N° | NOM ET PRENOMS | FONCTION /TITRE STRUCTURE DE PROVENANCE | CONTACT | Adresse e-mail |
|----|----------------------------------|--|------------------------------|--|
| 1 | ABADA C.H. Richard | Médecin/C/SSF DDS O/P-Novo | 96 05 28 83 | abadarichard@yahoo.fr |
| 2 | ABONNEL Christian | Coopération Française | 95 75 45 09 | abonnelchristian@hotmail.com |
| 3 | ADJIBABI Chérifatou | Pharmacien /PNLP/Cotonou | 90 91 12 80 | cheribel_01@yahoo.fr |
| 4 | ADJIBOCHA NOUA Eugénie | IAS/SFE Personne Ressource/Coto | 96 14 00 36 | gbemissola_folakemi@yahoo.fr |
| 5 | AGBETE Ida | TSSIO/DDS Zou Abomey | 97 43 29 81 | idgbete2@yahoo.fr |
| 6 | AGBOHOU HOUINATO Olga | Pédiatre/C/SMI/DSME/MS Cotonou | 97 07 42 27 | oagbohoui@yahoo.fr |
| 7 | AHOMLANTO Hyacinthe | Gynécologue DSME/A/MS/Cotonou | 97 72 00 57 | ahomcinthe@yahoo.fr |
| 8 | AHOUNOU D. Gaston | C/SPF/DSME / MS Cotonou | 97 27 99 57 | ahoudes2001@yahoo.fr |
| 9 | AMAYUN Mitton | MD.MPH CE Santé/USAID | 95 95 56 22 | mamayun@usaid.gov |
| 10 | ASSOUMA Inoussa | Directeur HZ Covè | 95 71 78 81 | assouma1976@yahoo.fr |
| 11 | BACHIROU SOFONU Ossilatou | CAS/SFE/DDS Mono Lokossa | 95 71 04 61 | bachirouossilatou@yahoo.fr |
| 12 | BACO MAMA CHABI Aminatou | TSSIO/CD/DSME/MS Cotonou | 96 74 00 82 | amina_baco@yahoo.fr |
| 13 | BOULANKI Philomène | SFE/CD/SME/DDS Borgou Parakou | 97 16 49 23 | filagoss@yahoo.fr |
| 14 | CASSEHOUIN C. Henri | NPO, Suivi et Evaluation UNFPA/Cotonou | 21 31 53 66 / 96 18 77 63 | cassehoun@unfpa.org |
| 15 | DANHOEGBE Edmond | Ingénieur/Planificateur/DPP/MS | 97 02 32 12 | edanhoegbe@yahoo.fr |
| 16 | DARATE René | DSME/MS Cotonou | 97 24 04 91 | rdarate@yahoo.fr |
| 17 | DODOO Virgile | MCZS KTL/ Klouékanmé | 97 17 17 44 | dodoovirgile@gmail.com |
| 18 | DOSSOU-TOGBE Pascal | Médecin /ANGC/MS /Cotonou | 95 05 64 40 | pdosto2000@yahoo.fr |
| 19 | DOVONOU Marie Anne | Gynécologue /AMCES/ Cotonou | 95 56 87 14 | dovsel@yahoo.fr |
| 20 | EROUBINOU Reine Odile | Secrétaire DSME/MS Cotonou | 97 68 36 36 | reineodi@yahoo.fr |
| 21 | ETCHISSE MARTIN Lolyta | CAS/SFE/CS Azovè | 90 01 02 31 | |
| 22 | FINOUE Mathias | Statisticien / DPP/ MS Cotonou | 95 42 44 92 | finoude@yahoo.fr |
| 23 | GBENOU Dina | Médecin/OMS/ Cotonou | 97 29 02 53 | gbenoud@bj.afro.who.int |
| 24 | GOUDA A. Hakim | Médecin ZS Tanguiéta | 97 98 56 66 | goudakim@yahoo.fr |
| 25 | GUEDEGBE Ghyslain | Statisticien / ABMS/PSI/Cotonou | 96 54 82 52 | ghysco@yahoo.fr |
| 26 | GUEDEME Alphonse | C/SSME DDS Attq.Littoral / Cotonou | 95 05 43 29 | aguedeme@yahoo.fr |
| 27 | HOUNDEFFO Tiburce | CUGO | 97372750 | htiburce@yahoo.fr |
| 28 | HOUNGBADJI TOTCHENOU Marcelle | CD/Santé de la Mère/DSME/MS Cotonou | 97 69 46 35 | cellath2002@yahoo.fr |
| 29 | KITIHOUS Serge I. M | Médecin/ABPF/Cotonou | 95 95 69 10 | seinomak@yahoo.fr |
| 30 | LATOUNDI M. Chakirou | Gynécologue /AGOPB/ Cotonou | 97 44 40 44 | amochalat@yahoo.fr |
| 31 | MAMA DJIBRIL Issa | Directeur CHD Borgou | 96 30 11 13 | issadjibril01@yahoo.fr |
| 32 | MBOLA MBASSI Symplice | UNFPA/Cotonou | 66 53 10 99 | mbolambassi@unfpa.org |
| 33 | MONTEIRO O.Laurence | SFE/ASFB/Cotonou | 97 98 02 43 | saslolo@yahoo.fr |
| 34 | N'TCHA Jean | C/SSF DDS Atacora/Donga Natitingou | 90 93 51 43 | njeanwilliam@yahoo.fr |
| 35 | OLADJIDE Azaria | Assistant du Consultant | 95 49 30 76 | azaria.oladjide@gmail.com |
| 36 | OSSENI Raimi S. | Consultant UNFPA/Cotonou | 95 10 82 46 | srosseni@gmail.com |
| 37 | PERRIN René Xavier | Prof.de Gynécologie:HOMEL/Cot | 97 97 50 30 | perrinx@yahoo.fr |
| 38 | QUENUM Alban | Médecin/ UNICEF/ Cotonou | 97 92 68 67 | aquenum@unicef.org |
| 39 | SARE G. Idrissou | Médecin/ZS Bembèrèkè | 95 24 86 91 | idrissousare@yahoo.fr |
| 40 | SOGLOHOUN Crespin Théodore | MCZS Pobè | 90 12 29 05 / 95 05 04 59 | cresth2004@yahoo.fr |
| 41 | TOSSOU Jacques | Médecin/DFRS/MS Cotonou | 95 95 61 08 | jacquestossou@yahoo.fr |
| 42 | WANKPO Berger | Pharmacien /CAME/Cotonou | 97 42 03 04 | bwankpo@yahoo.fr |
| 43 | ZOUNTCHIME Serge A. | Informaticien/DPP/MS/Cotonou | 95 81 92 03 | sergezountchem@yahoo.fr |