

REMERCIEMENTS

L'élaboration du Plan Intégré de Communication traduit la volonté politique permanente des Autorités du Bénin de rendre plus efficace la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile.

Le Ministère de la Santé adresse ses remerciements les plus sincères à :

- Tous les cadres du Ministère de la Santé et des autres ministères qui œuvrent pour la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ;
- L'UNICEF pour son appui technique et son soutien financier tout au long du processus d'élaboration, de validation et de dissémination de ce document et pour son appui à l'accompagnement des zones sanitaires dans la mise en œuvre de ce plan ;
- Tous les autres partenaires techniques et financiers : OMS, UNFPA, USAID/ARM3, PRISE-C, ABMS/ PSI, CRS ;
- Toutes les ONG de développement et les Réseaux des associations qui ont appuyé le processus par leur expertise ;
- L'équipe de rédaction du plan.

Nos remerciements s'adressent également à toutes les personnes ressources et à tous les participants aux divers ateliers d'élaboration, de finalisation et de validation du document.

SOMMAIRE

SIGLES ET ABBREVIATIONS.....	3
RESUME.....	4
INTRODUCTION.....	6
PARTIE 1 : GENERALITES.....	8
I-PRESENTATION DU BENIN.....	9
Situation géographique et administrative.....	9
Situation démographique et économique.....	10
Situation socioculturelle.....	11
II-SYSTEME DE SANTE AU BENIN.....	13
Organisation du système de santé au Bénin.....	13
Situation épidémiologique.....	15
Orientations stratégiques	15
III-METHODOLOGIE.....	17
IV. CADRE CONCEPTUEL DU PLAN INTEGRE DE COMMUNICATION.....	18
Définition des concepts clés dans le cadre de la communication	18
Modèle d'analyse communicationnelle.....	21
PARTIE 2 : ANALYSE.....	22
I-ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE DE LA MERE, DU NOUVEAU-NE ET DE L'ENFANT.....	23
Situation sanitaire de la mère.....	23
Situation sanitaire du nouveau-né.....	23
Situation sanitaire de l'enfant de 0 à 5 ans	24
II-ANALYSE COMPORTEMENTALE ET ENVIRONNEMENTALE.....	25
Comportements et déterminants liés à la mortalité maternelle.....	25
Comportement et déterminants liés à la mortalité néonatale	31
Comportements et déterminants liés à la mortalité infanto-juvénile.....	33
Segmentation des cibles.....	39
Analyse des interventions en communication.....	40
Défis.....	44
PARTIE 3 : CADRE STRATEGIQUE.....	45
I- VISION ET PRINCIPES DIRECTEURS ET OBJECTIFS	46
Vision.....	46
Principes directeurs.....	46
II OPTIONS STRATEGIQUES.....	48
La communication pour le développement.....	48
Autres options.....	50
III RESULTATS ATTENDUS	51
IV CANAUX ET SUPPORTS DE COMMUNICATION	51
V AXES STRATEGIQUES D'INTERVENTION	52
Axe 1 : Prévention des complications liées à la grossesse et l'accouchement	53
Axe 2: Prévention des principales affections chez nouveau-né et les enfants de 0 à 5 ans.....	61
Axe 3: Renforcement et Suivi des interventions en communication	80
PARTIE 4 : CADRE OPERATIONNEL.....	87
I-MECANISME DE MISE EN ŒUVRE	88
II-MECANISME DE COORDINATION	90
III- RESSOURCES NECESSAIRES.....	91
IV- CONDITIONS DE REUSSITE.....	91
PARTIE 5 : CADRE DE SUIVI ET D'EVALUATION.....	93
PARTIE 6 : PLAN DE MISE EN ŒUVRE ET CADRE LOGIQUE.....	95
PLAN DE MISE EN ŒUVRE.....	96
CADRE LOGIQUE.....	113
CONCLUSION	121
BIBLIOGRAPHIE.....	122

SIGLES ET ABREVIATIONS

APR	Approche pour la Promesse Renouvelée
ANV-SSP	Agence Nationale pour la Vaccination et les Soins de Santé Primaire
CCC	Communication pour un changement de Comportement
CPN	Consultation Prénatale
CPoN	Consultation Post natale
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CPS	Centre de Promotion Sociale
CS	Centre de Santé
CAP	Connaissances Attitudes Pratiques
COGECS	Comité de Gestion des Centres de Santé
DDS	Direction Départementale de Santé
DNSP	Direction Nationale de la Santé Publique
DSME	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
EEZS	Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ETME	Elimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
HOMEL	Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune
HZ	Hôpital de Zone
IEC	Information Education Communication
IRA	Infection Respiratoire Aigüe
INSAE	Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
IRSP	Institut Régional de Santé Publique
MS	Ministère de la Santé
MIILD	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'action
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de L'Enfant
OSC	Organisation de la Société Civile
PF	Planification Familiale
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNDS	Plan National de Développement sanitaire
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SONU	Soins Obstétricaux Néo nats d'Urgence
SOUB	Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UVS	Unité Villageoise de Santé
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZS	Zone sanitaire

RESUME

Le Plan Intégré de Communication pour la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant au Bénin ressort de la volonté du gouvernement béninois à travers le Ministère de la Santé de faire un lien étroit entre l'offre et la demande de services. Il vise l'adoption de comportements favorables à la santé tant au niveau de l'individu que de la communauté et une meilleure utilisation des services.

En effet, dans le cadre de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement, le Bénin à l'instar des autres pays du monde, s'est engagé à réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ; de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle et d'assurer d'ici à 2015, l'accès universel à la santé reproductive. Des efforts ont été faits pour améliorer l'offre de service de santé, mais il se révèle que les principaux problèmes de santé sont aussi liés à des causes comportementales influencées par une multiplicité de facteurs : socioculturels, économiques, qualité de services offerts, l'accueil etc.

La majorité des décès des mères, des nouveaux nés et des enfants de moins de cinq ans est liée surtout aux affections évitables. Afin de renforcer son engagement pour la survie des mères, des nouveau-nés et des enfants, le Bénin a adhéré au mouvement « une promesse renouvelée » pour « qu'aucune mère et qu'aucun enfant ne meurt de causes évitables »...

Le présent plan a donc pour but de contribuer, de 2014 à 2018, à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile au Bénin.

Il prévoit trois (03) objectifs stratégiques à savoir :

1. Amener 50% des femmes en âge de procréer à adopter des comportements à moindre risque pour la survie des mères, des nouveaux- nés et des enfants de 0 à 5 ans ;
2. Augmenter la demande de services de santé pour la mère, le nouveau-né et l'enfant de 0 à 5 ans de 15% ;
3. Renforcer les compétences des prestataires socio-sanitaires et communautaires à offrir des services de qualité en matière de communication pour un changement de comportement.

Il se décline en trois (03) axes stratégiques :

1. Axe stratégique 1 : Prévention des complications liées à la grossesse et à l'accouchement ;
2. Axe stratégique 2 : Prévention des principales affections chez le nouveau-né et les enfants de 0 à 5 ans ;
3. Axe stratégique 3 : Renforcement et suivi des interventions en communication.

Les principales interventions doivent se focaliser sur les différentes périodes-clés de la vie durant les phases pré-conceptionnelle, prénatale, l'accouchement, la période post natale, la période infanto-juvénile. Elles s'inscrivent dans la mise en œuvre des objectifs du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS).

Ce plan a pour principes directeurs :

- 1. l'Implication active de tous les acteurs de la communication pour la santé maternelle, néonatale et infantile ;*
- 2. l'Implication et la participation des leaders, des décideurs et de la communauté ;*
- 3. l'Opérationnalisation du plan au niveau des zones sanitaires, des communes et des communautés à la base ;*
- 4. le Lien entre l'offre et la demande de services ;*
- 5. la Promotion de la dimension genre et l'équité ;*
- 6. le Suivi et l'évaluation.*

Le mécanisme de mise en œuvre de ce plan est calqué sur la pyramide sanitaire jusqu'au niveau communautaire avec l'appui des autres secteurs. La responsabilité au niveau central incombe à la DSME en collaboration avec les autres directions techniques et Projets/programmes impliqués dans la santé maternelle et infantile.

INTRODUCTION

Le Bénin, à l'instar des autres pays du monde, s'est engagé entre autres à réaliser les objectifs 4 et 5 des OMD qui visent la réduction de la mortalité infanto-juvénile et maternelle.

En effet, le Bénin est en mesure d'atteindre l'OMD 4, car les résultats des EDS affichent une nette amélioration des indicateurs de mortalité néonatale et infanto-juvénile passant respectivement de 32 à 23 pour mille et de 125 à 70 pour mille de 2006 à 2011.

Cependant des efforts complémentaires sont nécessaires afin de réduire les disparités entre les différentes régions du pays et projeter l'avenir en lien avec « la promesse renouvelée » qui constitue un nouvel engagement pris par les pays en faveur de la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

La perspective d'améliorer la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile nécessite une synergie d'actions notamment les actions de communication pour le développement visant le changement de comportements favorables à la santé au niveau de l'individu, de la famille, et de la communauté et l'amélioration de la demande de services.

La mère, le nouveau-né et l'enfant sont confrontés à des affections connues pour lesquelles il existe des interventions efficaces et scientifiquement prouvées ayant un haut impact sur la mortalité comme l'utilisation de la MIILD, la prise en charge du paludisme, la vaccination, l'accouchement assisté...

Malgré ces interventions, beaucoup d'efforts restent à faire car les résultats de l'EDS 2011-2012 indiquent qu'au Bénin, moins de 50% des enfants de 12 à 23 mois ont été complètement vaccinés et près de 10% des enfants cibles du PEV n'ont reçu aucun vaccin. Aussi, seulement 33% des enfants de 0 à 6 mois sont-ils exclusivement allaités au sein selon la même source.

Si l'atteinte de l'OMD 4 d'ici à 2015 semble être amorcée, celle relative à l'OMD 5 a de la peine à décoller. Les données disponibles indiquent que le taux de mortalité maternelle tourne encore autour de 397 pour cent mille naissances vivantes (EDS 2006). Dans ce contexte, d'importants efforts ont été faits quant à l'amélioration et l'accessibilité des services de santé. Néanmoins, peu d'interventions se sont focalisées sur la promotion des pratiques de santé et l'amélioration de la demande de service qui demeure encore à 65% selon le SNIGS 2012 avec des disparités entre les régions et entre les couches socio-économiques.

L'accent doit être mis à présent sur des interventions de communication coordonnées, régulières et pérennes, menées au sein des communautés, dans les familles que dans les

formations sanitaires sur la base d'une analyse efficace de situation prenant en compte des réalités socio-économiques et culturelles.

Ainsi, le présent Plan Intégré de Communication (PIC) est élaboré par le Ministère de la Santé avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) du secteur de la santé. Il fait l'analyse de la situation de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, des déterminants des comportements observés et propose de nouvelles interventions de communication visant les changements de comportements et l'amélioration de la demande de services. Ce plan décline les orientations stratégiques au niveau national tout en tenant compte de l'environnement actuel des OMD et de l'APR, la mise à échelle du PIHI, l'appropriation au niveau communautaire et la pérennisation des acquis.

Les principales interventions vont se focaliser sur les périodes critiques de vie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant : prénatale, accouchement, post- natale, développement de l'enfant de 0 à 5 ans.

1^{ERE} PARTIE : GENERALITES

I. PRESENTATION DU BENIN

1.1 Situation géographique et administrative

La République du Bénin est un état de l'Afrique subsaharienne situé dans le golfe de Guinée. Elle est limitée au Nord par le fleuve Niger, au Nord-ouest par le Burkina Faso, à l'Ouest par le Togo, à l'Est par le Nigéria et au Sud par l'océan Atlantique. Elle couvre une superficie de 114.763 km² et s'étend sur une longueur de 700 km. Sa largeur varie de 125 km le long de la côte à 325 km à la latitude de Tanguiéta. Elle présente de vastes étendues faiblement peuplées au nord et des zones méridionales plus densément peuplées.

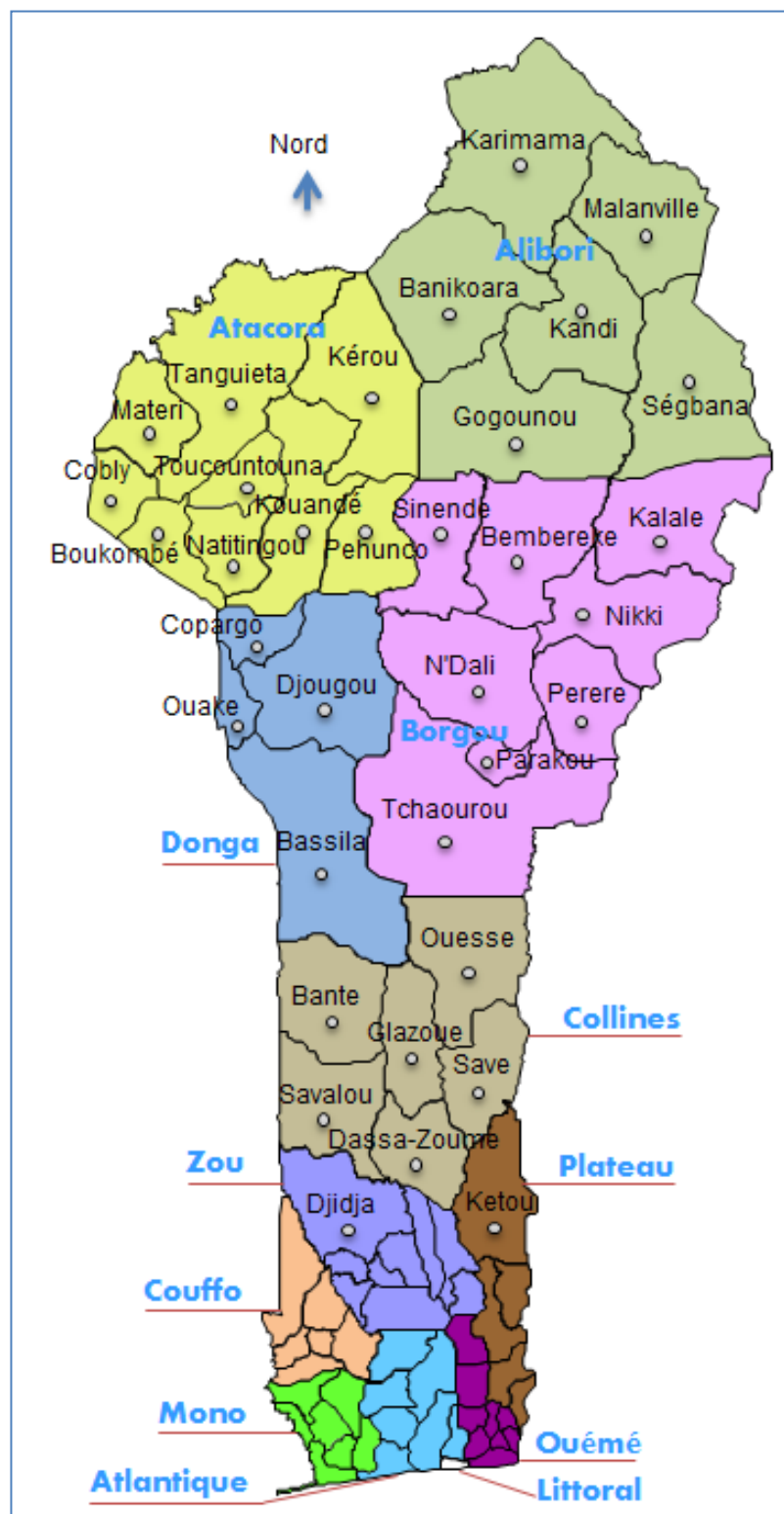
Situé dans la zone intertropicale, le Bénin a un climat chaud et relativement humide. Depuis plusieurs années, on constate des perturbations amenant soit des inondations, soit la sécheresse prolongée. L'étude AGVSAN de 2008 montre que 52% des villages et quartiers enquêtés au Bénin sont enclavés durant une partie de l'année du fait essentiellement de la pluviométrie et de l'état dégradé des routes.

La loi n°97-028 du 15 janvier 1999 portant organisation de l'administration territoriale de la République du Bénin dispose, en son article 6, que le territoire national est découpé en douze départements qui prennent les dénominations ci-après : Alibori, Atacora, Atlantique, Borgou, Collines, Couffo, Donga, Littoral, Mono, Ouémé, Plateau et Zou. Les douze départements sont subdivisés en 77 communes dont trois à statut particulier (Cotonou, Porto-Novo et Parakou). Chaque commune est gérée par des organes élus que sont le maire et le conseil communal/municipal et est dotée d'une autonomie financière.

Les communes sont subdivisées en arrondissements (546), eux-mêmes subdivisés en villages ou quartiers de ville (5290). Les conseils de village ou quartier de ville constituent les unités administratives de base.

LEGENDE

BORGOU	
ABORI	
DONGA	
ATACORA	
COLLINES	
ZOU	
COUFFO	
MONO	
ATLANTIQUE	
LITTORAL	
OUEME	
PLATEAU	



Carte du BENIN

1.2 Situation démographique et économique

Selon les résultats provisoires du RGPH4 de l'INSAE, la population du Bénin est estimée à 9 969 492 habitants en 2013 dont 5 108 632 de femmes soit 51,2 % de la population totale. Elle est inégalement répartie entre les départements du Nord et du Sud. La répartition par âge met en évidence une forte proportion de jeunes.

Les estimations de l'INSAE affichent qu'en 2012, 18% des femmes et 22% des hommes sont âgés de 15-19 ans. La population béninoise est à dominance rurale (60%).

Tableau 1 : Evolution de la population béninoise de 1961 à 2013

Année	1961	1979	1992	2002	2006	2013
Pop. Totale du Bénin	2 082 511	3 331 210	4 915 515	6 769 914	7 839 914	9 969 492

Source : INSAE, Enquête démographique (1961) ; RGPH1 (1979) ; RGPH2 (1992) ; RGPH3 (2002) ; RGPH 4 (2013)

Le Bénin est un pays à faible revenu et son économie est basée essentiellement sur la production agricole et les activités portuaires. L'élevage et la pêche sont pratiqués de manière artisanale et couvrent environ 60% des besoins de la population. Le secteur industriel est embryonnaire. Les types d'occupations varient en fonction des caractéristiques socio-démographiques. Les femmes béninoises travaillent principalement dans la vente et services (50%) ainsi que l'agriculture (21%). Quant aux hommes, 40% sont occupés dans l'agriculture (EDS 2011-2012). Le PIB en 2012 était de 750 \$ US par habitant et par an. Près de la moitié de la population vit en dessous du seuil national de pauvreté. (Source : PNUD Indicateurs internationaux de développement).

1.3 Situation socioculturelle

1.3.1 Caractéristiques socio culturelles et niveau d'instruction

La diversité des ethnies et des langues constituent une caractéristique du Bénin. Une cinquantaine d'ethnies existent et se trouvent réparties majoritairement sur des aires géographiques bien déterminées. Les Fon et apparentés (39%), les Adja et apparentés (15%), les Yoruba et apparentés (12%), les Baatonou ou Bariba et apparentés (9%), les Fulfuldés/Peulh et apparentés (7%), les Otamari ou Bétamaribè et apparentés (6%) et les Yoms et apparentés (4%) constituent les principaux groupes ethniques du Bénin.

Si la langue officielle de travail est le français, 52 langues sont répertoriées au Bénin dont 11 sont les plus parlées. Les Béninois pratiquent différentes religions : traditionnelles africaines (23%), christianisme (43%) et islam (24%).

Cette diversité ethnique et religieuse implique également une diversité des attitudes et comportements vis-à-vis de la santé reproductive et la persistance de certaines coutumes néfastes à la santé de la femme : mariages précoces et parfois forcés, mariages consanguins, lévirat, mutilations sexuelles féminines, etc. De même, les interdits et tabous

alimentaires exposent les femmes, les jeunes filles et surtout les enfants à des risques sanitaires et autres insuffisances nutritionnelles.

La situation socioculturelle du Bénin est marquée par un taux d'alphabétisation et de scolarisation très faible. Selon les résultats de l'EDS 2011-2012 parmi la tranche de 15 à 49 ans, 73% des cibles sont sans niveau d'instruction et résident en majorité en milieu rural. La proportion de femmes n'ayant reçu aucune instruction est nettement plus élevée que celle des hommes (60% contre 33%).

1.3.2 La perception de l'enfant dans la société béninoise

Selon L'Analyse de la Situation de l'Enfant au Bénin, l'enfant est perçu comme un don de Dieu, un moyen de s'immortaliser. Dans la société béninoise, l'enfant est considéré de manière générale comme une richesse à préserver, le "bénéfice" du père et de la famille élargie. En milieu rural surtout, la richesse de la famille se mesure avant tout par le nombre de ses enfants.

L'EDS 2011-2012 révèle que le nombre idéal d'enfants selon les hommes et les femmes est respectivement de 5,7 et 4,6 enfants. Le nombre d'enfants souhaité par famille reste élevé montrant ainsi que les béninois aspirent à une famille nombreuse.

1.3.3 Environnement médiatique au Bénin

Selon l'EDS 2011-2012 les hommes sont plus exposés que les femmes aux médias (journal, radio, télévision). Presque une femme sur deux (46%) n'utilise aucun média pour s'informer (contre 30% des hommes) et cette proportion est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (58% contre 31%). La proportion de femmes non exposées aux médias varie aussi en fonction des départements : Atacora (85%), Alibori (80%), Donga (65%), Zou (56%), Collines (51%), Borgou (51%), Couffo (50%).

Le département du Littoral est de loin celui dans lequel les femmes ont plus accès aux médias. Elles regardent plus la télévision (79%) que la radio (63%). Dans les autres départements, les femmes écoutent plus la radio : Plateau (68%), Ouémé (53%), Mono (49%), Couffo (47%), Atlantique (46%), Collines (45%).

Quel que soit le média considéré, la radio demeure le média le plus accessible aux femmes et aux hommes.

II SYSTEME DE SANTE AU BENIN

2.1 Organisation du système de santé au Bénin

2.1.1 Le système de santé au Bénin

Le système national de santé a une structure pyramidale calquée sur le découpage administratif et territorial. Il comprend trois différents niveaux de soins : central, intermédiaire et périphérique qui s'articulent dans une dynamique fonctionnant de la périphérie vers le niveau central. Chaque niveau de soins offre un paquet d'activités standard en fonction du plateau technique et des ressources disponibles.

La zone sanitaire animée par une équipe d'encadrement comprend l'hôpital de zone (première structure de référence) et les centres de santé qui sont les services du premier échelon. Ces services de premier échelon offrent un paquet d'activités curatives, préventives, promotionnelles et réadaptatives à travers des stratégies fixes et avancées constituant ainsi le premier niveau de soin de la pyramide sanitaire.

Ensuite, le Centre Hospitalier Départemental (CHD) en tant que structure de deuxième niveau de référence, dispose d'un plateau technique plus large et plus équipé pour la prise en charge des complications référées du premier niveau.

Enfin, le Centre National Hospitalier Universitaire (CNHU) et les hôpitaux à caractère national représentent les structures nationales de référence (troisième niveau). Ils assurent des prestations de soins de santé spécialisées et servent de centre d'encadrement et de formation médicale et paramédicale.

Ce système ainsi décrit est détaillé dans le tableau ci-dessous

Tableau 2 : Système national de santé au Bénin en 2012

Niveaux	Structures	Institutions hospitalières et socio-sanitaires	Spécialités/Activités
CENTRAL ou NATIONAL	Ministère de la Santé	➤ Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU-HKM) ➤ Centre National de Pneumo-phtisiologie ➤ Centre National de Psychiatrie ➤ Centre National de Gériatrie ➤ Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) ➤ Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) ➤ Agence Nationale de Vaccination et des Soins de Santé Primaires (ANVSSP) ➤ Agence Nationale de la Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC) ➤ Agence Nationale de la Transfusion Sanguine (ANTS) ➤ Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) ➤ Service d'Accueil Médical des Urgence (SAMU)	➤ Médecine ➤ Pédiatrie ➤ Chirurgie ➤ Gynéco-obstétrique ➤ Radiologie ➤ Laboratoire ➤ O.R.L ➤ Ophtalmologie ➤ Cardiologie ➤ Dermatologie ➤ Urologie ➤ Banque de Sang ➤ Autres spécialités

Niveaux	Structures	Institutions hospitalières et socio-sanitaires	Spécialités/Activités
INTERMEDIAIRE ou DEPARTEMENTAL	Direction Départementale de la Santé	➤ Centre Hospitalier Départemental (CHD) ➤ Centre d'Information, de Prospective, d'Ecoute et de Conseil (CIPEC) ➤ Centre de Traitement Anti Lèpre (CTAL) ➤ Centre de l'Ulcère de Buruli d'Allada et de Pobè ➤ Centre de Pneumo-Phtisiologie d'Akron ➤ Centre Départemental de Transfusion Sanguine	➤ Médecine ➤ Pédiatrie ➤ Chirurgie ➤ Gynéco-obstétrique ➤ O.R.L ➤ Ophtalmologie ➤ Radiologie ➤ Laboratoire ➤ Autres spécialités ➤ Banque de sang
PERIPHERIQUE	Zone Sanitaire (Bureau de Zone)	➤ Hôpital de Zone (HZ) ➤ Centre de Santé (CS) ➤ Site de prise en charge du VIH/SIDA ➤ Centre d'Action pour la Solidarité et l'Evolution de la Santé (CASES) ➤ Formation sanitaire privée/confessionnelle ➤ Centre de Détection de la Tuberculose (CDT) ➤ Centre de dépistage de la lèpre et de l'ulcère de Buruli ➤ Centre de Dépistage Volontaire de VIH (CDV) ➤ Unité Villageoise de Santé (UVS)	➤ Médecine générale ➤ Chirurgie d'urgence ➤ Gynéco-obstétrique ➤ Soins curatifs ➤ Accouchements ➤ Radiologie ➤ Laboratoire ➤ Vaccination ➤ IEC/CCC ➤ Pharmacie ou dépôt pharmaceutique ➤ Loisirs ➤ Alphabétisation ➤ Activités à base communautaire

Source : SGSI/DPP/MS

2.1.2 Les interventions au niveau communautaire

Le niveau communautaire occupe de plus en plus de place dans le dispositif sanitaire comme niveau de réduction de la mortalité infanto-juvénile et maternelle. Les premiers soins se donnent au niveau familial et/ou communautaire par les mères et gardiennes d'enfants, les relais communautaires. Le Ministère de la Santé définit la politique de santé communautaire, de promotion de la santé et fait le suivi de la mise en œuvre.

En effet, au Bénin, le souci d'améliorer la santé des populations a conduit à des initiatives de continuum des soins du système au niveau communautaire. Cette passerelle est rendue possible grâce à l'utilisation non formelle d'agents communautaires par certains programmes depuis les années 70. En septembre 2003, un engagement politique a formalisé la promotion de la santé au niveau communautaire au Bénin par l'utilisation des relais communautaires en élaborant le document intitulé « Mécanisme d'implication des relais communautaires » pour recentrer leurs devoirs et droits.

En mai 2010, il a été élaboré et disséminé, le document intitulé "Directives Nationales pour la Promotion de la Santé au niveau Communautaire" avec l'appui de l'UNICEF et des autres partenaires techniques et financiers.

Enfin, en novembre 2013 un forum sur la santé communautaire, organisé par le Ministère de la Santé, a permis d'harmoniser les contenus des interventions et de dégager un consensus national sur la vision, le modèle, le paquet et le financement de la santé

communautaire au Bénin. Ainsi, le cahier de charge comporte les activités promotionnelles/promotion des PFE, les activités préventives chez la mère et l'enfant ainsi que la prise en charge des premiers soins du paludisme, de la diarrhée, des IRA chez les enfants de 0 à 5 ans. Ces interventions se mènent avec la participation des communautés sous la supervision des responsables des centres de santé.

2.2 Situation épidémiologique

Le Bénin se caractérise par l'inégalité d'accès physique aux soins de santé en raison de l'insuffisance des infrastructures, la mauvaise répartition du personnel qualifié sur l'étendue du territoire, des pesanteurs et comportements socioculturels. De même, de multiples facteurs contribuent à la mauvaise santé de la population à savoir : l'insécurité alimentaire, l'habitat insalubre par endroit avec une promiscuité néfaste liée aux ordures et aux excréta, l'approvisionnement insuffisant en eau potable, le manque d'hygiène publique et individuelle, l'insuffisance de structures de protection de l'environnement.

Tous ces facteurs créent des conditions favorables à la prolifération des maladies transmissibles ou non et influencent négativement l'espérance de vie qui est de 59 ans chez les hommes et de 60 ans chez les femmes au Bénin en 2012.

Le Bénin a montré des tendances de taux de fécondité légèrement en baisse. Ce taux est passé de 5,7 enfants par femme en 2006 à 4,6 enfants par femme selon les résultats de l'EDS 2011-2012. Bien que la majorité des femmes connaissent au moins une méthode contraceptive moderne, le Bénin reste l'un des pays africains dans lequel le taux d'utilisation des méthodes contraceptives n'a pas augmenté : il stagne autour de 8% de 2001 à 2011.

Selon cette même source, les indicateurs du Bénin montrent un certain déclin de la mortalité infanto-juvénile. En effet, les taux de mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile sont passés respectivement de 32 à 23 pour mille, de 67 à 42 pour mille et de 125 à 70 pour mille naissances vivantes entre 2006 et 2011.

Quant au taux de mortalité maternelle, il a connu une légère baisse de 397 naissances pour mille en 2006 (EDS) à 350 en 2010 selon les estimations de l'IGME.

2.3 Orientations stratégiques au profit de la santé de la mère et de l'enfant

2.3.1 Les OMD

En ce qui concerne la santé de la mère et de l'enfant, le Bénin s'est engagé pour atteindre entre autres, les objectifs suivants :

Tableau 3 : Tableau synthétique des OMD 4 et 5

Objectifs 4 et 5	Cibles (niveau mondial)	Indicateurs de suivi	Progrès à ce jour	Cibles OMD en 2015 pour le Benin
OMD4 Réduire la mortalité infantile et post-infantile	4.A. Réduire de deux tiers entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	4.1 Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	70 pour 1000	65 pour 1000 (forte probabilité de réalisation)
		4.3 Proportion d'enfants d'1 an vaccinés contre la rougeole	70%	100% (moyenne probabilité de réalisation)
OMD5 : Améliorer la santé maternelle	5.A. Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle	5.1 Taux de mortalité maternelle	410 pour 100000	125 per 100.000 (faible probabilité de réalisation)
		5.2 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié	84%	100% (forte probabilité de réalisation)
	5.B: Assurer d'ici 2015, l'accès universel à la santé reproductive	5.3 Taux de prévalence de la contraception	13%	100% (faible probabilité de réalisation)
		5.5 La couverture en soins prénataux (au moins une visite et au moins quatre visites)	83,4%	100% (forte probabilité de réalisation)

Source : Initiative 1000 jours pour la réalisation des OMD au Bénin □ plan d'actions multisectoriel 2014-2015

2.3.2 Les Interventions traceurs du PIHI

Dans la perspective de l'atteinte des OMD, des interventions ayant un impact sur la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile ont été définies au Benin. Ces interventions sont basées sur des constatations et évidences internationalement reconnues et scientifiquement avérées. De ces interventions se dégagent quatorze (14) interventions « traceurs » selon le niveau.

Tableau 4 : Les interventions traceurs du PIHI

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

Source : PIHI/MS Mai 2010

2.3.3 Approche pour la Promesse Renouvelée (APR)

Partant de l'initiative des Nations unies « Chaque femme, chaque enfant », l'appel à l'action de Washington en faveur de la survie de l'enfant, auquel le Bénin a pris part en juin 2012 « S'engager pour la survie de l'enfant : Une Promesse Renouvelée » a été lancé.

Cet engagement pris par le Bénin a été lancé en Octobre 2013 par le Ministre de la Santé. L'APR vise la survie de la mère et de l'enfant et met un accent sur la prise en charge des trois principales causes de mortalité des enfants de moins de cinq ans (pneumonie, diarrhée et paludisme). Il invite à mieux satisfaire les besoins des femmes en matière de régulation des naissances et à assurer la qualité de l'eau utilisée par les ménages à travers le traitement de l'eau à domicile.

III. METHODOLOGIE

Le processus d'élaboration s'est déroulé selon une approche participative qui a mis en présence divers acteurs du secteur de la santé, les COGECS, les OSC et les PTF (UNICEF, OMS, USAID/ARM3, PRISE-C, UNFPA, PSI...) sous la direction du Ministère de la Santé à travers la DSME.

Cinq étapes essentielles ont permis l'élaboration du présent document :

1. Renforcement des capacités des acteurs du Ministère de la Santé en communication pour l'élaboration du PIC et mise en place du comité de pilotage
2. Réalisation d'une étude qualitative sur les PFE/PEE
3. Revue documentaire par une équipe restreinte pour l'analyse de la situation
4. Organisation d'ateliers participatifs d'élaboration du PIC et rédaction du draft du plan par une équipe restreinte (UNICEF, OMS, DSME, DNSP, ANV- SSP, PNLS, ZS/PAK, Personnes Ressources).
5. Validation du Plan Intégré de Communication (PIC) pour la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

Ces travaux se sont basés sur des documents stratégiques et normatifs existant dans le secteur de la santé, notamment le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018), les documents de politiques nationales relatifs à la survie de la mère du nouveau-né et de l'enfant (Stratégies Nationales pour la Réduction de la mortalité Maternelle et Néonatale 2009-2015 , Plan Stratégique pour la survie de l'enfant au BENIN 2011-2015 , Plan National d'Elimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant 2012-2015), les études de base existantes (Rapport de l'EDS IV, la SITAN, les rapports sur les pratiques familiales essentielles et pratiques d'éveil de l'enfant, le rapport d'analyse sur les

déterminants de l'utilisation de la vaccination ...), les annuaires statistiques sanitaires, les directives de promotion de la santé communautaire, les rapports des états généraux de vaccination, rapports des fora sur la santé communautaire et l'ETME, les documents de stratégie de réduction de la pauvreté, Bénin ALAFIA 2020, EDS III, ont été exploités.

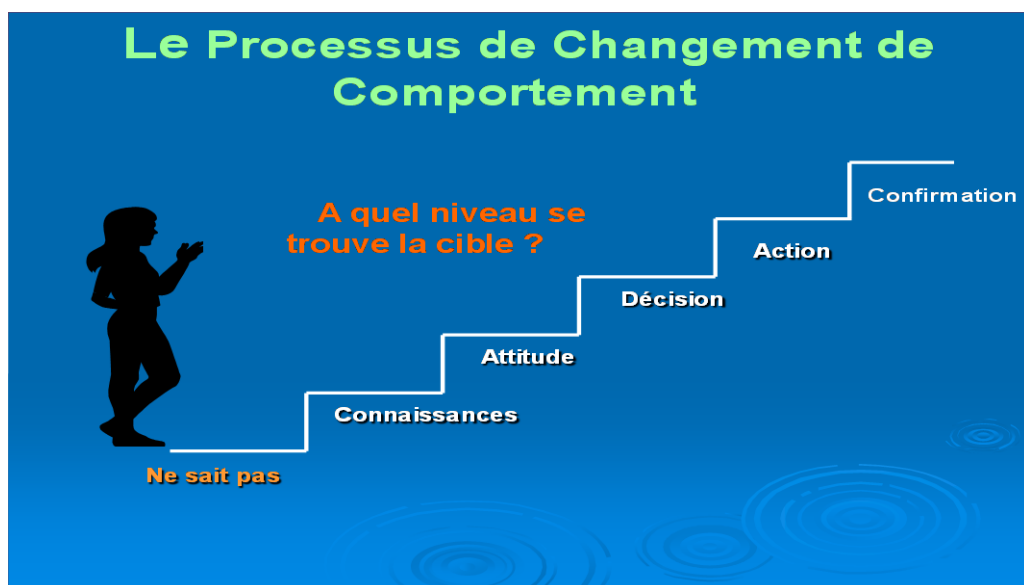
D'autres documents comme les plans de communication existants dans le secteur ont été exploités : Document de Stratégie Nationale de Communication sur la Réduction de la Mortalité Maternelle au Bénin, le Plan Intégré de Communication pour le Renforcement de la Lutte contre le Paludisme au BENIN 2006-2010, le Plan opérationnel de communication pour la lutte contre le Sida au Bénin document sur la théorie de GREEN (modèle d'analyse....).

IV. CADRE CONCEPTUEL DU PIC

4.1 Définition des concepts clés dans le cadre de la communication

4.1.1 Comportement

Le comportement est la manifestation visible du savoir, du savoir-faire et du savoir être d'un individu ou d'une communauté. Le changement de comportement d'un individu est un ensemble de réactions, de conduites conscientes et inconscientes caractérisé par la modification d'une action et d'une façon de se comporter. Il passe par des étapes ayant une durée variable selon que l'individu concerné est un innovateur, un adoptant précoce, moyen ou traînard.



Source : Document de stratégies de communication pour la réduction de la mortalité maternelle

4.1.2 Participants

Il existe trois catégories de participants : les participants primaires, les participants secondaires et les participants tertiaires.

Les participants primaires ou de premier rang comprennent les personnes ou groupes devant adopter ou changer de comportements, d'attitudes ou de pratiques.

Les participants secondaires sont les personnes pouvant apporter un soutien matériel ou immatériel au changement souhaité au niveau du participant primaire (Ex : les personnes influentes au sein de la famille, ceux qui exercent un magistère dans la communauté les belles-mères qui jouent un rôle important dans la décision des couples et des femmes dans le ménage).

Les participants tertiaires sont les personnes ou institutions qui décident ou influencent la prise de décision sur une question d'intérêt public.

Les participants se retrouvent à différents niveaux en étant soit de la communauté des acteurs de mise en œuvre ou des acteurs de décisions. La Communication pour le développement distingue trois niveaux d'influence ou d'interventions à savoir le niveau micro, le niveau méso et le niveau macro.

Niveau micro

Le niveau micro représente la communauté. On y distingue les trois catégories de participants précités.

Participants Primaires/micro : Il s'agit des mères, des parents, des gardiennes d'enfants, des femmes enceintes, des jeunes et adolescents.

Participants Secondaires/micro : les membres de la famille, le mari, la belle-mère, les pairs.

Participants tertiaires/micro : Il s'agit des représentants des institutions locales, les chefs religieux et traditionnels, les leaders locaux d'opinion, les chefs des associations, chefs de village/quartier, leaders religieux, leaders traditionnels, leaders d'opinion, amis, pairs.

Au niveau communautaire ils s'organisent pour mener des initiatives pour la communauté.

Niveau méso

Le niveau méso correspond aux acteurs de la mise en œuvre. C'est le niveau intermédiaire et opérationnel. Il s'agit des prestataires de service, des collectivités territoriales décentralisées, des administrations publiques déconcentrées, les radios communautaires, les prestataires de services de santé

Niveau macro.

Le niveau macro correspond à ceux qui décident ou influencent de manière significative la prise de décision sur une question d'intérêt public. Ex : Autorités politico administratives pour l'adoption de textes législatifs, responsables politiques, représentants d'institutions publiques, représentants d'institutions et de programmes nationaux, personnes influentes au niveau national

4.1.3 Communication pour un Changement de Comportement (CCC)

La CCC est un processus itératif et participatif, à double sens, permettant d'échanger des informations, des idées, des connaissances, des opinions et des décisions, en vue de favoriser chez les individus, des changements durables de comportement ou l'adoption de comportements nouveaux concourant à l'amélioration des conditions de vie de ces individus.

4.1.4 Communication pour le Développement

La communication pour le développement est un processus double. Elle vise d'une part, à stimuler et à motiver les individus, les familles, la communauté, la société en général, à des changements positifs de comportements et l'adoption de normes sociales favorables à la santé, l'éducation et la protection des enfants. D'autre part, elle contribue à accroître la demande sociale pour les services sociaux de base de qualité qui répondent à leurs besoins.

Ce double objectif sera atteint :

- en établissant des systèmes d'interaction et de dialogue avec les familles et les communautés. Ceci permettra d'influencer leurs connaissances et pratiques coutumières en matière de santé, éducation et protection.
- en renforçant l'interface entre les communautés et les services techniques et administratifs permettant une meilleure coordination entre les composantes de l'offre et de la demande ;
- en améliorant le dialogue et la communication entre les prestataires de santé et les patients pour maximiser les opportunités de conseils et d'information lors de la recherche de soins, tout en renforçant l'établissement d'une relation de confiance entre techniciens et utilisateurs.

C'est une stratégie de communication qui vise le changement social. Elle combine plusieurs stratégies à savoir, la CCC, le plaidoyer, la communication pour un changement social, la mobilisation sociale et la participation communautaire.

4.2 Modèle d'analyse proposé

La méthode d'analyse proposée est celle de la théorie de changement de comportement de GREEN (PROCEED/PRECEDE). Elle permet de partir d'une analyse de la situation sanitaire afin de dégager les problèmes de santé, identifier les principaux comportements et leurs déterminants.

Il s'agit d'un modèle de planification basé sur les disciplines de l'épidémiologie, des sciences sociales, comportementales et de l'éducation. De manière résumée, les principes fondamentaux qui sont à l'origine de la conception de cette approche proviennent de la nature multifactorielle de toute problématique.

Ainsi, les efforts entrepris afin d'agir sur les comportements, l'environnement et les facteurs sociaux doivent nécessairement être multidimensionnels et multisectoriels. L'acronyme PRECEDE signifie "Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Environment Diagnosis and Evaluation" fait ressortir les facteurs prédisposants, facilitateurs et de renforcement identifiés par le diagnostic éducationnel et environnemental. L'acronyme PROCEED signifie quant à lui "Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development" "Politiques, réglementations et organisations dans le développement éducationnel et environnemental".

Le modèle PRECEDE - PROCEED met l'accent sur la planification des interventions en dirigeant l'attention vers les résultats attendus définis à partir du diagnostic de situation en terme social et épidémiologique. La présentation du cadre stratégique se fera suivant l'approche de la Gestion Axée sur les Résultats.

2^{ème} PARTIE : ANALYSE

I. ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE DE LA MERE DU NOUVEAU NE ET DE L'ENFANT

1.1 Situation sanitaire de la mère

Malgré les multiples interventions en faveur de la réduction de la mortalité maternelle au Bénin au cours de cette dernière décennie le taux de mortalité maternelle reste élevé. Il est estimé à 397 pour 100 000 naissances vivantes selon l'EDS 2006 et est loin des objectifs fixés pour les OMD à savoir 125 pour 100 000 naissances vivantes d'ici à 2015. Selon la même source, environ 1400 femmes meurent chaque année au Bénin des complications liées à la grossesse, à l'accouchement et aux suites de couches.

Selon les données du PNDS, les causes de décès maternels sont :

- **Causes médicales directes** : Hémorragie 25%, dystocies 10%, Complication HTA sur grossesse 13%, complication d'avortement 13%, anémies et les infections sévères 14%.
- **Causes médicales indirectes** : 25% (Diabète, Drépanocytose et Cardiopathie...).

1.2 Situation sanitaire du nouveau-né

En 2011 selon l'EDS, plus de la moitié des enfants qui décèdent avant de fêter leur premier anniversaire, meurent au cours des 28 premiers jours qui suivent leur naissance. Ceci rend compte de la forte vulnérabilité des enfants durant le premier mois de vie. Le taux de mortalité néonatale a connu une baisse entre 2006 et 2011 : il est passé de 32 à 23 pour mille naissances vivantes selon la même source. La plupart des décès surviennent à domicile. Les principales causes de décès des nouveaux nés sont liées à l'accouchement prématuré, aux infections, au tétanos néonatal, à la diarrhée, aux malformations congénitales et aux pneumonies.

Par ailleurs, les bébés de faible poids courent un risque de mortalité néonatale plus élevé que les bébés à poids moyens ou gros (30‰ contre 18‰). Or, le poids de naissance est surtout déterminé par la santé de la mère, sa maturité biologique et son état nutritionnel au cours de la grossesse. L'EDS 2011-2012, affiche que 13% des enfants nés au Bénin sont de faible poids (moins de 2,5 kg), donc vulnérables. Cette proportion est plus élevée parmi les naissances dont les mères étaient âgées de moins de 20 ans (16%). Cette situation s'observe surtout dans l'Alibori, le Mono et le Borgou.

La période néonatale demeure donc la plus critique pour la survie des enfants.

1.3 Situation sanitaire de l'enfant de 0 à 5 ans

Au Bénin, le taux de mortalité infanto juvénile est passé de 125 ‰ en 2006 à 70 ‰ en 2011. Les taux les plus élevés de la mortalité infanto juvénile sont observés en milieu rural (83‰ contre 62‰ pour le milieu urbain) avec des variations par départements. Les départements de l'Alibori, du Zou, du Couffo ont les taux les plus élevés.

Dans le monde, les principales affections qui causent les décès des enfants de moins de cinq ans sont le paludisme, la diarrhée et la pneumonie. Ces affections y compris l'anémie et la malnutrition constituent également les principales causes de décès des enfants de moins de cinq ans au Bénin. Les données rapportées par l'EDS permettent d'apprécier la situation des enfants.

Dans le domaine de lutte contre le Paludisme, malgré les progrès accomplis, les statistiques sanitaires révèlent que cette affection se trouve toujours au premier rang des affections tant pour les consultations, l'hospitalisation et le décès. La prévalence du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois est de 28% avec des disparités allant jusqu'à 51% dans l'Atacora.

Les Infections respiratoires aiguës (IRA) constituent la deuxième cause de consultation et la troisième cause de décès chez les enfants âgés de 0 à 5 ans d'après les statistiques sanitaires annuelles du Bénin, de 2010 à 2012.

La Diarrhée : selon l'EDS 2011-2012, la prévalence de la diarrhée qui est de 6% chez les enfants de moins de 6 mois augmente pour atteindre un maximum de 11% entre 6-11 mois, puis décline pour se situer à 4% entre 48 et 59 mois. La forte prévalence de la diarrhée est observée entre 6 et 11 mois, âge où l'enfant commence par recevoir des aliments autres que le lait maternel, par explorer son environnement, donc exposé aux agents pathogènes.

La malnutrition est relevée comme l'une des principales causes de mortalité infanto-juvénile selon l'analyse de la situation des enfants au Bénin. Elle constitue selon les données des annuaires statistiques 2010, 2011, 2012 la quatrième cause de décès des enfants de 0 à 59 mois enregistrées dans nos formations sanitaires. D'après l'EDS 2006, plus de 4 enfants sur 10 souffraient de malnutrition chronique (43,1%) et 8% de malnutrition aiguë. Ces enfants souffrant de malnutrition ont plus de risques de décéder que des enfants non malnutris. Aussi, l'EDS 2011-2012 renseigne que seuls 18% des enfants de 6 à 23 mois sont alimentés selon les critères requis.

L'anémie : Elle peut résulter d'une malnutrition, d'un paludisme ou d'une infection...

Plus de la moitié des enfants de 6 à 59 mois sont atteints d'anémie (58% en 2011 contre 78% en 2006). La situation est plus critique entre 6 et 23 mois (64 à 72%).

Le VIH et le SIDA chez l'enfant : selon les actes du forum ETME, décembre 2013, 617 maternités offrent les services PTME, soit une couverture de 61% avec un taux d'acceptation de 87,48% en juin 2013 chez les femmes admises en CPN. Les statistiques

du premier semestre 2013 du PNLS révèlent que sur les 152 605 gestantes admises en première consultation, 133 502 ont été dépistées et 1242 testées positives, 854 ont accouché sur un site PTME et 866 enfants sont nés de mères séropositives (avec naissances multiples). 373 enfants ont été dépistés dont 31 sont révélés séropositifs. Le taux de déperdition des femmes testées séropositives qui ne suivent pas le protocole reste toujours élevé. La prise en charge des enfants nés des parents séropositifs se heurte au problème de diagnostic précoce. Or, on sait que plus de 30% des enfants infectés, s'ils ne sont pas mis sous ARV, meurent avant l'âge de 12 mois et 50%, avant 2 ans. Donc beaucoup d'enfants décèdent avant la confirmation de leur statut sérologique et la mise en route du traitement ARV.

II. ANALYSE COMPORTEMENTALE ET ENVIRONNEMENTALE

Les principaux comportements et déterminants ont été renseignés par l'EDS 2011-2012 et les études qualitatives réalisées pour l'analyse de la situation des enfants par le LASDEL.

2.1 Comportements et déterminants liés à la mortalité maternelle

2.1.1 Problèmes comportementaux essentiels liés à la mortalité maternelle

Les principaux comportements identifiés sont renseignés par les résultats de l'EDS 2011-2012

➤ Grossesse précoce

Elle peut avoir des répercussions sur la santé de la mère et celle de l'enfant. 17% des femmes de 15 à 19 ans sont déjà mères ou enceintes et 13% des filles ont déjà eu leur premier rapport sexuel avant 15 ans.

➤ Non-respect de l'intervalle inter génésique « inférieur à 24 mois »

Ce non-respect augmente les risques de morbidité et de mortalité aussi bien chez les enfants que chez leur mère. La médiane de l'intervalle inter génésique est estimée à 35,6 mois soit pratiquement 3 ans au Bénin. Dans 16% des cas on observe un intervalle très court, inférieur à 24 mois. La fécondité chez les femmes béninoises demeure encore relativement élevée. Les femmes donnent naissance en moyenne à 4,9 enfants. Les résultats des différentes enquêtes EDS au Bénin montrent que les femmes du milieu urbain ont un niveau de fécondité plus faible que celle du milieu rural (4,3 enfants contre 5,4

enfants par femme). Les grossesses répétées et peu espacées influencent la santé de la mère et de l'enfant.

➤ **Non-respect des périodes et du nombre minimum de CPN**

La surveillance médicale de la grossesse a une influence considérable sur la santé de la mère et de l'enfant. Elle permet de déceler les complications qui peuvent mettre en danger la vie du couple mère/enfant et de bénéficier des différents autres services offerts (Vaccination, TPI, dépistage VIH...). 86% des naissances ont fait l'objet de consultations prénatales auprès d'un prestataire de santé formé avec des variations entre les départements : **57%** dans l'Alibori à **97%** dans l'Ouémé.

Cependant des difficultés s'observent dans la continuité de ces consultations.

➤ **Non-respect de la prise de TPI2 par les femmes enceintes**

Les femmes enceintes devraient prendre selon les normes requises deux doses de Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) avant l'accouchement pour prévenir le paludisme. Mais selon l'EDS 2011-2012 seulement 25% des femmes enceintes ont bénéficié des deux doses de SP avant l'accouchement.

➤ **Recours tardif au centre de santé**

Le recours au centre de santé intervient tardivement au sein des ménages. Les femmes enceintes n'ayant recours au centre de santé qu'après la survenue des complications, le centre de santé devenant ainsi le dernier recours.

➤ **Prise en charge tardive des cas par les prestataires dans les centres de santé**

Dans l'évaluation des besoins en Soins Obstétricaux d'Urgence de Mai 2003, il ressort clairement que l'un des principaux facteurs des décès maternels est lié au dysfonctionnement du système de santé. Ce dysfonctionnement est caractérisé entre autre par le retard dans la prise en charge des femmes enceintes au niveau du centre de santé. (Référence : document de politique nationale de réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2006-2015).

➤ **Accouchement à domicile**

Au Bénin, près de neuf naissances sur dix ont eu lieu dans un établissement de santé, en grande majorité dans le secteur public (75%).

Toutefois, il ressort que **13% des femmes ont accouché à domicile**. Les accouchements à domicile sont des pratiques qui perdurent encore dans les communautés surtout rurales et notamment dans les départements du Borgou et de l'Alibori.

➤ Faible observance de la surveillance postnatale dans les 48 heures

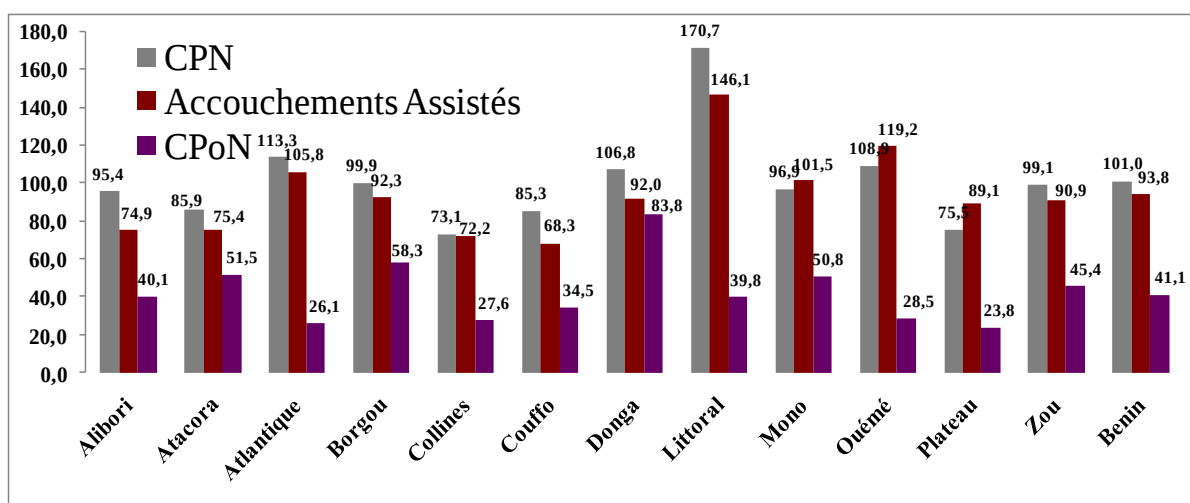
Une proportion importante de décès maternels et de nouveaux-nés surviennent dans la période néo natale et se produisent dans les 48 heures qui suivent l'accouchement. La plupart des femmes ne respectent pas les délais de 48h de suivi post-partum immédiat au centre de santé. Seulement une femme sur deux (51%) ayant eu une naissance vivante a subi un examen postnatal dans les deux jours suivant les délais recommandés. Près d'un tiers des femmes n'ont reçu aucun soin post natal avec une proportion plus élevée en milieu rural et chez les femmes sans niveau d'instruction.

➤ Faible recours à la consultation postnatale

Le suivi postnatal (dans la première semaine après accouchement) n'est pas une pratique courante dans la plupart des communautés et surtout en milieu rural.

C'est dans les départements de l'Alibori 68%, Couffo 45% que les proportions de femmes n'ayant reçu aucun soin postnatal sont plus élevées. Cette situation est confirmée par les données provenant du SNIGS.

Graphique : Pourcentage des consultations pré et postnatales et des accouchements assistés par département en 2012



Source : SGSI/DPP/MS, 2012

Les principaux problèmes comportementaux identifiés sont les suivants

1. Grossesse précoce
2. Non-respect de l'intervalle inter génésique (inférieur à 24 mois)
3. Grossesses multiples (au-delà de quatre enfants)
4. Non-respect des périodes et du nombre minimum de CPN
5. Non-respect des mesures de préventions du paludisme chez la femme enceinte (TPI/SP)
6. Recours tardif au centre de santé en cas de danger ou d'accouchement

7. Prise en charge tardive des cas par les prestataires dans les centres de santé
8. Accouchement à domicile
9. Faible observance de la Surveillance post natale dans les 48 heures au centre de santé
10. Faible recours à la consultation post natale

2.1.2 Déterminants des principaux comportements liés à la mortalité maternelle

Les pesanteurs socioculturelles, les facteurs économiques, la méconnaissance des signes de danger, le faible niveau d'instruction des femmes constituent les principaux déterminants à la base des comportements relevés.

La faible-utilisation des méthodes contraceptives apparait comme un des déterminants clés de la multiplicité des grossesses et le non-respect de l'espace inter génésique par certaines femmes même si le niveau de connaissances des méthodes modernes de contraception est nettement plus élevé que celui des méthodes traditionnelles (82% contre 49%) chez les femmes. La synthèse des déterminants se trouve dans le tableau ci-dessous.

Tableau 5 : Synthèse de l'analyse de la situation de la mère

Problème	Causes immédiates	Comportements à risque	Déterminants clés	Autres déterminants	Participants
Taux de mortalité maternelle élevée 397 pour cent mille naissances vivantes	-hémorragies graves de la délivrance -infections -éclampsies - accouchements dystociques -Paludisme	- Grossesses précoces - Non-respect de L'intervalle inter génésique (inférieur à 24 mois) - Grossesses multiples (au-delà de quatre enfants) - Non-respect des périodes et du nombre minimum de CPN - Non-respect des mesures de préventions du paludisme chez la femme enceinte (TPI/SP) et utilisation des MIILD - recours tardif au centre de santé en cas de danger ou d'accouchement - prise en charge tardive par les prestataires dans les centres de santé. - Accouchement à domicile - Faible observance de la Surveillance post natales dans les 48 heures au centre de santé - Faible recours à la consultation post natale	Insuffisances d'informations (grossesse, suivi de la grossesse, les services disponibles Incompréhension de la notion du suivi à titre préventif de la grossesse, le sentiment de perte de temps à se rendre en CPN, Le sentiment que la femme se porte bien Influence des pesanteurs socio culturelles (peur des forces maléfiques, apparence de la grossesse, faible pouvoir décisionnel de la femme, les interdits alimentaires et autres, les us et coutumes, influence des pairs, l'exposition de la nudité dans certaines couches socio linguistiques, la valeur accordée à la femme qui supporte la douleur ...) méconnaissance des signes de danger, Inexpérience des primigestes Retard dans la prise de décision de recours au centre de sante en cas de danger ou d'accouchement - Défaut d'encadrement parental Méconnaissance des signes de travail d'accouchement pour le recours précoce au centre Crainte de perte de temps (Préférence de rester à la maison plutôt que d'attendre au CS), Méconnaissance de l'importance du suivi du post partum immédiat	- faibles capacités financières, - Inaccessibilité géographique (l'éloignement, et l'impraticabilité des voies,) - insuffisance de personnel qualifié - Itinéraire thérapeutique souvent long, - Non mise à échelle des SONU - Système de référence et contre référence non fonctionnel -Ruptures de stock en intrants (trousse d'accouchement, SP, test de dépistage, produits contraceptifs)	Femmes enceintes, Femme en âge de procréer, Adolescentes, femmes enceintes, Maris, Agents de santé, Famille (belle-mère, grand-mère), leaders (chefs coutumiers, chefs religieux), accoucheuses traditionnelles à domicile ,tradithérapeutes Relais communautaire s

Problème	Causes immédiates	Comportements à risque	Déterminants clés	Autres déterminants	Participants
Taux de mortalité maternelle élevée 397 pour cent mille naissances vivantes	-Hémorragies graves de la délivrance -Infections -Eclampsies accouchements dystociques -Paludisme		- Méconnaissance de l'importance du suivi post natal - Absence d'un parent pour s'occuper des enfants à la maison pendant la période de surveillance post natale - Faible soutien des conjoints pour le suivi des grossesses (Absence de communication dans le couple, Abandon et la fuite de responsabilité du conjoint) - Crainte des dépenses/ Opposition du conjoint à supporter les frais liés à l'accouchement - - Négligence des prestataires - Mauvaises pratiques des prestataires (Crainte des touchers fantaisistes des organes génitaux, Rançonnement dans les formations sanitaires) - Mauvais accueil des prestataires de santé - Insuffisance de communication entre les prestataires et les usagers - non-respect des normes de surveillance du post partum par les prestataires, - insuffisance de suivi des accouchées à domicile par les relais communautaires, - Existence des accoucheuses traditionnelles dans la communauté -	-	

2.2 Comportements et déterminants liés à la mortalité néonatale

2.2.1 Comportements identifiés

La proportion des nouveau-nés n'ayant reçu aucun soins post natal ou l'ayant reçu tardivement est de 62% selon l'EDS 2011-2012. Seulement 28% ont reçu les soins postnataux dans les deux premiers jours après leur naissance (période où le risque de mortalité néonatale est élevé). Les comportements observés quant aux consultations post natales concernent aussi bien la mère que le nouveau-né.

Tableau 6 : Comportements à risque pour le nouveau-né

Période de vie	Causes de décès	Causes comportementales
Dans les 48 heures	Complications néo natales	Accouchement à domicile Non-respect du délai de la surveillance du post partum immédiat (6 heures à 48 heures)
Dans la première semaine de vie	Septicémie, pneumonie, tétanos néonatal, asphyxie, malformation congénitale	Non-respect de la consultation post natale dans la première semaine de vie
Au cours du premier mois en général	Septicémie, pneumonie	Non-respect des règles de suivi des nouveau-nés de faible poids à domicile (hygiène, alimentation...)

2.2.2 Déterminants liés à la mortalité néo natale

Le niveau d'instruction de la mère, le niveau de vie économique, l'âge de la mère, constituent des déterminants influençant les comportements et la survie des enfants. Les enfants de mères sans instructions courent 1,3 fois plus de risque de décès que ceux dont les mères sont de niveau primaire ou secondaire (80‰ contre 61‰).

Les enfants vivant dans des ménages pauvres courent deux fois plus de risque de décéder que ceux issus des ménages aisés (88‰ contre 44‰). L'âge de la mère à la naissance constitue un facteur de risque pour la mortalité des enfants. Les naissances qui ont lieu à un âge précoce (avant 20 ans) ou tardif (après 40 ans) ont moins de chance de survivre.

L'inexpérience des primipares constitue aussi un des principaux déterminants à la survie des enfants. Celles-ci font souvent recours à l'éducation reçue des femmes plus expérimentées ou des belles-mères.

La synthèse de l'analyse se trouve dans le tableau ci-contre :

Tableau 7: Synthèse de l'analyse de la situation chez le nouveau né

Problème	Causes immédiates	Comportements à risque	Déterminants clés	Participants
Taux de mortalité néonatale élevé (23 pour mille naissances vivantes)	Complications néo natales Septicémie, pneumonie, tétanos néonatal	1. Accouchement à domicile 2. Non-respect du délai de la surveillance du post partum immédiat (6 heures à 48 heures) 3. Non-respect de la consultation post natale immédiate dans la première semaine de vie 4. Non-respect des règles de suivi des nouveau-nés de faible poids à domicile (hygiène, alimentation...)	• Méconnaissance de l'importance du suivi du post partum immédiat; • Méconnaissance des risques sanitaires pour le nouveau-né par la mère dans la 1ère semaine de vie; • Crainte de déplacer le nouveau-né supposé encore fragile; • état de fatigabilité de la nouvelle accouchée qui induit une certaine paresse à sortir de chez elle; pratiques coutumières liées à la cérémonie de sortie des enfants (interdiction de sortie) • Pratiques socio culturelles (les rituels à faire à la mère et à l'enfant dans les premières heures qui suivent sa naissance, bain obligatoire du bébé à grande eau pour soi-disant l'habituer au froid et aussi pour lui éviter d'avoir une odeur corporelle; • Souci de minimiser les coûts d'hospitalisation; • Besoin de vite retourner au ménage pour assurer les rôles de mères • non-respect des normes de surveillance du post partum, • la négligence des agents de santé, • Existence et pratique de moyens traditionnels pour la survie de l'enfant de faible poids; • influence des tradithérapeutes et des accoucheuses traditionnelles	• Agents de santé, • Nouvelle accouchée, • Maris • Famille (Belle-mère, grand-mère), • leaders (chefs coutumiers, chefs religieux), accoucheuses traditionnelles

2.3. Comportements et déterminants liés à la mortalité infantile juvénile

Les données des EDS affichent que plusieurs comportements identifiés au niveau des familles et principalement des mères et gardiennes d'enfants influencent la survie des enfants de 0 à 5 ans.

2.3.1 Comportements identifiés

Plusieurs comportements identifiés par l'EDS 2011-2012 au niveau des familles et principalement des mères et gardiennes d'enfants influencent la survie des enfants de 0 à 5 ans. Il s'agit de :

➤ Non utilisation permanente des moustiquaires

La disponibilité de moustiquaires dans les ménages a augmenté de 56% en 2006 à 86% en 2011-2012. Seulement un ménage sur deux (49%) possède au moins une moustiquaire pour deux personnes conformément aux recommandations de l'OMS. Trois enfants sur quatre (75%) utilisent les moustiquaires. Une étude menée par le LASDEL relève une utilisation non constante des moustiquaires, variable en fonction des saisons.

➤ Faible recours aux soins

Moins de 40% des mères d'enfants ayant souffert d'IRA (31%), de fièvre (38,6%) et de la diarrhée (37%) ont eu recours aux soins des prestataires. Ceci montre que le recours aux soins n'est pas encore une réalité dans nos communautés.

➤ Faible utilisation des sachets de SRO en cas de diarrhée.

L'utilisation des sachets de SRO en cas de diarrhée permet d'éviter la déshydratation qui met en danger la vie des enfants. Pour traiter la diarrhée, les mères ont donné dans 50% des cas des sachets de SRO ou de liquides pré conditionnés. Il faut souligner qu'un enfant sur cinq soit 20% n'a reçu aucun soin.

Quant à l'utilisation du SRO avec le ZINC, une étude réalisée en 2011 par l'USAID (SHOP/USAID, 2011), a révélé que 54,3 des enfants qui ont eu la diarrhée ont reçu le zinc.

Tableau 8: Diarrhea Treatment Given by Severity of Case, 2011

Treatment Given	All children with diarrhea (%)	Children with complicated diarrhea ¹ (%)	Children with uncomplicated diarrhea ¹ (%)
ORS	57.5	64.0	47.5
Zinc	54.3	61.0	44.1
Antibiotics	29.7	36.6*	19.0
Antidiarrheals	16.6	13.6	21.1
No Treatment	23.2	12.9**	35.0

Source: ¹ SHOP/USAID (2011), *Introducing Zinc through the Private Sector in Benin*

➤ **Non-respect des règles d'hygiène du cadre de vie**

Les mères d'enfants dans 55% des cas ont jeté les selles aux ordures. Aussi la défécation à l'air libre continue d'être une pratique courante et 54% des ménages ne disposent d'aucun type de toilettes (améliorées ou non) et cette proportion est plus élevée en milieu rural (74%).

Le lavage des mains est une pratique pouvant permettre la prévention mais peu de mères et gardiennes le respectent. 31% des ménages disposent d'un endroit où se laver les mains mais parmi ce groupe 43% ne dispose ni d'eau ni de savon ni d'un quelconque produit nettoyant.

➤ **Utilisation d'eau non potable pour l'alimentation**

78% des ménages utilisent l'eau provenant d'une source améliorée comme eau de boisson (robinets, borne fontaine, puits/forages équipées de pompe, puits creusés protégés, sources protégées). Le reste des ménages, environ 23%, utilise l'eau de source insalubre. L'utilisation de l'eau non potable expose les enfants aux maladies gastro-intestinales.

Une étude réalisée en 2013 par la DNSP confirme que la plupart des habitudes de transport, de stockage et de prise de l'eau de boisson des populations ne préservent pas absolument la potabilité de l'eau. D'où l'importance du traitement de l'eau au point d'utilisation. En effet, un méta analyse de 2009 montre que le traitement de l'eau des ménages pourrait réduire la diarrhée de 44%¹. Or selon l'EDS 2011-2012, dans la quasi-totalité des cas (94%), les ménages n'utilisent aucun traitement de l'eau, même ceux qui utilisent de l'eau provenant d'une source non améliorée.

➤ **Non-respect de l'Allaitement maternel exclusif / sevrage précoce**

L'allaitement est une pratique généralisée au Bénin et la quasi-totalité des enfants sont allaités au sein soit 94%. L'enfant est censé recevoir dans les 24 heures qui suivent la

¹ Waddington, Hugh, et al. "Water, sanitation and hygiene interventions to combat childhood diarrhea in developing countries" *International Initiative for Impact Evaluation*; (2009)

naissance le colostrum qui lui permet de résister aux maladies. Plus de huit enfants sur dix l'ont été dans les 24 heures et un enfant sur deux dans l'heure qui a suivi sa naissance.

Seulement 33% des enfants de 0 à 6 mois sont exclusivement allaités au sein suivant les recommandations de l'OMS. 18% des enfants de moins de deux mois ont déjà consommé des aliments de compléments et 27% pour les moins de six mois.

➤ **Alimentation non appropriée et pauvre en fer pour l'enfant au-delà de 6 mois**

A partir de 6 mois l'enfant doit bénéficier d'aliments de compléments, diversifiés, riches en nutriments et équilibrés, mais la plupart des enfants de cette tranche ne sont pas nourris conformément à cette recommandation de l'OMS. Seulement 18% des enfants de 6 à 24 mois, qui sont allaités, ont accès à des aliments de compléments adéquats en qualité et en quantité. Globalement 16 % des enfants de 6-23 mois, qu'ils soient allaités ou non allaités, ont été nourris selon les normes minimales de l'indice combiné des pratiques alimentaires recommandées selon l'EDS 2011-2012.

➤ **Méconnaissance du statut sérologique VIH chez la femme enceinte (Exposition des enfants au VIH)**

Selon les résultats de l'EDS 2011- 2012, 39% des femmes ayant eu une naissance au cours des deux dernières années ont reçu des conseils sur le VIH au cours d'une visite prénatale et 35% ont effectué un test de VIH durant la visite prénatale dans la population générale. Les enfants exposés restent donc dans l'anonymat du fait du comportement des mères sans bénéficier des dispositions existantes pouvant prévenir la transmission du VIH. Aussi, il est observé dans les formations sanitaires un nombre de perdues de vues des mères dépistées séropositives rendant difficile le dépistage précoce et la prise en charge des enfants dépistés VIH.

➤ **Non-respect du calendrier vaccinal par les parents d'enfant**

Le non-respect du calendrier vaccinal par les parents expose les enfants aux maladies évitables par la vaccination. Des décès d'enfants sont encore imputables à des maladies comme la rougeole, la pneumonie... Au Bénin, la proportion des enfants complètement vaccinés reste faible (48%) et 10% des enfants n'ont reçu aucune dose de vaccin.

Le taux de déperdition augmente dans le temps. Par exemple la proportion d'enfants ayant reçu la première dose de pentavalent est élevée mais diminue de la première à la troisième dose (85%, 82%, 74%).

Tableau 9 : Comportements à risque pour l'enfant

Les comportements à la base des problèmes de santé infantiles	
1.	Non utilisation permanente des MIILD chez les enfants de 0 à 5 ans
2.	Faible recours aux soins pour les enfants de 0 à 5 ans
3.	Faible utilisation des sachets de SRO en cas de diarrhée
4.	Non-respect des règles d'hygiène du cadre de vie et de lavage des mains aux moments clés
5.	Utilisation d'eau non potable pour l'alimentation
6.	Non-respect d'Allaitement maternel exclusif/ sevrage précoce
7.	Alimentation non appropriée pour l'enfant au-delà de 6 mois et pauvre en fer
8.	Méconnaissance du statut sérologique des femmes enceintes (Exposition des enfants au VIH)
9.	Faible recours au test de dépistage VIH précoce pour les enfants exposés
10.	<i>Non-respect du calendrier vaccinal par les parents d'enfants de 0 à 11 mois</i>

2.3.2 Déterminants liés aux comportements influençant la mortalité infanto-juvénile

Selon les résultats de l'étude qualitative sur les **Pratiques Familiales Essentielles et Pratiques d'Eveil de l'Enfant (PFE/PEE)**, les rapports des études qualitatives sur la vaccination, les comportements identifiés sont influencés par les connaissances des cibles, les pairs, l'habitude, les pesanteurs socioculturels, les capacités économiques des ménages, la disponibilité des intrants, l'accessibilité aux services de santé, la qualité des prestations offertes par les agents de santé.

Tableau 10: RESUME DE L'ANALYSE DE LA SITUATION DE L'ENFANT DE 0 à 5 ANS

Problème	Causes immédiates	Comportements à risque	Déterminants clés	Autres déterminants	Participants
Taux de mortalité infantile élevé 70 pour mille	Paludisme, - Anémie Infections respiratoires aiguës, Toux chronique Malnutrition, Diarrhée VIH (cause indirecte) Autres affections (rougeole, ...)	1. Non utilisation permanente des MIILD chez les enfants de 0 à 5 ans 2. Faible recours aux soins pour les enfants de 0 à 5 ans 3. Non-respect d'Allaitement maternel exclusif/ sevrage précoce 4. Alimentation non appropriée pour l'enfant au-delà de 6 mois et pauvre en fer 5. Faible utilisation des sachets de SRO en cas de diarrhée 6. Non-respect des règles d'hygiène du cadre de vie et de lavage des mains aux moments clés 7. Utilisation d'eau non potable pour l'alimentation 8. Non-respect du calendrier vaccinal par les parents d'enfants de 0 à 11 mois	• Faible connaissance de la vulnérabilité des enfants de 0 -5 ans face au paludisme • Disponibilité insuffisante de moustiquaires • Insuffisances de connaissances sur les signes de danger chez l'enfant, en général (et surtout au niveau des jeunes mères en particulier) • premier recours est d'abord la médecine traditionnelle ou l'automédication • Faible pouvoir décisionnel de la mère pour le recours au centre de santé • Méconnaissance du rôle des SRO (peu de satisfaction car le SRO ne guérit pas la diarrhée) • Toutes les diarrhées ne sont pas à traiter (diarrhée de dentition) • Non traitement de l'eau de boisson • Défécation à l'air libre dans certaines régions • Pas de dispositif de lavage des mains dans les ménages et les écoles • Faible perception des conséquences liées au non lavage des mains • AME non réaliste selon les cibles • AME source de dépenses pour le mari (alimentation constante de la nourrice) • Conviction Augmentation des besoins nutritionnels de l'enfant déjà à partir de 2 ou 3 mois en moyenne selon les cibles	• Difficulté d'accès géographique au centre de santé • Cout élevé des sachets SRO • Manque d'eau potable dans certaines régions • Difficultés d'acquisition des intrants (savon) • Pas de latrines • Organisation des services de vaccination	Mères, gardiennes d'enfants, maris, belles mères, les anciennes accouchées, les parents

Problème	Causes immédiates	Comportements à risque	Déterminants clés	Autres déterminants	Participants
Taux de mortalité infanto juvénile élevé 70 pour mille		9. Méconnaissance du statut sérologique des femmes enceintes (Exposition des enfants au VIH) 10. Faible recours au test de dépistage VIH précoce pour les enfants exposés	• Conviction sur l'Insuffisance du lait maternel pour combler les besoins de l'enfant dès 2 ou 3 mois • Rejet du colostrum (Connaissance inexacte de la valeur du colostrum) • Retard de la montée laiteuse • Pesanteurs socioculturelles (Pas d'allaitement avant le premier bain de la mère, Pression des parents, des autres mères ...) • Utilisation tisanes pour Prévention et traitement des maladies infantiles et Protection des enfants contre les affections surnaturelles • Eau pour Etancher la soif des enfants • Besoins de Libérer la mère pour vaquer à d'autres occupations • Méconnaissance du calendrier vaccinal et des maladies du PEV • Oubli des RDV de vaccination • Peur des effets secondaires des vaccins • Réticence des mères pour les pertes de temps dans les services de vaccination • Découragement pour multiples déplacements infructueux pour la vaccination • Faible motivation à fréquenter le centre de santé (Mauvais accueil des agents de santé) • Faible implication des maris • Faible accès au dépistage VIH dans les formations sanitaires privées • Stigmatisation et discrimination liée au VIH • Faible Accessibilité au dépistage précoce		

2.4. Segmentation des groupes des participants

Niveau d'intervention	Participants primaires	Participants secondaires	Participants tertiaires
Micro (Communauté)	• Adolescentes • Femmes enceintes • Mères de nouveaux nés • Gardiennes d'enfants de 0 à 5ans • Enfants / (élèves, écoliers apprentis),	• Maris • Famille • Belles-Mères • Grand-Mère	• Leaders D'opinions, • Les Accoucheuses Traditionnelles, • Les Tradithérapeutes
MESO (Acteurs de mise en œuvre)	• Personnel de santé • relais communautaires	• Prestataires de santé • Comités de gestion les médias, les enseignants les médias traditionnels, • Les éducateurs, les patrons d'atelier, les artistes, Associations, ONG, Elus locaux	
MACRO (Décideurs)			• MS • ONG • Autres ministères • PTF

2.5. Analyse des interventions de communication en direction de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dans le système de santé

2.5.1 Organisation structurelle

La communication pour le développement en vue de l'amélioration de la demande de service et les changements de comportements constitue un des piliers fondamentaux à l'amélioration des indicateurs du système de santé.

Une analyse des dispositions institutionnelles et pratiques de la prise en compte des actions de communication a été faite en vue d'en dégager les forces et les faiblesses.

L'analyse de l'organisation interne des interventions de communication se résume dans le tableau ci-après :

Tableau 11 : Analyse des forces et faiblesses des interventions de communication dans le système de santé

Niveau d'intervention	Forces	Faiblesses	Opportunité	Menaces
Niveau Périphérique (Zone sanitaire et Formation sanitaire)	• Existence d'animateur IEC dans certaines formations sanitaires • Existence de conseillers VIH dans les maternités, • Existence des sites de conseil dépistage • Existence d'agents formés en communication au niveau de certaines formations sanitaires • Animation de séances éducatives • Existence de certains supports et matériels IEC dans certaines formations sanitaires • Existence des relais communautaires pour la mise en œuvre d'activité de communication au niveau communautaire • Existence des CRAMS dans certaines Zones sanitaires • Collaboration avec les ONG • Existence des médiateurs/ médiatrices VIH	• Insuffisance de compétence au niveau opérationnel pour la mise en œuvre des activités de communication • Manque d'intérêt du personnel de santé qualifié pour les activités de communication • Inexistence d'un dispositif d'atteinte des cibles en dehors des formations sanitaires • Insuffisance de temps accordé à la communication avec les cibles par les agents de santé • Accueil des agents de santé peu satisfaisant pour les patients • Insuffisance de ressources financières pour développer les activités de communications au niveau opérationnel • Faible priorisation des activités promotionnelles et préventives au niveau des relais • Insuffisance de collaboration avec les structures locales de développement • Non harmonisation des paquets d'intervention des relais • Insuffisance du personnel qualifié en communication • Inexistence d'un cadre de concertation pour les activités de communication au niveau des formations sanitaires • Faible implication des COGECS dans les activités d'IEC.	• Contact direct de l'agent de santé avec les cibles • Existence des structures locales et associations de développement • Existence des radios de proximité • Existence de groupements féminins	Affectation du personnel

Niveau d'intervention	Forces	Faiblesses	Opportunité	Menaces
Niveau intermédiaire	- Existence de Chargés d'IEC dans les Départements - Existence de cellule de communication dans les CIPEC	- Insuffisance de ressources financières pour développer les activités de communications - Inexistence de plans de communication au niveau des DDS - Inexistence de partenariat entre les radios de proximité et certaines DDS - Faible implication des chefs division IEC dans la mise en œuvre des activités de communication - Absence d'un cadre normatif de coordination des différentes entités de communication du département	- Existence des ONG d'appui - Existence des médias (radios, TV... - Existence de quelques partenaires.	Fin des appuis des partenaires
Niveau Central	- Existence des chargés de communication et service IEC dans quelques directions et programmes (DNSP, PNLP, PNLS, PNT, ANV SSP) - Règlementation des activités de communications au niveau communautaire avec les relais (forum santé communautaire) - Disponibilité de quelques agents formés en communication - Existence de quelques spécialistes formateurs en communication	- Manque de transversalité dans la mise en œuvre des activités de communication au sein du système - Manque de coordination des activités de communication au niveau central - Insuffisance de ressources allouées pour la communication - Insuffisance de spécialistes en communication dans le système - Inexistence de système d'informations et de partage des données - Faible utilisation des nouvelles technologies dans les stratégies de communications avec la cible - Inexistence de structure de communication au sein de la DSME - Insuffisance de la motivation financière des relais communautaires	- Appui des PTF - Politique de Gratuité - Existence de structure et école de formation en communication et promotion de la santé IRSP - Existence des ONG d'appui - Existence des médias (radios, TV...	Fin des appuis des partenaires

2.5.2 Diagnostic des interventions de communication en direction des cibles

Il s'agit d'analyser les stratégies de communication utilisées par les maternités isolées, les centres de santé, les services de vaccination et les relais communautaires pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile. Selon les données recueillies de la revue documentaire, les activités de communication menées par les centres de santé ou maternités se présentent comme suit :

- **La stratégie fixe** : Elle se déroule habituellement dans les centres de santé, les maternités isolées et les services de vaccination. Cette stratégie revêt deux aspects : le premier est la séance d'information individuelle appelée counseling qui consiste en un tête-à-tête d'échanges et de partage avec la gestante ; elle est pratiquée au cours des Consultations Pré et Post natales. Le second aspect est la séance d'information collective organisée avec les femmes dans les maternités et les services de vaccination.
- **La stratégie avancée** : elle consiste pour l'agent de santé, à se déplacer pour porter les messages vers les populations à la base. Cette forme de stratégie est plutôt rare en ce qui concerne la santé maternelle. Elle est organisée surtout en milieu rural. *Cette stratégie est plus appliquée par les services de vaccination.* Il faut noter que dans les zones où la stratégie avancée est organisée, les agents de santé s'appuient sur les relais communautaires.
- **Les séances de causeries** organisées en communauté par les relais communautaires. : Elles se font en fonction du cahier de charge défini par le partenaire. Ces relais organisent des visites à domicile et des séances de communication de proximité avec les familles.
- **Les séances de communication de masse** sont organisées souvent par des ONG dans les milieux spécifiques et sur des thématiques bien définies : le VIH, le Paludisme et autres.

Les supports de communication sont dans la plupart des cas insuffisants ou inappropriés dans les formations sanitaires. Les supports généralement rencontrés sont des affiches et des boîtes à images. Dans les salles d'accueil de certaines maternités, on trouve installés dans des grilles des postes récepteurs de télévision et des magnétoscopes ou lecteurs de DVD. Les postes téléviseurs sont câblés sur les chaînes nationales à défaut de supports vidéo didactiques sur des thèmes de santé qui occuperont utilement les gestantes pendant qu'elles attendent leur tour de consultation. Il y a un manque de supports visuels et audiovisuels pour l'éducation en santé.

Outre les canaux interpersonnels (le face à face, les groupes de discussions, le counseling) utilisés par les agents de santé, il est fait très peu usage des autres canaux de communication, notamment les mass médias, les canaux traditionnels.

Les canaux traditionnels comme le théâtre local, la chanson, les marionnettes, les manifestations par exemple, sont peu exploités pour porter des messages d'information et de sensibilisation sur les thèmes devant contribuer à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile.

2.6 Défis

- Disposer d'un document de référence stratégique en communication pour la santé maternelle, néonatale et infanto juvénile.
- Redonner à la communication la place nécessaire pour accompagner les actions de santé au Bénin en vue de la survie de la mère et de l'enfant.
- Coordonner les activités et les interventions dans le domaine de la communication pour la santé.
- Renforcer la collaboration avec les médias de proximité.
- Augmenter les ressources humaines qualifiées et compétentes en matière de communication pour la santé.
- Augmenter la demande des services de santé maternelle, néonatale et infanto juvénile par la population.
- Augmenter les interventions en communication au niveau communautaire (rural et périurbain).
- Améliorer le financement des activités de communication pour la santé.
- Promouvoir l'alphabétisation et améliorer le niveau d'instruction des mères.
- Capitaliser les expériences réussies et analyser les conditions de leur réplique à l'échelle nationale.
- Impliquer les hommes dans les activités de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.
- Améliorer la participation communautaire à tous les niveaux.
- Développer et renforcer le leadership au niveau décentralisé pour une réponse locale effective aux questions de communication pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.
- Réviser l'organisation structurelle des interventions de communication dans le système de santé.

3^{ème} PARTIE : CADRE STRATEGIQUE

Le cadre stratégique du Plan Intégré de Communication pour la survie de la mère du Nouveau-Né et de l'Enfant comporte la vision, le but, les objectifs, les résultats attendus, les principes directeurs, le choix stratégique et les axes stratégiques.

Il présente après analyse de la situation, les approches de solutions envisagées.

I- VISION, PRINCIPES DIRECTEURS, BUT ET OBJECTIFS

1.1 Vision

Le PIC s'inscrit dans la vision du Bénin en matière de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile c'est-à-dire « Ne plus mourir en donnant la vie et que l'enfant naisse vivant et ne meurt pas ».

Il traduit le nouvel engagement pris par le Bénin à travers le mouvement « Promesse renouvelée » qui stipule « qu'aucune mère et aucun enfant ne doivent plus mourir de causes évitables ».

En élaborant ce plan intégré de communication, le gouvernement du Bénin vise le succès de sa politique en faveur de la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant à travers l'adoption par la communauté de meilleurs comportements favorables à la santé d'ici à 2018.

La vision se résume alors à : « Ne plus mourir en donnant la vie et que l'enfant naisse vivant et ne meurt pas de causes évitables ».

1.2 Principes directeurs

Les principes directeurs sur lesquels repose la stratégie de communication pour la santé maternelle néonatale et infantile sont les suivants :

1. ***L'Implication active de tous les acteurs de la communication et la coordination des interventions pour favoriser une synergie et une cohérence des interventions.***
2. ***L'Implication des leaders et décideurs, ainsi que les organisations communautaires et la société civile : L'influence des leaders et décideurs dans la société béninoise, notamment au niveau communautaire, est telle que la communication devra encourager leur implication active dans l'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, dans la définition des priorités, le développement des stratégies appropriées en vue de promouvoir des comportements clés afin de pérenniser le changement.***
3. ***L'Opérationnalisation*** : La stratégie de communication soutiendra l'élaboration de plans opérationnels en renforçant la complémentarité, l'harmonisation et le

développement des activités de communication au niveau décentralisé, (zones sanitaires, communes et communautés à la base ;).

4. **Le Lien entre l'offre et la demande de services** : La stratégie de communication stimulera la demande et l'utilisation des services de santé maternelle, néonatale et infantile. Elle fera la promotion des produits et services de qualité afin de les rendre acceptables, disponibles et accessibles. Elle contribuera à améliorer les rapports entre les prestataires et les clients.
5. **La Promotion de la dimension genre et l'équité** : La stratégie veillera à promouvoir l'équité et l'égalité entre les sexes de manière à favoriser l'accès des mères et des enfants aux soins tout en renforçant la participation responsable des hommes.
6. **La multisectorialité / partenariat** à développer avec les autres secteurs (privé, éducatif, social et économique...).
7. **Le Suivi et évaluation** : *Le suivi de la mise en œuvre des actions planifiées se fera sur la base des indicateurs et mécanisme de suivi pré établi. Un mécanisme d'évaluation sera mis en place pour évaluer à mi-parcours et à la fin les résultats obtenus.*

1.3 But

Contribuer, d'ici à 2018, à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile au Bénin.

1.4 Objectifs stratégiques

D'ici à 2018 au Bénin :

1. Amener 50% des femmes en âge de procréer à adopter des comportements à moindre risque pour la survie des mères, des nouveau-nés et des enfants de 0 à 5 ans ;
2. Augmenter de 15% la demande de services de santé pour la mère, le nouveau-né et l'enfant de 0 à 5 ans.
3. Renforcer les compétences des prestataires socio-sanitaires et communautaires dans l'offre des services de qualité en matière de communication pour un changement de comportement.

II- OPTIONS STRATEGIQUES

2.1 La communication pour le développement

La communication pour le développement sera principalement utilisée pour la mise en œuvre de ce plan. Elle est une communication multi stratégique à double processus : D'une part, elle vise à stimuler et motiver les individus, les familles, la communauté, la société en général, à des changements positifs de comportements (connaissances-attitudes-pratiques) et l'adoption de normes sociales favorables à la santé, l'éducation et la protection des enfants. D'autre part, elle travaille à accroître la demande sociale pour des services sociaux de base de qualité qui répondent à leurs besoins.

La communication pour le développement est une action planifiée, fondée sur les processus participatifs, sur les médias et la communication interpersonnelle. Elle facilite le dialogue entre différents intervenants (communautés, les groupes communautaires, les organisations de la société civile, les autorités locales ou régionales, les services gouvernementaux, etc.) réunis autour d'un problème de développement ou d'un but commun, afin d'identifier et de mettre en œuvre une initiative concrète visant à atteindre le but fixé.

A cet effet, il sera élaboré dans les zones sanitaires des plans opérationnels de communication participatifs avec les communautés. Les besoins de communication se révèlent différents d'une communauté à une autre, d'une cible à une autre. Les données statistiques issues des enquêtes quantitatives et qualitatives nécessitent une prise en compte des problèmes de manière spécifiques par département et par groupes sociaux culturels.

Le présent plan s'inscrivant dans le cadre des réformes en cours au niveau de la santé communautaire au Bénin, s'appuiera au niveau communautaire sur les comités villageois de développement ou de santé et les relais communautaires. Elle contribuera à la promotion de la mise en place des systèmes communautaires de référence vers les centres de santé, la promotion des systèmes de financement de santé dans les villages. Un accent particulier sera mis sur la pleine participation des filles, des femmes, des familles, des communautés isolées ou minoritaires.

Toutes les stratégies de communication (CCC, plaidoyer, participation communautaire, communication sociale) utilisées dans la communication pour le développement seront utilisées de manières spécifiques en fonction des problèmes des cibles visées, de l'environnement socioculturel

Niveau d'intervention et changement visé

Niveau d'intervention	Cibles	Changement global visé	Approches stratégiques de la CD4
Micro	Mères et gardiennes d'enfants Le mari et la famille, les paires Relais communautaires Leaders communautaires Les gardiens des normes sociales	Connaissances, Auto-efficacité Attitudes et Comportements favorables Normes et valeurs sociales favorables Participation communautaire	 CCC + CCS
Méso	Prestataires socio-sanitaires Enseignants Collectivités territoriales décentralisées Administration publique déconcentrée	Engagement en faveur de la réduction de mortalité de la mère, du nouveau-né et de l'enfant Respect des normes et directives nationales Qualité de prestation et culture de communication. Fonctionnement institut. Mobilisation pour les enfants et les femmes	
Macro	Représentants politiques Ministères Dirigeants de programmes et d'institutions nationales PTFs Personnes influentes	Politiques publiques Enfants et mères au cœur des priorités Augmentation/mobilisation des ressources en faveur de la santé du nouveau-né de l'enfant et de la mère Gouvernance	

2.2 Autres options stratégiques

Marketing social

Cette stratégie de communication permet d'informer les populations sur la disponibilité et l'utilité des produits pour faciliter leur accessibilité et leur utilisation.

Il sera utilisé dans ce cadre pour amener les populations à adopter les produits comme les MIILD, les CTA, les SRO/ZINC, l'aquatabs, les contraceptifs modernes, les préservatifs, etc.

Education et alphabétisation

Le niveau de scolarisation ou d'alphabétisation des mères a une grande influence sur leur survie et celle des enfants. Les approches éducatives seront utilisées là où elles représentent une valeur ajoutée pour véhiculer des messages sur la santé maternelle, stimuler la communication et la participation autour des questions de la santé maternelle et infanto juvénile.

C'est ainsi que les aspects suivants seront abordés :

- L'éducation en milieu scolaire et en milieu non formel ;
- L'éducation nutritionnelle ;
- L'éducation par le divertissement ;
- L'éducation par les pairs ;
- L'alphabétisation fonctionnelle.

Un accent particulier sera mis sur l'alphabétisation fonctionnelle des mères qui seront orientées vers la connaissance sur les questions de santé. Les spécialistes du Ministère de la Culture, de l'Alphabétisation, de l'Artisanat et du Tourisme seront impliquées dans la mise en œuvre de ce volet.

III- RESULTATS ATTENDUS

3.1 Impact

La mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile est réduite au Bénin.

3.2 Effets

1. 50% des femmes en âge de procréer, les mères d'enfants des douze départements du Bénin adoptent des comportements favorables à la survie de la mère, du nouveau-né pendant la grossesse, l'accouchement et au cours de la période post natale d'ici à 2018.

2. 50% des mères d'enfants de 0 à 1 mois ont adopté des comportements favorables à la survie du nouveau-né à domicile d'ici à 2018.
3. D'ici à 2018 au Bénin, 50% des mères et gardiens d'enfants adoptent les sept pratiques familiales essentielles pour prévenir les maladies prioritaires pour la survie des enfants de 0 à 5 ans.
4. Les interventions en communications pour le développement dans le cadre de la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant au niveau du système de santé et au niveau communautaire ont été renforcées d'ici à 2018.
5. Les capacités de 70% des intervenants en communication pour le développement au niveau opérationnel et communautaire en vue de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile ont été renforcées d'ici à 2018.

IV- CANAUX ET SUPPORTS DE COMMUNICATION

La mise en œuvre de ce plan fera appel à l'utilisation de plusieurs canaux de communication modernes et traditionnels. La collaboration avec les radios de proximité sera renforcée afin de renforcer les connaissances des communautés sur toutes les thématiques liées à la santé de la mère du nouveau-né et des enfants et en tenant compte des priorités des zones et des normes sociales influençant les divers comportements. La priorité sera accordée aux émissions grand public qui se réaliseront au sein des communautés à la base. Outre les émissions, les sketches radiophoniques seront réalisées et diffusées sur les antennes des radios afin d'éduquer par le divertissement, les cibles.

Les canaux modernes seront aussi mis à contribution surtout en faveur des jeunes pour l'éducation sur la sexualité responsable et la lutte contre les grossesses précoces.

Aussi, une collaboration avec les chaînes de télévision nationales permettra-t-elle la diffusion d'émission et de supports audio visuels.

De même, un état des lieux en fonction des besoins sera fait pour apprécier les supports disponibles et élaborer de nouveaux supports visuels et audiovisuels.

Les supports audio visuels seront réalisés en français et aussi dans les principales langues nationales afin de toucher les principales cibles. Il s'agit de boîte à image, brochures, dépliants, affiches, films, spots, documentaires....

La collaboration avec les leaders religieux sera renforcée à travers le plaidoyer. Ces derniers seront mis à contribution pour relayer l'information et mener des actions en faveur de la survie des mères et des enfants en direction de leurs fidèles.

Les médias traditionnels seront mis à contribution en fonction des zones d'intervention.

Les artistes comédiens constituent des acteurs de changement de comportement. Ils serviront de canaux pour véhiculer les messages et éduquer les communautés.

Un plaidoyer et un renforcement de capacité de ces derniers permettront la production de supports éducatifs

Les capacités des agents de santé, des intervenants au niveau communautaire seront renforcées pour la conduite des activités de communication interpersonnelle et des activités en stratégie avancée en direction des cibles.

V- LES AXES STRATEGIQUES

Le cadre se décline en trois (03) axes stratégiques selon l'approche de la Gestion Axée sur les Résultats :

- Axe stratégique 1 : Prévention des complications liées à la grossesse et à l'accouchement
- Axe stratégique 2 : Prévention des principales affections chez le nouveau-né et les enfants de moins de 5 ans
- Axe stratégique 3 : Renforcement et suivi des interventions en communication

Axe 1 :
***Prévention des complications liées à la grossesse
et l'accouchement***



Au Bénin, environ 1400 femmes meurent chaque année en voulant donner la vie soit au cours de la grossesse, pendant l'accouchement ou dans la période post natale du fait des complications qui y surviennent parfois pour des causes évitables.

L'axe n°1 vise à prévenir les complications liées à la grossesse et à l'accouchement en vue de la réduction de la mortalité maternelle et néo natale à travers l'adoption de comportements favorables à la survie de la mère et du nouveau-né.

Aussi, le Bénin s'est engagé dans la vision d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (ETME) d'ici à 2015. Un plan national pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant a été élaboré et lancé en Février 2012 par le Chef de l'Etat en présence du Directeur Exécutif de l'ONUSIDA.

L'objectif principal de cet engagement est de réduire de 14% à 5% le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement.

Le présent plan à travers l'axe 1 vise les interventions de communication qui pourront permettre aux femmes séropositives de réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant au cours des trois étapes principales que sont la grossesse, l'accouchement et l'allaitement.

Un forum national sur l'ETME a eu lieu en décembre 2013 et a fait l'analyse des goulots relatifs à la mise en œuvre de l'ETME dans tous les aspects y compris la communication. Une des principales recommandations de ce forum national a prévu l'accélération de la communication autour de l'ETME. Le présent axe prend en compte les recommandations du forum et la nouvelle feuille de route élaborée. Les comportements à promouvoir se présentent comme suit :

Au niveau des mères (communautés)

1. Respect des 4 CPN au rythme prescrit par la femme enceinte ;
2. Recours précoce au centre de santé pour soins et accouchement ;
3. Accouchement dans une formation sanitaire ;
4. Utilisation des services/ méthodes de SR/PF par les couples ;
5. Rapports sexuels protégés chez les jeunes ;
6. Observance de la CpoN dans la première semaine suivant l'accouchement ;
7. Recours au dépistage du VIH pendant la grossesse ;
8. Observance aux traitements ARV par les femmes enceintes séropositives.

Au niveau des acteurs (prestataires de santé)

1. Respect des normes d'accueil et de délais de prise en charge dans les formations sanitaires par les prestataires de santé ;

2. Elaboration du plan d'accouchement par les prestataires de santé avec toutes femmes enceintes reçues en CPN ;
3. Observance du délai de surveillance post natale précoce pendant 48 heures dans les formations sanitaires après accouchement.

Effet 1 : 50% au moins des femmes en âge de procréer et mères d'enfants des douze départements du Bénin adoptent des comportements favorables à la survie de la mère, du nouveau-né pendant la grossesse, l'accouchement et au cours de la période post natale d'ici à 2018.

Produits 1

Produit 1.1 : 50% de femmes enceintes connaissent les quatre principales périodes de consultations prénatales (premier trimestre, deuxième trimestre, huitième mois et neuvième mois) d'ici à 2018

Produit 1.2 50% des femmes enceintes connaissent au moins cinq principaux services offerts pour la CPN recentrée (vaccination, TPI, Test VIH, MILD, surveillance de l'anémie, test d'urine, évolution de la grossesse, la prévention des éventuelles complications et la préparation à l'accouchement, plan d'accouchement...) d'ici à 2018

Produit 1.3 : 25% femmes connaissent au moins deux signes de travail d'accouchement pour le recours au centre de santé d'ici à 2016

Produit 1.4 : 90% des femmes enceintes reconnaissent au moins deux signes de danger pendant la grossesse, l'accouchement et le post partum d'ici à 2017

Produit 1.5 : 75% des femmes enceintes, des mères d'enfants et des conjoints connaissent l'importance de la surveillance du post partum immédiat (du délai de 48 heures) pour la survie du nouveau-né et de la mère d'ici à 2017

Produit 1.6 95% des femmes enceintes acceptent de faire le test de dépistage VIH au cours des consultations prénatales d'ici à 2016

Produit 1.7 : 95% des femmes ont recours à un service de santé pour l'accouchement d'ici à 2018

Produit 1.8 : 50% des femmes enceintes et des mères d'enfants connaissent l'importance et les avantages de la CPoN pour la survie du nouveau-né et de la mère d'ici à 2018

Produit 1.9 : 25% des conjoints sont favorables à l'utilisation par leurs femmes d'une méthode de contraception d'ici à 2017

Produit 1.10 : 75% des prestataires de soins respectent l'établissement du plan d'accouchement avec les femmes enceintes et leurs conjoints d'ici à 2016

Produit 1. 11 75% des prestataires ont des capacités accrues pour la surveillance post natale des mères et du nouveau -né dans les 48 h au centre de santé d'ici à 2016

Participants

Niveau	Micro(Communauté)	Meso (Acteurs de mise en œuvre)	Macro (Décideurs)
Participants primaires	Femmes en âge de procréer- Femmes enceintes- jeunes et adolescents, apprenants, apprentis-Les femmes séropositives- mères séropositives	Personnel de santé (sagefemme, infirmiers, médecins, aides-soignants)	
Participants secondaires	Maris- Belle-mère Matrones (accoucheuses traditionnelles)	Personnels socio sanitaires, radios communautaires, élus locaux/communes, ONG, associations de développement -Relais communautaires-Educateurs- Conseillers VIH- Pairs éducateurs PVVIH- Médiateurs/médiatrices	
Participants tertiaires	comité villageois de santé – leaders communautaires, chefs traditionnels et religieux, enseignants, patrons d'ateliers, groupements féminins - relais communautaires, élus locaux/CV		Ministère de la santé et autres ministères, PTF

Actions prioritaires

Niveau micro

- Mise en place d'un système de suivi communautaire et de référence des femmes enceintes.
- Formation de femmes paires éducatrices au sein des associations et groupements féminins.
- Formation des accoucheuses traditionnelles sur la collaboration, la référence et la reconnaissance des signes de danger.
- Renforcement de capacités des relais communautaires en communication et sur les pratiques favorables à la survie de la mère et du nouveau-né (reconnaissance des signes de danger chez les femmes enceintes, CPN...).
- Renforcement de l'implication des hommes dans la planification familiale.
- Création au niveau communautaire d'un système de motivation des mères modèles avec l'appui des communautés et des autorités locales.
- Création/dynamisation des comités villageois de santé (CVS) pour le suivi et la référence des femmes enceintes, nouveau-né et enfant.
- Mobilisation des conjoints pour l'accompagnement des femmes enceintes en CPN pour le dépistage VIH, prise TPI, observance suivi post natal immédiat et CPoN.
- Renforcement des interventions de communications sur la santé reproductive en faveur des jeunes apprentis, déscolarisés.
- Animation des séances de causeries au niveau des maternités et des communautés

- Réaliser dans les villages et hameaux des dialogues communautaires autour de la survie de la mère et de l'enfant.

Niveau méso

- Création des classes de mères au niveau des maternités pour l'éducation des femmes enceintes sur les signes de danger et le plan d'accouchement, les mesures pour un bon déroulement de la grossesse.....
- Renforcement de capacité du personnel de santé sur le respect des mesures, normes et délais dans le suivi des femmes enceintes, lors de l'accouchement et du suivi post natal.
- Création au niveau communautaire d'un système de motivation des mères modèles (respect des CPN, CPoN, Prise de TPI, vaccination, respect surveillance post natale).
- Formation du personnel socio sanitaire sur l'accueil et la communication interpersonnelle.
- Renforcement des capacités en counseling VIH des agents socio sanitaires du secteur public, confessionnel et privé (avec un accent sur le respect de la confidentialité).
- Organisation de journées de réflexion dans les zones sanitaires sur la définition de stratégies novatrices pour la recherche des perdues de vue (femmes séropositives) et la promotion du dépistage précoce VIH chez les enfants.
- Etablissement du plan d'accouchement avec chaque femme par l'agent qualifié lors des CPN (insister au troisième trimestre sur la nécessité de rester à la maternité pendant 48 heures après l'accouchement).
- Réalisation de supports de communication pour la santé maternelle et néonatale.
- Réalisation et diffusion des émissions en collaboration avec les médias dont les radios de proximité.
- Plaidoyer en direction des autorités religieuses, traditionnelles, leaders d'opinion pour leur implication dans l'adoption des comportements favorables à la survie des mères et du nouveau-né.
- Introduction dans les outils de supervision des indicateurs de Suivi des centres pour la mise en application des normes (Accueil, CIP, surveillance post natale immédiate et CPoN).
- Introduction des indicateurs dans le FBR (Surveillance post natale immédiate 48h dans le centre, CPoN).

Niveau macro

- Prise de dispositions administratives et vulgarisation des textes normatifs pour le respect de l'établissement du plan d'accouchement pour toutes les femmes enceintes et l'observance du délai de 48h après accouchement dans toutes les formations sanitaires publiques, privées et confessionnelles au Bénin de même que les établissements de formation en santé.
- Introduction dans le programme de formation des apprenants des avantages liés à la parenté responsable (abstinence, âge mature au premier rapport sexuel, utilisation des méthodes contraceptives).

Thèmes majeurs de messages en directions des mères et des participants secondaires

- Les signes de dangers chez la femme enceinte
- Les avantages de la CPN1 au premier trimestre
- Les avantages de la CPN4 au huitième mois
- Le plan d'accouchement
- L'accompagnement de la femme par le conjoint dans le suivi de grossesse
- La reconnaissance du travail d'accouchement
- Les avantages du recours précoce aux soins et à l'accouchement
- Nécessité de la surveillance de l'accouchée pendant 48 heures au centre
- La consultation post natale : avantages pour l'accouchée et le nouveau-né
- Le suivi à domicile de la nouvelle accouchée
- Les avantages liés à la maturité de l'âge au premier rapport sexuel.
- L'espacement des naissances pour la santé de la mère et de l'enfant
- L'adoption d'une méthode contraceptive : avantages et démarches à suivre
- Le paludisme chez la femme enceinte
- Le TPI chez la femme enceinte
- Stigmatisation et discrimination liées au VIH
- Avantage du dépistage VIH chez la femme enceinte
- Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
- Observance au traitement ARV
- Implication du conjoint dans le suivi du couple mère –enfant
- Implication de la communauté dans le suivi du couple mère-enfant
- Partage du résultat dans le couple

Contenu des messages clés

- *Chaque grossesse est importante. Pour une grossesse sans risque, toutes les femmes enceintes devraient bénéficier d'au moins quatre visites de soins prénatals. Les femmes enceintes et leurs familles doivent savoir reconnaître les signes avant-coureurs de l'accouchement et les premiers symptômes d'éventuelles complications. Il faut également qu'elles aient pris des dispositions nécessaires pour bénéficier des soins pendant l'accouchement et obtenir de l'aide en cas de problèmes.*
- *L'accouchement est la période la plus critique, pour la mère et pour l'enfant. Toutes les femmes enceintes doivent accoucher dans les formations sanitaires, bénéficier lors de l'accouchement de l'assistance d'une personne qualifiée (sage-femme, médecin, ou infirmier) et doivent avoir rapidement accès à des soins spécialisés en cas de complications.*
- *Le respect des quatre CPN permet de faire bénéficier à la femme enceinte des services comme le dépistage gratuit du VIH et la prise en charge en cas de nécessité, du TPI pour la prévention du paludisme, la vaccination contre le tétanos.*
- *Les soins postnatals dispensés à la mère et à l'enfant réduisent le risque de complications et aident les mères, les pères et autres adultes concernés à donner à l'enfant un bon départ dans la vie. L'état de santé de la mère doit être vérifié régulièrement dans les 48 heures suivant l'accouchement ainsi que la première semaine puis six semaines après accouchement.*
- *Pour un accouchement plus sûr, la femme enceinte doit aller à la maternité dès que le travail commence afin de recevoir des soins de qualité par un personnel qualifié et les meilleurs soins appropriés en cas d'urgence.*
- *En cas de signes de danger chez la femme enceinte, cherchez de l'aide immédiatement. Se rendre au centre de santé immédiatement devant l'un des signes de danger suivants :*
 - *Saignement*
 - *Convulsions (crises)*
 - *Fièvre*
 - *Pertes d'eau ou de liquide verdâtre*
 - *Violents maux de ventre*
 - *Respiration difficile ou rapide*
 - *Violents maux de tête*
 - *Trouble de la vue/vision floue*

- *Visage, mains enflées*
 - *Le bébé bouge moins*
-
- Le dépistage précoce du VIH chez la femme enceinte permet de la mettre sous traitement ARV (option B+) et réduire ainsi le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant au cours de la grossesse, l'accouchement et l'allaitement.
 - L'observance limite les risques de résistance au traitement et assure une meilleure santé à la gestante séropositive.
 - L'accompagnement du conjoint rassure la gestante et offre les possibilités de partage de résultat et de soutien psychologique.

Axe 2 :
Prévention des principales affections chez le nouveau-né et les enfants de moins de cinq ans



Le Bénin a accompli des progrès dans le cadre de la réduction de la mortalité infanto-juvénile. Toutefois des efforts restent à faire pour atteindre à la fois l'objectif fixé pour les OMD et le nouvel engagement « Promesse renouvelée » dans le cadre de la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Les principales affections qui causent les décès des enfants sont connues, de même que les mesures préventives à prendre. Il s'agit du paludisme, la pneumonie, la diarrhée, de l'anémie, de la malnutrition.

Les Comportements à promouvoir sur la base de l'analyse de la situation sont récapitulés dans le tableau suivant :

Tableau 12 : Comportements à promouvoir pour la survie de l'enfant

Comportements à risque	Comportements à promouvoir
Utilisation non permanente des MIILD chez les enfants de 0 à 5 ans	Utilisation permanente des MIILD chez les enfants de 0 à 5 ans
Recours tardif aux soins pour les enfants fiévreux	Recours aux soins pour les enfants de 0 à 5 ans
Faible utilisation des sachets de SRO/zinc en cas de diarrhée	Utilisation des sachets de SRO et zinc en cas de diarrhée
Non-respect du Lavage des mains aux moments clés pour prévenir la diarrhée	Lavage des mains aux moments clés
Règles d'hygiène du cadre de vie très peu observées	Respect des règles d'hygiène du cadre de vie
Utilisation d'eau non potable pour la consommation	Utilisation d'eau potable
Non-respect de l'allaitement maternel exclusif/sevrage précoce	Respect d'Allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois
Alimentation non appropriée pour l'enfant au-delà de 6 mois et pauvre en fer	Alimentation appropriée pour l'enfant au-delà de 6 mois
Non-respect du calendrier vaccinal par les parents d'enfants de 0 à 11 mois	Respect du calendrier vaccinal par les parents d'enfants de 0 à 11 mois

Compte tenu de la lenteur de la réduction du taux de mortalité néonatale un accent particulier sera mis sur le nouveau-né (0 à 1mois) dont la survie reste fragilisée par certains comportements liés à la mère et aux prestataires de santé : accouchement à domicile, non-respect du délai de la surveillance du post partum immédiat (6 heures à 48 heures), non-respect de la consultation post natale immédiate dans la première semaine de vie, non-respect des règles de suivi des nouveau-nés de faible poids à domicile (hygiène, alimentation...), recours tardif au soin pour le nouveau-né présentant des signes de danger, non respect des normes de suivi du nouveau-né exposé au VIH.

L'axe 2 du plan présente les interventions nécessaires pour la prévention des principales affections chez le nouveau-né et les enfants de moins de cinq ans. Il se subdivise en trois domaines à savoir :

- Domaine 1 : Suivi du nouveau-né
- Domaine 2 : Promotion des pratiques familiales essentielles
- Domaine 3 : Utilisation de l'eau potable/Traitement de l'eau à domicile

Axe 2 : Domaine 1 **Suivi du nouveau-né**

Au Bénin sur deux enfants qui n'atteignent pas leur premier anniversaire, un enfant sur deux meurt dans la période post natale c'est-à-dire de 0 à 1 mois.

La période post natale est donc déterminante pour la survie de l'enfant. La plupart de ces enfants meurent à domicile sans bénéficier de soins appropriés. Ces décès peuvent être évités si les mères/ gardiennes d'enfants adoptent certaines règles d'hygiène élémentaires et ont recours précocement aux soins en cas de nécessité.

Le présent axe met l'accent sur les pratiques familiales essentielles à adopter par les mères/ gardiennes d'enfants afin de réduire le risque de décès des nouveaux nés à domicile.

Aussi, dans le cadre de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant le présent axe met t-il l'accent sur les pratiques pouvant réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant pendant les premières semaines de vie. Une série de sept comportements-clés est à promouvoir pour la survie du nouveau-né.

Tableau 13 : Comportements à promouvoir pour la survie du nouveau-né

Comportements à risque	Comportements à promouvoir
Non-respect du délai de la surveillance du post partum immédiat (6 heures à 48 heures)	Respect du délai du post partum immédiat par les femmes ayant accouché dans les centres de santé (Voir axe 1)
Non-respect de la consultation post natale immédiate dans la première semaine de vie	Respect de la consultation post natale par les mères dans la première semaine suivant l'accouchement (Voir axe 1)
Non-respect des règles de suivi des nouveau-nés de faible poids à domicile (hygiène, alimentation...)	Respect des règles de suivi des nouveaux nés de faible poids à domicile
Recours tardif au soin pour le nouveau-né présentant des signes de danger	Recours précoce aux soins pour le nouveau-né présentant des signes de danger
Non-respect des normes de suivi du nouveau-né exposé au VIH	Alimentation exclusive de 0 à 6 mois chez les enfants exposés au VIH (lait maternel exclusif ou lait artificiel exclusif)
	Recours au dépistage précoce du VIH chez les nouveaux nés exposés
Accouchement à domicile	Accouchement dans une formation sanitaire (Voir axe 1)

Effet 2 : 50% des mères d'enfants de 0 à 1 mois adoptent des comportements favorables à la survie du nouveau-né d'ici à 2018

Produits 2

Produit 2.1 : 75% des mères ayant des enfants de faibles poids à la naissance connaissent les soins appropriés à donner au nouveau-né à domicile d'ici à 2017

Produit 2.2 : 75% des mères d'enfants de 0 à 1 mois connaissent les signes de danger chez le nouveau-né d'ici à 2017

Produit 2.3 : 95% des mères connaissent les avantages du colostrum pour la mise au sein précoce du nouveau-né d'ici à 2017

Produit 2.4 : 95% des mères séropositives adoptent une alimentation exclusive (allaitement maternel exclusif ou allaitement artificiel exclusif) au cours des 6 premiers mois de vie de l'enfant exposé au VIH d'ici à 2016

Produit 2.5 : 95% des mères séropositives ont recours au test de dépistage précoce du VIH pour leurs nouveaux nés au cours des deux premiers mois de vie d'ici à 2016

Participants

Niveau	Micro(Communauté)	Meso (Acteurs de mise en œuvre)	Macro (Décideurs)
Participants primaires	Femmes enceintes- Mères - femmes enceintes séropositives- mères séropositives	Personnel de santé (sagefemme, infirmiers, médecins, aides-soignants)	
Participants secondaires	Maris- Belle-mère -Matrones (accoucheuses traditionnelles)	Personnels socio sanitaires, radios communautaires, élus locaux/communes, ONG, associations de développement Relais communautaires-Educateurs- Conseillers VIH- Pairs éducateurs PVVIH- Médiateurs/médiatrices	
Participants tertiaires	comité villageois de santé – leaders communautaires, chefs traditionnels et religieux, relais communautaires,		Ministère de la santé et autres ministères, PTF

Actions prioritaires

Niveau micro

- Réalisation des visites à domicile par les relais pour la sensibilisation des nouvelles accouchées au respect des CPoN dès la première semaine qui suit l'accouchement.
- Promotion et adoption de la méthode « Kangourous » par les mères pour le suivi des nouveau-nés.

- Elaboration des supports de communication sur les normes de suivi des nouveaux nés de faible poids à domicile.
- Plaidoyer au niveau communautaire en direction des maris, des leaders d'opinion, des élus locaux, des responsables d'association et groupements féminins pour le respect des délais de 48 heures de post partum dans les centres de santé et les CPoN.
- Organiser des séances de dialogue communautaire sur des thématiques relatives à la santé de la mère, du NN et de l'enfant.
- Réaliser des séances de causeries avec les femmes enceintes pour la mise au sein précoce.
- Organiser des séances de dialogue communautaire sur la valeur du colostrum.
- Réaliser des émissions radiophoniques sur la valeur du colostrum et la mise au sein précoce du bébé.
- Faire des séances d'information en direction des chefs traditionnels, guérisseurs traditionnels sur la connaissance du colostrum et la mise au sein précoce.
- Renforcer l'aide à l'observance aux traitements par les femmes séropositives.
- Eduquer les mères sur l'allaitement et l'alimentation du nourrisson exposé au VIH.

Niveau meso

- Organisation des séances d'éducation spéciales pour les primigestes dans les maternités.
- Vulgariser la méthode « kangourous ».
- Organiser une journée de réflexion dans les zones sanitaires sur la définition de stratégies novatrices pour la recherche des perdues de vue et la promotion du dépistage précoce chez les enfants.
- Former les pairs éducateurs PVVIH pour le suivi communautaire du couple mère enfant et mettre en place un système d'accompagnement et de suivi des mères séropositives et de leur enfant pour leur alimentation.
- Renforcer les capacités des médiatrices PTME/Psychologue pour la prise en charge psychosociale des femmes dépistées séropositives.
- Réaliser/Actualiser des outils de communication pour la survie du nouveau-né.
- Organiser des sessions de recyclage des agents de santé sur la mise au sein précoce des nouveaux –nés.

Niveau macro

Prise de décision par le Ministère de la Santé pour la gratuité des frais d'hospitalisation des 48 heures de suivi postnatal pour les mères et nouveaux nés dans les formations sanitaires en vue de lever les barrières financières.

Thèmes majeurs de messages

1. Les risques liés à la santé de la mère et du nouveau-né dans la première semaine
2. L'importance du respect du délai des 48 heures de surveillance à la maternité après accouchement
3. Avantages de la CPoN
4. Les soins corporels et règles d'hygiène du nouveau-né
5. Le suivi à domicile du nouveau-né de faible poids
6. Le plan d'accouchement
7. L'accompagnement du conjoint dans le suivi du nouveau-né
8. Le colostrum : valeur, avantages
9. La mise au sein précoce
10. Les signes de danger chez le nouveau-né
11. Alimentation de l'enfant né de mère séropositive (allaitement exclusif)
12. Dépistage précoce chez l'enfant exposé au VIH
13. Le nouveau-né de faible poids : Adoption de la méthode kangourous

Contenu des messages clés

- *Le nouveau-né de faible poids a besoin de soins particuliers pour survivre. Il est plus fragile qu'un enfant de poids normal.*
- *Les parents d'enfants doivent connaître les conditions appropriées pour le bien être du nouveau-né et surtout celui de faible poids (tenir au chaud, mesures d'aseptise, conditions d'hygiène autour du bébé...).*
- *La mère et le bébé doivent observer le délai des 48 heures à passer en observation à la maternité après accouchement.*
- *La mise au sein précoce permet à l'enfant de bénéficier du colostrum afin de mieux se défendre contre les maladies.*
- *Amenez le bébé à la formation sanitaire dès qu'il présente un signe de danger. Un des graves signes de danger est le refus ou incapacité de téter/tète peu. Aussi, le ballonnement du ventre, le saignement du cordon ombilical, la fièvre, l'hypothermie sont des signes de danger chez le nouveau-né,*
- *Les mères doivent adopter des habitudes simples pour un nouveau-né en bonne santé*
 - *Ne donnez que du lait maternel pendant les 6 premiers mois.*
 - *Gardez le cordon propre et sec*
 - *Lavez fréquemment les mains à l'eau et au savon pour protéger le bébé des infections.*

- *Protégez-le nouveau-né du paludisme, en le faisant dormir toujours sous une moustiquaire imprégnée.*
- *Allez à la maternité avec le bébé pour une visite post-natale aussi tôt que possible après la naissance, dans la première semaine et au cours des six semaines qui suivent la naissance.*
- *Faites-lui toutes les vaccinations nécessaires de 6 semaines pour le protéger des maladies.*

- Une femme séropositive peut transmettre le VIH à son bébé en l'allaitant. Pendant les six premiers mois de vie, le risque est beaucoup plus élevé si l'on donne à l'enfant d'autres liquides et aliments en plus du lait maternel que s'il est exclusivement nourri au sein. Il est donc recommandé de nourrir exclusivement au sein l'enfant pendant les six premiers mois, à moins que le nourrir exclusivement au moyens de substituts du lait maternel (préparations pour nourrisson) soit acceptable, faisable et d'un coût abordable et ne présente aucun danger.

Axe 2 : Domaine 2

Promotion des pratiques familiales essentielles

Selon les données issues des documents de référence sur la PCIME communautaire, la réduction de la mortalité de l'enfant exige la disponibilité de services de santé de qualité, des intrants et avec un personnel qualifié. Puisque les familles sont les premières responsables de la santé de leurs enfants, un partenariat s'impose entre elles et les agents de santé, avec l'appui de leurs communautés.

Il est important de souligner que l'allaitement maternel peut réduire la mortalité due à la diarrhée chez les enfants de 0 à 5 mois. Les enfants allaités au sein et âgés de moins de deux mois sont six fois moins susceptibles de mourir de maladies infectieuses que les enfants non allaités.

Les maladies évitables par la vaccination représentent environ 10% de la morbidité globale des enfants de moins de cinq ans et correspondent à presque 3 millions de décès d'enfants chaque année. La rougeole représente la majorité des décès évitables par la vaccination.

La malnutrition de l'enfant demeure un problème courant dans le monde en développement. La malnutrition est la cause directe ou indirecte de 54% de tous les décès d'enfants. Il y a un rapport étroit entre l'alimentation complémentaire et la réduction de la mortalité chez les enfants de 6 à 11 mois. Les pratiques d'alimentation améliorées en vue de prévenir ou de traiter la malnutrition peuvent sauver 800 000 vies par an.

On estime que 90% des cas de diarrhée chez l'enfant résultent de mauvaises conditions d'hygiène, du manque d'accès à l'eau potable et à la nourriture, et à l'insuffisance de l'hygiène corporelle. Le seul lavage des mains entraîne une réduction de 35% de l'incidence de la diarrhée.

Le paludisme représente 25% de la mortalité infantile en Afrique et constitue un problème de santé publique. L'utilisation de moustiquaires traitées aux insecticides (ITN) entraîne une réduction de 17% de la mortalité infantile, par rapport aux populations sans moustiquaires ou ayant des moustiquaires non traitées.

L'OMS et l'UNICEF recommandent l'adoption de 16 pratiques familiales en vue de la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

Le Bénin à travers ce plan de communication opte pour la promotion de sept (07) pratiques familiales essentielles en vue de prévenir les principales causes de décès des enfants de 0 à 5 ans.

Les sept (07) pratiques familiales essentielles se présentent ainsi qu'il suit :

1. *Allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois.*
2. *Utilisation des MIILD chez les enfants de moins de cinq ans.*
3. *Elimination correcte des matières fécales, lavage des mains aux moments critiques à l'eau et au savon.*
4. *Reconnaissance des signes de danger et recours précoce aux soins.*
5. *Utilisation de SRO/Zinc en cas de diarrhée.*
6. *Respect du calendrier vaccinal de l'enfant.*
7. *Introduction d'alimentation complémentaire appropriée à partir de 6 mois en continuant l'allaitement au sein jusqu'à 2 ans ou plus.*

Effet 3 : D'ici à 2018 au Bénin, 50% au moins des mères et gardiens d'enfants adoptent les sept pratiques familiales essentielles pour prévenir les maladies prioritaires pour la survie des enfants de 0 à 5 ans

Produits 3

Produit 3.1 : 60% des enfants de 0 à 6 mois sont exclusivement allaités au sein d'ici à 2018

Produit 3.2 : 50 % d'enfants de 6 à 24 mois bénéficient d' une alimentation adéquate d'ici à 2018

Produit 3.3 : 90% des d'enfants de moins de cinq ans dorment sous MIILD d'ici à 2018

Produit 3.4 : 75% des mères d'enfants de 0 à 5 ans connaissent les moments critiques du lavage des mains d'ici à 2016

Produit 3.5: 50% des ménages possèdent un dispositif de lavage des mains ici à 2018

Produit 3.6 : 75% des mères et gardiennes d'enfants de moins de cinq ans connaissent au moins deux signes de dangers de recours aux soins chez les enfants d'ici à 2017

Produit 3.7 : 80% des mères d'enfants i utilisent les sachets de SRO/Zinc en cas de diarrhée d'ici à 2018

Produit 3.8 : 70% des mères d'enfants de 0 à 11 mois respectent le calendrier vaccinal d'ici à 2018

Participants

Niveau	Micro (Communauté)	Meso (Acteurs de mise en œuvre)	Macro (Décideurs)
Participants primaires	Mères d'enfants de 0 à 5 ans- Gardiennes d'enfants de 0 à 5 ans	Personnel de santé	
Participants secondaires	Maris- Belle-mère - Tradithérapeutes	Personnels socio sanitaires, nutritionnistes, radios communautaires, élus locaux/communes, ONG, associations de développement -Relais communautaires-Educateurs	
Participants tertiaires	Comité villageois de santé – leaders communautaires, chefs traditionnels et religieux, enseignants, groupements féminins - relais communautaires, élus locaux/Chef Village		Ministère de la santé et autres ministères, PTF

Actions prioritaires

Niveau micro

- Sensibilisation des ménages sur l'importance et les avantages liés à l'adoption des sept pratiques familiales dans la prévention des principales affections chez les enfants de moins de cinq ans.
- Intensification des activités de communication en stratégies fixe et avancée au niveau des aires sanitaires et de la communauté.
- Réalisation des émissions radiophoniques grand public sur les diverses thématiques dans les communautés.
- Organisation des séances de causeries dans les communautés par les relais communautaires sur les PFE.
- Organisation des activités de plaidoyer en direction des leaders communautaires, leaders religieux, tradithérapeutes, des mères, des belles-mères, grands-mères pour la contribution à l'adoption des PFE.
- Création des associations de femmes pour la promotion de la santé dans les villages/quartiers, dans les communautés religieuses pour la promotion des pratiques familiales essentielles
- Création des classes d'éducation pour la santé au niveau communautaire en association avec les classes d'alphabétisation et les centres de promotion sociale.
- Utilisation des canaux traditionnels et des grands regroupements communautaires pour la promotion des PFE.
- Identifier dans les communautés les dispositifs de lavage des mains pratiques et locaux.

- Organiser des séances de dialogue communautaire avec les comités villageois de santé pour l'adoption par les communautés des dispositifs locaux de lavage des mains.
- Réorganiser les services de vaccination en tenant compte de la disponibilité des parents des zones rurales, périurbaines et urbaines, des cités dortoirs.
- Créer et rendre fonctionnel les comités de communications au niveau des communes pour la promotion de la vaccination de routine.

Niveau meso

- Relance de l'initiative « Hôpitaux amis des bébés » dans le secteur public, confessionnel et privé.
- Disponibilité et accessibilité des MIILD à prix subventionné dans les formations sanitaires en dehors des campagnes et pour la famille.
- Organisation périodique des séances d'éducation nutritionnelle dans les formations sanitaires.
- Renforcement des capacités des agents socio sanitaires sur la nutrition des enfants de 6 à 24 mois et le dépistage précoce de l'anémie et de la malnutrition.
- Renforcement de l'implication des hommes, des belles-mères, des guérisseurs traditionnels, des leaders religieux dans la pratique de l'AME.
- Renforcement de la collaboration avec les radios communautaire pour la Production et la diffusion des programmes médiatiques (radios et télévisions).
- Renforcement des capacités des agents socio sanitaires sur les PFE.
- Plaidoyer en direction des autorités religieuses pour une implication dans la survie des enfants de moins de cinq ans.
- Prise de dispositions administratives au niveau des formations sanitaires pour réorganiser les activités des services de vaccination et faire respecter les normes d'utilisation des antigènes sans craintes des pertes de doses « ne laisser passer aucune occasion de vaccination » dans les formations sanitaires.
- Formation des tradithérapeutes sur la connaissance des signes de danger chez les enfants de moins de cinq ans et la collaboration pour la référence.
- Renforcer la communication autour de la semaine de survie de l'enfant.
- Réalisation des supports de communication sur les PFE.
- Actualiser le carnet de santé pour en faire un outil de communication sur le calendrier vaccinal.
- Intégrer dans le paquet des relais la promotion de la vaccination de routine.
- Réalisation/Actualisation des supports sur la vaccination de routine.
- Renforcement de la communication à travers les médias autour de la vaccination de routine.

- Mise en œuvre des recommandations des états généraux de la vaccination pour le volet C4D.
- Redynamiser la sous-commission mobilisation sociale et le décentraliser dans les départements et les zones sanitaires.

Niveau macro

- Organisation des séances de distribution massive de MILD dans les communautés
- Plaidoyer auprès des partenaires pour rendre disponible et accessible financièrement le SRO/ZINC.
- Création de centres de récupération nutritionnelle et de démonstrations diététiques au niveau des centres sociaux et centre de santé pour l'éducation des mères à l'alimentation correcte des enfants de 6 à 23 mois sur la base des produits locaux.
- Intégration dans les programmes de formations des élèves de la maternelle et du primaire des curricula sur l'hygiène et la prévention des maladies prioritaires et la vaccination.
- Financement de la réalisation de téléfilms et documentaires de sensibilisation sur les pratiques familiales essentielles.
- Prise de dispositions administratives pour faire respecter les normes d'utilisation des antigènes sans craintes des pertes de doses « ne laisser passer aucune occasion de vaccination » dans les formations sanitaires.

Tableau 14 : Thèmes et messages clés pour la promotion des pratiques familiales essentielles

Pratiques	Thèmes des messages	Contenu des Messages clés
Utilisation des MIILD	- Vulnérabilité des enfants de 0 -5 ans face au paludisme - Causes et manifestations du le paludisme - Dispositions pratiques pour l'utilisation de la MIILD (pose, entretien, lavage, nombre de personne /moustiquaire) - Importance des MIILD	-Le paludisme est transmis par les piqûres de moustique. Le meilleur moyen de prévenir ces piqûres est de dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticides à longue durée d'action -Partout où le paludisme sévit, les enfants sont en danger. Tout enfant présentant de la fièvre doit donc immédiatement être pris en charge par le relais communautaire de votre village après confirmation -Tout signe de gravité doit être immédiatement référé dans un centre de santé pour un traitement antipaludique approprié en cas de diagnostic positif.
AME	- L'AME, une pratique réaliste et réalisable - La mise au sein précoce - Valeur du colostrum - Inconvénients de l'utilisation de l'eau et des tisanes au cours des six premiers mois de vie de l'enfant - Allaitement maternel et occupation professionnelle des mères	- Rien que Le lait maternel est le seul aliment et la seule boisson dont un nourrisson a besoin pendant ses six premiers mois de vie. -Le lait maternel évite à votre enfant la diarrhée -Le nouveau-né doit être mis au sein dans la première heure suivant la naissance -Le colostrum est le premier lait, du bon lait, très riche en éléments nutritifs destiné à renforcer l'immunité du nouveau-né -Une mère qui travaille peut très bien pratiquer l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois pour son enfant -L'enfant n'a besoin ni d'eau, ni de tisane, ni de tout autre aliment complémentaire avant l'âge de six mois

Pratiques	Thèmes des messages	Contenu des Messages clés
Introduction d'alimentation complémentaire appropriée à partir de 6 mois en continuant l'allaitement au sein jusqu'à 2 ans ou plus	-Besoins nutritionnels de l'enfant à partir de 6 mois -Comment conduire un bon sevrage -Les conséquences d'un sevrage précoce chez l'enfant Compléments alimentaires nécessaires pour l'enfant à partir de six mois	-A partir de 6 mois l'enfant a besoin d'autres aliments variés en plus du lait maternel pour grandir et se développer. -Les enfants ont besoin de VIT A pour se protéger contre les maladies, éviter les troubles de la vue et réduire les risques de décès. On trouve de la VIT A dans de nombreux fruits et légumes, huile rouge, les œufs, les produits laitiers ; le foie le poisson, la viande les aliments enrichis et le lait maternel. Dans les régions où la carence en Vit A est courante on peut donner aux enfants âgés de 6 à 59 mois des suppléments en vitamines A tous les quatre à six mois. -A partir de 6 à 8mois l'enfant a besoin de manger deux à trois fois par jour et trois à quatre fois par jour à partir de 9 mois en plus du lait maternel. En fonction de l'appétit de l'enfant il peut avoir besoin d'un ou deux gouters nutritifs entre les repas (fruit). Il faut donner à l'enfant de petites quantité de nourriture de plus en plus variée et abondante à mesure qu'il grandit. -Les enfants ont besoin d'aliments riches en fer pour protéger leurs capacités physiques et mentales et lutter contre l'anémie. Les meilleures sources de fer sont d'origine animale, comme le foie, les viandes maigres et le poisson. Les aliments enrichis en fer ou les suppléments de fer sont d'autres options. -L'iode dans le régime alimentaire de la femme enceinte et du jeune enfant est surtout essentiel pour le développement du cerveau de l'enfant. Il contribue à la prévention des troubles de l'apprentissage et du retard de sa croissance. La consommation de sel iodé au lieu du sel ordinaire procure aux femmes enceintes et à leurs enfants tout l'iode dont ils ont besoin.

Pratiques	Thèmes des messages	Contenu des Messages clés
Recours précoce aux soins	-Les signes de danger chez l'enfant et le nouveau-né -Nécessité du recours précoce aux soins au centre de santé -Inconvénients de l'automédication chez les enfants - Pneumonie, définition et manifestations - Préventions des pneumonies chez l'enfant de 0 à 5 ans	-Un enfant qui tousse ou qui a un rhume doit être tenu au chaud et il faut l'encourager à manger et à boire plus souvent -Parfois la toux et le rhume sont les signes d'un problème plus grave. Un enfant qui respire rapidement ou qui a de la peine à respirer a peut-être une pneumonie qui est une infection des poumons. Cette maladie peut être mortelle et l'enfant doit être amené immédiatement au centre de santé. -La famille peut aider à prévenir les pneumonies en veillant à ce que les bébés soient nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois au moins et à ce que tous les enfants soient bien vaccinés. -La forte fièvre, les convulsions, le refus de téter ou de manger, la pâleur sont des signes de danger chez l'enfant
Lavages des mains	-Hygiène et vulnérabilité des enfants de 0 à 5 ans -Bienfaits du lavage des mains -Conditions et Techniques de lavage des mains (moments critiques, intrants modernes et traditionnels) -Techniques de réalisation du dispositif de lavage des mains à domicile -Traitement correct des selles des enfants	-Tous les membres de la famille y compris les enfants doivent se laver soigneusement les mains à l'eau et au savon après avoir été en contact avec les selles, avant de toucher à la nourriture ou de préparer les aliments et avant de donner à manger aux enfants. Si on ne peut pas trouver de savon on peut utiliser un produit de substitution comme l'eau et la cendre -Il faut évacuer toutes les selles y compris celles des bébés et des jeunes enfants, de façon hygiénique. Le meilleur moyen consiste à s'assurer que tous les membres de la famille utilisent des toilettes, des latrines ou le pot (pour les jeunes enfants) Quand il n'existe pas de toilettes, il faut enterrer les selles.

Pratiques	Thèmes des messages	Contenu des Messages clés
Utilisation de SRO ZINC	- Diarrhée : manifestations et conséquences -La dentition et la diarrhée chez l'enfant - Traitement de la diarrhée : utilisation de la SRO/ZINC - La diarrhée et la déshydratation chez l'enfant	-La diarrhée tue l'enfant en faisant perdre beaucoup d'eau à son corps ce qui provoque la déshydratation. Dès le début de la diarrhée il est essentiel de donner beaucoup plus d'eau à boire à l'enfant. que d'habitude Il faut alors immédiatement lui donner sa ration alimentaire habituelle. -La vie d'un enfant est en danger s'il a plusieurs selles liquides en l'espace d'une heure ou s'il y a du sang dans ses selles. Il faut alors immédiatement solliciter l'aide d'un agent de santé qualifié -Quand un enfant a la diarrhée il faut lui donner une solution de sels de réhydratation orale(SRO) et un supplément journalier en zinc pendant 10-14 jours. Les médicaments autres que ceux prescrits par un agent de santé contre la diarrhée sont en général inefficaces voire nocifs pour l'enfant -On peut se protéger contre la diarrhée en pratiquant une bonne hygiène et en utilisant de l'eau potable. Il faut se laver soigneusement les mains à l'eau et au savon ou à l'eau et à la cendre après avoir été aux toilettes et après tout contact avec les selles, avant de toucher à la nourriture et avant de préparer les repas ou de donner à manger aux enfants
Respect du calendrier vaccinal	-Calendrier vaccinal des enfants du PEV -Nécessité des rappels des RDV de vaccination -Avantage de la vaccination : Principales maladies cibles du PEV -Utilité du carnet de santé dans le respect du calendrier vaccinal -Implication des maris dans le suivi du calendrier vaccinal - Vaccination de routine et campagnes de vaccination	-La vaccination offre une protection contre plusieurs maladies dangereuses. Un enfant qui n'est pas vacciné risque davantage de tomber malade, d'être handicapé à vie. -Il faut toujours présenter le carnet de vaccination de l'enfant (ou de l'adulte) à l'agent de santé avant la vaccination. -Le carnet de santé de l'enfant doit être bien conservé pour le suivi régulier de tous les RDV de vaccination -Respecter les rendez-vous de vaccination de l'enfant -Faire vacciner systématiquement les enfants de 0 à 5 ans lors des campagnes

Axe2 : Domaine 3

Utilisation de l'eau potable par les ménages/ traitement de l'eau à domicile

L'utilisation de l'eau non potable est la source de plusieurs affections chez les enfants de moins de cinq ans dont la principale est la diarrhée. Au Bénin, 4% des ménages continuent d'utiliser de l'eau de surfaces (rivière, barrage, lacs fleuves et canaux d'irrigation) comme eau de boisson. Selon l'EDS 2011-2012, dans la quasi-totalité des cas (94%), des ménages n'utilisent aucun moyen de traitement de l'eau.

Le traitement de l'eau à domicile est l'un des objectifs fondamentaux de l'APR pour la survie des enfants au Bénin.

Le présent domaine d'intervention vise l'utilisation de l'eau potable par les ménages à travers surtout la technique de traitement de l'eau à domicile mais aussi l'acquisition des compétences pour le transport et la conservation de l'eau à domicile.

Les comportements visés sont :

- Le transport de l'eau dans les matériels appropriés ;
- Le traitement à domicile de l'eau provenant de source non salubre ;
- La conservation de l'eau dans les conditions appropriées.

Produits 3/Domaine 3 :

Produit 3.9 : 75% des mères d'enfants connaissent les techniques de traitement de l'eau à domicile d'ici à 2018

Produit 3.10 : 75% des ménages connaissent les techniques de transport et de conservation de l'eau potable d'ici à 2018

Produit 3.11 : 75% des ménages disposent de matériels de conservation de l'eau potable d'ici à 2018

Participants

Niveau	Micro(Communauté)	Meso (Acteurs de mise en œuvre)	Macro (Décideurs)
Participants primaires	Mères et chefs de ménage Gardiennes d'enfants		
Participants secondaires	Maris-Belles-mères – Pairs- Grands-mères	Personnels socio sanitaires, radios communautaires, élus locaux/communes, ONG, associations de développement Relais communautaires Educateurs, Agents de santé- Agents d'hygiène	
Participants tertiaires	Comités villageois de santé – leaders communautaires, chefs traditionnels et religieux, enseignants, groupements féminins - relais communautaires, élus locaux/CV		Ministère de la santé et autres ministères, PTF

Actions prioritaires

Niveau micro

- Réalisation d'activités de communication en direction des ménages sur les techniques de transport, de traitement et de conservation de l'eau à domicile.
- Identifier avec les communautés les stratégies locales accessibles de transport, de traitement et conservation de l'eau à domicile.
- Mise en place des comités de gestion des points d'eau potable.
- Réalisation des visites de contrôle de la qualité de l'eau par les agents d'hygiène et les relais communautaires.
- Identification dans les communautés des pratiques locales de transport, traitement et conservation adéquates de l'eau.
- Mise en place de mutuelle pour l'acquisition de matériels locaux de conservation de l'eau potable.
- Réaliser des supports pour le milieu éducatif pour l'apprentissage des élèves aux techniques de transport de traitement et de conservation de l'eau.

Niveau meso

- Actualiser la cartographie des zones d'accès difficile à l'eau potable.
- Réaliser des supports de communication sur les techniques de traitement de l'eau à domicile (modernes et traditionnelles).
- Renforcer les capacités des acteurs (relais communautaires) sur les techniques de traitement et de conservation de l'eau à domicile.

- Réalisation d'outils de communication.

Niveau macro

- Rendre disponible les produits de traitement d'eau (aquatabs et autres).
- Faire un plaidoyer auprès des autorités locales et gouvernementales pour l'implantation des forages et des adductions d'eau dans les villages dépourvus d'eau potable.

Thèmes majeurs de messages

- Les techniques traditionnelles de traitement de l'eau
- Les techniques modernes de traitement de l'eau
- Les techniques de transport et de conservation de l'eau
- Les techniques d'entretien des points d'eau potable~~s~~
- Les avantages de l'utilisation de l'eau potable
- Les sources d'eau potable

Contenu des messages clés

- Il faut se servir et boire de l'eau qui provient d'une source d'eau potable ou qui a été purifiée.
- Il faut toujours nettoyer l'intérieur et l'extérieur des récipients destinés au transport ou au stockage de l'eau et les couvrir pour qu'elle reste propre.
- Si nécessaire, on peut traiter l'eau à domicile en la faisant bouillir, en la filtrant ou en ajoutant du chlore ou en la désinfectant au soleil et avec des substances de traitement d'eau recommandé (aquatabs, alum...)
- Les sources d'eau salubres doivent être protégées.

Axe 3:
Renforcement et Suivi des interventions en
communication

L'axe n° 3 de ce plan intégré de communication vise l'amélioration des interventions en communication au niveau du système de santé et au niveau communautaire. En effet, l'atteinte des résultats dépend des acteurs et de l'environnement de mise en œuvre de ce plan. Si la DSME est la responsable dans le PNDS de la santé de reproduction prenant en compte la réduction de la mortalité maternelle et infanto juvénile, elle devra disposer en son sein d'un service de communication chargé, de la mise en œuvre, de la coordination et du suivi de ce plan. Actuellement, ce rôle est assuré par le Service de la Santé Maternelle et Infantile.

Il s'avère donc important de disposer, du niveau central au niveau périphérique, d'une organisation des services pouvant permettre la mise en œuvre efficace de ce plan. L'axe 3 prend en compte le volet transversal de ce plan.

Les participants concernés par cet axe sont donc les acteurs de mise en œuvre du plan ou les décideurs politiques devant orienter les décisions et prendre des initiatives pour accompagner l'exécution de ce plan.

Il sera nécessaire de renforcer les capacités de la DSME à travers la création d'un service de communication et le renforcement de compétences des agents en communication pour le développement. Ceci leur permettra de planifier, de gérer, de coordonner, de documenter, de suivre les activités de communication, afin d'en assurer le contrôle de la qualité en collaboration avec les autres entités ministérielles concernées.

Le renforcement de capacités concernera les chargés d'IEC des DDS et les CRAMS des Zones sanitaires, pour la mise en œuvre de ce plan à travers des plans opérationnels dans les zones sanitaires.

Au niveau opérationnel et dans les formations sanitaires, les capacités des prestataires dans les domaines identifiés dans la stratégie de communication (communication interpersonnelle, counseling, accueil, etc.) devront être renforcées. Les compétences des relais et autres communicateurs aussi bien modernes (professionnels des médias) que traditionnels par région seront aussi renforcées.

Des études sur les connaissances attitudes et pratiques des populations seront menées à mi-parcours et à la fin de la mise en œuvre de ce plan afin d'apprécier les progrès atteints et d'orienter les actions futures. L'EDS peut être indiqué pour l'enquête à mi-parcours en 2016.

L'axe 3 comporte donc deux domaines d'intervention à savoir :

- ... Formation /Renforcement de capacité des acteurs
- ... Organisation, financement, évaluation des interventions.

Axe 3/Domaine 1 : Organisation, financement, suivi et évaluation des interventions

Effet 4: Les interventions en communications pour le développement dans le cadre de la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant au niveau du système de santé et au niveau communautaire ont été renforcées d'ici à 2018

Produits 4

Produit 4.1 : Des réformes ont été introduites dans l'organisation des interventions de communication au niveau du système de santé (central, intermédiaire et opérationnel) et des centres de formations des acteurs de santé d'ici à 2015

Produit 4.2 Toutes les 34 zones sanitaires disposent et opérationnalisent leur plan opérationnel de communication sur la base du PIC national d'ici à 2016.

Produit 4.3 Le financement des interventions de communication du ministère de la santé a augmenté de 25% sur le budget national d'ici à 2018

Produit 4.4 Les zones sanitaires, centres de santé et maternités disposent de ressources et supports adaptés pour la conduite des interventions de communication d'ici à 2016

Produit 4.5 La participation communautaire et la mobilisation sociale se sont accrues dans le cadre de la survie du nouveau-né de la mère et de l'enfant d'ici à 2018

Produit 4.6. Des enquêtes CAP sont réalisées en 2016 et en 2018 pour apprécier le niveau l'atteinte des indicateurs

Actions prioritaires

Niveau micro

- Créer des comités de santé dans les villages pour le suivi des interventions communautaires dans le cadre de la survie de la mère du nouveau-né et de l'enfant ;
- Créer dans les villages des systèmes de référence et de suivi communautaire des femmes enceintes et des enfants ;
- Renforcer les capacités des COGECS ;
- Renforcer la capacité des agents de santé des établissements scolaires en vue d'un appui à l'éducation sexuelle des adolescents et jeunes ;
- Susciter l'adhésion des ménages au système de mutuelle de santé pour la prévoyance des maladies ;

- Création des «villages engagés» ou «village survie» avec un système de motivation avec objectif **« 0 décès de mères et 0 décès d'enfants de moins de cinq ans pour des causes évitables »**
- Mobilisation des élus locaux en faveur de la survie de la mère et l'enfant autour de l'initiative **« 0 décès de mères et 0 décès d'enfants de moins de cinq ans pour des causes évitables »**

Niveau meso

- Faire la dissémination du présent plan et mobiliser les acteurs autour de la mise en œuvre de ce plan ;
- Réaliser des plans opérationnels de communication au niveau des zones sanitaires ;
- Mettre en place un service de communication au niveau de chaque direction départementale de la santé ;
- Rendre fonctionnel le poste de chargé de communication dans toutes les zones sanitaires ;
- Faire un plaidoyer en direction des communes pour la création ou la redynamisation dans les villages des comités de santé ;
- Développer et ou renforcer le partenariat avec les radios de proximité et les autres formes de médias modernes et traditionnelles ;
- Disposer chaque année de PTA intégrée pour les zones sanitaires (demande et offre de service) ;
- Renforcer la collaboration avec le milieu artistique (musique, théâtre, graphistes) ;
- Développer les supports éducatifs pour la conduite des interventions ;
- Renforcer la collaboration avec les associations et ONG de développement et de santé ;
- Créer le réseau des artistes pour la promotion de la santé ;
- Introduire dans le SNIGS des indicateurs du PIC ;

Niveau macro

- Prendre un arrêté ministériel relatif à la création d'un service de communication au sein de la DSME ;
- Prendre un arrêté ministériel relatif à la création des points focaux de santé communautaire avec intégration du volet communication dans les centres de santé au niveau des communes ;
- Renforcer la collaboration avec le ministère chargé de l'alphabétisation/culture et le ministère chargé de la famille et celui chargé de la jeunesse pour une synergie des interventions en directions des familles, des jeunes et des communautés à la base ;

- Plaidoyer auprès du ministère de la famille pour la redynamisation des services sociaux spécialisés au sein des hôpitaux de zone ;
- Prendre au niveau des DDS des notes de service de nomination des points focaux de santé communautaire avec intégration du volet communication dans les formations sanitaires ;
- Mettre en place un cadre de concertation pour la communication pour la santé au sein du ministère de la santé (GTT Communication) ;
- Plaidoyer en direction des responsables des médias pour l'animation des pages santé ;
- Plaidoyer en direction du Ministère de la communication et de la HAAC pour la mise à disposition du ministère de la santé d'un temps de diffusion gratuite sur les chaînes nationales des émissions et spots sur la santé ;
- Faire un plaidoyer en direction du secteur éducatif (professionnel et supérieur) pour l'introduction dans les modules de formations des agents de santé des modules sur la santé communautaire, la communication, l'accueil ;
- Dotation des centres de matériels de projection (télévision, lecteur DVD...) pour les activités de communication ;
- Création du prix « SURVIE » récompensant la meilleure commune ayant réduit le taux de mortalité néonatale, infanto juvénile et maternelle ;
- Création du prix «Meilleur accueil » récompensant le centre de santé offrant le meilleur accueil ;
- Décoration spécifique chaque année pour les sages-femmes dans l'ordre de mérite du Bénin ;
- Organiser une journée de réflexion sur le financement du PIC et faire le point par programme des interventions de communication budgétisées sur le budget national ;
- Planifier dans les PTA des zones sanitaires, des directions techniques et programmes les activités du PIC pour la mobilisation de ressources sur le budget national et auprès des partenaires ;
- Mobiliser les ressources pour la réalisation des enquêtes ;
- Faire un plaidoyer auprès de l'INSAE pour l'intégration de certains indicateurs de la communication existants dans le présent plan dans l'EDS ;

Participants

Agents de santé - Relais communautaires - Agents socio sanitaires - Les collectivités locales - DSME- DDS - Zones sanitaires - FS- Agents socio sanitaires - Chargés de communication- PTF.

Axe 3/Domaine 2 : Formation/Renforcement de capacité des acteurs

Effet 5 : Les capacités de 70% des intervenants en communication pour le développement au niveau opérationnel et communautaire en vue de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile ont été renforcées d'ici à 2018

Produits Axe 3 Domaine 2

Produit 5.1 : Les responsables IEC des 6 DDS, les responsables de communication des 34 zones sanitaires ont des capacités accrues pour la planification, la mise en œuvre et le suivi des interventions de communication pour le développement d'ici à 2015

Produit 5.2 : 70% des prestataires de santé des formations sanitaires et points focaux santé communautaires ont des capacités renforcées sur l'accueil, la CIP et les PFE d'ici à 2016

Produit 5.3 : 75% des relais communautaires sont formés sur les stratégies de communication pour la promotion des PFE, le suivi à domicile des femmes enceintes et nouvelles accouchées d'ici à 2016

Produit 5.4 : D'ici à 2018 la communication est intégrée dans le module de formation des agents de santé à tous les niveaux

Actions prioritaires

Niveau micro

- Renforcer les capacités des COGEC dans le cadre de la mise en œuvre de ce PIC ;
- Renforcer les capacités des relais communautaire et des comités villageois de santé sur la communication, le suivi du couple mère enfant et la promotion des PFE ;
- Renforcer les capacités des alphabétiseurs et encadreurs ruraux.

Niveau meso

- Concevoir les modules de formations en Communication pour la santé maternelle, infantile et la Promotion des PFE ;
- Renforcer les capacités des chargés de communication des départements et des zones sanitaires en communication pour la santé en vue de la coordination et du suivi des interventions du PIC à travers une formation de courte durée dans les écoles de la place (IRSP) ;
- Renforcer les capacités des agents de santé sur l'accueil et la CIP ;
- Organiser à l'intention des points focaux des formations sanitaires des communes des ateliers de formation en santé communautaire et communication pour la santé et la promotion des PFE ;

- Renforcer la capacité des agents de santé des établissements scolaires en vue d'un appui à l'éducation sexuelle.

Niveau macro

- Mobilisation de ressources pour la mise en œuvre des activités de formation.

Participants

Agents de santé - Relais communautaires - Agents socio sanitaires - Les collectivités locales
- DSME- DDS - Zones sanitaires- FS - Agents socio sanitaires - Chargés de communication
– PTF - Ministère de la santé.

4^{ème} PARTIE : CADRE OPERATIONNEL

I- MECANISME DE MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre du PIC pour la survie de la mère du nouveau-né et de l'enfant se fera à travers les différents départements ministériels et leurs structures déconcentrées et décentralisées.

La coordination nationale sera assurée par la Direction de la Santé de la mère et de l'enfant du Ministère de la santé. Elle nécessite une collaboration avec les autres ministères et partenaires.

Les représentants d'autres ministères comme le ministère en charge de la famille, celui de l'enseignement maternel et primaire et celui de l'alphabétisation de même que les PTF seront membres du cadre de concertation.

1.1. Mise en œuvre au niveau du ministère de la santé

1.1.1. Niveau Central

Un cadre de concertation entre les directions techniques sera mis en place avec une périodicité de rencontre.

Les structures intervenant dans la mise en œuvre du PIC au niveau central sont : la DSME, la DNSP, la DSIO, la DNEHS, le PNLS, le PNLP et l'ANV-SSP. Leurs responsabilités dans la mise en œuvre se déclinent comme suit :

➤ Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME)

La DSME est la direction centrale du ministère de la santé chargée de coordonner avec les autres directions, les activités liées à la santé maternelle, néonatale et infantile ainsi que celles liées à la santé de la reproduction. La DSME assure la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du PIC. Elle procède au renforcement de compétences. Elle coordonne également les activités de supervision des acteurs de manière conjointe. Elle est chargée d'assurer la mise en œuvre des interventions des axes 1 et 2.

➤ Direction des Soins Infirmiers et Obstétricaux (DSIO)

La direction des soins infirmiers et obstétricaux accompagne la DSME dans le renforcement des compétences du personnel et la supervision.

➤ Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP)

La DNSP est la direction technique chargée d'élaborer les directives nationales en matière de promotion de la santé au niveau communautaire, d'hygiène et d'assainissement de base. Dans la mise en œuvre du PIC la DNSP est chargée conjointement avec la DSME, la DPP et les programmes d'assurer la mise en œuvre des axes 2 et 3.

➤ **Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS)**

Le PNLS est chargé d'élaborer les politiques, les normes et les directives en matière de l'infection à VIH. Il assure la coordination des interventions et la mise en place des stratégies pour le continuum des soins aux PVVIH y compris le couple mère – enfant dans le contexte de l'ETME en collaboration avec la DSME et les autres structures.

Le PNLS sera chargé du suivi et de la mise en œuvre des interventions de l'axe 1 et 2 du PIC relatif à l'ETME.

➤ **Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP)**

Il est responsable de la définition des orientations stratégiques dans le cadre de la lutte contre le paludisme au Bénin. Il assure la mise en œuvre et le suivi des interventions de lutte contre le paludisme à tous les niveaux de la pyramide et au niveau communautaire. Le PNLP est chargé dans la mise en œuvre du PIC de la composante « lutte contre le paludisme » des axes 1 et 2.

➤ **Agence Nationale pour la Vaccination et les Soins de Santé Primaires (ANV-SSP)**

L'Agence Nationale pour la Vaccination et les Soins de Santé Primaires (ANV-SSP) conçoit et applique la politique sanitaire nationale en matière de prévention des maladies évitables par la vaccination et la promotion des soins de santé primaires. L'ANV est chargée dans le cadre de la mise en œuvre du PIC de la composante vaccination de l'axe 2.

➤ **DNEHS**

La Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de soins assure le respect de la politique, des normes et standard en matière de qualité des services et soins au niveau des établissements hospitaliers et de soins au Bénin. Dans la mise en œuvre du PIC, la DNEHS contribuera au niveau de l'axe 1 et 2 au renforcement des compétences du personnel et la supervision pour le respect des normes.

1.1.2 Niveau Intermédiaire

Les DDS coordonnent à travers leurs services compétents (SSME, SHSIO, SDSP, CIPEC, CDLP) la mise en œuvre au niveau intermédiaire et assure les supervisons et le suivi de la mise en œuvre au niveau opérationnel du PIC.

Les DDS doivent prendre les dispositions administratives permettant l'installation des CRAMS dans toutes les zones sanitaires et des points focaux santé communautaire et communication dans les communes.

1.1.3 Niveau périphérique

Au niveau périphérique, les activités de mise en œuvre du PIC seront coordonnées par les C/RAMS dans les zones sanitaires et les points focaux santé communautaire dans les communes sous la supervision du médecin coordonnateur et du médecin-Chef de commune.

La zone sanitaire élabore un plan opérationnel de mise en œuvre du PIC de la zone. Elle intègre dans les PTA des activités de communication inscrites dans le plan opérationnel de mise en œuvre du PIC pour chaque commune. Elle développe la collaboration avec les autres acteurs de santé communautaire, les ONG, les élus locaux et autres leaders dans la mise en œuvre du plan de même que les CPS et les centres d'alphabétisation.

1.2. 1.2 Mise en œuvre au niveau des autres ministères

La Direction de la Famille de l'Enfance et de l'Adolescence, la Direction de la Culture, de l'Alphabétisation, de l'Artisanat et du Tourisme et la Direction de l'Enseignement Maternel et Primaire seront membres du comité de coordination du PIC.

Au niveau opérationnel, la mise en œuvre du PIC se fera de manière conjointe avec les structures décentralisées et déconcentrées des ministères en charge de la famille, celui en charge de l'alphabétisation et celui en charge des enseignements maternels.

Les centres de promotion sociale, les centres d'alphabétisation et les centres de culture au niveau périphérique seront associés au niveau des communes pour la mise en œuvre du PIC.

II- MECANISME DE COORDINATION

La coordination du plan intégré de communication incombe à la DSME. De façon périodique, elle fera le point de la mise en œuvre du PIC au comité de pilotage. Ce comité est composé des différents programmes (PNLS, PNLP), directions (DNSP , DSIO, DNEHS) et agence (ANV-SSP) du ministère de la santé, des autres ministères (MFASSNHPTA, MEMP, MCAAT), les partenaires techniques et financiers intervenant dans la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (OMS, UNICEF, UNFPA, USAID/ARM3/PRISE-C) et les ONG nationales et internationales (ABMS/PSI, Plan Benin, Africare, ABPF, ROBS, CRS...).

Au niveau intermédiaire, la coordination est assurée par le chargé de communication sous la responsabilité du DDS.

Au niveau zone sanitaire, la coordination des interventions est assurée par le CRAMS ou le Chargé du PIHI ou le Sociologue sous la responsabilité du Médecin coordonnateur de la zone sanitaire.

Au niveau périphérique, les activités de coordination du PIC seront assurées par les points focaux de la santé communautaire des communes sous la responsabilité des médecins chefs de commune.

III- RESSOURCES NECESSAIRES

Les ressources nécessaires à la mise en œuvre de ce plan seront mobilisées d'une part, sur le budget national inscrites au PTA des diverses structures techniques du ministère de la santé impliquées dans les activités de survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. D'autre part, les ressources complémentaires seront mobilisées sur le financement extérieur avec les partenaires et le secteur privé.

A cet effet, il sera organisé une table ronde sous l'égide du ministre de la santé pour la présentation du PIC et la mobilisation des ressources techniques et financières nécessaires pour sa mise en œuvre et l'opérationnalisation dans les zones sanitaires.

Les niveaux intermédiaire et périphérique doivent inscrire dans leur PTD et PTA les activités de communication pour la mise en œuvre du PIC.

IV-CONDITIONS DE REUSSITE

La réussite de la mise en œuvre de ce plan nécessite certaines conditions préalables et permanentes liées à l'organisation, au financement, à la qualité du service et au suivi. Ces conditions sont :

- Volonté et engagement politique
- Engagement/Participation de la communauté, des leaders et des élus locaux
- Disponibilité permanente des ressources humaines, matérielles et financières tant au niveau central, intermédiaire que périphérique,
- Elaboration de plan opérationnel du PIC dans les ZS et Intégration des activités de communication dans les PTA des ZS et des communes
- Intégration des activités de communication dans les plans de développement communaux
- Formation des Chargés IEC, des CRAMS, des points focaux santé communautaires des ZS, des prestataires et des relais communautaires sur la communication pour la santé

- Mise en place du point focal santé communautaire dans les communes
- Prise en compte de quelques indicateurs de communication dans les indicateurs du FBR
- Disponibilité des intrants de dépistage VIH pour la mère et le nouveau-né, du TPI, des produits de PF, des vaccins au niveau des centres de santé et maternités
- Disponibilité des intrants (moustiquaires, aquatabs pour le traitement de l'eau, des SRO/ZINC...) au niveau communautaire
- Accessibilité et disponibilité des services de soins
- Fonctionnement du mécanisme de suivi
- Existence d'interface de collaboration entre la communauté et les formations sanitaires
- Appui des décideurs et des PTF

5^{ème} PARTIE: CADRE DE SUIVI ET D'EVALUATION

MECANISME DE SUIVI ET D'EVALUATION

Le suivi de ce plan se fera à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Au niveau national les structures de coordination et de mise en œuvre effectueront des supervisions semestrielles au niveau départemental, participeront aux CODIR élargis départementaux et remonteront l'information de la MEO du PIC lors des réunions de concertation intra sectorielles puis intersectorielles.

Les informations collectées seront présentées au comité de pilotage du PIC sous la tutelle de la DSME.

Au niveau départemental, les activités du PIC menées dans les zones sanitaires seront suivies au cours des CODIR élargis et supervisions trimestrielles par l'équipe départementale.

Au niveau périphérique Les CODIR mensuels, les réunions mensuelles de l'EEZS et les supervisions intégrées bimensuelles prendront en compte le suivi de la mise en œuvre du PIC.

Le médecin coordonnateur ou le médecin chef de commune doit faire part de la MEO du PIC lors des sessions du cadre communal de concertation, Par ailleurs, le monitoring semestriel couplé au LQAS annuel permettra d'apprécier l'évolution des indicateurs de demande de services, l'identification des goulots et de leurs causes et les actions correctives dans la zone sanitaire.

De plus, l'analyse des données du Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS), les études et les enquêtes, constituent les autres sources d'information sur la mise en œuvre du PIC.

6^{ème} PARTIE : PLAN DE MISE EN ŒUVRE ET CADRE LOGIQUE

PLAN DE MISE EN ŒUVRE PIC 2014-2018

PRODUITS	ACTIONS PRIORITAIRES	2014	2015	2016	2017	2018	Niveau de MEO	Responsable	ACTEURS DE MEO	Canaux	Supports
REDUCTION MORTALITE MATERNELLE											
Axe 1 Prévention des complications liées à la grossesse et à l'accouchement											
Effet 1 :50% des femmes en âge de procréer et mères d'enfants des douze départements du Bénin ont adopté des comportements favorables à la survie de la mère, du nouveau-né pendant la grossesse, l'accouchement et au cours de la période post natale d'ici à 2018											
50% de femmes enceintes connaissent les quatre principales périodes de consultations prénatales (premier trimestre, deuxième trimestre, huitième mois et neuvième mois) d'ici à 2018											
	Création des classes de mères pour l'éducation des femmes enceintes sur les signes de danger et le plan d'accouchement	x	X	x	x	x	Zones sanitaires/communauté	MC/ZS	Formations sanitaires/ONG/Associations de développement	Causeries	BAI
	Animation des séances d'IEC au niveau des maternités sur le contenu des divers thématiques (CPN, Signes de danger, ...)	X	x	x	x	x	Formations sanitaires/Maternité	Responsable de maternité		Causeries	Boîte à image, CD
50% des femmes enceintes connaissent au moins cinq principaux services offerts pour la CPN recentrée (vaccination, TPI, Test VIH, MIILD, surveillance de l'anémie, test d'urine, évolution de la grossesse ,la prévention des éventuelles complications et la préparation à l'accouchement, plan d'accouchement...) d'ici à 2018											
	Création au niveau communautaire d'un système de motivation des mères modèles (respect des CPN, CPoN, Prise de TPI, vaccination, respect surveillance post natale)		x	x	x	x	Périphérique/Micro	Zones sanitaires	Formations sanitaires/ONG/Communes	Séance de distinction	Prix

	Formation de femmes paires éducatrices au sein des associations, et groupement féminins.		X	x	x	x	Périphérique/Micro	ZS/ONG	FS/ONG/Associations de développement	Section de formation	Module de formation
	Renforcement de capacité des relais communautaires sur la communication et les pratiques favorables à la survie de la mère et du nouveau-né	x	x	x	x	x	Périphérique (micro)	ZS/ONG	FS/ONG/Associations de développement	Section de formation	Module de formation
	Mobilisation des conjoints pour l'accompagnement des femmes enceintes en CPN pour le dépistage VIH, prise TPI, observance suivi post natal immédiat et CPoN		x	x	x	x	Périphérique (micro)	ZS/ONG	FS/ONG/Associations de développement	Section de formation	Module de formation
90% des femmes enceintes reconnaissent au moins deux signes de danger pendant la grossesse, l'accouchement et le post partum d'ici à 2016 ;											
	Réalisation d'émissions radiophoniques sur les diverses thématiques (signes de danger et autres)	x	x	x	x	x	Micro/meso (Central et périphériques)	ZS	DSME,ZS,FS/ONG, Médias	Radios	Emissions, spots
	Renforcement de capacités des relais communautaires en communication et sur la reconnaissance des signes de danger chez les femmes enceintes,	X	X	x	x	x	Zones sanitaires	ZS	FS/DSME/ONG	Section de formation	Modules de formations
	Réalisation/Actualisation de support visuel sur les signes de danger chez la femme enceinte		X	X	X	X	Central et périphérique	ZS	FS/DSME/ONG/Graphistes		Affiches, BAI, brochure, dépliants
	Formation des accoucheuses traditionnelles sur la collaboration, la référence et la reconnaissance des signes de danger.		x	X	x	x	Zones sanitaires	ZS/ONG	FS/ONG/Association	Section de formation	Modules de formation/Affiches
95% des femmes enceintes acceptent de faire le test de dépistage VIH au cours des consultations prénatales d'ici à 2016											
	Etendre l'offre de service de dépistage dans toutes les maternités publiques, confessionnelles et privées de même que les centres de l'armée		X	X	X	X	Central/macro	PNLS	FS public et privé/		
	Accélérer le renforcement des capacités en counseling des agents socio sanitaires du secteur public et privé (avec un accent sur le respect de la confidentialité)	x	X	X	X	X	central	PNLS	FS	Section de formation	Modules de formation
	· Mobilisation des conjoints pour l'accompagnement des femmes enceintes en CPN et pour le dépistage		X	X	X	X	Formations sanitaires	ZS/micro	FS/ONG/PNLS	Séances de sensibilisation/visite à domicile/Radios	Emissions/Affiches

	Réalisation et diffusion de supports audiovisuels et des émissions radiophoniques sur le dépistage, la stigmatisation et la discrimination	X	X	X	X		Micro/Meso	ZS/ PNLS	ZS,FS/ONG	Radios	CD/Emissions
75% des femmes enceintes, des mères d'enfants et des conjoints connaissent l'importance de la surveillance du post partum immédiat (des délais de 48 heures) pour la survie du nouveau-né et de la mère d'ici à 2016											
	Etablissement du plan d'accouchement par le prestataire avec la femme enceinte et son conjoint	x	x	x	x	x	Maternité	FS	Femme et conjoints		
	Réalisation de supports de communication pour la santé maternelle et néonatale		x	x	x		Tous les niveaux	ZS/DSME/ONG		Tous types de supports	Films, Spots, BAI, Affiches
	Réalisation et diffusion des émissions en collaboration avec les médias dont les radios de proximité	x	x	x	x	x	Micro/meso (Central et périphériques)	ZS	DSME,ZS,FS/ONG, Médias	Radios	Emissions, spots
75% des femmes enceintes et des mères d'enfants connaissent l'importance et les avantages de la CPoN pour la survie du nouveau-né et de la mère d'ici à 2016											
	Plaidoyer en direction des autorités religieuses, traditionnelles, leaders d'opinion pour leur implication dans l'adoption des comportements favorables à la survie des mères et du nouveau-né	X	X	X	X	X	Périphérique	ZS	FS/DSME/ONG	Séances	Documents de plaidoyer
	Renforcement des interventions des relais communautaires pour le suivi communautaire des mères et des nouveau-nés	X	X	x	x	x	Périphérique/micro	FS	ZS/FS		Outils de suivi des interventions des relais
25% des conjoints sont favorables à l'utilisation par leurs femmes d'une méthode de contraception d'ici à 2018											
	Renforcement des activités de communication de proximité sur l'implication des hommes dans la PF	X	X	X	X	X	Communautés	ZS	FS		
	Réalisation et diffusion des émissions en collaboration avec les médias dont les radios de proximité en vue d'obtenir l'adhésion des hommes à la PF	X	X	X	X	X	Central/macro	Ministère de l'éducation	MS	Séances	Curricula
80% des prestataires de soins respectent l'établissement du plan d'accouchement avec les femmes enceintes et leurs conjoints d'ici à 2016											

	Prise de dispositions administratives et vulgarisation des textes normatifs pour le respect de l'établissement du plan d'accouchement pour toutes les femmes enceintes et l'observance du délai de 48h après accouchement dans toutes les formations sanitaires publiques privées et confessionnelles au Bénin de même que les établissements de formation en santé	x	x	x			Central	DSME, DNSP	MS/PTFS		Actes administratifs
	Introduction dans les outils de monitoring/supervision les indicateurs de Suivi des centres pour la mise en application des normes(Post natale immédiat, CPoN, CIP, Accueil)		x	x	x	x	ZS	DDS	MS/DPP/PTF		Fiches de supervisions
	Introduction des indicateurs dans le FBR (Suivi post natal immédiat et CPoN)		x	x			Macro	PRSS	PTF		Grilles de notation
80% des prestataires observent les normes de la surveillance post natale des mères et du nouveau-né dans les 48 h au centre de santé d'ici à 2016											
	Renforcement de capacité du personnel de santé sur le respect des, normes dans le suivi des femmes enceintes, parturientes , accouchées et nouveau-nés		X	X			Zones sanitaires	ZS	FS	Sessions	
	Organisations des journées de recyclage des agents socio sanitaires sur le respect des normes de surveillance et d'établissement du plan d'accouchement		x	x			Zones sanitaires	ZS	FS	Sessions	
	Plaidoyer en direction des leaders communautaires pour l'accompagnement aux respects des normes de surveillance post-natales immédiates		x	x			Communautés	FS	ZS/ONG/PTF	Rencontres	Documents de plaidoyer
95% de femmes ont recours à un centre de santé pour l'accouchement											
	Mise en place de système communautaire de suivi de la femme enceinte		x	x	x		Communautés	Chefs Villages, COGECS	ZS/Communes, CV,leaders, associations de femmes		
	Plaidoyer en direction des autorités religieuses, traditionnelles, leaders d'opinion pour susciter leur implication pour l'accouchement dans les maternités		x	x	x		Communautés	ZS	ZS/Communes, CV,leaders, associations de femmes,Chefs Villages, COGECS,ONG		
	Formation des agents socio sanitaires sur l'accueil et la CIP	x	x	x	x		Meso	ZS /DDS/MS	ONG/PTF		
	Dotation des centres de santé de kit d'accouchement						Macro	MS	PTF, ONG		

	Plaidoyer en direction des accoucheuses traditionnelles sur la collaboration avec les centres de santé et la référence des femmes enceintes/ parturientes vers les centres			X			Zones sanitaires	ZS	FS		
REDUCTION MORTALITE NEONATALE ET INFANTOJUVENILE											
AXE 2 : PREVENTION DES PRINCIPALES AFFECTIONS CHEZ LE NOUVEAU-NE ET LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS											
DOMAINE 1 : SUIVI DU NOUVEAU-NE											
EFFET 2 : 50% des mères d'enfants de 0 à 1 mois ont adopté des comportements favorables à la survie du nouveau-né											
75% des mères ayant des enfants de faibles poids à la naissance connaissent les soins appropriés à donner au nouveau-né à domicile d'ici à 2016											
	Organisation des séances d'éducation pour améliorer les connaissances des mères sur les soins spécifiques au nouveau-né de faible poids		X	X	X	X	Formations sanitaires	ZS	FS/ONG	Causeries	BAI, Films, Affiches
	Réalisation des visites à domicile par les relais pour la sensibilisation des nouvelles accouchées au respect des CPoN dès la première semaine qui suit l'accouchement	X	X	X	X	X	Communautés	ZS	FS	Visites à domicile	BAI, Affiches
	Elaboration des supports de communication sur les normes de suivi des nouveau-nés de faible poids à domicile	X	X	X	X	X	Formations sanitaires	ZS	FS/MS/PTF/Graphistes/Imprimeurs		
75% des mères d'enfants de 0 à 1 mois connaissent les signes de danger chez le nouveau-né											
	Intensification des séances de causeries de groupes dans les formations sanitaires lors des CPN	X	X	X	X	X	Formationssanitaires	ZS	FS	Causerie,Radios	BAI, CD, émissions
	Renforcement des connaissances des relais communautaires sur le suivi du nouveau-né à domicile et les signes de danger chez le nouveau-né	X	X	X	X	X	Formations sanitaires	ZS	FS/DDS/ONG/Partenaires	Sessions de formation	Modules
	Elaboration des supports de communication sur les pratiques de suivi des nouveaux nés de faible poids à domicile	X	X				Central	ZS	FS/ONG/Partenaires		Supports visuels et audio

95% des femmes séropositives ont recours au test de dépistage précoce du VIH pour leurs nouveaux nés au cours des deux premiers mois de vie												
	Organiser une journée de réflexion dans les zones sanitaires sur la définition de stratégies novatrices pour la recherche des perdues de vue et la promotion du dépistage précoce chez les enfants nés de mère séropositive	X	X	X	X	X	Zones sanitaires	ZS	FS	Rencontres	Présentations	
	Former les pairs éducateurs PVVIH pour le suivi communautaire du couple mère enfant.	X	X	X	X	X	DDS	PNLS	ZS,FS	Sessions	Modules	
	Renforcer les capacités des médiatrices PTME/Psychologue pour la prise en charge psychosociale des femmes dépistées séropositives.											
95% des mères séropositives adoptent une alimentation exclusive (allaitement maternel exclusif ou allaitement artificiel exclusif) au cours des 6 premiers mois de vie de l'enfant exposé au VIH												
	Eduquer les mères séropositives sur l'alimentation et le suivi de l'enfant exposé au VIH	X	X	X	X	X	Périphérique (Zone sanitaire)	ZS	FS/médiatrices		Dépliants, Supports audiovisuels	
	Réaliser des supports de communication sur l'alimentation de l'enfant et de la mère PVVIH et le suivi communautaire du couple mère enfant	X	X	X	X	X	Central	DSME	ZS/ONG/partenaires		Brochures	
	Renforcer l'aide à l'observance aux traitements	X	X	X	X	X	Périphérique (Zone sanitaire)	ZS	FS/ONG/partenaires /médiatrices		Brochures, Films	
95% des mères connaissent la valeur du colostrum pour la mise au sein précoce du nouveau-né d'ici à 2016												
	Réaliser des séances de causeries avec les femmes enceintes pour la mise au sein précoce		x	x	x		Maternité	FS	ZS/DDS			
	Organiser des séances de dialogue communautaire sur la valeur du colostrum		x	x	x	x	Villages	Chef village	FS/élus locaux, leaders	Réunion		
	Réaliser des émissions radiophoniques sur la valeur du colostrum et la mise au sein précoce du bébé		x	x	x	x	Communautés	Responsables radios	FS/ZS/partenaires	Radios communautaires, TV	CD, émissions radios et TV	
	Organiser des sessions de recyclage des agents de santé sur		x	x	x		Communautés	ZS	ZS/ONG/ Partenaires	Semaine allaitement	Séances	

	la mise au sein précoce des nouveaux-nés									maternel	
	Faire des séances de communication en direction des chefs traditionnels, guérisseurs traditionnels sur l'utilité du colostrum et la mise au sein précoce	x	x	x		Communautés	ZS	ZS/ONG/ Partenaires	Semaine allaitement maternel	Séances	
DOMAINE 2 : PREVENTION DES PRINCIPALES AFFECTIONS CHEZ LES ENFANTS DE 0 A 5 ANS											
Effet 3 : D'ici à 2018 au Bénin, 50% des mères et gardiens d'enfants adoptent les sept pratiques familiales essentielles pour prévenir les maladies prioritaires pour la survie des enfants de 0 à 5 ans											
Le pourcentage d'enfant exclusivement allaités au sein entre 0 et 6 mois de vie est passé de 33% à 60% au moins d'ici à 2018											
	Renforcer les capacités des relais communautaires sur l'AME/PFE	X	X			Périphérique	ZS/DSME/DNSP	Formation sanitaires, ONG	Sessions	Modules	
	Motiver les centres modèles de promotion de l'AME	X	X			ZS/ Central	DNSP/DSME	EEZS			
	renforcer les capacités des prestataires sur les avantages de l'AME	x	x	x	x	Périphérique	ZS	Formations sanitaires		BAI, CD	
	Organisation des activités de plaidoyer en direction des leaders communautaires, leaders religieux, des mères, des belles-mères, pour le soutien à l'adoption de l'AME/PFE		X	X	X	Intermédiaire, périphérique	Communauté	FS/DSME, ZSFormations sanitaires et hôpitaux		Documents de plaidoyer	
	Renforcement des capacités des journalistes sur l'AME/Réalisation et diffusion de spots radio et TV sur l'AME			x							
	Renforcement des capacités des associations des femmes sur la promotion et le soutien à l'AME/PFE		X	X	X	Intermédiaire, périphérique	Communauté	FS/DSME, ZSFormations sanitaires et hôpitaux	Rencontre		

	Création des classes d'éducation pour la santé au niveau communautaire en association avec les classes d'alphabétisation et les centres de promotion sociale	X	X	X	X	X	Intermédiaire, périphérique	Ministère famille, Ministère alphabétisation	MS/ Formations sanitaires et hôpitaux	Centre d'alphabétisation et CPS	Modules
	Utilisation des canaux traditionnels et des grands regroupements communautaires pour la promotion de l'AME/PFE	X	X	X	X	X	Intermédiaire, périphérique	DSME, ZS	Formations sanitaires et hôpitaux	Les journées, les fêtes traditionnelles, les fêtes de retrouvailles	
	Relancer l'initiative " Hôpitaux amis des Bébé"	X	X	X	X	X	Intermédiaire, périphérique	DSME, ZS	Formations sanitaires et hôpitaux publics et privés		
	Organiser dans les communautés, avec les leaders, les autorités religieuses un plaidoyer pour l'accompagnement le soutien dans l'AME	X	X	X	X	X	Intermédiaire, périphérique	DSME, ZS	Formations sanitaires et hôpitaux	Rencontres	
	Impliquer les hommes et les belles-mères dans l'accompagnement des mères dans le soutien à l'AME	X	X	X	X	X	Intermédiaire, périphérique	DSME, ZS	Formations sanitaires et hôpitaux	Rencontres	
	Organiser les séances d'échanges avec les tradithérapeutes, guérisseurs traditionnels sur l'importance de la mise au sein précoce et l'utilité du colostrum	X	X	X	X	X	Intermédiaire, périphérique	DSME, ZS	Formations sanitaires et hôpitaux/ Associations des guérisseurs traditionnels/Programme médecine traditionnelle	Rencontres	
Le pourcentage des mères et gardiennes/gardiens d'enfants de 6 à 24 mois donnant aux enfants une alimentation adéquate à partir de 6 mois est passé de 14 à 50% d'ici à 2018											
	Renforcer les capacités des agents socio sanitaires sur la nutrition des enfants de 6 à 24 mois et le dépistage précoce de l'anémie et de la malnutrition	X	X				Périphérique (Zone sanitaire)	EEZS	C/RAMS/Point Focal Santé com/CPS/Centres nutritionnels, ONG/partenaires		
	Organiser périodiquement des séances d'éducation nutritionnelle dans les formations sanitaires pour les mères d'enfants de 6 à 23 mois	X	X	X	X	X	Périphérique (Zone sanitaire)	EEZS	C/RAMS/Point Focal Santé com/ONG/Partenaires/Ministère de l'agriculture		
	Eduquer les ménages sur la composition des aliments sur la base des produits locaux adapté à l'âge de l'enfant	x	x	x	x	x	Périphériques	ZS	FS, ONG		

	Rendre fonctionnelle les centres de récupération nutritionnelle avancé ambulatoire (CNA) et centre nutritionnel thérapeutique (CNT)		X	X			central	DSME	DNSPE,DDS,ZS		
	Renforcer la communication autour de la semaine de survie de l'enfant	x	x	x	x	x	Communauté	ZS	DSME, Partenaires		
90% des d'enfants de moins de cinq ans dorment sous MILD d'ici à 2018 (75% taux d'utilisation actuelle)											
	Organiser des séances de distribution massive de MILD dans les communautés	X			X		Central	PNLP	Formation sanitaire/autorités locales/PTF		
	Poursuivre la distribution des MI ILD lors des CPN et au VAR	x	x	x	x	x	Périphérique	PNLP	Formations sanitaires		
	Rendre disponibles et accessibles des MILD à prix subventionné dans les formations sanitaires	X	X	X	X	X	Central	PNLP	Formation sanitaire/ONG/Partenaires/communes		
	Renforcer la communication autour de l'utilisation et de l'entretien de la moustiquaire en toute saison dans les communautés	X	X	X	X	X	Intermédiaire, périphérique	PNLP, ZS	Formations sanitaires et hôpitaux, ONG/partenaires		BAI
75% des mères d'enfants de 0 à 5 ans connaissent les moments critiques du lavage des mains d'ici à 2016											
	Organiser au niveau communautaire des séances d'information sur le lavage des mains à l'eau et au savon	x		x	x	x	Périphérique	Zs	Formations sanitaires		
	Réaliser des émissions radiophoniques sur le lavage des mains	x	x	x	x	x	Central et périphérique	DNSP	ZS,FS,ONG		Radios
	Réaliser des supports de communication sur le lavage des mains		x	x			Central et périphérique	DNSP,DSME	ZS,FS,ONG		Affiches, BAI
	Sensibiliser des ménages sur l'importance et les avantages liés au lavage des mains dans la prévention de la diarrhée chez les enfants	X	X	X	X	X	Central, intermédiaire et communautaire	DHAB, SHAB, EEZS	C/RAMS/Point Focal Santé com	Relais communautaires	BAI,Affiches
50% des ménages possèdent un dispositif de lavage des mains d'ici à 2016											

	Identifier dans les communautés les dispositifs de lavage des mains pratiques et locaux	X	X	X	X	X	Central, intermédiaire et communautaire	DHAB, SHAB, EEZS	C/RAMS/Point Focal Santé com/ONG/Partenaires	Diagnostic communautaire	
	Organiser des séances de dialogue communautaire avec les comités villageois de santé pour l'adoption par les communautés des dispositifs locaux de lavage des mains	X	X	X	X	X	Chefs de villages et élus	DHAB, SHAB, EEZS	C/RAMS/Point Focal Santé com		
	Réaliser des émissions radiophoniques grand public sur les diverses thématiques	X	X	X	X	X	Radios communautaires	ZS/MS/ C/RAMS	Agents de santé/Animateurs radio/ONG/partenaires	Radios	
75% des mères et gardiennes d'enfants de moins de cinq ans connaissent au moins deux signes de dangers de recours aux soins pour l'enfant malade d'ici à 2016											
	Réaliser des émissions radiophoniques grand public sur les diverses thématiques	X	X	X	X	X	niveaupériphérique	C/RAMS	Points focaux santé communautai	Radios	
	Réaliser des supports de communications sur les signes de dangers		x	x			Central, périphérique	DNSP,DSME	ZS,FS,ONG		
	Former des pairs éducatrices dans les groupements et associations dans l'accompagnement des mères		x	x	x	x	Périphérique		FS		Modules
	Mener les activités avec les relais communautaires	X	X	X	X	X	Central, intermédiaire et communautaire	DHAB, SHAB, EEZS	C/RAMS/Point Focal Santé com	Relais	
	Former les relais communautaires sur les signes de dangers de recours aux soins pour l'enfant malade		x		x		Zones sanitaires	DSME	MS/Partenaires/ONG		
	Organiser des séances éducatives à l'endroit des mères	x	x	x	x	x	Formations sanitaires	DSME	MS/Partenaires/ONG		
le pourcentage des mères d'enfants qui utilisent les sachets de SRO/Zinc en cas de diarrhée est passé de 50% à 80% d'ici à 2018											
	Faire un plaidoyer auprès des partenaires pour Rendre disponible et accessible financièrement le SRO/ZINC		X	X	X	X	Central	DHAB	MS/Partenaires/ONG		Documents de plaidoyer
	Organiser des supports de promotion de l'utilisation des SRO/ZINC		X	X	X	X	Central	DHAB	MS/Partenaires/ONG		Support visuels et audio visuels

	Réaliser des séances de causeries avec les mères sur l'utilisation du ZINC en accompagnement des SRO	x	x	x	x	x	Communauté	Relais	FS,ZS, ONG,Partenaires	Relais communautaires	
le pourcentage des mères d'enfants de 0 à 11 mois qui respectent le calendrier vaccinal est passé de 48% à 70%											
	Intégrer dans les programmes de formations des élèves de la maternelle et du primaire des curricula sur l'hygiène et la prévention des maladies prioritaires et la vaccination		x	x			Central	DNSP, ANV SSP	(MEMP)		
	Réorganiser les services de vaccination en tenant compte de la disponibilité des parents des zones rurales, périurbaines et urbaines , des cités dortoirs		x	x			Périphériques	FS	ZS/Communes		
	Intégrer dans le paquet des relais la promotion de la vaccination de routine		x	x			Périphériques	ZS	DDS/DNSP/ANV/Partenaires		
	Actualiser le carnet de santé pour en faire un outil de communication sur le calendrier vaccinal	x	x				Central	ANV/SSP	ZS/ONG/partenaires/centres privés		
	Prise de dispositions administratives pour faire respecter les normes d'utilisation des antigènes sans craintes des pertes de doses « ne laisser passer aucune occasion de vaccination » dans les formations sanitaires	x	x				Central	ANV/SSP	ZS, Responsables PEV, partenaires		
	Réalisation/Actualisation des supports sur la vaccination de routine	x	x	x			Central	ANV/SSP	ZS, Partenaires		
	Renforcement de la communication à travers les médias autour de la vaccination de routine	x	x	x	x	x	Central et périphérique	ANV/SSP	ZS/Radios, Communes, partenaires		
	Mise en œuvre des recommandations des états généraux de la vaccination pour le volet C4D		x	x	x	x	Central	ANV/SSP	Partenaires, ONG		
	Redynamiser la sous-commission mobilisation sociale et le décentraliser dans les départements et les zones sanitaires	x	x				Central	ANV/SSP	DDS, ZS, partenaires, ministères associés		
	Créer et Rendre fonctionnel les comités de communications au niveau des communes pour la promotion de la vaccination de routine		x	x			Périphérique	FS	ZS, Communes		
DOMAINE 3 : UTILISATION DE L'EAU POTABLE /TRAITEMENT											

75% des mères d'enfants connaissent les techniques de traitement de l'eau à domicile d'ici à 2016												
	Actualiser la cartographie des zones d'accès difficile à l'eau potable	X	X	X	X	X	Périphérique (Zone sanitaire)	C/RAMS	Ministère hydraulique/			
	Identifier avec les communautés les techniques traditionnelles et modernes de traitement de l'eau à domicile		x	x	x							
	Organiser avec les familles (hommes et femmes) des sessions d'apprentissage sur le traitement de l'eau à domicile											
	Rendre disponible les produits de traitement d'eau (aquatabs et autres)		X	X	X	x	Niveau central	DSME	Zones Sanitaires			
	Renforcer les capacités des relais communautaires sur les techniques de traitement de l'eau à domicile traditionnelles et modernes	X	X	x			Périphérique	DNSP	DSME, DDS, ZS			
75% des ménages connaissent les techniques de transport et de conservation de l'eau potable d'ici à 2016												
	Réaliser des supports de communication sur les techniques de traitement de transport, traitement et conservation de l'eau à domicile	X	X	x			Central	DHAB	SHAB, autorités locales, Agents de santé, RC			
	Identification dans les communautés des pratiques locales de transport, traitement et conservation de l'eau adéquates		x	x			Communauté	Leaders communautaires	CV, FS, ONG, partenaires	Diagnostic communautaire		
	Renforcer les capacités des acteurs (relais communautaires) sur les techniques de traitement et de conservation de l'eau à domicile		x	x			Communauté	Leaders communautaires	CV, FS, ONG, partenaires	Sessions	Modules	
	Faire un plaidoyer auprès des autorités locales et gouvernementales pour l'implantation des forages et des adductions d'eau dans les villages dépourvus d'eau potable.		X	X	x		central	DNSP	Ministère de l'hydraulique, PTF			
75% des ménages disposent de matériels adaptés à la conservation de l'eau potable d'ici à 2018												

	Mise en place de mutuelle pour l'acquisition de matériels locaux de conservation de l'eau potable		X	X	x		Périphérique (Zone sanitaire)	C/RAMS	Agents de santé		
	Réaliser des supports pour le milieu éducatif pour l'apprentissage des élèves aux techniques de transport de traitement et de conservation de l'eau		x	x			Ecoles	DNSP	Service santé scolaire/ Ministère de l'enseignement		
Axe 3 : RENFORCEMENT ET SUIVI DES INTERVENTIONS EN COMMUNICATION											
DOMAINE 3/1 ORGANISATION, FINANCEMENT, SUIVI ET EVALUATION DES INTERVENTIONS											
EFFET5 Les interventions en communications au niveau du système de santé et au niveau communautaire ont été renforcées d'ici à 2018											
Des réformes ont été introduites dans l'organisation des interventions de communication au niveau du système de santé (central, intermédiaire et opérationnel) et des centres de formations des acteurs de santé d'ici à 2015											
	Prendre un arrêté ministériel relatif à la création d'un service de communication au sein de la DSME	x					Niveau central	MS	DSME		
	Prendre un arrêté ministériel relatif à la création des points focaux de santé communautaire/communication dans les centres de santé conformément aux recommandations du forum santé communautaire		x				Niveau central	MS	DNSP, DSME, DDS		
	Prendre au niveau des DDS des notes de service de nomination des points focaux de santé communautaire avec intégration du volet communication dans les formations sanitaires		x	x			Niveau intermédiaire	DDS	DNSP		
	Mettre en place service de communication au niveau de chaque direction départementale de la santé		x				Niveau intermédiaire	DDS	Zones Sanitaires		Arrêté
	Rendre fonctionnel le poste de chargé de communication dans toutes les zones sanitaires		x				Niveau intermédiaire	DDS	DNSP	Nomination	Actes administratifs
	Créer au sein du ministère de la santé le groupe technique « Communication »		x				Central	MS	DNSP, DSME, ANV/SSP, PNLP, PNT, PNLS, partenaires		

Toutes les 34 zones sanitaires disposent et opérationnalisent leur plan opérationnel de communication sur la base du PIC national d'ici à 2016												
	Faire la dissémination du présent plan et mobiliser les acteurs (ONG,PTF, élus locaux) autour de la mise en œuvre de ce plan	x	x				Niveau intermédiaire	DDS	Zones Sanitaires, Communes			
	Réaliser des plans opérationnels de communication au niveau des zones sanitaires	x	x	x			Niveau intermédiaire	DDS	Zones Sanitaires, Communes, partenaires, ONG			
	Disposer chaque année de PTA intégrée pour les zones sanitaires (demande et offre de service)		x	x	x	x	Niveau intermédiaires	ZS	Communes, partenaires			
Les zones sanitaires , centres de santé et maternités disposent de ressources et supports adaptés pour la conduite des interventions de communication d'ici à 2016												
	Développer les supports éducatifs pour la conduite des interventions de communication	X	X	X			Central et zones sanitaires					
	Mettre en place un cadre de concertation pour la communication pour la santé au niveau du ministère de la santé	X					Central	DNSP,DSME	MS			
	Renforcer les capacités des relais communautaires sur le suivi communautaire et la mise en œuvre d'activité préventives pour la survie des mères et enfants		x	x	x		Périphérique	DNSP	DSME, ZS,FS,ONG			
	Faire le plaidoyer auprès des partenaires et acteurs pour une disponibilité et une accessibilité des intrants (SRO, aquatabs, préservatifs, produits contraceptifs...)	x	x	x	x	x	Périphérique	DNSP	Formation sanitaires			
	Dotation des centres de matériels de projection (télévision, lecteur DVD...) pour les activités de communication		x	x	x		Périphériques	DSME,DH	MS/ONG/Partenaires			
La participation communautaire et la mobilisation sociale se sont accrues dans le cadre de la survie du nouveau-né de la mère et de l'enfant d'ici à 2018												
	Faire un plaidoyer en direction des communes pour la création dans les villages des comités de santé	x	x	x			Intermédiaire	ZS	ZS, Mairies			
	Renforcer les capacités des COGEC dans le cadre de la mise en œuvre de ce PIC	x	x	x			Intermédiaire	ZS	ZS, Mairies			
	Créer des comités de santé dans les villages pour le suivi des interventions communautaires dans le cadre de la survie de la mère du nouveau-né et de l'enfant	x	x	x			Intermédiaire	ZS	ZS, Mairies			

	Créer dans les villages des systèmes de référence et de suivi communautaire des femmes enceintes et des enfants	x	x	x			IPériphérique	ZS	ZS, Mairies, FS		
	Développer et ou renforcer le partenariat avec les radios de proximité et les autres formes de médias modernes et traditionnelles	x	x	x			ICentral, ntermédiaire	ZS	ZS, Mairies		
	Renforcer la collaboration avec le milieu artistique (musique, théâtre, graphistes)	x	x	x			Central	ZS	ZS, Mairies, Ministère culture		
	Faire un plaidoyer en direction du secteur éducatif (professionnel et supérieur) pour l'introduction dans les modules de formations des agents de santé des modules sur la santé communautaire, la communication, l'accueil	x	x	x			Intermédiaire	ZS	ZS, Mairies, ministère éducation		
	Renforcer la collaboration avec le ministère chargé de de l'alphabétisation/culture et le ministère chargé de la famille et celui chargé de la jeunesse pour une synergie des interventions en directions des familles, des jeunes et des communautés à la base	x	x	x	x	x	Central	DNSP	PNLP, PNLS, ANV, DSME, ZS, Mairies		
	Plaidoyer auprès du ministère de la famille pour la création des services sociaux spécialisés au sein des hôpitaux de zones	x	x	x			Central	DNSP	ZS, Mairies, ministère de la famille		
	Créer des centres de santé dans les collèges et établissements de santé et renforcer les interventions dans l'éducation des jeunes sur la protection des rapports sexuels et la lutte contre les grossesses précoces	x	x	x			Central	DNSP	DDS,ZS, Mairies, ministères éducation, ministère jeunesse		
	Promouvoir l'approche AFBP au niveau des communes pour le suivi des relais	x	x	x	x	x	Communautés	ZS	DNSP, ONG, partenaires		
	Création des villages « engagés » pour l'objectif 0		x	x	x						
Des enquêtes CAP sont réalisées en 2016 et en 2018 pour apprécier le niveau l'atteinte des indicateurs											
	Mobiliser les ressources pour la réalisation des enquêtes		x	x	x		Central	DNSP	DPP, DSME		
	Faire un plaidoyer auprès de l'INSAE pour l'intégration de certains indicateurs dans l'EDS		x				Central	DPP	DNSP, DSME		
Le financement des interventions de communication du ministère de la santé a augmenté de 25% sur le budget national											
	Organiser une journée de réflexion sur le financement du PIC et Faire le point par programme des interventions de communication budgétisées sur le budget national et auprès des partenaires		x				Central et ZS	ZS, DSME,DNSP,DPP, PNL,PNLS,ANV/SP			

	Planifier dans les PTA des zones sanitaires, des directions techniques et programmes les activités du PIC pour la mobilisation de ressources		x	x	x	x	Central et ZS	ZS, DSME,DNSP,DPP, PNLP,PNLS,ANV/SP			
DOMAINE3/2 FORMATION/RENFORCEMENT DE CAPACITE DES ACTEURS											
Effet 5 : Renforcer les capacités de 70% des intervenants en communication pour le développement au niveau opérationnel et communautaire en vue de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile d'ici à 2018											
Les responsables IEC des 6 DDS, les responsables de communication des 34 zones sanitaires ont des capacités accrues pour la planification, la mise en œuvre et le suivi des interventions de communication pour le développement d'ici à 2015											
	Faire le point des besoins en formation des responsables IEC des départements et des zones sanitaires	x	x				Central	DSME	ZS,ONG		
	Renforcer les capacités des chargés de communication des départements et des zones sanitaires en communication pour la santé en vue de la planification, la coordination et du suivi des interventions du PIC à travers une formation de courte durée dans les écoles de la place (IRSP)	X	X	X			Central et zones sanitaires	DNSP,DSME	MS/ONG/Partenaires		
70% des prestataires de santé des formations sanitaires et points focaux santé communautaires ont des capacités renforcées sur l'accueil, la CIP et les PFE d'ici à 2016											
	Concevoir les modules de formations en Communication, santé maternelle et Promotion des PFE	x	x				Central		PTF		
	Faire le point des besoins en communication des prestataires de santé par zones sanitaires	x	x				Périphérique	ZS	DNSP,DSME		
	Renforcer les capacités des agents de santé sur l'accueil et la CIP	X	X	X			Central et zones sanitaires	DNSP	DDS,FS,partenaires		
	Organiser à l'intention des points focaux des formations sanitaires des ateliers de formation en santé communautaire et communication pour la santé. promotion des PFE	X	X	X			Central et zones sanitaires	DNSP	DDS,FS		

75% des relais communautaires sont formés sur les stratégies de communication pour la promotion des PFE, le suivi à domicile des femmes enceintes et nouvelles accouchées d'ici à 2016											
	Faire le point des besoins en communication des relais communautaires	x	x				Périphérique	DNSP	ZS,FS		
	Revoir le cahier de charge des relais communautaire et harmoniser le volet préventif et promotion des PFE	x	x				Périphérique	DNSP	ZS,FS		
	Concevoir/Actualiser les outils de supervision des relais dans le cadre de la promotion des PFE		x	x			Central	DNSP,DSME	ZS, Partenaires, ONG		
D'ici à 2018 la communication est intégrée dans le module de formation des agents de santé à tous les niveaux											
	Organiser une rencontre avec les responsables de formation des professionnels de la santé en vue d'analyser le GAP existant dans la formation des agents sur la CIP		x				Central	MS	Ministère des enseignements professionnels, des enseignements supérieurs, partenaires		
	Faire un plaidoyer pour l'intégration de la communication dans les modules de formation des agents de santé de toutes catégories (infirmiers, sagefemme, médecin)		x	x			Central	MS	Ministère des enseignements professionnels, des enseignements supérieurs, partenaires, FSS, INMES, Centres de parakou		
	Recruter un consultant pour la conception de modules de formation à intégrer dans la formation des agents de santé		x	x			Central	MS			

**CADRE LOGIQUE DU PLAN INTEGRE DE COMMUNICATION POUR LA SURVIE DE LA MERE, DU NOUVEAU-NE ET DE
L'ENFANT 2014-2018**

Logique d'intervention	Indicateurs Objectivement Vérifiables			Source de vérifications	Hypothèse
		Valeurs de référence	Valeur Cible à atteindre	A préciser en fonction de chaque indicateur	
Impact : Contribuer à la réduction de la mortalité maternelle, néo natale et infanto-juvénile au Bénin d'ici à 2018	Taux de mortalité maternelle Taux de mortalité néonatale Taux de mortalité infantile Taux de mortalité infanto juvénile	397 pour cent mille 23 pour mille 42 pour mille 70 pour mille	125 pour cent mille 65 pour mille	EDS	
Effet 1 : 50% au moins des femmes en âge de procréer et mères d'enfants des douze départements du Bénin adoptent des comportements favorables à la survie de la mère, du nouveau-né pendant la grossesse, l'accouchement et au cours de la période post natale d'ici à 2018	% des femmes enceintes ayant respecté les quatre (4) CPN % de femmes enceintes ayant respecté la CPN1 au premier trimestre	ND	50%	EDS	Indicateurs à Introduire dans le l'EDS
	% de femmes ayant effectué la CPN 4 au troisième trimestre % de femmes ayant recours à la consultation postnatale dans les délais après accouchement	ND 68%	50% 90%	EDS EDS	
	% de femmes ayant bénéficié de soins post natals dans les 48 heures	51%	75%	EDS	
	% d'accouchement dans les formations sanitaires	87%	95%	EDS	
	% de femmes en âge de procréer adoptant les méthodes de planification familiales	14%	50%	EDS	
	% des femmes mères connaissant leur statut sérologique VIH avant accouchement dans la population générale	35%	75%	EDS	
	% des femmes mères connaissant leur statut sérologique VIH avant accouchement sur les sites PTME		95%	Rapports PNLS	
	% de mères libérées 48 heures au moins après accouchement	ND	75%	SNIGS/ Enquête	Indicateur à

	dans les formations sanitaires			CAP	introduite dans le SNIGS ou Réaliser des enquêtes CAP pour la collecte des données non renseignées
Produit 1.1 : 50% de femmes enceintes connaissent les quatre principales périodes de consultations prénatales (premier trimestre, deuxième trimestre, huitième mois et neuvième mois) d'ici à 2018	% des femmes enceintes et mères qui connaissent les rythmes des CPN (quatre CPN)	ND	50%	Enquêtes spécifiques	
Produit 1.2 50% des femmes enceintes connaissent au moins cinq principaux services offerts pour la CPN recentrée (vaccination, TPI, Test VIH, MIILD, surveillance de l'anémie, test d'urine, évolution de la grossesse, la prévention des éventuelles complications et la préparation à l'accouchement, plan d'accouchement...) d'ici à 2018	% de femmes enceintes et mères connaissant au moins cinq services offert dans les centres	ND	50%	Enquêtes spécifiques	
Produit 1.3 : 25% femmes connaissent au moins deux signes de travail d'accouchement pour le recours au centre de santé d'ici à 2017	% de femmes connaissant deux signes du travail d'accouchement pour le recours à la maternité	ND	25%	, Enquête CAP	
Produit 1.4 : 90% des femmes enceintes reconnaissent au moins deux signes de danger pendant la grossesse, l'accouchement et le post partum d'ici à 2017	% de femmes enceintes reconnaissant deux signes de danger de la grossesse % de femmes enceintes reconnaissant deux signes de danger du travail d'accouchement % de femmes enceintes reconnaissant deux signes de danger après accouchement	64%	90%	Enquête CAP,	Indicateurs à introduire dans l'EDS ou réaliser des enquêtes spécifiques pour renseigner les données
Produit 1.5 : 75% des femmes enceintes, des mères d'enfants et des conjoints connaissent l'importance de la surveillance du post partum immédiat (du délais de 48 heures) pour la	% de femmes ayant accouché dans une formation sanitaire et observé la surveillance post partum immédiat dans les 48h	ND	75%	, EDS	

survie du nouveau-né et de la mère d'ici à 2017					
Produit 1.6 95% des femmes enceintes acceptent de faire le test de dépistage VIH au cours des consultations prénatales d'ici à 2016	Taux d'acceptabilité du test VIH dans les sites PTME	87%	95%	Rapport sérosurveillance PNLS	
Produit 1.7 : 95% des femmes ont recours à un service de santé pour l'accouchement d'ici à 2018 ;	Nombre d'accoucheuse traditionnelle collaborant avec les centres	75%	95%	Enquête spécifique	
Produit 1.8 50% des femmes enceintes et des mères d'enfants connaissent l'importance et les avantages de la CPoN pour la survie du nouveau-né et de la mère d'ici à 2018	% de femmes connaissant au moins deux avantages liés à la CPoN pour la survie de la mère et du nouveau -né	ND	50%	, Enquête CAP	
Produit 1.9 : 25% des conjoints sont favorables à l'utilisation par leurs femmes d'une méthode de contraception d'ici à 2017;	% de conjoints favorables à une méthode de planification familiale moderne ou traditionnelle	ND	25%	Enquête spécifique EDS	
Produit 1.10 : 75% des prestataires de soins respectent l'établissement du plan d'accouchement avec les femmes enceintes et leurs conjoints d'ici à 2016	% de femmes enceintes ayant bénéficié du prestataire l'établissement du plan d'accouchement	ND	75%	Dépouillement des cartes maternelles	
Produit 1.11 75% des prestataires ont des capacités accrues pour la surveillance post natale des mères et du nouveau -né dans les 48 h au centre de santé d'ici à 2016	% des prestataires formés sur la surveillance post natale des mères et du nouveau -né dans les 48 h au centre de santé	ND	75%	SNIGS	
Effet 2: 50% des mères d'enfants de 0 à 1 mois adoptent des comportements favorables à la survie du nouveau-né d'ici à 2018	Pourcentage de femmes ayant reçu des soins postnatals dans le délai de 42jrs Pourcentage de mères d'enfants de 0 à 1 mois ayant effectué au moins deux visites postnatales avant la fin du premier mois % d'enfants allaités dans les 24 heures suivant la naissance	66% ND	80% 50%	EDS Enquêtes spécifiques	Introduire dans EDS

		80%	95%	EDS	
Produit 2.1 :75% des mères ayant des enfants de faibles poids à la naissance connaissent les soins appropriés à donner au nouveau-né à domicile d'ici à 2017	% de mères d'enfants de faible poids connaissant cinq règles ou pratiques clés de suivi du nouveau-né de faible poids à domicile	ND	75%	Enquête CAP	
Produit 2.2 : 75% des mères d'enfants de 0 à 1 mois connaissent les signes de danger chez le nouveau-né d'ici à 2017	% de mères d'enfants de faible poids connaissant au moins deux signes de danger chez le nouveau né nécessitant le recours aux soins	ND	75%	Enquête CAP	
Produit 2.3 95% des mères connaissent les avantages du colostrum pour la mise au sein précoce du nouveau-né d'ici à 2017	% de mères connaissant trois avantages du colostrum % de mères connaissant trois avantages liés à la mise au sein précoce du nouveau-né % de nouveaux nés allaités	ND	95%	Enquêtes CAP	
Produit 2.4 95% des mères séropositives adoptent une alimentation exclusive (allaitement maternel exclusif ou allaitement artificiel exclusif) au cours des 6 premiers mois de vie de l'enfant exposé au VIH d'ici à 2016	% de nouveau-né exposé au VIH et exclusivement allaité	ND	95%	Rapport de sérosurveillance	
Produit 2.5 95% des mères séropositives ont recours au test de dépistage précoce du VIH pour leurs nouveaux nés au cours des deux premiers mois de vie d'ici à 2016	Taux de recours au test de dépistage précoce chez le nouveau-né exposé	ND	95%	Rapport serosurveillance	
Effet 3 . D'ici à 2018 au Bénin, 50% au moins des mères et gardiens d'enfants adoptent les sept pratiques familiales essentielles pour prévenir les maladies prioritaires pour la survie des enfants de 0 à 5 ans	% de ménages ayant adopté les sept pratiques familiales % de ménages utilisant les techniques de traitement de l'eau à domicile % de mères ayant recours aux soins en cas de diarrhée, fièvre et IRA chez l'enfant	ND 6% 37% , 38,6% 31%	50% 15% 50%	EDS, Enquêtes CAP	
Produit 3.1 : 60% des enfants de 0 à 6 mois sont exclusivement allaités au sein d'ici à 2018	Taux d'allaitement maternel exclusif entre 0 et 6 mois	33%	60%	EDS	
Produit 3.2 : 50 % d'enfants de 6 à 24 mois bénéficient d' une alimentation adéquate d'ici à 2018	% d'enfants nourris de manière adéquate entre 6 et 23 mois	14%	50%	EDS	
Produit 3.3 : 90% des d'enfants de moins de cinq	Taux d'utilisation des moustiquaires chez les enfants moins de cinq	75%	90%	EDS	

ans dorment sous MILD d'ici à 2018	ans				
Produit 3.4 : 75% des mères d'enfants de 0 à 5 ans connaissent les moments critiques du lavage des mains d'ici à 2016	% de mères de 0 à 5ans connaissant les cinq moments critiques de lavages des mains	ND	75%	EDS	
Produit 3.5 : 50% des ménages possèdent un dispositif de lavage des mains ici à 2018	% de ménage disposant d'un dispositif de lavage des mains	31%	50%	Enquête CAP	
Produit 3.6 : 75% des mères et gardiennes d'enfants de moins de cinq ans connaissent au moins deux signes de dangers de recours aux soins chez les enfants d'ici à 2017	% de mères connaissant au moins deux signes de danger chez l'enfant	ND	75%	Monitoring LQAS	
Produit 3.7 : 80% des mères d'enfants i utilisent les sachets de SRO/Zinc en cas de diarrhée d'ici à 2018	% de mères et gardiennes d'enfants utilisant les sachets SRO/Zinc en cas de diarrhée	50%	80%	EDS	
Produit 3.8 : 70% des mères d'enfants de 0 à 11 mois respectent le calendrier vaccinal d'ici à 2018	% des mères connaissant le calendrier vaccinal % de mères connaissant au moins cinq x maladies du PEV Taux de possession du carnet de santé par les mères	48%	75%	Monitoring LQAS-EDS	Inscrire l'indicateur dans l'EDS
Produit 3.9 : 75% des mères d'enfants connaissent les techniques de traitement de l'eau à domicile d'ici à 2018	% de mères connaissant au moins une technique moderne de traitement de l'eau % des mères connaissant au moins une technique traditionnelle de traitement de l'eau	ND	75%	Monitoring LQAS	
Produit 3.10 : 75% des ménages connaissent les techniques de transport et de conservation de l'eau potable d'ici à 2018	% de mères connaissant au moins une les techniques de transport et conservations de l'eau potable	ND	75%	Monitoring LQAS	
Produit 3.11 75% des ménages disposent de matériels de conservation de l'eau potable d'ici à 2018	% de ménages disposant de matériels appropriés de conservation de l'eau	ND	75%		
Effet 4 : Les interventions en communications pour le développement dans le cadre de la survie de la mère, du	Taux d'utilisation des services de santé Nombre de réformes effectivement mise en œuvre dans le secteur de la santé % de village ayant mis en place un système de référence communautaire	65% 0 ND	80% 5 50%		

nouveau-né et de l'enfant au niveau du système de santé et au niveau communautaire ont été renforcées d'ici à 2018					
Produit 4.1 : Des réformes ont été introduites dans l'organisation des interventions de communication au niveau du système de santé (central, intermédiaire et opérationnel) et des centres de formations des acteurs de santé d'ici à 2015	Existence d'une unité de communication au sein de la DSME Nombre de zone sanitaires disposant de CRAMS Nbre de centre de santé de commune disposant de points focaux santé communautaire	0 ND 0	1 34 84	Arrêté Cabinet MS, DDS et ZS	
Produit 4.2 Toutes les 34 zones sanitaires disposent et opérationnalisent leur plan opérationnel de communication sur la base du PIC national d'ici à 2016.	Nbre de zones sanitaires disposant d'un plan opérationnel de communication pour la SMNI	0	34	MS Rapport zones sanitaires, rapport de suivi	
Produit 4.3 Le financement des interventions de communication du ministère de la santé a augmenté de 25% sur le budget national d'ici à 2018	Augmentation des ressources financières prévues pour les activités de communication	ND	25%	Budget ministère de la santé	
Produit 4.4 Les zones sanitaires, centres de santé et maternités disposent de ressources et supports adaptés pour la conduite des interventions de communication d'ici à 2016	% de centre de santé et maternité disposant de matériels de communication (TV, magnétoscope), % de centre et maternités disposant de personnel suffisant afin de conduire les activités de communication Nombre de centre de santé disposant de supports de communication sur la santé maternelle et infantile	ND	50%	Rapport MS, Enquête CAP	
Produit 4.5 La participation communautaire et la mobilisation sociale se sont accrues dans le cadre de la survie du nouveau-né de la mère et de l'enfant d'ici à 2018	Nombre de villages disposant d'un comité villageois de santé ou de développement % de radios partenaires % de centres d'alphabétisation et centre sociale ayant intégré dans les interventions les activités sur la survie de la mère et l'enfant	ND ND ND ND	50% 25% 75% 50%	Rapports zones sanitaires	
Produit 4.6 Des enquêtes CAP sont réalisées en 2016 et en 2018 pour apprécier le niveau l'atteinte des indicateurs	Nombre d'enquête CAP réalisé au cours de la période de mise en œuvre de ce PIC	0	1	Rapport zones sanitaires	
Effet 5 : Les capacités de 70% des intervenants en communication pour le	Nbre de zones sanitaires ayant des capacités pour la mise en œuvre des activités de communication	ND	34		

développement au niveau opérationnel et communautaire en vue de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile ont été renforcées d'ici à 2018	% de villages disposant de relais communautaires formés pour la mise en œuvre des activités	ND	50%		
Produit 5.1 Les responsables IEC des 6 DDS, les responsables de communication des 34 zones sanitaires ont des capacités accrues pour la planification, la mise en œuvre et le suivi des interventions de communication pour le développement d'ici à 2015	Nbre de responsable IEC des DDS formés Nbre de chargés de communication des zones sanitaires formés	ND ND	6 34	Rapport	
Produit 5.2 70% des prestataires de santé des formations sanitaires et points focaux santé communautaires ont des capacités renforcées sur l'accueil, la CIP et les PFE d'ici à 2016	.Modules de formation disponible Nombre de prestataires formés sur l'accueil, la CIP et les PFE	0 ND	1 70%	Rapport d'activités	
Produit 5.3 75% des relais communautaires sont formés sur les stratégies de communication pour la promotion des PFE, le suivi à domicile des femmes enceintes et nouvelles accouchées d'ici à 2016	Modules de formation disponibles Nombre de relais formé	ND	75%	Rapport ZS, rapport de suivi	
Produit 5.4 D'ici à 2018 la communication est intégrée dans le module de formation des agents de santé à tous les niveaux	Nombre d'école de formation ayant intégré la communication dans les modules de formation	ND	4	Rapport	
INTRANTS					
ACTIVITES(Voir plan de mise en œuvre)					
RESSOURCES					
Ressources Humaines					
Ressources Matérielles					
Ressources Financières					

CONCLUSION

Le présent plan de communication a été élaboré dans un contexte de renouvellement des engagements en faveur de la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Il s'inscrit dans le souci d'améliorer la demande et l'utilisation des services en vue d'amener les communautés au changement de comportements favorables à la santé de la mère du nouveau-né et de l'enfant.

Il a été élaboré sur la base des données factuelles issues de l'enquête démographiques de santé et des études qualitatives menées en vue de renseigner les comportements néfastes à la santé de la mère du nouveau-né et de l'enfant.

La vision de ce plan est la même que celle de la « promesse renouvelée » à savoir qu'aucune mère, qu'aucun enfant ne meurt de causes évitables.

Ce Plan Intégré de Communication s'intéresse aux facteurs comportementaux, aux réalités socio culturelles qui influencent les principaux indicateurs de santé et met l'accent sur la multisectorialité et la participation communautaire.

Il vise l'atteinte des OMD et post OMD et celle des indicateurs de la « promesse renouvelée. »

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- INSAE : Enquête Démographique et de Santé 2011-2012
- DSF : Document de stratégie nationale de réduction de la mortalité Maternelle et néonatale au Bénin
- Ministère de la Santé : PLAN National de Développement Sanitaire 2009-2018, Septembre 2009
- MDAEP/UNICEF : Analyse de la Situation des Enfants au Benin, Juin 2012
- Ministère de la santé/UNICEF/Coopération Belge : Paquet d'Interventions a Haut Impact par niveau de soins pour l'atteinte des OMD au Bénin, Mai 2010
- Ministère de la Santé/UNICEF : Etude sur les Cinq pratiques familiales essentielles et les trois pratiques d'éveil essentielles au Bénin, Juillet 2012
- Ministère de la Santé : Annuaire statistiques sanitaires 2010,2011,2012
- Ministère de la Santé/CNLS/PNLS : Plan National d'Elimination de la transmission du VIH de la mère à l'Enfant 2012-2015, Février 2012
- Ministère de la Santé/DSME/OMS : Documentation des meilleures pratiques en santé de la reproduction, Novembre –Décembre 2010
- Ministère de la Santé/PNLP : Plan intégré de communication pour le renforcement de la lutte contre le paludisme au Bénin 2006-2010, Mai 2006
- Ministère de la Santé/DSME : Document de stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle et néo natale au Bénin 2006-2015, Mars 2006
- Ministère de la santé/DSME/UNFPA : Stratégie Nationale de Communication sur la réduction de la mortalité maternelle au Bénin, Mars 2010
- Ministère de la santé/DNPS : Directives Nationales pour la promotion de la santé communautaire au Bénin, mars 2010
- Ministère de la Santé/DSME : Plan Stratégique pour la Survie de l'Enfant au BENIN 2011-2015, Avril 2012
- Ministère de la Santé/CNLS : Plan opérationnel de communication pour la lutte contre le VIH/Sida au Bénin, 2010
- UNICEF : Enquête sur les déterminants de la réticence à la vaccination chez les enfants cibles du Programme Elargi de Vaccination au Bénin, Décembre 2009
- UNICEF WCARO : La communication pour le développement, Stratégie clé des programmes de survie de l'enfant
- UNICEF : SAVOIR POUR SAUVER 4ème EDITION
- UNICEF WCARO : Notes sur Stratégies C4D pour le projet MUSKOKA
- UNICEF/CORE/OMS : Document de Références

- Ministère de la Santé : Rapport des Etats généraux de la vaccination /Synthèse des interventions définies pour la communication lors des états généraux
- Ministère de la Santé du Rwanda : Plan stratégique d'accélération de la survie de l'Enfant 2008-2012, Aout 2008
- PNLS : Bulletin d'informations « Les Echos du programme » Décembre 2013
- République du Benin/PNUD : Initiatives 1000 jours pour la réalisation des OMD au Bénin, Plan d'actions 2014-2015

Comité de Coordination et de Suivi

Dr Olga AGBOHOU HOUINATO.....	DSME/MS
Dr Adama OUEDRAOGO.....	Chef Section/Survie/UNICEF
Mr Fabio FRISCIA.....	Spécialiste C4D/UNICEF/WCARO
Mme Melahelle SOAKOUDE.....	C4D/ UNICEF
Mme Sabine MICHIELS.....	.Spécialiste C4D/UNICEF
Dr Julien TOESSI.....	DNSP/MSP
Mr François AGOSSOU.....	Chargé Promotion Santé /OMS
Dr Thierry TOSSOU BOCO.....	CS/SMI/DSME
Mme Karamatou BANGBOLA.....	Chargée PCIME /DSME
Ludovic SADLER	Communicateur/Appui DSME
Mme Assia MAMA SAMBO.....	Chargée communication /ANV/SSP
Mme Gisèle LEGONOU.....	.PTME/PNLS
Mr Martin EDJITCHE.....	ZS/PAK/DDS OP