

REPUBLIQUE DU BENIN



Ministère de la Santé



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

**PLAN D'ACTION NATIONAL BUDGETISE
POUR LE REPOSITIONNEMENT DE LA
PLANIFICATION FAMILIALE 2014-2018
AU BENIN**



Décembre 2013

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	i
LISTE DES ABREVIATIONS	iii
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES GRAPHIQUES	vii
PREFACE	viii
INTRODUCTION	1
1- PRESENTATION DU PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN	2
2- APERCU GENERAL SUR L'ENVIRONNEMENT DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AU BENIN	4
2.1 Contextes démographique et sanitaire	4
2.2 Options fortes faites par le Bénin dans ses documents de politique	9
2.3 Des opportunités fortes pour réussir le programme PF au Bénin	10
2.4 Avantages de la planification familiale sur les secteurs de développement socio-économiques du Bénin	10
3- DEFIS PRIORITAIRES EN PLANIFICATION FAMILIALE AU BENIN	13
3.1- Défis en matière de demande des services de PF	13
3.2- Défis en matière d'offre des services de PF	14
3.3- Défis en matière d'environnement habilitant	16
3.4- Défis en matière de Suivi et Coordination des interventions	17
4. OBJECTIFS DE PREVALENCE CONTRACEPTIVE ET D'UTILISATRICES DE LA PF	18
4.1- Objectifs de prévalence contraceptive pour la période 2014-2018	18
4.2- Nombres prévisionnels de femmes sous méthodes modernes de contraception aux niveaux national et départemental	20
4.3- Nombres prévisionnels de femmes en âge de procréer sous méthodes modernes de contraception au niveau des départements	22
5. STRATEGIES ET ACTIVITES DU PLAN D'ACTION	25
5.1- Stratégies et activités pour améliorer la demande des services de PF	25
5.2- Stratégies et activités pour renforcer l'offre des services de PF	7
5.3- Stratégies et activités pour rendre l'environnement habilitant pour les services de PF20	
5.4- Stratégies et activités en vue de l'amélioration du suivi et de la coordination des interventions en PF	26

6- MÉCANISMES DE SUIVI ET DE COORDINATION DU PLAN D’ACTION PF DU Benin.....	33
6.1- Réunions de coordination en santé	34
6.2- Supervisions intégrées	34
6.3- Réunions de coordination en planification familiale	34
6.4- Processus collaboratif : Session de coaching externe.....	35
6.5- Revue de programme	35
6.6- Indicateurs de suivi du programme.....	35
6.7- Renforcement des organes de suivi et de coordination	36
6.8- Rapport d’inventaire hebdomadaire de données clés par SMS.....	37
7- BUDGET DU PLAN D’ACTION	38
7.1- Synthèse des coûts	38
7.2- Budget par département	40
ANNEXE 1: LISTE DES STRATÉGIES ET ACTIVITÉS DU PLAN D’ACTION POUR LE REPOSITIONNEMENT DE LA PF AU BENIN.....	43
ANNEXE 2 : BUDGET PAR STRATÉGIE D’INTERVENTION	48
BIBLIOGRAPHIE	50

LISTE DES ABREVIATIONS

ABPF	Association Béninoise Pour la Promotion de la Famille
ABMS/PSI	Association Béninoise de Marketing Social/Population Services International
AFD	Agence Française de Développement
CIPF	Conférence Internationale sur la Planification Familiale
CNEEP	Comité National d'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes
CDEEP	Comité Départemental d'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes
CNLS	Conseil National de Lutte contre le Sida
DIU	Dispositif Intra Utérin
DDS	Directeur/Direction Départemental(e) de la Santé
DSME	Directrice/Direction Nationale de la Santé de la Mère et de l'Enfant
EDSB	Enquête Démographique et de Santé du Bénin
FS	Formation Sanitaire
FAP	Femme en Age de Procréer
IEC	Information, Education et Communication
IPPF	Fédération Internationale de Planification Familiale
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
JICA	Agence Japonaise de Coopération Internationale
KFW	Coopération Allemande
MICS	Multiple Indicators Clusters Survey
MS	Ministre de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSC	Organisations de la Société Civile
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
PEC	Prise en Charge
PC	Produit Contraceptif
PF	Planification Familiale
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNP	Politiques, Normes et Protocoles
PANB	Plan d'Action National Budgétisé
PROFAM	Promotion de la Famille
PTF	Partenaires Techniques et Financiers

PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RC	Relai Communautaire
SR	Santé de Reproduction
SBC	Service à Base Communautaire
SRAJ	Santé de la Reproduction des Adolescents et Jeunes
SGS	Secrétaire Général de la Santé
SIGL	Système d'Information et de Gestion Logistique
RGPH	Recensement General de la Population et de l'Habitat
SSR	Santé Sexuelle et de Reproduction
TIC	Techniques d'Information et de Communication
TAC	Tableaux d'Acquisition des Contraceptifs
TPC	Taux de Prévalence Contraceptive
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement International
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des départements selon leur potentialité en matière d'augmentation du taux annuelle de la prévalence et les objectifs de taux de prévalence contraceptive par département en 2014 et 2018.	20
Tableau 2 : Estimation des effectifs de femmes de 15-49 ans utilisatrices de PF à cibler par département de 2014 à 2018 (en milliers)	21
Tableau 3 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans nouvelles acceptantes de PF à cibler par département de 2014 à 2018 (en milliers).....	21
Tableau 4 : Prévision des proportions des utilisatrices de méthodes contraceptives selon la source d'approvisionnement.....	22
Tableau 5 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans nouvelles utilisatrices de PF à cibler par zone sanitaire dans le département de l'Alibori 2014 à 2018	22
Tableau 6 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans nouvelles utilisatrices de PF à cibler par zones sanitaires dans le département de Borgou de 2014 à 2018.....	22
Tableau 7 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans nouvelles utilisatrices de PF à cibler par zones sanitaires dans le département d'Atacora de 2014 à 2018	23
Tableau 8 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans nouvelles utilisatrices de PF à cibler par zones sanitaire dans le département de Donga de 2014 à 2018	23
Tableau 9 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans nouvelles utilisatrices de PF à cibler par zones sanitaires dans le département de l'Atlantique de 2014 à 2018.....	23
Tableau 10 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans nouvelles utilisatrices de PF à cibler par zone sanitaire dans le département du littoral de 2014 à 2018	23

Tableau 11 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans nouvelles utilisatrices de PF à cibler par zone sanitaire dans le département du Mono de 2014 à 2018	24
Tableau 12 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans nouvelles utilisatrices de PF à cibler par zone sanitaire dans le département de Couffo de 2014 à 2018	24
Tableau 13 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans nouvelles utilisatrices de PF à cibler par zone sanitaire dans le département de l’Ouémé de 2014 à 2018	24
Tableau 14 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans nouvelles utilisatrices de PF à cibler par zone sanitaire dans le département du Plateau de 2014 à 2018	24
Tableau 15 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans nouvelles utilisatrices de PF à cibler par zone sanitaire dans le département de Zou de 2014 à 2018	24
Tableau 16 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans nouvelles utilisatrices de PF à cibler par zones sanitaires dans le département de Collines de 2014 à 2018.....	25
Tableau 17 : Budget par axe d'intervention et par année (en millions FCFA)	40
Tableau 18 : Répartition du Budget selon le département	41
Tableau 19 : Coûts de la demande des services de PF par stratégie.....	48
Tableau 20 : Couts de l’offre des services de PF par stratégie	48
Tableau 21 : Couts de l’environnement habilitant par stratégie.....	49
Tableau 22 : Couts du suivi et de la coordination par stratégie	49

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Taux de prévalence contraceptive (TPC) moderne par département selon les EDSB de 2006 et 2011.....	6
Graphique 2 : Répartition des nouvelles utilisatrices de PF selon les méthodes modernes de contraception utilisées (2012).....	8
Graphique 3 : Répartition du nombre de nouvelles utilisatrices de la contraception moderne à toucher entre 2014 et 2018	18
Graphique 4 : Présentation des différents scénarii de progression de la TPC entre 2014 et 2018	19
Graphique 5 : Répartition du budget par axe d'intervention sur la période 2014-2018	39
Graphique 6 : Répartition du Budget par année de 2014 à 2018.....	40

PREFACE

Le Bénin se caractérise par une croissance très rapide de sa population, avec un taux de croissance démographique de 3,5% par an, un indice synthétique de fécondité de 4,9 enfants par femme et une prévalence contraceptive de 7,9% selon l'EDSB 2011-2012 en ce qui concerne les méthodes modernes.

Le déséquilibre entre l'accroissement de la population et la croissance économique a contribué à amplifier la pauvreté en limitant les possibilités du gouvernement et des ménages de dégager les ressources nécessaires, d'une part, à la satisfaction des besoins essentiels (santé, éducation, alimentation, habitat, eau potable, etc.) et d'autre part, à l'amélioration de la productivité des ménages et des entreprises. Ce qui explique que la Stratégie de la Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRP 2011-2015) ait opté pour une stratégie de maîtrise de la fécondité grâce à la promotion d'une fécondité responsable, à travers un meilleur accès à l'information et aux services de santé de la reproduction

Le Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018 (PNDS) a également inscrit comme priorité la promotion de la planification familiale dans le souci de «Réduire la mortalité maternelle et néonatale» (Sous-programme lutte contre la mortalité maternelle et néonatale) avec pour objectif de porter le taux de prévalence contraceptive moderne à 15% en 2016

La planification familiale (PF) est alors apparue comme la stratégie appropriée pour améliorer les indicateurs de développement socio-économique au Bénin (réduction de la mortalité maternelle et de la mortalité infanto-juvénile, meilleur investissement dans la scolarisation des enfants, amélioration du PIB par tête, etc.). C'est dans cette optique que le Bénin s'est fixé comme objectif d'améliorer la demande et l'offre des services de planification familiale (PF).

Le Bénin a été représenté à un haut niveau à la conférence de Ouagadougou sur le thème «*Population, planification familiale et développement: l'urgence d'agir*» du 8 au 10 février 2011, et à la conférence de Sally Mbour au Sénégal sur «*l'engagement de la société civile en faveur de la planification familiale*» en Septembre 2011. Elle a ensuite développé, à travers un processus participatif et inclusif, un plan d'action national pour la relance de la planification familiale. Ledit plan a été présenté à la conférence de Dakar en Décembre 2011 et le panel des partenaires de Ouagadougou a estimé souhaitable de revoir ce plan afin de s'assurer que tous les partenaires techniques et financiers (PTF) lui accorderont l'attention et le financement requis. C'est dans ce cadre que les partenaires de Ouagadougou ont commis une assistance technique de haut

niveau pour soutenir le Bénin dans le processus d'affinement de son Plan d'Action à l'instar du Burkina Faso, du Sénégal, du Niger, du Togo, de la Mauritanie et de la Guinée.

Afin d'assurer l'appui requis à ce processus qui a duré six semaines, le Ministère de la santé a mis en place, entre autres, deux organes: une équipe opérationnelle composée d'experts nationaux et internationaux et un comité technique en charge de la revue et de la validation des propositions faites par l'équipe opérationnelle.

Ce plan d'action a pris en compte les données les plus pertinentes et récentes disponibles au Bénin, les spécificités départementales en étroite collaboration avec les directeurs départementaux de la santé, l'impact potentiel de chaque activité et les perspectives de tous les secteurs par l'implication de tous les acteurs y compris des représentants de plusieurs ministères aux différentes réunions organisées.

Le présent plan d'action national budgétisé du Bénin est alors le fruit des efforts conjugués de tous les acteurs dans le domaine de la santé en général et de la planification familiale en particulier. Il retrace les objectifs du gouvernement et le processus de mise en œuvre des différentes interventions prévues dans le cadre de la maîtrise de la fécondité en vue d'un développement harmonieux et équilibré, gage du bien être futur des béninois.

INTRODUCTION

Dans le souci d'améliorer l'offre des services de PF et les indicateurs sanitaires y afférant, le Bénin s'est activement engagé dans un processus de repositionnement de la planification familiale, et il a été représenté à un haut niveau à la conférence de Ouagadougou sur «*Population, planification familiale et développement : l'urgence d'agir*» tenue du 8 au 10 février 2011, ainsi qu'à la conférence de Sally Mbour au Sénégal sur «*l'engagement de la société civile en faveur de la planification familiale*» en Septembre 2011. A la suite de ces conférences, le Bénin a développé, à travers un processus participatif et inclusif, un plan d'action de repositionnement de la planification familiale. A la demande des partenaires de Ouagadougou, et grâce à leur appui, ledit plan a fait l'objet d'un affinement qui a associé tous les acteurs clés dans le but de saisir toutes les opportunités stratégiques. L'exercice a duré six (6) semaines et a connu la participation active des acteurs gouvernementaux et des organisations de la société civile (OSC), ainsi que des partenaires techniques et financiers (PTF), à travers un processus bien structuré.

Le plan d'action PF du Bénin 2014-2018 présente un caractère stratégique. En effet le diagnostic de la situation de la PF a orienté vers des stratégies et activités qui ont paru les plus susceptibles de répondre aux défis identifiés, soit parce qu'elles sont basées sur un développement d'expériences positives sur le terrain, soit parce qu'elles sont essentielles à la réussite de tout programme de PF. Les directeurs départementaux ont alors puisé dans leurs expériences afin de déterminer les activités sensées avoir le plus d'impact dans leurs zones d'intervention respectives, ainsi que les actions qui sont essentielles pour réaliser de nouveaux progrès.

Il est cependant nécessaire de faire remarquer que la mise en œuvre de ce plan d'action ne sera couronnée de succès que si un certain nombre de conditions préalables sont remplies à savoir:

- une volonté politique forte de la part des décideurs
- une implication constructive des leaders religieux
- le démarrage de la mise en œuvre du plan d'action par les activités d'amélioration de l'offre en quantité et en qualité afin de s'assurer que la demande à susciter serait satisfaite,
- la finalisation et l'adoption des textes d'application de la Loi SR 2003,
- la révision à court terme d'un certain nombre de textes réglementaires, notamment ceux contraignant les services à base communautaire,

- le recours à une bonne gouvernance dans la mise en œuvre du plan d'action.

Ce document, qui présente le plan d'action national PF budgétisé du Bénin 2014-2018, est structuré en sept parties à savoir:

1. La présentation du processus de l'élaboration du plan d'action
2. Un aperçu général sur la situation actuelle de la planification familiale au Bénin ;
3. Les défis prioritaires de la planification familiale qui se dégagent du diagnostic effectué ;
4. Les objectifs de prévalence contraceptive et d'acceptantes ou utilisatrices de PF au niveau national, par département et par zone sanitaire ;
5. Les stratégies et activités pour relever les défis identifiés ;
6. Les mécanismes de suivi et de coordination requis pour une bonne mise en œuvre du plan d'action ;
7. Le budget nécessaire à la mise en œuvre du plan d'action.

1- PRESENTATION DU PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN

L'élaboration du plan d'action national budgétisé PF du Bénin 2014-2018 a suivi les dix (10) principales étapes ci-après:

- Les Correspondances entre le groupe du Partenariat de Ouagadougou et le Ministre de la Santé du Bénin : Elles ont permis au ministère d'exprimer le besoin d'affinement de son plan d'action national pour le repositionnement ;
- Les prises de contact des Partenaires de Ouagadougou et des experts avec le Ministère de la Santé : ces discussions à trois ont été déterminante pour se fixer la durée de la mission (6 semaines) et la période de la mission au Bénin (20 octobre au 29 novembre 2013) ;
- La revue documentaire : menée dans un premier temps par l'expert national, elle a été très déterminante dans le cadre du diagnostic sommaire de la situation de la PF, de l'identification des activités prioritaires et surtout dans l'élaboration des activités détaillées budgétisées ;
- La mise en place de l'équipe opérationnelle (EO) et du comité technique (CT) en se fondant sur l'existant : c'est le comité de sécurisation des produits contraceptifs qui a constitué le comité technique du processus d'affinement du plan ;

- La revue du Plan d'action PF existant : cette étape a donné des informations pour le diagnostic de la situation de la planification familiale au Bénin, à partir duquel il s'est dégagé les principaux défis à relever;
- **Priorisation des axes majeurs et des interventions clés** requises pour relever les défis identifiés ;
- **Conduite du processus inclusif et participatif qui associe tous les acteurs clés notamment les directeurs départementaux de la santé : elle a contribué à la** définition des objectifs de prévalence contraceptive et d'acceptantes ou d'utilisatrices de PF surtout au niveau départemental et des zones sanitaires. Elle a été possible grâce à la collaboration avec les équipes départementales de santé incluant les directeurs départementaux de la santé, les chefs des services de santé de la mère et de l'enfant au niveau des départements et des représentants d'OSC intervenant au niveau décentralisé;
- La présentation du Plan d'Action aux autorités (CT) : le détail des activités prioritaires identifiées (éléments de plan d'action détaillés par activité prioritaire) ; le plan de financement et le mécanisme de suivi et de coordination ont été présentés au comité technique en lieu et place du comité de pilotage qui n'a pas pu être constitué pour diverses raisons.
- La finalisation du Plan prenant en compte les observations du CT : l'équipe opérationnelle a mis du temps après la réunion du CT pour intégrer les différentes observations afin d'avoir un plan d'action national reflétant les réalités nationales de façon plurisectorielles.
- L'organisation de la journée de mobilisation de ressources en faveur du Plan d'Action : les responsables du ministère de la santé sous la supervision de la ministre en personne organiseront cette journée le 30 janvier 2014. Ils présenteront le plan d'action national de PF aux partenaires traditionnels bilatéraux et multilatéraux. Mais seront aussi invités à cette cérémonie, les acteurs de la société civile notamment ceux du secteur privé lucratif et les partenaires non traditionnels comme les fondations Packard, Hewlett, Bill et Melinda Gate, etc.

Suite à la réunion de lancement du processus tenue dans la salle de conférence de la Direction de la Santé de la Mère et l'Enfant (DSME) du ministère de la santé le 25 Octobre 2013, plusieurs séances de travail ont été tenues pour discuter les drafts de documents élaborés par l'équipe opérationnelle. Il s'agit notamment de :

- la réunion avec les organisations de la société civile et du secteur privé le 5 Novembre 2013 pour recueillir leurs inputs, préoccupations et suggestions sur le premier draft de diagnostic de la PF ainsi que des objectifs et activités prioritaires découlant dudit diagnostic ;
- La réunion des équipes départementales de santé le 19 & 20 Novembre 2013 afin de discuter du diagnostic de la PF, des objectifs et activités prioritaires au niveau de leurs départements respectifs ;
- La réunion du comité technique du 08 Novembre 2013 pour faire la revue de l'analyse situationnelle de la planification familiale au Bénin, ainsi que des objectifs et activités prioritaires
- La réunion du comité technique du 26 Novembre 2013 pour faire la revue de l'ensemble du plan d'action PF 2014-2018, incluant les objectifs nationaux et départementaux d'acceptantes ou d'utilisatrices de PF, les défis, stratégies et activités, la matrice de financement et les outils de gestion de la performance.

2- APERCU GENERAL SUR L'ENVIRONNEMENT DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AU BENIN

Cette partie permettra d'aborder successivement:

- Les contextes démographique et sanitaire de la PF au Bénin;
- Les options fortes faites par le Bénin dans les différents documents de politique en matière de PF;
- Et les avantages de la planification familiale sur les secteurs de développement socio-économiques du Bénin.

2.1 Contextes démographique et sanitaire

Selon le classement de 2013 du Programme des Nations Unies pour le Développement portant sur l'Indice de Développement Humain (IDH), la République du Bénin est classée 166^{ème} sur 187. Selon les résultats provisoires du quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH-4), le pays compte 9 983 884¹ habitants en 2013. En s'inspirant du document de projection démographique de l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE, 2009), 54,3% de la population vivait en milieu rural en 2012. Selon la même source, la répartition de la population en fonction des tranches d'âge montre que le Bénin comptait en 2012 :

- 2 406 318 femmes en âge de procréer,
- 45% de la population à moins de 15 ans,
- 32,8% sont des adolescents et jeunes de 10-24 ans.

¹ Il s'agit ici des résultats bruts officiels qui ne sont pas encore désagrégés par zone (urbain et rural).

Si le rythme de croissance démographique est maintenu en l'état (3,5% par an), le Bénin devrait compter 16,6 millions² d'habitants à l'orée 2030, soit presque un doublement (1,7 fois) de la population en 18 ans. Ce qui entraînera des conséquences sur tous les secteurs de développement socio-économique (santé, éducation, habitat, besoins en nouveaux emplois, exode rural massif, etc.).

Le Bénin enregistre des taux élevés de mortalité maternelle (397‰³ naissances vivantes), de mortalité néonatale (23‰), de mortalité infantile, infanto-juvénile et juvénile (respectivement 42‰, 70‰ et 30‰). La prévalence contraceptive par les méthodes modernes est passée de 6,1% en 2006 à 7,9% en 2011.

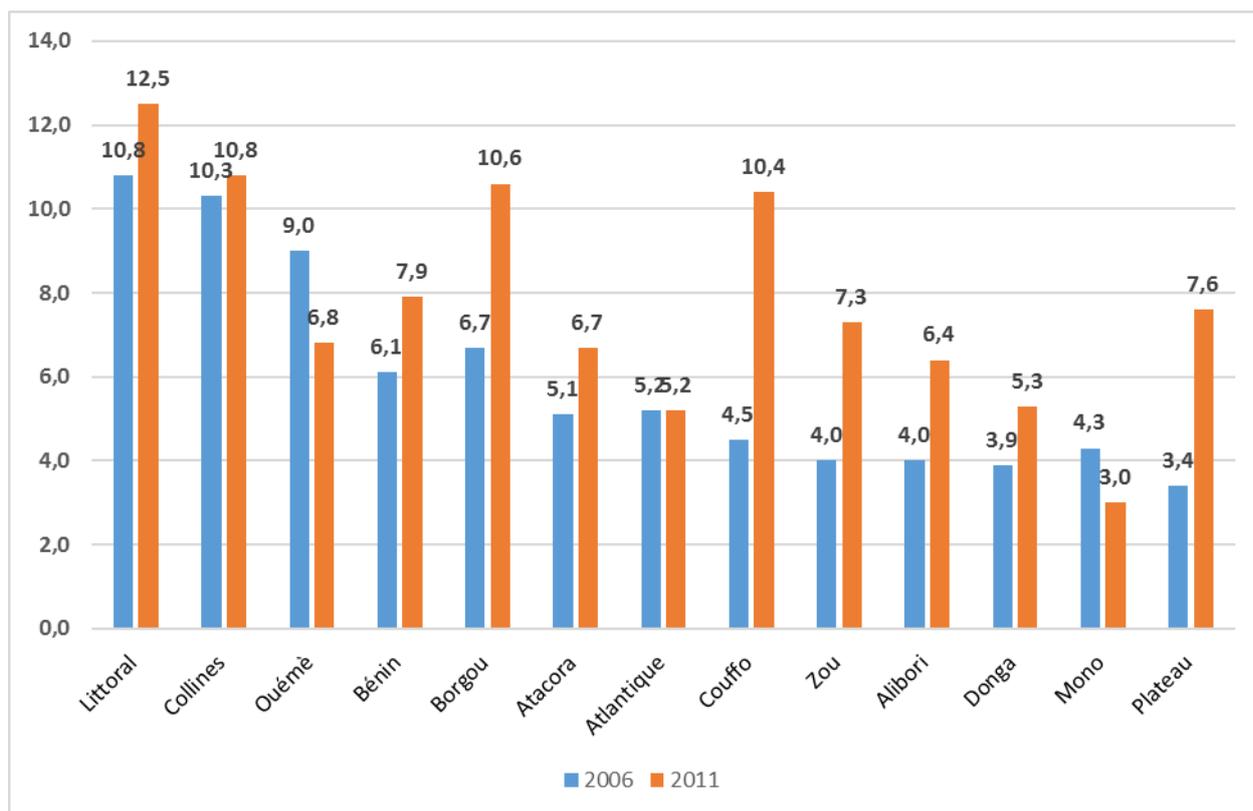
Les besoins non satisfaits en PF⁴ sont estimés à 32% selon l'EDSB de 2011 chez les femmes en âge de procréer et l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est évalué à 4,9 enfants par femme en 2011, illustrant ainsi un niveau de fécondité parmi les plus élevés au monde.

Malgré les actions entreprises sur le terrain au Bénin, le taux de prévalence contraceptive en cinq (5) ans n'a connu qu'une évolution très lente chez les femmes en union, passant ainsi de 6,1% en 2006 à 7,9% en 2011 avec d'importantes disparités départementales (Graphique 1), alors que la demande potentielle de la contraception est de 45% y compris les besoins non satisfaits (32%).

² INSAE, (2009), Projection démographiques et études prospectives de la demande sociale révisées 2002-2030

³ Rapport EDSB-3 de 2006

⁴ Les besoins non satisfaits en PF sont mesurés par la proportion de femmes en âge de procréer qui expriment le souhait d'espacer ou de limiter leurs naissances mais qui n'utilisent aucune méthode de contraception.



Graphique 1 : Taux de prévalence contraceptive (TPC) moderne par département selon les EDSB de 2006 et 2011

Il faut également souligner, sur la base des EDSB III et IV, que:

- 70%⁵ des femmes qui n'ont jamais utilisé la planification familiale ont fait leur dernier accouchement avant l'enquête dans un établissement de soins (61% dans une formation sanitaire publique, 10% dans une formation sanitaire privée) ;
- 37,8%⁶ de l'ensemble des femmes avaient l'intention d'utiliser des méthodes contraceptives dans le futur ;
- la prévalence des méthodes modernes chez l'ensemble des adolescentes était de 5,2% et celle chez les adolescentes non en union et sexuellement actives était de 27,9% (EDSB, 2006).
- Sur 42% des femmes qui n'utilisent pas la PF et qui ont visité un centre de santé au cours des 12 derniers mois avant l'enquête, seulement 23% ont reçu des informations sur la planification familiale

⁵ Rapport EDSB-III, 2006

⁶ Idem

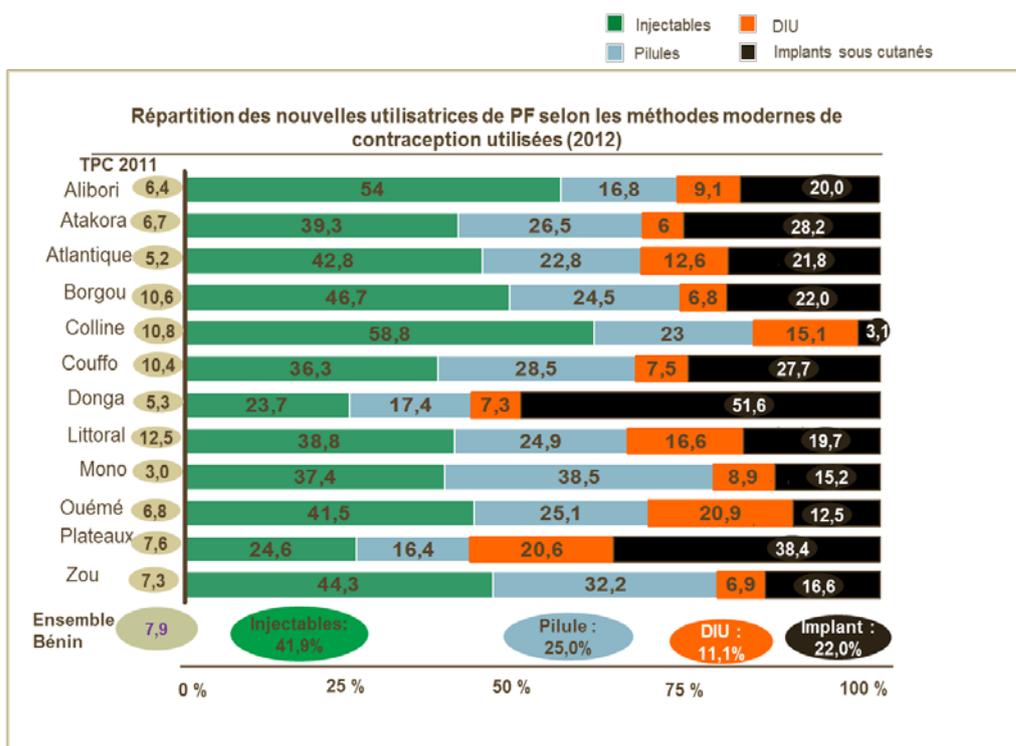
- Sur 52% des utilisatrices de méthodes traditionnelles qui ont visité un centre de santé au cours des 12 derniers mois avant l'enquête, seulement 21% ont reçu des informations sur la planification familiale
- L'EDSB 2011 indique que 86% des femmes enceintes ont reçu des soins prénatals offerts par un personnel de santé ;
- Selon EDSB 2011, 35% des adolescentes mariées (15-19 ans) ont un besoin non satisfait de planification familiale. Cela représente une augmentation de 26% par rapport à l'EDSB 2006
- L'EDSB 2011 indique que 4,2% des adolescentes mariées utilisent une méthode moderne de planification familiale. Cela représente une augmentation de 2,9% par rapport à 2006
- Selon l'EDSB de 2006 la prévalence des méthodes modernes chez l'ensemble des adolescentes était de 5,2%. Elle était de 27,9% chez les adolescentes non en union et sexuellement actives

Eu égard à ce constat, le gouvernement du Bénin, avec l'appui des acteurs du partenariat de Ouagadougou a décidé de repositionner la planification familiale en vue d'une amélioration de la prévalence.

Relativement aux méthodes contraceptives modernes les plus utilisées, le graphique 2, élaboré à partir des données de l'annuaire statistique de 2012 du Ministère de la Santé et des données de l'EDSB-IV, illustre bien la situation par département au Bénin. Il en ressort que les méthodes de courte durée comme les contraceptifs injectables et les pilules sont les plus utilisés, avec respectivement 41,9% et 25% des femmes qui y ont recouru à la contraception en 2012. Quant aux méthodes de longue durée d'action comme le DIU (11,1%) et les implants sous cutanés (22%), elles sont utilisées par très peu de femmes au Bénin.

Par ailleurs, les disparités départementales en matière d'utilisation des méthodes modernes de contraception demeurent. Cependant, les départements à forte prévalence des méthodes modernes en 2011 sont respectivement le Littoral (12,5%), Collines (10,8%), Borgou (10,6%) et Couffo (10,4%).

Les produits les plus utilisés sont prioritairement les injectables et les pilules



Graphique 2 : Répartition des nouvelles utilisatrices de PF selon les méthodes modernes de contraception utilisées (2012)

Plusieurs facteurs peuvent expliquer la faible utilisation des contraceptifs modernes. Au nombre des principaux déterminants de l'utilisation de la PF au Bénin, on peut retenir :

- (i) Appartenance ethnique ;
- (ii) l'état matrimonial (en union) ;
- (iii) le niveau d'instruction (secondaire et plus) ;
- (iv) le sexe de la progéniture (Avoir des enfants des deux sexes) ;
- (v) l'activité professionnelle (avoir un emploi) ;
- (vi) le conjoint favorable à la PF ;
- (vii) la discussion entre conjoints ;
- (viii) être sexuellement actif ;
- (ix) la qualité de l'information reçue par rapport aux méthodes ;
- (x) l'accès hebdomadaire à l'information à travers les médias (audio et audiovisuel) ;
- (xi) le milieu de résidence (Urbain) ;
- (xii) l'âge (25-40).

2.2 Options fortes faites par le Bénin dans ses documents de politique

Plusieurs documents clés renferment des options fortes en faveur de la planification familiale au Bénin. Il s'agit notamment de la loi N° 2003-04 du 03 MARS 2003 portant santé de la reproduction qui donne aux femmes le droit d'accès à la planification familiale:

- Droit universel à la santé de la reproduction
- Droit à l'information et à l'éducation sur la Planification Familiale;
- Droit d'accès aux soins et services en santé sur la Planification Familiale;
- Droit à la non-discrimination dans l'offre des services
- Réglementation gouvernementale de la qualité des produits contraceptifs et des circonstances des interruptions volontaires de grossesse (avortements)

Le Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018 (PNDS) a aussi inscrit comme priorité la promotion de la planification familiale dans le souci de «Réduire la mortalité maternelle et néonatale» (Sous-programme lutte contre la mortalité maternelle et néonatale). Avec pour objectif de porter le TPC à 15% en 2016.

La Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRP 2011-2015), souligne entre autres : «...le maintien du taux annuel d'accroissement démographique, dans les conditions actuelles de création de richesses insuffisantes, risque d'inhiber les efforts de développement.... A cet égard, le Gouvernement a retenu de faire la promotion d'une fécondité responsable, à travers un meilleur accès à l'information et aux services de santé de la reproduction.... »

Enfin, des mesures ont été prises en vue du renforcement de la Planification Familiale au Bénin à savoir:

- *Engagement du gouvernement en faveur de la Planification Familiale porté au haut niveau lors de la conférence de Ouagadougou où les représentants du Ministère de la Santé ont affirmé que l'Etat apportera un appui conséquent au processus de repositionnement de la Planification Familiale (Le document de Stratégie Nationale de Repositionnement de la Planification Familiale au Bénin récemment élaboré pour la période de 2011 – 2015);*
- *Accès pour les femmes non en union et les adolescentes aux contraceptifs;*

- *Tous les agents de santé qualifiés et formés peuvent donner les pilules, les injectables, les DIU et les implants;*
- *Les relais communautaires sont autorisés à n'offrir que les méthodes de barrières et le réapprovisionnement en pilule;*
- *La Stratégie Nationale pour la Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction 2006-2015;*
- *Le document de Stratégie Nationale Multisectorielle de Santé Sexuelle et de la Reproduction des Adolescents et Jeunes (2010-2020).*

2.3 Des opportunités fortes pour réussir le programme PF au Bénin

Le Bénin regorge d'énormes potentialités qu'il convient de mettre davantage en valeur pour réussir la mise en œuvre du plan d'action PF en vue d'atteindre les objectifs fixés. En effet, il est noté selon les informations recueillies auprès des différents acteurs:

- ✓ un engagement des partenaires techniques et financiers du Bénin pour la PF ;
- ✓ l'existence des acteurs du partenariat de Ouagadougou ;
- ✓ une priorité accordée à la santé de la reproduction des adolescents et jeunes par l'ensemble des partenaires techniques et financiers ;
- ✓ un potentiel accru des organisations non gouvernementales et les acteurs de la société civile ;
- ✓ une très grande disponibilité des institutions de la coopération bilatérale à apporter leur appui au programme de PF et surtout la SRAJ ;
- ✓ le développement de nouvelles approches d'offre des services de PF dans le pays et dans la sous-région ouest africaine ;
- ✓ l'opportunité de financer la PF par le biais des Programmes d'Investissement Public (PIP) au niveau de l'Etat ;
- ✓ l'existence du programme de financement basé sur la performance ;
- ✓ Etc.

La prise en compte de l'ensemble de ces opportunités pour la mise en valeur du Plan d'Action National Budgétisé (PANB) reste une force de propulsion sûre pour les objectifs fixés pour 2015 et 2018 par le Bénin.

2.4 Avantages de la planification familiale sur les secteurs de développement socio-économiques du Bénin

La maîtrise de la fécondité présente des avantages sur l'ensemble des secteurs de développement socio-économique du Bénin : Santé, Éducation, Économie,

Urbanisation, etc. Grâce à une pression démographique moins pesante, on peut en particulier noter :

- **Une meilleure santé** : en maîtrisant la fécondité, on peut en effet mieux investir dans de meilleurs services de santé.
- **Une meilleure éducation** : le ralentissement de l'accroissement de la population fournit les moyens d'améliorer l'éducation en ce sens où il y a davantage de ressources disponibles pour la formation des enseignants, les salles de classe et le matériel pédagogique. Il est également possible de diminuer la taille des classes et d'améliorer l'environnement d'apprentissage. La maîtrise de la croissance démographique aide à atteindre l'OMD 2 : assurer une éducation primaire universelle.
- **Une meilleure économie** : la plupart des pays qui ont réussi leur expansion économique ont pu profiter d'un fléchissement rapide des taux de natalité car le ratio entre la population active et les personnes à charge augmente, et plus de fonds sont injectés dans la croissance économique. Quand le rapport de dépendance diminue, le gouvernement, les entreprises et les familles ont davantage de fonds à investir dans la création d'emplois et la modernisation de l'économie.

Une meilleure santé grâce à une pression démographique moins pesante



Moins de grossesses précoces, rapprochées, non désirées, et d'avortements provoqués clandestins.

Moins de décès maternels et infantiles

- Espérance de vie plus longue
- Davantage de ressources pour former ou recycler le personnel et mieux équiper les structures sanitaires.

Une meilleure éducation grâce à une pression démographique moins pesante



- Plus de ressources pour la formation et les incitations pour garder les instituteurs dans les zones rurales

Des ressources accrues pour les salles de classe et le matériel pédagogique

Des classes plus petites, un meilleur contexte d'apprentissage

Des progrès pour atteindre les OMD.

Une meilleure économie grâce à une pression démographique moins pesante



- Un ratio plus faible de dépendance induit une épargne et un investissement accru pour soutenir l'économie
- Une croissance moins forte des besoins en nouveaux emplois
- Un investissement accru dans la modernisation agricole.
- Une nette amélioration de la productivité et des conditions de vie des populations

3- DEFIS PRIORITAIRES EN PLANIFICATION FAMILIALE AU BENIN

Un diagnostic approfondi de la planification familiale au Bénin a été réalisé à travers quatre axes majeurs:

- (i) la demande,
- (ii) l'offre,
- (iii) l'environnement habilitant
- (iv) la coordination et le suivi.

Toutes les données disponibles ont été analysées afin d'examiner les caractéristiques les plus saillantes, à savoir: les caractéristiques de l'utilisation actuelle et de la demande existante, les attitudes envers les services, la quantité et la qualité des services offerts dans les secteurs public et privé; les facteurs socioculturelles qui favorisent ou freinent la demande et l'offre ainsi que divers aspects liés au suivi et à la coordination des activités. Sur la base de ces données, des défis et des axes prioritaires d'intervention ont été identifiés dans chaque axe majeur.

3.1- Défis en matière de demande des services de PF

En dépit du fait que près de la moitié des femmes en âge de procréer (45%) manifeste le désir d'espacer ou de limiter leurs naissances, près d'un tiers de celles-ci (32%) n'utilise pas de méthode contraceptive moderne, soit par manque d'intérêt pour la PF, soit par manque d'informations appropriées. La faible demande en PF explique en partie les taux élevés de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile.

Il ressort du diagnostic de la PF au Bénin que sur un total de 2 406 318 femmes en âge de procréer en 2013, plus de 1 323 000 n'expriment pas de désir d'espacer ou de limiter leurs naissances et ne se sentent donc pas concernées par l'utilisation de la PF. En revanche, plus de 1 082 000, soit 45% de ces femmes expriment ce désir mais n'y ont pas toutes accès pour diverses raisons (manque d'intérêt, opposition, faute de connaissance, peur ou rumeurs sur des effets secondaires, etc.). On relève plus de 963 000 femmes en âge de procréer ouvertes à l'utilisation des méthodes modernes de la planification familiale mais n'y recourent pas. Seulement 193 000 environ, soit 8%, ont effectivement recouru aux méthodes modernes de contraception en 2013.

Au sujet des hommes, il ressort qu'ils sont insuffisamment informés sur la PF, qu'ils craignent les effets secondaires des méthodes, ainsi que les effets pervers de celles-ci. Ceci peut paraître d'autant plus préoccupant que les hommes

passent culturellement pour les principaux décideurs au sein de leurs ménages.

En outre, le diagnostic souligne que la demande de la contraception chez les adolescentes est importante. Selon EDSB 2011, parmi les adolescentes mariées (15-19 ans), 4,2% utilisent une méthode moderne de planification familiale et 35% ont un besoin non satisfait de planification familiale.

Quant aux adolescents et jeunes non en union, ils craignent de rencontrer leurs parents et les autres adultes dans les points d'accès à la PF et jugent que leur utilisation de la PF est mal perçue par les prestataires qui préfèrent offrir les méthodes uniquement aux femmes en union. Ils ont un faible leadership et sont faiblement impliqués dans les décisions qui concernent leur avenir.

Il découle de ces éléments de diagnostic, trois défis majeurs dans le domaine de la demande:

- **Défi D1:** Faible niveau de sensibilisation de la population générale et des femmes en particulier
- **Défi D2:** Faible implication des Hommes dans la SR/PF
- **Défi D3:** Faible implication des adolescents et jeunes dans la PF.

3.2- Défis en matière d'offre des services de PF

Malgré l'importance numérique du personnel de santé au Bénin, il demeure insatisfaisant. Il existe notamment des disparités dans la répartition de ce personnel avec une concentration au profit de certaines localités, notamment à Cotonou. On observe par ailleurs un déficit pour certaines catégories du personnel en particulier pour les sages-femmes. Ainsi, seulement 16% du personnel de santé (médecins, sages-femmes d'État, infirmières d'État et Accoucheuses/infirmiers Auxiliaires d'État) exercent en milieu rural pour servir les 54,3% de la population qui y habite contre 84% exerçant en milieu urbain pour servir 45,7 % de la population urbaine du Bénin.

La population rurale a manifestement des problèmes d'accès géographique à la PF et les initiatives en place pour l'atteindre sont insuffisantes.

Théoriquement, les services de PF sont intégrés dans toutes les formations sanitaires (FS) disposant d'une maternité mais seulement entre 46% et 68% des formations sanitaires au Bénin offrent des services de planification familiale de base (pilules/injectable/préservatif). Quant aux méthodes de longue durée, elles sont respectivement offertes dans 40% des FS pour le

Dispositif contraceptif intra-utérin (DIU) et 39% pour les implants selon l'enquête SARA en 2013

Selon les informations recueillies auprès du ministère de la santé, il y a un manque général de personnel compétent pour offrir la PF et les méthodes de longue durée en particulier puisque moins de la moitié des formations sanitaires (43%) ont un agent de santé qui a été formé à la planification familiale (SARA, 2013).

La majorité des 883⁷ FS du Bénin tente d'offrir des services de PF aux 12% de la population hors de la zone de couverture sanitaire, à travers les stratégies avancées, les activités de tam-tam PF. Les Relais Communautaires se déplacent pour sensibiliser les communautés sur la PF, réapprovisionner en Contraceptifs Oraux (CO) et offrir des méthodes de barrières. Au total environ 670 Relais Communautaires sont formés en 2013. Au Bénin, les relais communautaires sont très peu impliqués dans la planification familiale car généralement moins bien informés et outillés sur la question. Pour une première consultation et prescription, les femmes ne peuvent pas utiliser un relais communautaires, elles doivent consulter un médecin, un infirmier ou une sage-femme exerçant dans une formation sanitaire (hôpital, centre de santé ou poste de santé).

La PF ne semble pas être une priorité dans les FS car seulement 37,5% offre la PF 7j/7, les horaires de prestation sont souvent inappropriés surtout pour les adolescentes et jeunes. La qualité de l'accès est tout aussi critique et des problèmes de gestion de stock au niveau des départements et des points de prestation sont très souvent mentionnés.

La qualité de l'offre des services reste un défi majeur. Les compétences des prestataires sont faibles car certains d'entre eux ont reçu leur formation il y a plusieurs années sans avoir bénéficié d'une remise à niveau de leurs connaissances. D'autres ont reçu des formations sur le tas, et ils utilisent des pratiques dépassées. L'équipement des formations sanitaires est souvent incomplet. Ces deux facteurs conjugués handicapent sérieusement la qualité de l'offre des services de planification familiale.

Cinq défis majeurs se dégagent du diagnostic au sujet de l'offre des services PF. Il s'agit de :

⁷ Annuaire des statistiques sanitaires 2012

- **Défi 01** : Faible accès géographique dans les aires sanitaires et dans les zones situées au-delà du rayon moyen d'action sanitaire (plus de 5 km d'une FS),
- **Défi 02** : Faible qualité de l'offre (Formation et Équipement)
- **Défi 03** : Inadéquation des services offerts aux jeunes et adolescents
- **Défi 04** : Rupture de stocks des produits contraceptifs au niveau des points de prestation
- **Défi 05** : Offre des services PF par les OSC et le secteur privé inéquitable entre les départements

3.3- Défis en matière d'environnement habilitant

L'utilisation de la PF chez les femmes non en union et les adolescentes est limitée par plusieurs facteurs. En effet, la pratique de la contraception par des femmes qui ne sont pas en union et les adolescentes est très mal perçue, ce qui pousse plusieurs de ces femmes à utiliser le réseau privé (ou marchand ambulancier). Aussi, la stigmatisation des adolescents et jeunes demandant les services de PF est un facteur très limitant à l'adoption des services PF chez cette couche de la population.

La confidentialité dans les services PF limite également la motivation des femmes à demander le service, car une proportion importante des clientes de PF exprime des doutes sur la confidentialité du conseil et des examens dans les FS offrant la PF, en partie à cause des conditions inappropriées de prestation

Aussi, les perceptions erronées de certains leaders (Politiques, religieux et traditionnels) et les attitudes pro-natalistes constituent des barrières à la PF au Bénin. Il en est de même du dialogue au sein du couple sur les questions de sexualité et de planification familiale qui reste très faible et parfois inexistant. Il faut également noter que l'utilisation de la PF reste mal perçue par certaines personnes, incluant des clientes, des maris et des agents dans les formations sanitaires. La grande majorité des hommes est peu engagée en faveur de la PF et ne démontre pas un soutien manifeste à leurs femmes. Cette situation est exacerbée par le faible pouvoir décisionnel de la femme.

Enfin, la gêne des femmes à discuter de la PF avec les agents de santé masculins de leurs besoins en PF est aussi un facteur limitant au regard de la faible représentativité du personnel féminin dans les formations sanitaires notamment dans les plus petits centres ou dans les centres ruraux.

Le financement consacré à la PF reste insuffisant malgré l'existence de plusieurs documents de politiques qui encouragent la maîtrise de la fécondité. La loi sur la santé de la reproduction a le mérite d'exister mais elle commence à

présenter des insuffisances face aux développements récents dans le domaine de la santé de la reproduction, et a besoin d'être révisée mais dans le contexte du Bénin l'urgent serait d'avoir des textes d'application de cette loi dans la forme actuelle.

Trois défis majeurs se dégagent au sujet de l'environnement habilitant :

- Défi E1: Faible engagement des décideurs influents
- Défi E2: Insuffisance de la législation et de la réglementation en SR/PF
- Défi E3: Instabilité du financement de la PF, incluant la faible contribution financière de l'État;

3.4- Défis en matière de Suivi et Coordination des interventions

Il existe des problèmes de suivi et de coordination à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. En effet, l'autorité de coordination est implicite dans le Plan de Suivi et évaluation du PNDS où il est créé des comités chargés d'assurer le suivi de la mise en œuvre du plan (Comité d'Exécution et d'Évaluation des Projets et Programmes (CNEEP au niveau central et CDEEP au niveau Département). Mais les ressources et les mécanismes pour les mettre en œuvre ne sont pas toujours disponibles, et la FP n'est qu'un objectif parmi une multitude dont les CNEEP/ CDEEP sont responsables.

La faible coordination des activités PF a pour conséquence :

- Un suivi très diffus des activités du programme de PF à travers divers bureaux et ministères qui se rencontrent rarement;
- Une insuffisance de coordination entre le niveau gouvernemental, la société civile et le secteur privé (national, Départemental et local);
- Un manque d'attention accrue en faveur de la PF;
- Absence d'un cadre de référence national en matière de PF

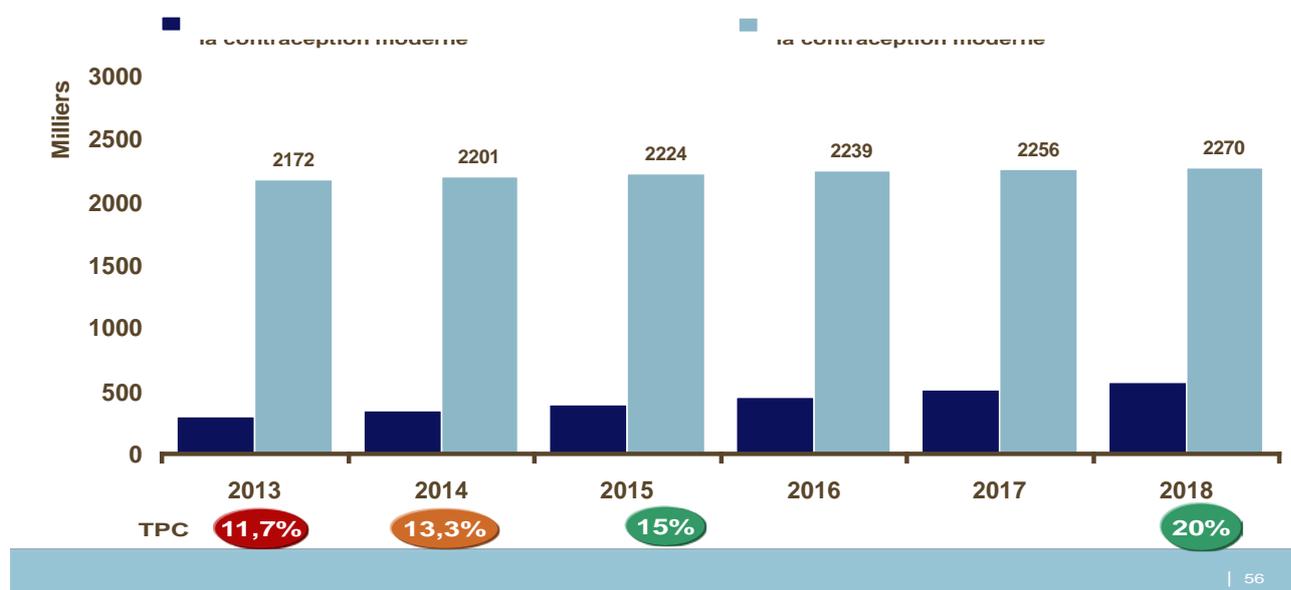
Il découle de ce diagnostic trois défis au sujet du suivi et de la coordination :

- **Défi C1** : Insuffisance du suivi permanent des interventions;
- **Défi C2** : Multiplicité des mécanismes de suivi
- **Défi C3** : Insuffisance de moyens pour le suivi

4. OBJECTIFS DE PREVALENCE CONTRACEPTIVE ET D'UTILISATRICES DE LA PF

4.1- Objectifs de prévalence contraceptive pour la période 2014-2018

L'objectif des autorités béninoises est de réussir à amorcer une tendance à la baisse du nombre de femmes de 15-49 ans sans contraception d'ici 2018. Cet objectif ne sera atteint que si le nombre de femmes de 15-49 ans utilisant la contraception moderne augmentait régulièrement pour passer de 290 000 en 2013 à 568 000 en 2018 (voir graphique 3), correspondant à un taux de prévalence contraceptive passerait de 8,7% en 2013 à 20% en 2018 pour les méthodes modernes chez les femmes de 15-49 ans.

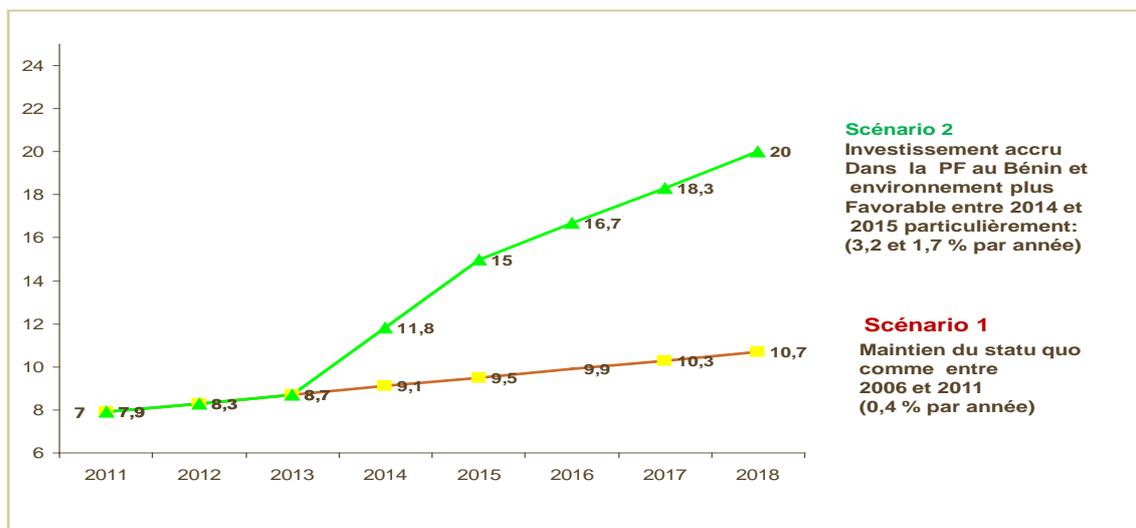


Graphique 3 : Répartition du nombre de nouvelles utilisatrices de la contraception moderne à toucher entre 2014 et 2018

Remarquons que le taux de prévalence contraceptive de 11,7% à l'EDS 2013 se rapporte à l'ensemble des femmes en âge de procréer, contre 8,7% au niveau des femmes en union. Ceci montre que la contraception se pratique davantage hors union au Bénin. L'option a alors été faite de cibler l'ensemble des femmes en âge de procréer au sujet des estimations d'acceptantes de PF, plutôt que les femmes en union. Mais les taux de prévalence contraceptive n'ont pas encore été publiés par département pour l'ensemble des femmes en âge de procréer. En revanche ces taux sont disponibles par département pour les femmes en union. Il a été émis l'hypothèse que la structure de la prévalence contraceptive

par département pour l'ensemble des femmes en âge de procréer est identique à celle des femmes en union, d'où les taux de prévalence contraceptive estimés par département pour l'ensemble des femmes en âge de procréer sur une base théorique. Ce qui suppose un gain annuel de 0,4% entre 2011 et 2013 (tendance moyenne similaire à celle de 2006 à 2011), puis un gain annuel moyen de 3,2% pour la période 2014-2015 et de 1,7% pour les trois dernières années du plan (2015-2018) sous une hypothèse d'optimisme induit par la dynamique de repositionnement de la PF.

Progression probable du TPC du Bénin d'ici à 2018 selon deux scénarii



Graphique 4 : Présentation des différents scénarii de progression de la TPC entre 2014 et 2018

Cette évolution moyenne d'ensemble ne devrait pas être uniforme d'un département à l'autre car il existe des disparités départementales non négligeables au niveau des déterminants de la contraception et de la fécondité. Ainsi les six départements du Bénin auraient des potentiels différents au sujet de leurs capacités respectives à augmenter leurs taux de prévalence contraceptive sur la période 2014-2018. Ce qui a conduit à distinguer des départements à fort, moyen et faible potentiel d'augmentation du taux de prévalence contraceptive comme le montre le tableau 1 ci-dessous:

Tableau 1 : Répartition des départements selon leur potentialité en matière d'augmentation du taux annuelle de la prévalence et les objectifs de taux de prévalence contraceptive par département en 2014 et 2018.

Potentialité	Départements	Augmentation TPC par An (FAP en union)		2014	2015	2016	2017	2018
		2013-2015	2015-2018					
Département à Fort Potentiel (6)	Atacora	3,7	1,6	11,5	15,2	16,8	18,4	20,0
	Borgou	4,2	2,5	17,2	21,4	23,9	26,4	29,0
	Colline	3,8	2,3	15,2	19,0	21,3	23,6	26,0
	Couffo	3,3	2,1	16,2	19,5	21,6	23,7	25,8
	Ouémé	3,4	1,4	9,6	13,0	14,4	15,8	17,2
	Zou	3,5	1,9	11,7	15,2	17,1	19,0	20,7
Département à moyen Potentiel (3)	Atlantique	2,8	1,2	8,8	10,8	12,1	13,3	14,5
	Donga	2,8	1,5	8,2	11,0	12,5	14,0	15,5
	Littoral/Cotonou	2,7	2,1	15,8	18,5	20,6	22,7	24,9
Département à faible Potentiel (3)	Alibori	1,8	1,2	9,3	11,1	12,3	13,5	14,7
	Mono	1,7	1,7	4,7	6,4	8,1	9,8	11,5
	Plateau	1,7	1,7	11,5	13,2	14,9	16,6	18,3
	Ens. Bénin	3,2	1,7	11,9	15,0	16,7	18,3	20,0

4.2- Nombres prévisionnels de femmes sous méthodes modernes de contraception aux niveaux national et départemental

Au niveau national, les nombres prévisionnels de femmes de 15-49 ans qu'il faudra avoir sous méthodes modernes de contraception passeraient d'environ 340 000 en 2014 à 570 000 en 2018 sous l'hypothèse où les taux de prévalence contraceptive évoluent comme présentés plus haut.

Ces nombres prévisionnels de femmes utilisatrices de méthodes modernes de PF ont été également calculés pour chacun des douze départements du Bénin pour la période de 2014 à 2018 et présentés dans le tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2 : Estimation des effectifs de femmes de 15-49 ans utilisatrices de PF à cibler par département de 2014 à 2018 (en milliers)

Départements	Année				
	2014	2015	2016	2017	2018
Alibori	26	30	34	39	44
Atacora	27	32	36	41	46
Atlantique	40	46	53	60	67
Borgou	36	42	48	54	61
Colline	28	31	36	41	46
Couffo	26	30	35	39	44
Donga	18	20	24	27	30
Littoral/Cotonou	33	38	44	50	56
Mono	18	21	24	27	30
Ouémé	38	42	49	56	62
Plateau	20	23	27	30	34
Zou	30	35	40	45	50
Ensemble Bénin	340	390	450	509	570

Contrairement au tableau 2 qui se réfère à l'ensemble des femmes en âge de procréer utilisatrices de PF, le tableau 3 est relatif aux effectifs nets de femmes de 15-49 ans, nouvelles acceptantes de PF, afin de mieux situer les efforts additionnels attendus, aussi bien au niveau national qu'au niveau de chacun des départements du Bénin.

Tableau 3 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans nouvelles acceptantes de PF à cibler par département de 2014 à 2018 (en milliers)

Départements	Années				
	2014	2015	2016	2017	2018
Alibori	14	15	17	19	20
Atacora	14	16	18	20	22
Atlantique	21	23	25	27	29
Borgou	19	22	25	27	30
Colline	15	17	19	21	23
Couffo	14	16	18	20	22
Donga	10	12	13	14	16
Littoral/Cotonou	17	20	22	25	28
Mono	9	11	12	14	15
Ouémé	20	23	25	28	31
Plateau	11	12	14	15	17
Zou	16	18	20	22	25
Ensemble Bénin	180	205	228	252	278

En étroite collaboration avec les équipes départementales de santé, des discussions ont également eu lieu concernant les répartitions des effectifs prévisionnels nets d'utilisatrices de PF par département et par stratégie

d'intervention (formations sanitaires publiques fixes, formations sanitaires privées fixes, stratégies avancées et mobiles, stratégies de distribution à base communautaire). Il en ressort les estimations consignées dans le tableau 4.

Tableau 4 : Préviation des proportions des utilisatrices de méthodes contraceptives selon la source d'approvisionnement(en %)

Départements	FS publiques fixes	FS privées fixes	Stratégies avancée et mobile	DBC	Total
Alibori	15	05	60	20	100
Atacora	50	25	10	15	100
Atlantique	20	60	10	10	100
Borgou	15	15	50	20	100
Collines	45	15	25	15	100
Couffo	50	05	30	15	100
Donga	62	03	20	15	100
Littoral	30	50	10	10	100
Mono	40	10	35	15	100
Ouémé	45	23	20	12	100
Plateau	60	20	20	10	100
Zou	55	20	15	10	100
BENIN	40	20	25	15	100

4.3- Nombres prévisionnels de femmes en âge de procréer sous méthodes modernes de contraception au niveau des départements

En étroite collaboration avec les équipes départementales de santé, les effectifs nets de femmes de 15-49 ans, nouvelles utilisatrices de PF, à cibler par département ont été éclatés par commune (s) composant chaque zones sanitaire en se servant de deux critères clés : le poids démographique de chaque zone couplé avec son potentiel de mobilisation des utilisatrices de PF. Les résultats issus de cet exercice figurent dans les tableaux 5 à 16, à raison d'un tableau par zone sanitaire. Chaque zone sanitaire étant composée d'une ou plusieurs commune(s).

Tableau 5 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans nouvelles utilisatrices de PF à cibler par zone sanitaire dans le département de l'Alibori 2014 à 2018

Zones Sanitaires.	Années				
	2014	2015	2016	2017	2018
Banikoara	3 912	4 192	4 754	5009	5 589
Kandi-Gogounou-Ségbana	6 012	6 442	7 300	8 159	8 588
Malanville-Karimama	4 076	4 366	4 949	5 532	5 823
TOTAL	14 000	15 000	17 000	19 000	20 000

Tableau 6 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans nouvelles utilisatrices de PF à cibler par zones sanitaires dans le département de Borgou de 2014 à 2018

Zones Sanitaires.	Années				
	2014	2015	2016	2017	2018
Bembérékè-Sinendé	4 001	4 633	5 265	5 686	6 319
Nikki+Kalalé-Pèrèrè	6 472	7 494	8 516	9 197	10 219
Parakou-N'Dali	5 712	6 613	7 515	8 117	9 018
Tchaourou	2 815	3 260	2 704	4 000	4 444
TOTAL	19 000	22 000	25 000	27 000	30 000

Tableau 7 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans nouvelles utilisatrices de PF à cibler par zones sanitaires dans le département d'Atacora de 2014 à 2018

Zones Sanitaires	Années				
	2014	2015	2016	2017	2018
Tanguiéta-Cobly-Matéri	4 620	5 280	5 940	6 600	7 260
Natitongou-Boukoumbé-Toucountouna	4 200	4 800	5 400	6 000	6 600
Kouandé-Ouassa/Péhunco-Kérou	5 180	5 920	6 660	7 400	8 140
TOTAL	14 000	16 000	18 000	20 000	22 000

Tableau 8 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans nouvelles utilisatrices de PF à cibler par zones sanitaire dans le département de Donga de 2014 à 2018

Zones Sanitaires	Années				
	2014	2015	2016	2017	2018
Bassila	2 000	2 400	2 600	2 800	3 200
Djougou-Copargo-Ouaké	8 000	9 600	10 400	11 200	12 800
TOTAL	10 000	12 000	13 000	14 000	16 000

Tableau 9 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans nouvelles utilisatrices de PF à cibler par zones sanitaires dans le département de l'Atlantique de 2014 à 2018

Zones Sanitaires	Années				
	2014	2015	2016	2017	2018
Allada-Toffo-Zè	6 090	6 670	7 250	7 830	8 410
Abomey-Calavi/Sô-Ava	10 080	11 040	12 000	12 960	13 920
Ouidah-Kpomassé-Tori-Bossito	4 830	5 290	5 750	6 210	6 670
TOTAL	21 000	23 000	25 000	27 000	29 000

Tableau 10 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans nouvelles utilisatrices de PF à cibler par zone sanitaire dans le département du littoral de 2014 à 2018

Zones Sanitaires	Années				
	2014	2015	2016	2017	2018
Cotounou 1 et 4	4 250	5 000	5 500	6 250	7 000
Cotounou 2 et 3	4 250	5 000	5 500	6 250	7 000
Cotounou 5	4 250	5 000	5 500	6 250	7 000
Cotounou 6	4 250	5 000	5 500	6 250	7 000
TOTAL	17 000	20 000	22 000	25 000	28 000

Tableau 11 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans nouvelles utilisatrices de PF à cibler par zone sanitaire dans le département du Mono de 2014 à 2018

Zones Sanitaires	Années				
	2014	2015	2016	2017	2018
Lokossa-Athiémè	2 880	3 520	3 840	4 480	4 800
Comé-Bopa-Houéyogbé-Grand-Popo	6 120	7 480	8 160	9 520	10 200
TOTAL	9 000	11 000	12 000	14 000	15 000

Tableau 12 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans nouvelles utilisatrices de PF à cibler par zone sanitaire dans le département de Couffo de 2014 à 2018

Zones Sanitaires	Années				
	2014	2015	2016	2017	2018
Aplahoué-Djakotomè-Dogbo	7 700	8 800	9 900	11 000	12 100
Klouékanmè-Lalo-Toviklin	6 300	7 200	8 100	9 000	9 900
TOTAL	14 000	16 000	18 000	20 000	22 000

Tableau 13 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans nouvelles utilisatrices de PF à cibler par zone sanitaire dans le département de l'Ouémé de 2014 à 2018

Zones Sanitaires	Années				
	2014	2015	2016	2017	2018
Adjohoun-Bonou-Dangbo	4 000	4 600	5 000	5 600	6 200
Avrankou-Adjara/Akpro-Misséréte	5 800	6 670	7 250	8 120	8 990
Porto-Novo-Aguégoué/Sèmè-Podji	10 200	11 730	12 750	14 280	15 810
TOTAL	20 000	23 000	25 000	28 000	31 000

Tableau 14 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans nouvelles utilisatrices de PF à cibler par zone sanitaire dans le département du Plateau de 2014 à 2018

Zones Sanitaires	Années				
	2014	2015	2016	2017	2018
Pobè/Kétou/Adja-Ouèrè	7 150	7 800	9 100	9 750	11 050
Sakété/Ifangni	3 850	4 200	4 900	5 250	5 950
TOTAL	11 000	12 000	14 000	15 000	17 000

Tableau 15 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans nouvelles utilisatrices de PF à cibler par zone sanitaire dans le département de Zou de 2014 à 2018

Zones Sanitaires	Années				
	2014	2015	2016	2017	2018
Djidja/Abomey/Agbangnizoun	5 760	6 480	7 220	7 920	9 000
Bohicon/Za-Kpota/ Zogbodomey	7 360	8 280	9 200	10 120	11 500
Covè/Ouinhi/Zagnanado	2 880	3 240	3 600	3 960	4 500
TOTAL	16 000	18 000	20 000	22 000	25 000

Tableau 16 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans nouvelles utilisatrices de PF à cibler par zones sanitaires dans le département de Collines de 2014 à 2018

Zones Sanitaires	Années				
	2014	2015	2016	2017	2018
Dassa-Zoumè/Glazoué	5 250	5 950	6 650	7 350	7 350
Savalou-Bantè	5 250	5 950	6 650	7 350	7 350
Savè-Ouèssè	4 500	5 100	5 700	6 300	6 900
TOTAL	15 000	17 000	19 000	21 000	23 000

5. STRATEGIES ET ACTIVITES DU PLAN D’ACTION

Le diagnostic de la situation PF au Bénin nous oriente vers des activités qui paraissent les plus susceptibles de répondre aux défis, soit parce qu’elles sont basées sur des développements positifs sur le terrain, soit parce qu’elles sont essentielles à la réussite de tout programme de PF. Les directeurs départementaux ont puisé dans leurs expériences afin de déterminer les activités sensées avoir le plus d'impact dans leurs départements respectifs, ainsi que les actions qui sont essentielles pour réaliser de nouveaux progrès. Les stratégies et activités retenues ont été regroupées en quatre rubriques :

- Stratégies et activités pour améliorer la demande des services de PF ;
- Stratégies et activités pour améliorer l’offre des services de PF en quantité et en qualité
- Stratégies et activités pour rendre l’environnement plus habilitant à la PF,
- Stratégies et activités pour améliorer le suivi et la coordination des services de PF.

5.1- Stratégies et activités pour améliorer la demande des services de PF

Stratégie D1 : Campagne d'informations et de sensibilisation sur la PF auprès de la population générale et des femmes en milieu rural et périurbain en particulier

Bien que le niveau de connaissance de la PF soit élevé au Bénin, on relève le manque de connaissances et des idées erronées vis-à-vis de la PF parmi les raisons de non utilisation de la contraception. Le thème commun que l'on retrouve lors de l'évaluation des activités pour susciter la demande est la nécessité d'un renforcement de l'information grâce à une exposition prolongée et répétée aux messages de sensibilisation. L'approche variée et incitative

prévue dans ce plan est nécessaire pour réussir à repositionner la planification familiale.

Il faudra assurer une sensibilisation et une meilleure information de l'ensemble de la population générale et des femmes en particulier surtout dans les milieux urbain et périurbain. Cet objectif sera réalisé à travers la formation et l'implication des leaders religieux dans la sensibilisation sur la PF, la contractualisation avec des medias publics et privés afin de diffuser des messages en faveur de la PF, la collaboration avec les organisations de la société civile (OSC) intervenant dans la lutte contre le VIH, le paludisme, la malnutrition et les violences basées sur le genre afin d'intégrer des messages sur la PF dans leurs activités de sensibilisation, l'implication des mutuelles de santé dans la sensibilisation pour la PF, l'intégration des messages de PF dans les activités de sensibilisation des coopératives et des groupements de femmes, ainsi que les corps de métiers (salons de coiffure et autres) en collaboration, respectivement avec les ministères chargés de l'artisanat et des affaires sociales.

Activité : D1.1 : Formation et implication des leaders religieux, d'opinions et élus locaux dans la sensibilisation sur la PF.

Former les leaders (religieux, d'opinion, élus locaux, etc.) en PF, d'une part, en vue de les impliquer dans des campagnes de prêches en faveur de la PF, et d'autre part d'organiser un processus de plusieurs séances de formation et d'identification d'autres leaders religieux dans les zones sanitaires en organisant des sessions d'une journée. Un total de 90 formateurs seront formés à raison de 68 pour les zones sanitaires, de 6 pour les départements, 6 pour les OSC et 10 au niveau central répartis en 3 ateliers interdépartementaux puis 680 religieux formés en 30 sessions au niveau des zones sanitaires à raison de 20 participants par zone. Ces activités seront mises en œuvre par le niveau départemental. La programmation détaillée des sous-activités retenues se présente comme suit :

En 2014

- Elaboration de l'outil de plaidoyer SR /PF en direction des religieux, leaders d'opinion et autres élus locaux
- Multiplication de l'outil,
- Organisation de 3 ateliers interdépartementaux de 2 jours de formation de 30 formateurs à Ouidah (pour les départements du Atlantique/littoral et Couffo/Mono), à Abomey (pour les départements Zou/Collines et Plateau/Ouémé), à Parakou (pour les départements de l'Alibori/Borgou, Atacora/Donga)

- Organisation de 34 sessions de formation d'une journée (à raison d'une session par zone sanitaire) de 20 leaders (religieux, d'opinion, élus locaux) en moyenne par session,
- Organisation des prêches dans les Mosquées et Eglises et la sensibilisation dans les communautés;
- Suivi des activités des prêches et de sensibilisation organisées par les leaders formés
- Reproduction des outils de collecte des données pour les animateurs

En 2015:

- Suivi des activités de prêches et de sensibilisation organisées par les leaders formés
- Organisation des prêches dans les Mosquées et Eglises et la sensibilisation dans les communautés
- Organisation de réunion trimestrielle pour le partage d'expériences entre les animateurs par zone sanitaire

En 2016-2018:

- Organisation de 3 ateliers de recyclage (remise à niveau) des formateurs
- Organisation de 38 sessions de recyclage (remise à niveau) des leaders dans les zones sanitaires
- Organisation des prêches dans les mosquées et églises et la sensibilisation dans les communautés
- Suivi des activités de prêches et de sensibilisation organisées par les leaders formés.
- Organisation de réunion trimestrielle pour le partage d'expériences entre les animateurs par zone sanitaire
- Sélection des leaders champions (5 leaders par zone sanitaire).

Activité : D1.2 : Contractualisation avec des medias publics et privés afin de diffuser des messages en faveur de la PF.

L'activité sera mise en œuvre en organisant des émissions radiotélévisées sur la thématique PF en vue de sensibiliser la population aux avantages de la PF, les différentes méthodes offertes et les lieux où les prestations sont offertes en vue de susciter la demande en PF. Il est question de contractualiser avec 4 medias publics (2 radios et 2 télévisions), 5 radios privées dans la capitale économique et 34 radios de proximité afin de diffuser des messages en faveur de la PF. L'activité sera continue sur les 5 années du plan. Un atelier sera organisé en

2016 pour actualiser les messages. Les sous-activités retenues sont détaillées comme suit:

En 2014

- Organisation d'un atelier de 3 jours réunissant 30 participants pour élaborer des messages
- Elaboration des Prêts à Diffuser (PAD) y compris les films (court métrage)
- Contractualisation avec les médias publics (radios et télévisions publiques)
- Contractualisation avec 34 radios de proximité, soit une radio par zone sanitaire
- Suivi des activités de sensibilisation sur les médias

En 2015 :

- Suivi des activités de sensibilisation sur les médias

En 2016 :

- Organisation d'un atelier d'une journée réunissant 30 participants pour actualiser les messages
- Suivi des activités de sensibilisation sur les médias

En 2017 et 2018 :

- Suivi des activités de sensibilisation sur les médias.

Activité : D1.3: Intégration des messages de PF dans les activités de sensibilisation des coopératives et des groupements de femmes ainsi que les corps de métiers (salons de coiffure et autres) respectivement en collaboration avec les ministères en charge de l'artisanat et de la promotion de la famille.

Cette activité consiste à intégrer des messages PF dans les activités de sensibilisation des coopératives et des groupements de femmes en organisant 3 ateliers interdépartementaux de renforcement des capacités de 150 responsables de coopératives et de groupements. Des supports de communication seront développés à cet effet. Le suivi sera fait en collaboration avec les différents ministères et à divers niveaux (central, départemental et zone sanitaire). Cette activité sera continue jusqu' à 2018. La programmation détaillée des sous-activités retenues se présente comme suit:

En 2014

- Organisation d'une réunion d'orientation des responsables des ministères en charge de l'artisanat, de la promotion de la famille, de l'administration et la décentralisation.
- Développement des supports de communication (3 000 Dépliants et 1 000 posters)
- Contractualisation avec les OSC pour la mise en œuvre et le suivi
- Organisation de 3 ateliers interdépartementaux de 2 jours pour le renforcement des capacités de 150 responsables des coopératives et groupements des femmes sur la planification familiale (en moyenne 50 participants par atelier),
- Suivi trimestriel des activités de sensibilisation dans les groupements et coopératives au niveau des zones sanitaires

En 2015-2018

- Organisation des ateliers de renforcement des capacités des responsables des coopératives et groupements des femmes sur la planification familiale en 2016,
- Suivi trimestriel des activités de sensibilisation dans les groupements et coopératives par les responsables des zones sanitaires.

Activité: D1.4: Collaboration avec les OSC intervenant dans la lutte contre le VIH, le paludisme, la malnutrition, les violences basées sur le genre et l'association des tradipraticiens afin d'intégrer des messages sur la PF dans leurs activités de sensibilisation.

Il s'agit d'intégrer des messages PF dans les programmes de communication sur le paludisme, le VIH, la tuberculose, la malnutrition et les violences basées sur le genre en contractualisant avec les OSC déjà impliquées dans ces différents programmes. La programmation détaillée des sous-activités retenues se présente comme suit :

En 2014:

- Plaidoyer en direction des responsables du CNLS, PNLS, PCIME, PNT, PNL, Institut de la femme, l'association des tradipraticiens, etc....
- Elaboration des supports de communication sur la PF (15 000 dépliants et 5 000 posters)
- Organisation de 3 ateliers interdépartementaux de 2 jours pour le renforcement des capacités de 50 participants par atelier sur la PF comme formateurs au sein des OSC.

- Contractualisation avec les OSC intervenant dans la lutte contre le VIH, le paludisme, la tuberculose, la malnutrition, les violences faites aux femmes et l'association des tradipraticiens au niveau des départements
- Suivi des activités de sensibilisation à travers les OSC retenues.

De 2015-2018:

- Suivi des activités de sensibilisation à travers les OSC intervenant dans la lutte contre le VIH, le paludisme, la tuberculose, la malnutrition et violences faites aux femmes.

Activité : D1.5: Implication des agents des mutuelles de santé dans la sensibilisation pour la PF.

Les mutuelles de santé ont recruté des agents qui sensibilisent les populations sur les avantages de la souscription à une mutuelle. Pour renforcer la sensibilisation sur la PF, ces agents des mutuelles seront formés sur les questions de SR/PF afin de sensibiliser les communautés sur les avantages de la PF. La programmation détaillée des sous-activités retenues se présente comme suit :

En 2014:

- Plaidoyer en direction des responsables des mutuelles de santé ;
- Elaboration des supports de communication sur la PF (5 000 dépliants et 1 500 posters) ;
- Organisation de 6 ateliers de 3 jours pour le renforcement des capacités de 200 agents des mutuelles de santé sur les avantages de la PF au niveau des zones sanitaires (1 atelier par département disposant de mutuelles de santé à raison de 25 participants en moyenne par atelier) ;
- Organisation des activités de sensibilisation auprès des communautés ;
- Suivi des activités de sensibilisation des agents des mutuelles.

De 2015- 2018:

- Suivi des activités de sensibilisation des agents des mutuelles

2016:

- Recyclage des agents des mutuelles de santé

Stratégie D2 : Promotion de l'engagement constructif des hommes en SR/PF.

Les hommes sont des décideurs clés mais des études et des entretiens révèlent qu'ils ont peu d'intérêt pour la PF ou qu'ils s'y opposent. Cependant, certains pays ayant presque les mêmes croyances ont organisé avec succès les hommes à devenir des champions de la PF à travers l'expérience de l'école des maris.

Activité D2.1 Elaboration de la stratégie d'Engagement constructif des hommes (ECH) au Bénin

L'engagement constructif des hommes (ECH) est le concept le plus récent et certainement le plus prometteur en vue d'une participation effective des hommes (tout individu de sexe masculin) dans le domaine de la santé de la reproduction à travers le changement de leur perception sur les questions de SR, leur engagement sur la SR dans le couple, leur utilisation effective des services de SR et leur implication dans la promotion de la SR.

Très souvent, les stratégies de promotion de la PF n'ont pas suffisamment pris en compte les hommes. Leur rôle de premier plan en tant que décideurs devrait être mis à profit pour en faire des partenaires véritables pour la promotion de la PF. L'ECH sera bâti sur 3 axes essentiels: l'homme en tant que partenaire et soutien à la femme, l'homme en tant qu'agent de changement et enfin l'homme en tant que client des services PF. La stratégie ECH vise en définitive à promouvoir le dialogue au sein du couple sur les questions de SSR/PF

2014:

- Identification de 2 consultants internationaux pour 20 jours pour élaborer la stratégie d'ECH au Bénin
- Organisation d'une réunion au niveau national pour valider la stratégie élaboré par les consultants
- Organisation de 6 ateliers au niveau des départements pour disséminer la stratégie d'ECH
- Suivi de la mise en œuvre des activités d'ECH à travers le pays pendant les supervisions
- Documentation périodique des activités ECH à travers le pays

Activité D2.2 : Promotion de l'expérience de l'école des maris (hommes champions en SR/PF) dans 3 zones sanitaires par an

L'expérience de l'école des maris est une stratégie novatrice pour impliquer les hommes dans la promotion de la SR et favoriser un changement de comportement au niveau communautaire. Cette initiative est financée par UNFPA et mise en œuvre au Niger. Le but est de faire un voyage d'étude, d'expérimenter dans deux zones sanitaires et faire ensuite l'extension

progressive dans 3 zones annuellement de 2015 à 2018 à raison de 2 localités par zone en contractualisant avec des OSC. La programmation détaillée des activités retenues se présente comme suit :

Le concept de «l'Ecole des Maris » est une initiative qui a pour objectif d'impliquer les hommes dans la promotion de la santé reproductive et de favoriser un changement de comportement chez les hommes au niveau communautaire. «L'Ecole des Maris » (EdM) consiste à identifier des maris «modèles» sur la base de critères bien définis afin de leur donner des notions sur la SR. L'école est fondée sur un esprit d'adhésion volontaire et d'implication communautaire pour faire des hommes des acteurs responsables de leur développement.

2014:

- Voyage d'étude au Niger sur l'expérience de l'école des maris (environ 15 personnes)
- Expérience pilote de l'école des maris dans deux zones sanitaires à raison de deux localités par zone sanitaire
- Evaluation de l'expérience pilote

De 2015- 2018

- Intégration du processus de promotion de l'expérience de l'école des maris dans 3 zones sanitaires par an à raison de 2 localités par zone sanitaire
- Identification des OSC chargées de la mise en œuvre par an
- Contractualisation avec les OSC identifiées chaque année
- Suivi des activités des OSC chaque année.

Stratégie D3: Initiation des stratégies novatrices de communication en direction des jeunes scolarisés et non scolarisés.

Prenant en compte les résultats du diagnostic, il s'agit de mieux intégrer les spécificités des adolescents (es) et des jeunes à travers des stratégies de communication et des messages mieux adaptés à leurs besoins en matière de SSR/PF, notamment le recours aux TIC, la collaboration, d'une part avec les ministères de l'éducation et celui en charge de la jeunesse, et d'autre part avec les associations culturelles et sportives de jeunes du secteur informel et du milieu rural sur les questions de SSR.

Activité D3.1 : Utilisation des TIC pour sensibiliser les jeunes.

Les TIC étant de plus en plus utilisées par les jeunes et adolescents, il est question de contractualiser avec 5 opérateurs de téléphonie mobile en vue de faire passer des messages spécifiques de SSR/PF qui seront élaborés pour la

circonstance. Cette activité devrait être réalisée de 2014 à 2018. La programmation détaillée des sous-activités retenues se présente comme suit :

En 2014:

- Plaidoyer en direction des 5 opérateurs de téléphonie mobile dans le pays
- Organisation de séance de formation des jeunes sur les TIC
- Organisation d'un atelier de 3 jours regroupant 30 personnes pour l'élaboration des messages sur la PF
- Contractualisation avec les 5 réseaux de téléphonie mobile
- Envoi périodique des messages sur la SSR/PF aux adolescents et jeunes à travers les TIC
- Suivi des activités de sensibilisation des jeunes à travers les TIC
- Création d'un réseau social et/ou un site web consacré à la sensibilisation des jeunes sur la SSR/PF ;

De 2015 – 2018:

- Suivi des activités de sensibilisation des jeunes et adolescents à travers les TIC et les réseaux sociaux.

Activité D3.2 : Sensibilisation sur la SSR en milieu scolaire en synergie avec les ministères en charge de l'éducation

Il s'agit d'introduire l'enseignement de la SSR dans les écoles à travers l'élaboration d'un module SSR et la formation des enseignants. Ensuite les enseignants travailleront avec les élèves sur des questions de SSR en utilisant le module. Des dépliants comportant les messages essentiels seront élaborés pour les élèves. Cette activité sera réalisée de façon continue entre 2014 et 2018. La programmation détaillée des sous-activités retenues se présente comme suit :

En 2014:

- Plaidoyer en direction des ministères en charge de l'Education au Bénin
- Recrutement de deux consultants pour 1 mois afin d'élaborer ou réviser les modules SSR adaptés à chaque niveau de l'enseignement avec la pleine implication des jeunes
- Organisation d'un atelier de validation du module SSR et du plan de mise en œuvre regroupant à titre indicatif 30 personnes pendant 2 jours

- Reprographie de 500 exemplaires du module de formation en SSR pour les enseignants et 50 000 dépliants pour les élèves.
- Organisation de 6 ateliers de 3 jours pour le renforcement des capacités de 300 enseignants (1 atelier par département en raison de 50 participants /atelier)
- Suivi des activités des enseignants formés dans les établissements ciblés

De 2015-2018:

- Organisation de 6 ateliers de 3 jours pour le renforcement des capacités de 300 enseignants (1 atelier par département) par an
- Suivi des activités des enseignants formés dans les établissements ciblés

Activité D3.3: Sensibilisation des jeunes sur la SSR en synergie avec le ministère de la jeunesse dans les centres d'écoute et de conseils jeunes

Il s'agit de cibler des jeunes des milieux scolaires et extrascolaires à travers des activités de sensibilisation dans leurs centres de jeunes et de Loisir (CJL), CLAC et les CPS. Des supports de communication axés sur les jeunes seront élaborés. On procédera également à un renforcement en équipement des CJL et en compétences techniques de leurs agents. Cette activité sera réalisée de façon continue de 2014-2018. La programmation détaillée des sous-activités retenues se présente comme suit:

En 2014:

- Plaidoyer en direction des responsables du ministère en charge de la jeunesse et autres institutions
- Elaboration des dépliants et posters pour les centres d'écoutes et de conseils jeunes
- Organisation de 3 ateliers interdépartementaux de 2 jours pour le renforcement des capacités de 150 responsables du ministère en charge de la jeunesse et des agents des CJL ,CPS et les CLAC à raison de 50 par atelier
- Appui en matériel audio-visuel (CD, DVD sur SSR, Poste téléviseur +Magnétoscope, Playstation projecteur LCD, Groupes électrogènes) pour 5 centres
- Abonnement mensuel pour les CJL, CPS et CLAC
- Suivi des activités dans les CJL, CPS et CLAC

De 2015-2018

- Appui en matériel audio-visuel (CD, DVD sur SSR, Poste téléviseur +Magnétoscope, Playstation, projecteur LCD, Groupes électrogènes) pour 5 centres par an
- Abonnement mensuel pour 5 centres par an
- Suivi des activités dans les CJL, CPS et CLAC

Activité D3.4: Développement d'une synergie avec les associations culturelles et sportives de jeunes du secteur informel et du milieu rural sur les questions de SSR.

Les associations culturelles et sportives influencent un grand nombre de jeunes non scolarisés et elles pourraient servir à faire passer des messages spécifiques de SSR/PF en faveur de ces jeunes. Il sera organisé 6 ateliers départementaux pour former 150 responsables d'associations et des supports de communication seront élaborés. Cette activité devrait être réalisée de 2014 à 2018. La programmation détaillée des sous-activités retenues se présente comme suit :

En 2014

- Identification des associations culturelles et sportives du secteur informel et du milieu rural
- Plaidoyer auprès des ministères en charge de la culture, de la jeunesse et des sports
- Elaboration des supports de communication adaptés
- Organisation de 6 ateliers départementaux de 2 jours pour former 150 jeunes avec en moyenne 25 participants par atelier
- Appui à l'organisation de 2 activités de sensibilisation en milieu jeune avec les associations culturelles ou sportives (1 activité par semestre) dans chaque zone sanitaire
- Suivi des activités de sensibilisation en milieu jeune (extrascolaire)

De 2015-2018

- Appui à l'organisation de 2 activités de sensibilisation en milieu jeune avec les associations culturelles ou sportives par an (1 activité par semestre) dans chaque zone sanitaire
- Suivi des activités de sensibilisation en milieu jeune

Activité D3.5: Renforcement de la sensibilisation des jeunes à travers le réseau d'éducation par les pairs

Les jeunes sont plus enthousiastes quand ils reçoivent des notions sur la santé de la part d'autres jeunes. Ainsi des jeunes seront formés pour apporter des informations de qualité à leurs camarades dans les écoles, les centres de jeunes et de loisir (CJL), les centres de promotion sociale et les autres lieux où seront organisées des activités culturelles et sportives. Il sera nécessaire de définir une stratégie efficace d'éducation par les pairs, renforcer les capacités des jeunes et assurer le suivi. La mise en œuvre de cette activité inclut les sous activités ci-après:

En 2014

- Elaboration d'un document national de stratégie de l'éducation par les pairs qui prendra en compte l'éducation sexuelle complète
- Harmonisation des documents de formation des pairs éducateurs pour l'ensemble des acteurs dans le pays
- Harmonisation des outils de communication pour les pairs éducateurs
- Reproduction des outils de communication pour les pairs éducateurs
- Développement des capacités 60 formateurs des pairs éducateurs dans le pays (10 par département y compris 2 formateurs des OSC)

De 2015-2018

- Renforcement des capacités de 600 pairs éducateurs par année à raison de 100 par département chez les jeunes en milieu scolaire
- Renforcement des capacités de 120 pairs éducateurs en milieu extrascolaire à raison de 20 par département et par an (à travers les clubs culturels/sportifs, les lieux d'apprentissage et centres d'alphabétisation)
- Suivi des activités de sensibilisation en milieu jeune à travers les pairs éducateurs

Activité D3.6: Organisation des caravanes de sensibilisation des adolescents (es) et jeunes sur la SRAJ à travers le pays sous le haut patronage d'une Autorité du Bénin (Première Dame, Ministre de la santé, etc.)

Tous les adolescents et les jeunes connaissent leurs droits en matière de sexualité et de reproduction; ils peuvent faire des choix et prendre des décisions informées en ce qui concerne leur santé sexuelle et reproductive. Mais les problèmes de grossesses non désirées minent encore le secteur de l'éducation au Bénin. Une grande campagne de sensibilisation impliquant une grande autorité comme la Première Dame du pays est susceptible de les aider à appréhender l'importance de la SSR/PF et les encourager à adopter des

attitudes favorables dans le domaine. Cette activité est à réaliser chaque année de 2014 à 2018. La programmation détaillée des sous-activités retenues se présente comme suit:

5.2- Stratégies et activités pour renforcer l'offre des services de PF

Stratégie O1 : Création de points d'accès à la PF dans les aires sanitaires en intégrant la PF dans les services SR (Soins post-partum, SAA, PEV, nutrition, etc.) et amélioration de l'accès pour les communautés situées en dehors du rayon moyen d'action sanitaire (au-delà de 5 km),

Il s'agit de permettre aux femmes en âge de procréer bénéficiant de services SR (SPP, SAA, PEV, etc.) d'avoir des informations et d'accéder immédiatement aux services de PF si elles le désirent. A cette fin, la PF sera intégrée d'une part dans tous les services SR des formations sanitaires qui offrent déjà la PF ou offriront la PF à travers la mise en œuvre de ce plan et en utilisant les relais au niveau communautaire d'autre part. Il sera aussi question d'augmenter le nombre des stratégies mobiles et avancées et d'organiser des journées PF couplées au dépistage des cancers du sein et /ou du col de l'utérus.

Activité O1.1 : Intégration de la PF dans les services SR (Soins post-partum, SAA, PEV, nutrition, etc.) dans les formations sanitaires publiques et privées offrant déjà la PF

Afin d'éviter que les clients désirant la contraception manquent des occasions, il faut mettre les produits contraceptifs dans tous les services SR des formations sanitaires (CNHU, CHDU, CHD, HZ, CSC) comme les SAA, SPP, PEV, nutrition. Ainsi à chaque entretien avec les clientes de ces services, un counseling sera fait et les produits offerts immédiatement si elles le désirent. Ceci passera par la formation des agents, la réorganisation et l'équipement de ces services. La mise en œuvre de cette activité inclut les sous activités ci-après :

- Identification des agents à former dans les autres services SR (SAA, SPP, PEV, nutrition, etc..) des FS visées notamment et autres
- Organisation annuelle de 4 sessions de 11 jours pour la formation des agents des autres services SR en technologie contraceptive y compris l'insertion du DIU et implant à raison de 20 participants par session de 2014 à 2015 (80 personnes)
- Réorganisation des services des FS devant intégrer la PF dans les services SR de 40 FS

- Organisation des supervisions internes pour améliorer la qualité des prestations
- Réorganisation des services des FS devant intégrer la PF dans les services SR en moyenne 100 FS par an
- Organisation des supervisions internes pour améliorer la qualité des prestations selon les standards.

Activité O1.2 : Intégration de la PF dans tous les services SR (soins post-partum, SAA, PEV, nutrition, etc.) de 50% des formations sanitaires publiques et privées n'offrant pas encore la PF

Au Bénin, il y a au moins 883 FS publiques pouvant offrir la PF mais 716 FS l'offrent actuellement. Les activités de PF seront intégrées dans 50% de FS publiques (32) qui ne l'offrent pas. Dans le cas de la franchise sociale, ABPF et ABMS collaborent déjà avec 184 cliniques, le plan prévoit d'intégrer 20 FS privées. Ce qui correspond à une augmentation du nombre de points d'accès aux services et produits de PF de 52, soit 32 FS publiques et 20 FS privées. Cette intégration prendra en compte l'offre de DIU et des implants sous-cutanés. Cette activité devrait être réalisée de 2014 à 2016:

- Identification de 52 FS (32 publiques et 20 privées) à cibler, à raison de 18 FS par an entre 2014 et 2016.
- Evaluation des besoins pour l'intégration des services de PF dans le paquet de services SR des FS ciblées.
- Aménagement des centres pour assurer la qualité en fonction des standards.
- Organisation des sessions de formation à raison de 18 participants par session en 2 sessions par an au niveau des départements
- Supervision interne des prestataires formés par les responsables des formations sanitaires

Activité O1.3 : Initiation de l'approche SBC en milieu rural en intégrant l'initiation des pilules et des injectables

Les relais communautaires ne font que la sensibilisation et ils offrent des pilules de réapprovisionnement. Il est important que le Bénin révise la politique de santé communautaire en permettant aux relais d'offrir les pilules et l'injectable. Pour cela il sera nécessaire de faire un voyage d'étude dans l'un des pays où l'approche est déjà mise en œuvre, faire une phase pilote pour une année et passer ensuite à l'échelle. Dans chaque zone sanitaire, il faudra intégrer les RC des autres programmes. La programmation détaillée des sous-activités retenues se présente comme suit:

2014

- Organisation d'un voyage d'étude dans l'un des pays où l'approche SBC prenant en compte les pilules et les injectables est déjà mise en œuvre avec succès
- Mise en œuvre d'une phase pilote dans au moins deux (2) zones sanitaires,
- Mise en place d'un système de pharmacovigilance
- Evaluation de l'expérience pilote

2015-2018

- Identification de 3 zones sanitaires par an pour le passage à échelle de la SBC avec les injectables
- Organisation de 10 sessions de formation des RC à raison d'au moins 10 RC par session par zone sanitaire soit 300 par an
- Mise en place d'un système de pharmacovigilance
- Supervision des activités des RC par les infirmiers chefs de poste ou les sages-femmes
- Suivi des activités des RC par les OSC et Zones sanitaires

Activité 01.4 : Initiation de l'approche SBC en milieu périurbain en intégrant l'initiation des pilules et des injectables

En milieu périurbain, il y a des quartiers dans lesquels les populations n'ont toujours pas accès aux services de santé. Pour permettre à ces communautés d'avoir accès aux services de PF, des RC seront recrutés et formés pour sensibiliser et offrir les méthodes contraceptives. Cette activité sera mise en œuvre à Cotonou, Porto-Novo, Parakou et Abomey-Calavi à travers la formation et le suivi de 300 RC. Par ailleurs, la DSME introduira l'approche SBC avec l'offre des services PF dans les salons de coiffure et ateliers de couture dans les 4 villes dès 2016. La programmation détaillée des sous-activités retenues se présente comme suit:

En 2015

- Identification des OSC capables de mettre en œuvre les SBC en milieu périurbain dans les villes de Cotonou, Porto-Novo, Parakou et Abomey-Calavi.
- Identification de 100 RC pour Cotonou, 100 RC pour Porto-Novo, 50 RC pour Parakou, et 50 RC pour Abomey-Calavi
- Formation des 300 RC

- Elaboration des supports de communication (350 boites à Images, 3 000 dépliants et 2 500 posters)

De 2015 -2018

- Suivi des activités des RC dans les villes de Cotonou, Porto-Novo, Parakou et Abomey-Calavi par une équipe composée du département, de la zone sanitaire et de l'OSC.

En 2016

- Identification de 30 ateliers de couture à Cotonou, 15 à Porto-Novo, 15 à Parakou et 10 à Abomey-Calavi
- Identification de 30 salons de coiffure à Cotonou, 15 à Porto-Novo, 15 à Parakou et 10 à Abomey-Calavi
- Formation des responsables des ateliers /salons retenus à raison de 2 personnes par atelier/salon dans les 4 villes en 2016
- Mise à disposition des agents des supports de communication et des supports de collecte des données
- Mise en place d'un système de pharmacovigilance

De 2016- 2018

- Suivi des activités des RC et des agents exerçant dans les ateliers de couture et salons de coiffure

Activité O1.5 : Promotion des stratégies mobiles et avancées

Il s'agit d'intensifier les stratégies mobiles et avancées dans les différentes zones sanitaires du pays, en réalisant d'une part, une sortie trimestrielle en stratégie mobile par les équipes des zones sanitaires, soit 120 sorties en stratégie mobile par an par les 30 zones sanitaires, et d'autre part une sortie en stratégie avancée par mois par 300 centres de santé, soit 3600 sorties en stratégie avancée par an (10 centres de santé par zone sanitaire). Ces activités pourraient se réaliser de 2014 à 2018 et inclure les tâches ci-dessous:

- Mise à la disposition des zones sanitaires de moyens nécessaires pour l'organisation des stratégies mobiles
- Conduite d'une sortie trimestrielle par zone sanitaire pour la stratégie mobile (soit 30 sorties trimestrielles)
- Conduite d'une sortie en stratégie avancée mensuelle par au moins 10 FS par zone sanitaire offrant déjà la PF, soit 3600 sorties annuelles

- Contractualisation avec les OSC pour l'organisation des stratégies mobiles.
- Suivi de l'organisation des activités en stratégie mobile et avancée

Activité O1.6 : Organisation de journées spéciales PF et de campagnes intégrées de PF et de dépistage des cancers du sein ou du col de l'utérus

Le Bénin organise chaque année des journées de sensibilisation et de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus. Il s'agit d'y greffer des messages et les services de PF au cours de ces journées. A cette occasion, toutes les zones sanitaires recevront des produits contraceptifs et consommables afin d'offrir gratuitement des services de PF aux populations. Le processus de mise en œuvre sera le suivant :

- Approvisionnement des 34 zones sanitaires en produits contraceptifs (DIU, Jadelle, Pilule, Injectable)
- Approvisionnement des 34 zones sanitaires en matériel consommable (Gants, Seringue, eau de javel, savon et autres)
- Organisation de 2 sorties vers les formations sanitaires choisies pour l'année
- Organisation des caravanes de sensibilisation sur la PF dans les communes des zones sanitaires
- Organisation des réunions bilans sur les activités de PF dans les villages avec les RC et les responsables des postes de santé
- Organisation de la supervision par la DDS pour s'assurer des prestations des services.

Stratégie O2 : Renforcement du plateau technique des formations sanitaires en matière de PF (formation et équipement)

Il faut une augmentation du nombre de prestataires formés pour fournir une gamme complète de méthodes contraceptives. Il est à noter que l'utilisation du DIU et surtout des implants augmente et il faut un plus grand nombre de prestataires compétents. Les analyses relèvent aussi des insuffisances non négligeables au niveau des équipements sanitaires des FS, or ceux-ci sont indispensables à une offre des prestations de services de qualité

Activité O2.1 : Formation des prestataires en insertion de DIU et implant dans les FS n'offrant que la PF de base.

Au Bénin, il y a au moins 38% des FS (soit 269 FS) qui offrent le DIU et l'implant sur les 716 FS qui offrent la PF dans le pays. Les méthodes de longue durée seront intégrées dans 62% de FS restantes soit 447 FS n'offrant que la PF de base. Cette activité devrait être réalisée de 2014 à 2015. La mise en œuvre de cette activité nécessitera les sous activités ci-après :

- Identification des agents à former en insertion de DIU et implant dans les centres de santé n'offrant que la PF de base
- Organisation de 6 sessions de formation par an en regroupant 25 personnes provenant des centres de santé pendant 5 jours de formation au niveau des chefs-lieux de département de 2014 à 2015.
- Organisation du suivi des formations dans les chefs-lieux de département

Activité O2.2 : Formation des prestataires en assurance qualité des services de santé

Former 2 prestataires de chaque FS offrant 4 méthodes modernes de PF (pilules, injectables, DIU et Implant) et 1 membre de la communauté (OSC active en PF) en assurance qualité, soit 60 FS correspondant à 180 personnes à former par an de 2014 à 2016. La mise en œuvre de cette activité se fera sur les bases suivantes :

En 2014:

- Identification des participants pour la Formation des Formateurs en Assurance Qualité des Services
- Organisation de 2 sessions de formation de 6 jours des formateurs en assurance qualité regroupant 25 participants chacune à Porto-Novo et à Parakou
- Identification des FS qui vont mettre en application l'AQS
- Organisation de 6 ateliers départementaux de 5 jours de formation de 30 prestataires en assurance qualité des services dans les chefs-lieux de département à raison d'une session par département.
- Suivi des sessions de formation dans les départements.

De 2015- 2016:

- Organisation annuelle de 6 ateliers départementaux de formation en AQS pour les nouvelles FS devant intégrer la qualité à raison d'une session par département
- Suivi des sessions de formations dans les départements

Activité 02.3 : Renforcement de l'enseignement de la PF dans les écoles de santé et dans les facultés de médecine

L'objectif est de renforcer l'enseignement de la PF dans toutes les écoles de santé (des secteurs public et privé) ainsi que dans les facultés de médecine à travers la formation des enseignants et la fourniture du matériel pédagogique pour le stage pratique. Cette activité sera menée au cours de l'année 2014, et inclura :

En 2014

- Faire un état des lieux sur l'enseignement de la PF dans les écoles de formation en santé
- Mise à jour du module de formation en PF dans les écoles de formation en santé,
- Formation dans les écoles de base en santé d'un noyau national de 25 enseignants formateurs dont 19 provenant des écoles de santé et 6 des facultés de médecine du Bénin. Ladite formation aura lieu à Porto-Novo,
- Fourniture de matériel pédagogique pour le stage pratique à toutes les écoles de santé et aux facultés de médecine
- Suivi des activités de formation dans les écoles de santé et facultés ciblées.

Activité 02.4: Equipement des formations sanitaires en matériel d'IEC/PF.

Fournir le matériel d'IEC en PF (boîtes à images, affiches, dépliants, etc.) aux 716 formations sanitaires publiques et 184 du privé offrant déjà la PF et 52 FS nouvellement ciblées, soit 952 FS au total. Cette activité devrait être réalisée sur toute la durée du plan. Cette activité devrait être réalisée en 2014 à travers:

- Organisation d'un atelier de 30 participants de 5 jours pour réviser les supports IEC/PF du Bénin
- Reproduction des supports IEC révisés
- Distribution des supports au niveau des sites de PF

Activité 02.5: Équipement des FS pour l'offre de services PF et de counseling de qualité

Equiper les 52 formations sanitaires nouvellement ciblées avec du matériel médical pour l'offre de services PF et de counseling de qualité, à raison de 17 FS par année. Cette activité devrait être réalisée de 2014 à 2016 à travers:

- Identification des besoins en matériel médical dans les formations sanitaires nouvellement ciblées
- Identification des besoins en matériel médical nécessaire pour l'organisation des stratégies mobile en PF au niveau des zones sanitaires
- Procédures d'appel d'offre aux fournisseurs de matériel médical
- Mise à disposition de chaque département d'un véhicule pour les cliniques mobiles
- Distribution du matériel médical dans les formations sanitaires selon les besoins.

Stratégie O3 : Renforcement des services PF destinés aux adolescents (es) et jeunes.

Conformément au diagnostic, il s'agit de mieux intégrer les spécificités des adolescents (es) et jeunes à travers des interventions mieux adaptées à leurs besoins en matière de SSR/PF, qu'il s'agisse des jeunes scolarisés ou non scolarisés. Ceci nécessite le renforcement de la capacité des prestataires, la mise en place d'une ligne verte accessible aux adolescents (es) et jeunes et la promotion d'activités intégrées de PF, de lutte contre le VIH et le sida voire de prise en charge (PEC) des IST chez les jeunes.

Activité O3.1 : Renforcement des capacités des prestataires de 10% des FS offrant la PF chaque année pour offrir les services de SRAJ conviviaux et adaptés

Il s'agit de renforcer les capacités des prestataires de 10% des FS publiques (soit 77 FS sur 768 FS offrant la PF) par an dans le domaine de l'offre des services de PF adaptés aux adolescents et jeunes permettra de lever l'obstacle lié à l'attitude inappropriée des prestataires face aux adolescents et jeunes qui se présentent dans les centres de santé pour adopter les méthodes de PF. Elle sera réalisée à travers la formation, l'aménagement des structures de soins, la supervision et le suivi des prestations.

En 2014-2016

- Elaboration/Adaptation des manuels de formation en prise en charge des jeunes et adolescents dans les FS
- Recensement chaque année des 77 FS appropriées pour la prise en charge des adolescents et jeunes
- Organisation annuelle de 6 sessions de formation de 5 jours de 25 prestataires en prise en charge des jeunes au niveau des chefs-lieux de départements

- Suivi des activités de formation
- Renforcement de l'équipement des FS pour attirer plus d'adolescents et jeunes
- Aménagement des services (espace horaire, activités, etc....) pour prendre en compte les besoins des jeunes
- Supervision et suivi des prestations offertes par les prestataires formés

Activité O3.2: Mise en place de lignes vertes à travers le pays pour répondre aux préoccupations des adolescents (es) et jeunes sur les questions de SSR/PF

La mise en place de lignes vertes pour mieux répondre aux questions des adolescents et jeunes pourrait se faire en contractualisant avec des sociétés de télécommunication et les OSC qui s'occupent des questions de SR des adolescents(es). Cette activité se déroulera continuellement de 2014 à 2018.

- Plaidoyer à l'endroit des structures de télécommunication (mobile et fixe) pour obtenir des lignes à cet effet
- Contractualisation avec les sociétés de télécommunication
- Contractualisation avec les OSC pour la prise en charge des adolescents et jeunes
- Mise en place des équipements pour le fonctionnement des lignes vertes
- Renforcement des capacités des agents chargés de conseiller les adolescents(es) et jeunes
- Supervision des prestations des lignes vertes en direction des adolescents (es) et jeunes
- Suivi des activités des jeunes dans les différentes structures gérant les lignes vertes

Activité O3.3 : Promotion de services intégrés de PF, de lutte contre le VIH et le sida et de prise en charge (PEC) des IST chez les jeunes dans les centres de loisir des jeunes (CLJ) en collaboration avec le ministère en charge de la jeunesse puis dans les communautés

Il s'agit de renforcer les activités du paquet intégré de PF, de lutte contre le sida, la tuberculose, le paludisme et de PEC des IST chez les jeunes en collaboration avec les OSC, les FS en ciblant 6 zones sanitaires par an de 2014 à 2018 à raison de 5 formations sanitaires par zone, soit 30 zones sanitaires au total durant la période du plan d'action. La mise en œuvre de cette activité se fera sur les bases suivantes :

En 2014-2018

- Evaluation de la performance des OSC actives dans la lutte contre l'infection à VIH et le sida,
- le paludisme, la tuberculose et les IST chez les jeunes dans la communauté
- Adoption des critères de sélection des zones sanitaires pour la mise en œuvre
- Identification des zones sanitaires à cibler pour chaque année
- Contractualisation avec les OSC appropriées pour la prise en charge des jeunes et adolescents dans les communautés
- Suivi des activités des OSC dans les zones sanitaires ciblées
- Identification des centres de loisir et des jeunes à renforcer chaque année
- Renforcement des capacités des agents et de l'équipement des CJL ciblés
- Suivi des activités des OSC dans les zones sanitaires ciblées.

Stratégie O4: Sécurisation des produits contraceptifs

Afin de remédier aux problèmes de ruptures de stocks, il y a lieu d'assurer la sécurisation des produits contraceptifs en garantissant leur disponibilité surtout aux points d'accès en assurant l'approvisionnement régulier des CAME des départements et des dépôts répartiteurs des zones sanitaires à travers les circuits classiques de distribution des médicaments essentiels, l'utilisation harmonisée et généralisée d'un circuit unique de gestion. Il sera nécessaire de renforcer les capacités des acteurs en gestion logistique des produits contraceptifs à travers les formations et les supervisions.

Activité O4.1: Mise à disposition des contraceptifs en quantité et en qualité aux points d'accès PF

L'objectif est d'assurer la disponibilité des produits contraceptifs dans tous les départements, zones sanitaires, formations sanitaires et autres points d'accès. Pour y parvenir, il y a lieu de fournir les moyens de transport et d'entreposage nécessaires pour garantir l'offre permanente des méthodes contraceptives à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, tout en évitant les ruptures et excédents de stock. Cette activité se déroulera de 2014 à 2018 à travers:

- Estimation précise des besoins annuels des différents produits contraceptifs à l'occasion des ateliers semestriels sur les tableaux d'acquisition des contraceptifs (TAC)

- Acquisition des produits contraceptifs en quantité suffisante selon les prévisions des ateliers TAC,
- Organisation de l'approvisionnement semestriel des CAME décentralisées par la CAME centrale,
- Approvisionnement trimestriel des dépôts répartiteurs en PC
- Approvisionnement mensuel des formations sanitaires et selon l'ampleur des besoins
- Evaluation annuelle de la disponibilité des produits contraceptifs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Activité O4.2: Organisation de supervisions régulières afin de s'assurer de l'utilisation du logiciel unique de gestion des PC et de la disponibilité des produits dans les formations sanitaires

Il s'agit d'effectuer des supervisions semestrielles du niveau central vers les départements et des supervisions trimestrielles des départements vers les zones sanitaires pour vérifier l'utilisation du logiciel unique de gestion des PC, la disponibilité des produits et assurer l'approvisionnement. Cette activité va se réaliser durant toute la période du Plan (2014 à 2018) selon la programmation ci-après:

Au niveau central:

- Organisation annuelle de 2 missions de supervision de 2014 à 2018 par département soit 12 missions par an,

Au niveau des départements:

- Organisation annuelle de 4 missions de supervision de 2014 à 2018 par zone sanitaire, soit 134 missions par an,

Au niveau des zones sanitaires,

- Organisation annuelle de 4 visites de supervision de 2014 à 2018 par centre de santé offrant la PF soit 4044 visites par an,
- Mise en place d'une flotte de téléphonie mobile pour centraliser les informations sur les niveaux des stocks de produits contraceptifs du niveau des points de prestation vers les départements.

Activité O4.3: Formation des acteurs en système d'information et de gestion logistique (SIGL) des produits contraceptifs

L'objectif est d'assurer la formation des gestionnaires de dépôts des produits contraceptifs au niveau des départements, zones sanitaires et des points de

prestation en gestion logistique afin qu'ils puissent remplir pleinement leurs missions de contribution à la sécurisation des produits contraceptifs. Il s'agira de former 50 gestionnaires de pharmacie en gestion logistique à raison d'une par zone sanitaire, 2 par département et 4 au niveau central. Cette activité se réalisera en 2014. La formation des gestionnaires au niveau des points de prestation se fera entre 2015 et 2016. La mise en œuvre de cette activité nécessitera les sous activités ci-après :

En 2014:

- Identification des agents à former dans les zones sanitaires, les départements et au niveau central
- Organisation de 2 ateliers interdépartementaux de 25 personnes par atelier pendant 5 jours pour la formation en gestion des produits contraceptifs des responsables de logistique à tous les niveaux
- Organisation du suivi des formations en gestion logistique

En 2015- 2016

- Organisation des formations en gestion des produits contraceptifs au niveau des points de prestation à raison d'un agent par service

Stratégie O5: Renforcement de l'offre des services PF par les OSC et le secteur privé dans l'ensemble des départements du Bénin

Vu qu'il se dégage du diagnostic que les OSC et les cliniques privées sont bien impliquées et qu'elles ont un apport très important dans l'offre des services dans certains départements, il y a lieu d'élaborer une stratégie nationale d'implication des OSC et du secteur privé dans les prestations des services afin de renforcer la franchise sociale en cours. Cette approche nationale permettra d'harmoniser la répartition des actions des OSC et du secteur privé dans tous les départements du pays.

Activité O5.1: Élaboration et mise en œuvre d'une stratégie d'implication des OSC et du secteur privé dans les prestations de services PF.

Il y a lieu d'élaborer de façon consensuelle une stratégie d'implication des OSC et du secteur privé dans les prestations de services PF. Cette stratégie permettra d'harmoniser la collaboration entre le secteur public et le secteur privé sur toute l'étendue du territoire. Cette activité se réalisera en 2014 comme suit:

En 2014:

- Recrutement d'un consultant pour une durée de 20 jours pour l'élaboration du draft de document de stratégie de partenariat avec le secteur privé lucratif et les OSC
- Organisation d'un atelier d'une journée regroupant 30 participants pour la validation du document de stratégie de partenariat avec le secteur privé lucratif et les OSC,
- Reproduction et diffusion de la stratégie
- Suivi de la mise en œuvre de la stratégie par l'ensemble des acteurs

De 2015-2018

- Suivi de la mise en œuvre de la stratégie de partenariat avec le secteur privé lucratif et les OSC,
- Evaluation de la stratégie en 2016

Activité 05.2 : Promotion de la franchise sociale par la contractualisation avec des OSC et FS privées

Afin de permettre une plus grande offre de services PF par les formations sanitaires du secteur privé, il y a lieu de promouvoir la franchise sociale en contractualisant l'offre des services de PF avec 100 cliniques privées supplémentaires. La contractualisation concernera 35 cliniques privées en moyenne par an de 2014 à 2016 selon la programmation ci-après :

2014-2016

- Identification de 35 cliniques privées par an pour offrir les services de PF
- Renforcement des capacités de 70 personnes à raison de 2 par structure choisie sur la franchise sociale
- Contractualisation avec les cliniques privées et les OSC identifiées
- Suivi de l'offre des services dans les cliniques privées et OSC ciblées

2017-2018

- Suivi de l'offre des services dans les cliniques privées ciblées

Activité 05.3: Extension de l'offre des services PF de qualité dans les centres offrant des services aux PVVIH et autres populations clés.

Il est question d'assurer dans les centres offrant des services de prise en charge des PVVIH et autres populations clés (Travailleuses de sexe, usagers de drogues, prisonniers, etc.) de 2014 à 2018. Cette activité permettra de

rapprocher les produits PF au niveau des populations qui auraient une réticence à fréquenter les autres services publics. Le plan prévoit de coopérer avec 20 structures de 2014 à 2018 selon la programmation ci-après:

En 2014

- Identification des structures de prise en charge des Populations Hautement Vulnérables (PHV) avec une file active importante,
- Identification de 20 prestataires qualifiés pour la formation en technologie contraceptive
- Organisation de 2 sessions de 11 jours par session regroupant 20 participants de formation des prestataires des structures identifiées
- Organisation des supervisions au niveau des structures impliquées,
- Suivi de l'offre des services de PF au sein des structures.

De 2015-2018

- Organisation des supervisions au niveau des structures impliquées,
- Suivi de l'offre des services de PF au sein de ces structures.

De 2015-2018

- Organisation des supervisions au niveau des structures impliquées,
- Suivi de l'offre des services de PF au sein de ces structures.

5.3- Stratégies et activités pour rendre l'environnement habilitant pour les services de PF

Stratégie E1 : Plaidoyer envers les décideurs influents

Afin de remédier au faible engagement des décideurs influents, il s'avère nécessaire de poursuivre le plaidoyer envers les chefs de villages et notables, les élus locaux, les décideurs administratifs des ministères et institutions de la république, ainsi que les parlementaires en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF.

Activité E1.1 : Elaboration des outils de plaidoyer performants en faveur de la PF

Les décideurs et leaders d'opinion influents n'ayant pas toujours des impressions et attitudes favorables à la promotion de la PF au Bénin, il y a lieu d'élaborer des outils performants pour soutenir les efforts de plaidoyer en leur direction. L'élaboration d'un premier outil est déjà en cours avec IDEA. Il sera important de produire l'outil RAPID sous différentes formes (responsables administratif, leaders politiques, religieux et élus locaux). Ces outils seront élaborés au cours d'un atelier de 5 jours pour le document de base. Puis il

faudra un autre atelier de 5 jours pour élaborer des versions spécifiques de l'outil pour les autres leaders principalement les religieux. Elle sera réalisée en 2014 comme suit :

En 2014:

- Finalisation de l'outil «Engage» avec IDEA
- Organisation d'une journée nationale de présentation de l'outil aux décideurs politiques
- Organisation d'un atelier de 5 jours regroupant 30 participants pour élaborer l'outil de plaidoyer RAPID en faveur de la PF en langue française,
- Organisation d'un atelier national de 2 jours pour valider le document avec 50 participants
- Finalisation et reproduction du document de plaidoyer pour une large diffusion
- Organisation d'une journée de présentation du document aux autorités du Bénin
- Organisation d'un atelier de 5 jours pour adapter l'outil de plaidoyer RAPID au contexte religieux

Activité E1.2: Plaidoyer en direction des élus locaux, des chefs de villages, les leaders religieux et notables en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF et leur contribution à la mobilisation des ressources

Etant donné que les élus locaux, les chefs de villages et notables constituent des décideurs et leaders d'opinion influents capables d'appuyer les efforts de promotion de la PF, il y a lieu de conduire en leur direction un plaidoyer soutenu en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF et les mettre à contribution dans la mobilisation des ressources et des communautés. Elle sera réalisée en 2014 et 2016 comme suit:

En 2014:

- Identification des OSC capables de conduire les activités de plaidoyer
- Organisation de 3 ateliers interdépartementaux de formation de 86 formateurs (2 par zone sanitaire, 2 par département et 6 au niveau central) pendant 2 jours avec pour objectif l'élaboration des plans d'action de plaidoyer des zones sanitaires
- Organisation de trente-quatre (34) sessions de plaidoyer d'une journée dans les zones sanitaires regroupant au moins 50 personnes,
- Suivi de la mise en œuvre des plans d'action des zones sanitaires.

En 2016

- Organisation de trente-quatre (34) sessions de plaidoyer d'une journée dans les zones sanitaires regroupant au moins 50 personnes,
- Suivi de la mise œuvre des plans d'action des zones sanitaires.

Activité E1.3 : Plaidoyer auprès des décideurs administratifs (divers ministères et institutions de la République) en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF

Les décideurs administratifs constituent parfois des obstacles à la mise œuvre des programmes de PF d'où la nécessité de conduire en leur direction un plaidoyer soutenu en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF. On ciblera environ 150 décideurs administratifs de divers ministères et institutions de la République en 2014.

En 2014 et 2016:

- Constitution d'une équipe de personnes ressources capables de conduire le plaidoyer envers les décideurs administratifs des ministères clés et institutions de la République,
- Identification des décideurs administratifs des ministères clés et institutions de la République à cibler
- Organisation de trois (3) sessions de 50 participants pour présenter le document de plaidoyer aux décideurs, suivi de déclaration d'engagement
- Suivi de la mise en œuvre des engagements pris lors des sessions de plaidoyer

Activité E1.4 : Plaidoyer auprès des parlementaires en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF

Les parlementaires constituent des décideurs influents capables, d'une part, de mener des sensibilisations dans leurs circonscriptions électorales, et d'autre part, d'influencer les votes de budget à l'Assemblée Nationale et d'exercer un contrôle de l'action gouvernementale, d'où la nécessité de conduire en leur direction un plaidoyer soutenu en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF. Cette activité pourrait se faire de 2014 à 2016 à travers les sous-activités ci-après:

En 2014:

- Organisation d'une journée de concertation avec le réseau des parlementaires sur Population et le développement au Bénin
- Organisation d'une session de plaidoyer au niveau de l'Assemblée Nationale suivie de l'élaboration d'un plan d'action,

- Suivi de la mise en œuvre du plan d'action des parlementaires en faveur de la PF.

En 2015-2016

- Organisation d'une session de plaidoyer à l'Assemblée nationale suivie de l'élaboration d'un plan d'action,
- Suivi de la mise en œuvre du plan d'action.

Stratégie E2: Adoption et mise en œuvre des textes législatifs et réglementaires sur la SR/PF

Pour faire face aux Insuffisances de la législation et de la réglementation sur la SR/PF, il faudra d'une part, œuvrer à l'élaboration des textes d'application de la Loi SR et leur mise en œuvre et d'autre part, à la révision des documents de Politiques, Normes et Protocoles en SR, PF et IST y compris la politique de santé communautaire.

Activité E2.1: Elaboration, adoption et mise en œuvre des textes d'application de la loi SR

Le Bénin a adopté la Loi SR en 2003 mais, il n'existe pas les textes d'application. Il est donc impérieux de travailler à la définition d'un cadre législatif permettant l'élaboration des textes d'application, leur adoption par les institutions concernées. A ce sujet, il faudra un appui programmatique et technique au réseau des parlementaires sur la population et le développement.

En 2014:

- Recrutement de 2 consultants pendant 20 jours pour l'élaboration du draft des textes d'application de la Loi SR
- Organisation d'un atelier de 30 personnes impliquant les organes concernés par l'adoption des textes d'application de la loi SR et les parlementaires pendant 2 jours en vue de valider ces textes incluant l'adoption d'un plan d'action d'adoption des textes,
- Appui à la mise en œuvre du plan d'action.
- Adoption des textes d'application de la loi SR
- Reproduction de la loi pour la dissémination

2016-2018

- Appui à la dissémination de la loi SR y compris les textes d'application dans les 77 communes à travers des ateliers regroupant 20 personnes

Activité E2.2 : Révision et mise en œuvre des documents de Politiques, Normes et Protocoles en SR, PF et IST du Bénin

Les documents actuels de Politiques, Normes et Protocoles en SR, PF et IST du Bénin datent de 2008. Leur révision est en cours, ils gagneront à prendre en compte les aspects de l'offre de services au niveau communautaire. Cette activité se fera selon la programmation ci-après :

En 2014:

- Recrutement de deux (2) consultants nationaux pendant 30 jours pour la révision du document de PNP du Bénin
- Organisation d'un atelier de cinq (5) jours pour la validation du document de PNP avec 50 personnes
- Reproduction du document

En 2015

- Organisation de six (6) ateliers de deux (2) journées au niveau des départements pour la dissémination des PNP avec en moyenne 30 personnes par atelier

Activité E2.3 : Révision et mise en œuvre de la politique de santé communautaire y compris celle de la délégation des tâches en SR

Le document Politiques de santé communautaire limite actuellement l'offre des services par les relais communautaires. Pourtant afin d'atteindre les objectifs fixés dans ce plan, il est crucial de revoir leur niveau de prestation. Cette revue nécessitera une politique audacieuse qui prend en compte les questions relatives à la délégation des tâches. Ces documents gagneraient à être reproduits et diffusés. Cette activité se fera selon la programmation ci-après :

En 2014:

- Recrutement d'un (1) consultant national pendant 30 jours pour la révision du document de Politique de Santé Communautaire du Bénin
- Organisation d'une réunion au ministère pour la validation du document de politique de santé communautaire avec 30 personnes
- Reproduction du document.

Stratégie E3: Plaidoyer pour l'augmentation et la diversification du financement de la PF, incluant la contribution de l'Etat, l'harmonisation des coûts et/ou la gratuité

Il ressort du diagnostic de la PF au Bénin que le financement de l'Etat est faible et évolue de façon instable d'une année à l'autre. Afin d'y remédier, il importe d'une part, d'organiser une journée de plaidoyer pour la mobilisation de ressources et d'initier un fonds national pour le financement de la PF, et

d'autre part de faire un plaidoyer en direction des membres du gouvernement et des parlementaires pour l'augmentation du budget de l'Etat alloué à la PF.

Activité E3.1: Organisation d'une journée de plaidoyer pour la mobilisation des ressources

L'organisation d'une journée de plaidoyer pour la mobilisation de ressources devrait offrir au Bénin l'occasion de faire contribuer toutes les parties prenantes au financement de son plan d'action PF 2014-2018. Cette activité devrait se réaliser dès la fin de l'élaboration du plan à travers :

- Mise en place d'un comité pour préparer la réunion de mobilisation des ressources
- Organisation des réunions techniques de préparation du plaidoyer
- Animation de la journée de plaidoyer
- Suivi des engagements pris à la journée de plaidoyer

Activité E3.2 : Initiation d'un fonds national pour le financement de la PF/SRAJ

Dans le but de diversifier les sources de financement de la PF et les élargir au financement privé, il s'avère nécessaire d'initier un fonds national pour le financement de la PF/SRAJ. Cette activité pourrait se réaliser en 2014:

- Recrutement de deux (2) consultants nationaux pour 20 jours pour développer la stratégie de mise en place d'un fond national pour la PF/SRAJ
- Organisation d'une réunion de haut niveau pour valider la stratégie
- Adoption des textes juridiques instituant le fonds national PF/SRAJ
- Mise en place des organes de gestion pour la PF/SRAJ

Activité E3.3: Plaidoyer en direction des membres du gouvernement pour accroître leur engagement en faveur de la PF et l'augmentation des ressources de l'Etat allouées à la PF

Le financement de l'Etat alloué à la PF étant particulièrement faible au Bénin, en comparaison avec d'autres pays, il importe d'initier un plaidoyer en direction des membres du gouvernement en vue de l'augmentation du budget national alloué à la PF à travers une ligne budgétaire spécifique. Ledit plaidoyer gagnerait à être fortement appuyé par les OSC. Cette activité pourrait se faire de façon continue de 2014 à 2018:

- Constitution d'une équipe de personnes ressources capables de conduire le plaidoyer envers les membres du gouvernement,

- Organisation d'une session de plaidoyer à l'endroit des membres du gouvernement et institutions de la République soit 50 personnes suivi de déclarations et engagements (Ministère de l'économie et des finances, Plan, chargé de l'enseignement, Jeunesse, Promotion de la famille, etc....)
- Suivi de la mise en œuvre des engagements pris lors des sessions de plaidoyer

Activité E3.4: Plaidoyer en direction des autres directions (DPP, DRFM, etc.....) et programmes (PLNS, PNLP, etc....) pour accroître leur engagement en faveur de la PF et l'augmentation des ressources de l'Etat allouées à la PF

Le financement de l'Etat alloué à la PF étant inclus dans le budget du secteur de la santé en général, il importe d'initier un plaidoyer à l'endroit des autres directions (DPP, DRFM, etc....) et programmes (PLNS, PNLP, etc....) dudit ministère en vue de l'augmentation du budget alloué à la ligne consacrée à l'achat des produits contraceptifs. Ledit plaidoyer gagnerait à être fortement appuyé par les OSC et les PTF. Cette activité pourrait se réaliser de façon continue de 2014 à 2018

- Constitution d'une équipe de personnes ressources capables de conduire le plaidoyer
- Organisation d'une session de plaidoyer envers les responsables de direction et autres programmes du ministère soit 20 personnes
- Participation aux différentes réunions du processus d'élaboration du budget de santé.

5.4- Stratégies et activités en vue de l'amélioration du suivi et de la coordination des interventions en PF

Stratégie C1: Suivi régulier et systématique des activités de PF

Il ressort du diagnostic que le CNEEP est l'autorité de coordination dans le Plan de Suivi et évaluation du PNDS et la PF n'est qu'un objectif de santé parmi une multitude d'autres. Toutefois, la PF étant le premier pilier de réduction de la mortalité maternelle, son rôle dans la réussite des objectifs nationaux de développement, mentionné par la SCRP et le PNDS, accroît l'importance de la coordination de ce programme. Ainsi, le «plan d'action de repositionnement de la PF 2014-2018» offre une opportunité de suivi et d'évaluation de ces objectifs PF.

Il importe de veiller, d'une part à l'organisation :

- 1- Des rencontres trimestrielles du comité technique multisectoriel et des rencontres semestrielles du comité de pilotage du processus de repositionnement de la PF,
- 2- Du suivi aux différents niveaux de la pyramide sanitaire,
- 3- Des supervisions intégrées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire,
- 4- Du suivi de la contractualisation des prestations PF au niveau des OSC et du secteur privé,
- 5- à l'élaboration et à la révision des Tableaux d'Acquisition des Contraceptifs (TAC) sur une base semestrielle ainsi qu'à la documentation continue des résultats sur la base des indicateurs retenus.

Activité C1.1: Organisation de suivi aux différents niveaux de la pyramide sanitaire

Une organisation optimale du suivi aux différents niveaux de gestion nécessitera des réunions périodiques de revue des activités du plan d'action PF. Cette activité est à réaliser de façon continue de 2014 à 2018 à travers:

- Organisation d'un atelier de suivi au niveau national une fois par semestre regroupant environ 50 personnes (avec 3 par département, 10 du ministère santé, PTF, 2 des OSC et 1 des cliniques privées intervenant en PF)
- Organisation des réunions trimestrielles de suivi des interventions au niveau de chaque département avec en moyenne 20 participants par département sous la responsabilité du comité départemental de développement sanitaire (le DDS, les médecins chef de zone sanitaire, le responsable SNIGS du département, 1 représentant des OSC et les représentants des PTF dans le département)
- Organisation des réunions mensuelles couplées aux réunions d'EEZS de suivi des interventions au niveau de chaque zone sanitaire (Responsables des formations sanitaires, membres de l'équipe d'encadrement de la zone sanitaire, OSC).

Activité C1.2 : Organisation de supervisions à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

Des supervisions au niveau des points de prestation permettront d'assurer une nette amélioration en quantité et en qualité des services PF au Bénin. Cette activité sera de façon continue de 2014 à 2018 comme suit:

De 2014 à 2018

- Organisation semestrielle du suivi/supervision de 3 jours par département du niveau national vers le niveau départemental par 2 agents de la DSME.

- Organisation trimestrielle du suivi/supervision de 3 jours par zone sanitaire du niveau départemental vers les zones sanitaires par une équipe de 2 personnes du département
- Organisation trimestrielle des supervisions d'un jour par formation sanitaire de l'équipe de la zone sanitaire vers les centres de santé par une équipe de 2 personnes
- Organisation mensuelle des supervisions d'un jour des centres de santé vers les RC à l'occasion des stratégies avancées
- Organisation des supervisions internes dans chaque formation sanitaire une fois par mois.

Activité C1.3: Suivi de la contractualisation des prestations PF au niveau des OSC et du secteur privé

Afin de s'assurer d'une bonne mise en œuvre des activités confiées aux OSC et au secteur privé dans le cadre du plan d'action de repositionnement de la PF 2014-2018, il sera important d'effectuer un suivi de l'exécution des contrats signés entre les PTF ou l'Etat d'une part et les ONG et structures privées impliquées, d'autre part. Cette activité se fera de façon continue de 2014 à 2018 sur la programmation suivante:

- Organisation d'une réunion d'une journée regroupant 30 personnes du ministère de la santé, des OSC offrant les services de PF et du secteur privé semestriellement pour discuter de la mise en œuvre des interventions en PF.
- Organisation de supervisions trimestrielles des activités mises en œuvre par les équipes d'encadrement des zones sanitaires sur la base des contrats avec les OSC et le secteur privé

Activité C1.4: Documentation continue des résultats sur la base des indicateurs retenus

Afin d'assurer une documentation continue des résultats sur la base des indicateurs retenus, il sera élaboré un plan de suivi évaluation et un agent de suivi évaluation sera recruté. Il est prévu donc:

- Recrutement d'un consultant pour élaborer un plan de suivi-évaluation pour la PF
- Organisation d'un atelier de 2 jours avec 30 personnes pour la validation du plan de suivi-évaluation pour la PF
- Recrutement d'un agent de suivi-évaluation pour la PF au profit de la DSME

Stratégie C2 : Coordination, gestion et suivi des activités PF sur la base d'un mécanisme unique

La coordination, la gestion et le suivi sur la base d'un mécanisme unique est implicite dans le PNDS pour la réalisation des objectifs nationaux de PF. Le Plan d'Action PF 2014-2018 fournit une excellente occasion d'arriver à un accord entre toutes les parties au sujet d'un mécanisme unique de coordination au niveau national et départemental. Cette opportunité permettra aussi d'évaluer le Plan à mi-parcours et à la fin, de réaliser des recherches opérationnelles en PF, de documenter les meilleures pratiques et les cas de succès semestriellement. Il sera aussi possible de passer en revue des activités de PF sous le haut patronage du Président de la République au cours de la semaine nationale de la CARMMA.

Activité C2.1: Organisation de rencontres trimestrielles du comité technique multisectoriel et des rencontres semestrielles du comité de pilotage du processus de repositionnement de la PF

Le comité technique multisectoriel sera mis en place avec mission d'effectuer trimestriellement des réunions de coordination des interventions du plan d'action de repositionnement de la PF 2014-2018. Les résultats de ces réunions seront restitués au comité de pilotage qui se réunira semestriellement. Le comité de pilotage aura pour mission d'examiner les recommandations faites par le comité technique multisectoriel. Cette activité sera réalisée de façon continue de 2014 à 2018:

- Organisation annuelle de réunions semestrielles du comité de pilotage multisectoriel de façon continue de 2014 à 2018.
- Organisation annuelle de 4 réunions trimestrielles du comité technique de façon continue de 2014 à 2018

Activité C2.2 : Evaluation du Plan d'Action PF 2014-2018 à mi-parcours et à la fin

Tout en tenant compte du Plan de Suivi et évaluation du PNDS, le plan d'action de repositionnement de la PF 2014-2018 doit être évalué à mi-parcours (2016) et à la fin (2018) par le Ministère de la Santé. Des ajustements pourraient ainsi être apportés au plan d'action PF lors de son évaluation à mi-parcours (activités jugées inefficaces, nouvelles opportunités, etc.) comme suit:

- Recrutement de deux (2) consultants pour 20 jours pour l'évaluation du plan d'action
- de repositionnement de la PF 2014-2018 à mi-parcours (2016) et à la fin (2018)
- Organisation de 2 ateliers journaliers pour discuter des résultats de l'évaluation à savoir un atelier en 2016 et un autre en 2018,

- Révision du Plan d'Action de repositionnement de la PF 2014-2018 en 2016
- Recherche de financement pour l'élaboration d'un nouveau plan d'action de PF 2019-2023.

Activité C2.3: Réalisation de recherches opérationnelles en PF

Il s'agit de réaliser des recherches opérationnelles dans 3 zones sanitaires par an, en particulier celles qui ont rencontré le plus de difficultés ou de succès dans la mise en œuvre de leurs activités PF. Ces recherches permettront d'identifier des solutions aux problèmes spécifiques touchant chaque zone sanitaire. Cette activité se fera de façon continue de 2014 à 2018. A cette fin, les tâches suivantes devraient être mises en œuvre:

- Identification et recrutement des consultants nationaux capables de mener les recherches
- Identification des thèmes de recherche et des localités
- Recherche opérationnelle
 - Les recherches opérationnelles doivent faire l'objet d'une approbation par le comité technique qui choisira les zones sanitaires chaque année
 - Exemples de types de recherche opérationnelle
 - Taux d'abandon très élevé
 - TPC très faible dans une zone sanitaire ou un département
- Restitution des résultats
 - Les résultats de l'enquête seront discutés pendant 1 journée au sein d'un comité constitué de 5 membres des équipes cadres et du consultant national
 - Un sommaire des résultats et des suggestions d'actions sera présenté au comité technique au cours de ses réunions trimestrielles

Activité C2.4: Documentation des meilleures pratiques et cas de succès sur une base semestrielle

La mise en œuvre du plan d'action de repositionnement de la PF 2014-2018 connaîtra des succès éclatants et des meilleures pratiques seront enregistrées dans certaines zones sanitaires ou FS. Il importera de les documenter et disséminer partout dans le pays et appuyer leur réplique dans d'autres zones sanitaires et FS. Aussi, d'autres meilleures pratiques de pays voisins pourraient également être répliquées au Bénin et des voyages d'échanges d'expériences devraient être organisés dans ces pays. Le Bénin devrait

également partager ses expériences au cours des conférences internationales. Cette activité est à réaliser chaque année de 2014 à 2018 au moyen des tâches suivantes :

- Recrutement d'un consultant pour 20 jours pour contribuer annuellement à la documentation des meilleures pratiques
- Organisation d'une réunion journalière regroupant 30 personnes pour discuter du rapport de consultation
- Dissémination des meilleures pratiques
- Appui à la réplique des meilleures pratiques
- Organisation d'un voyage d'échanges d'expériences annuel dans des pays de la sous-région.
- Participation annuelle aux conférences internationales pour partager les expériences du Bénin en PF.

Activité C2.5: Revue des activités de PF, sous le haut patronage du Président de la République au cours de la semaine nationale de la CARMMA

Il s'agit de saisir l'occasion de la semaine nationale de la CARMMA pour faire le point sur les activités de PF, sous le haut patronage du Président de la République. Cette activité peut être utilisée pour souligner l'importance de la PF à la mise en œuvre du PNDS et la SCRP. Cette activité est à réaliser chaque année de 2014 à 2018 au moyen des tâches suivantes:

- Elaboration d'un canevas de présentation des résultats annuels de mise en œuvre du plan d'action de repositionnement de la PF 2014-2018 et indication de la manière dont ces résultats contribuent à faire progresser vers les objectifs de la SCRP et du PNDS
- Organisation d'une revue nationale annuelle des interventions en PF présidée par le Chef de l'Etat et regroupant 100 personnes dont la moitié venant de l'intérieur.

Stratégie C3: Renforcement des moyens de suivi et de coordination des activités PF

Afin d'assurer un suivi approprié des activités programmées dans le plan d'action de repositionnement de la PF 2014-2018, des supports de collecte de données et des moyens logistiques nécessaires au suivi seront mis à la disposition de toutes les formations ainsi que l'appui technique

Activité C3.1 : Mise à jour et multiplication des supports de collecte de données dans toutes les formations sanitaires

Les formations sanitaires ont besoin d'une quantité suffisante de fiches pour la collecte quotidienne de données. Lesdites fiches seront approvisionnées annuellement. Le secteur privé également en bénéficiera. Des formations seront organisées par département au profit des agents en charge de la collecte des données. Il est prévu les activités détaillées suivantes:

- Reproduction des outils harmonisés de collecte des données avec l'appui du SNIGS.
- Organisation d'un atelier de deux (2) jours pour former les formateurs des départements sur l'utilisation des supports adaptés à raison de 2 représentants par département et 4 représentants du niveau central (2 cadres de la DSME, 1 cadre du SNIGS, 1 cadre de la DPP)
- Organisation d'un atelier de trois (3) jours par zone sanitaire (34 ateliers) pour former les agents sur l'utilisation des supports harmonisés.
- Organisation des missions une fois par trimestre pour valider les données au niveau des zones sanitaires (1 expert en suivi/évaluation PF par département pour 7 jours de missions).

Activité C3.2 : Fourniture des moyens logistiques nécessaires au suivi

Il est question de fournir les équipements nécessaires pour le suivi pendant la durée du plan y compris l'équipement informatique, véhicules et les coûts annuels d'entretien. Il est prévu:

- Local pour l'unité de gestion
- Mobilier de bureau pour l'unité de gestion du plan de repositionnement
 - 3 bureaux et 3 fauteuils
 - 12 Chaises visiteurs
 - 3 armoires de classement
- Équipement informatique
 - 9 Ordinateurs de bureau (dont 3 pour l'unité de gestion et 6 pour les DDS)
 - 3 Ordinateurs portables (3 pour l'unité de gestion)
 - 8 Imprimantes multifonctions (dont 2 pour l'unité de gestion et 6 pour les DDS)
 - 2 imprimantes portables
 - 1 photocopieuse
 - 2 projecteurs
 - 2 rallonges
 - Une connexion Internet (DSME et DDS)

- Equipement en matériel roulant
 - 8 Véhicules (en bon état pour la durée du plan) dont 1 pour l'unité de gestion et 1 pour la DSME
 - 34 motos tout terrain pour les points focaux SR/PF des départements et des zones sanitaires
- Coûts annuels d'entretien
 - Entretien du véhicule et équipement informatique
 - Carburant
 - Cartouches d'encre pour l'imprimante
 - Fournitures de bureau
 - Matériel d'entretien

Activité C3.3 : Appui technique à la mise en œuvre du plan d'action PF de Bénin 2014-2018

Afin de s'assurer de la mise en œuvre efficace du plan de repositionnement de la PF au Bénin, la DSME aura besoin d'être appuyée par un gestionnaire financier et une assistance technique nationale et internationale. Le plan d'action prévoit :

- Elaboration des termes de référence d'un gestionnaire financier, d'un assistant technique d'un coordonnateur permanents et d'un expert international en appui périodique,
- Recrutement du gestionnaire financier
- Recrutement d'un assistant technique pour la mise en œuvre du plan
- Nomination du coordonnateur permanent

Recrutement de l'expert international pour l'appui périodique à la mise en œuvre du plan d'action

6- MÉCANISMES DE SUIVI ET DE COORDINATION DU PLAN D'ACTION PF DU Benin

Les mécanismes de suivi et de coordination du plan d'action PF de Bénin s'appuieront sur l'existant, notamment les réunions de coordination des activités du secteur de la santé, les supervisions intégrées et les réunions de coordination des activités spécifiques de santé de la reproduction et de planification familiale. La liste des indicateurs en SR/PF disponible au niveau du Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS) sera également exploitée.

Pour la réussite du présent plan d'action de repositionnement de la PF, d'autres stratégies de suivi et de coordination seront mises en place à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il s'agira:

- du processus collaboratif ou encore des sessions de coaching externe,
- du renforcement des organes de suivi et coordination aux niveaux central, départemental et de zone sanitaire,
- de la déclaration hebdomadaire du niveau des stocks des produits PF sur la base de 3 indicateurs au niveau des départements.

6.1- Réunions de coordination en santé

Le rôle des réunions de coordination en santé est d'assurer la mise en œuvre du plan national de développement sanitaire (PNDS) et ce, sur tous les éléments de la santé incluant plusieurs autres programmes que celui de la SR/PF. Il existe au niveau central un Comité National d'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes(CNEEP) de mise en œuvre du PNDS qui a des répondants au niveau départemental avec Comité Départemental d'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes(CDEEP). Les réunions de ces comités ont pour rôle de valider et d'approuver les orientations proposées globalement pour le secteur de la santé dans le PNDS ainsi que les résultats des interventions des différents programmes. Il n'est pas évident que l'attention particulière requise soit accordée à la PF face à la grande multitude des sujets abordés dans les autres domaines (VIH/Sida, Tuberculose, etc....)

6.2- Supervisions intégrées

Au niveau central, une équipe technique de chaque programme se rendra dans un département donné pour y rencontrer le DDS du département ainsi que son équipe. Elle évaluera la performance du département par rapport au programme de santé concerné sous les aspects tant techniques que managériaux, tels que :

- la disponibilité des produits,
- la capacité des prestataires et besoins de formation,
- la qualité du service offert, matériel et équipement,
- la conformité des dépenses par rapport aux budgets financiers,
- Etc.

6.3- Réunions de coordination en planification familiale

Ces réunions ont pour objectif de s'assurer de la mise en œuvre du plan d'action de repositionnement de la PF et de résoudre les problèmes en vue

d'atteindre les objectifs fixés. Ces réunions seront assurées par le comité de pilotage, le comité technique et l'équipe opérationnelle (voir la rubrique 6.7 portant sur le renforcement des organes de suivi et de coordination).

6.4- Processus collaboratif : Session de coaching externe

Il sera réalisé une fois par an au niveau national, deux fois par an au niveau des départements, quatre fois par an au niveau des zones sanitaires et une fois par mois au niveau des formations sanitaires. Son rôle par exemple au niveau départemental consistera à ce que le directeur départemental de la santé et le point focal SR du département se dirigent dans une zone sanitaire. Ils y rencontrent le médecin chef de la zone sanitaire et son équipe. Ils évaluent la performance de la zone sanitaire par rapport à la PF sous plusieurs aspects techniques et managériaux, tels que:

- la disponibilité des produits,
- la capacité des prestataires et besoins de formation,
- la qualité du service offert, matériel et équipement,
- la conformité des dépenses par rapport aux budgets financiers,
- la performance vis-à-vis l'objectif.

6.5- Revue de programme

Elle consiste à faire une présentation des résultats et difficultés puis une formulation de recommandations pour améliorer les opérations et assurer l'atteinte des objectifs. Elle se fait au niveau national (1 fois par an), au niveau départemental (2 fois par an) et au niveau des zones sanitaires (1 fois tous les mois). Elle regroupera au niveau national : SGS, DSME, DDS, points focaux SR des départements et les représentants des OSC.

Dans les départements, la revue regroupera: le DDS, les médecins chefs de zone, les points focaux SR des départements et des zones sanitaires, la société civile et les PTF au niveau de ces différents départements.

Au niveau de la zone, ces réunions concerneront, le point focal SR de zone, le responsable SR des FS, la Société civile et les PTF opérant dans la zone.

6.6- Indicateurs de suivi du programme

Le Bénin utilise déjà une liste compréhensive d'indicateurs pour mesurer les progrès dans les divers aspects de son système de santé. Il s'agit pour la PF des indicateurs suivants :

- Nombre de Couple-Année-Protection (toutes méthodes confondues),

- Nombre de structures (ONG/clubs des jeunes, collègues) en partenaires impliqués dans la programmation et réalisation des activités de sensibilisation SR/VIH intégrés,
- Nombre de femmes sous contraception moderne divisé par le nombre de femmes en âges de procréer (prévalence contraceptive) qui est calculé par l'EDS ou par le MICS de façon périodique.

Un outil de suivi sera élaboré dans le cadre de la mise en œuvre du plan. Il servira à chaque département dans la détermination du nombre de femmes sous contraception. Il permettra de vérifier si l'augmentation du nombre de femmes sous méthodes évolue de la même manière que les cibles prévues selon chaque département.

Ce suivi se fera à travers différents systèmes de calcul comme:

- *Nombres d'utilisatrices à travers les données mensuelles des départements,*
- *Estimation indirecte du nombre d'acceptantes selon la quantité de contraceptifs distribués,*
- *Comparaison avec des données d'enquêtes au cours de la mise en œuvre du plan d'actions de repositionnement de la PF 2014-2018.*

Le mécanisme de suivi du PNDS pourra dans la mesure du possible utiliser ces indicateurs. En outre, ceux liés aux politiques seront pris en compte afin de mieux évaluer l'environnement habilitant.

6.7- Renforcement des organes de suivi et de coordination

Les organes de suivi et de coordination des interventions en SR/PF présentent des insuffisances aux niveaux national, départemental et des zones sanitaires, d'où la nécessité de les renforcer afin d'assurer un bon fonctionnement des mécanismes au niveau du suivi et de la coordination retenus dans le plan d'action national de la PF 2014-2018 à ces trois niveaux : central, départemental et des zones sanitaires. Il existera un comité de pilotage, un comité technique et une équipe de gestion opérationnelle à l'instar des structures qui ont appuyé le processus d'affinement du plan d'action national de la PF du Bénin 2014-2018.

Le comité de pilotage doit être multisectoriel et sera le même comité de pilotage qui a suivi et validé les différents produits de l'élaboration du plan. Il comprendra essentiellement :

- Les représentants du ministère de la santé: Secrétaire Général de la Santé, DSME,

- Les représentants des ministères de l'économie et des finances (MEF), du plan (MP), des affaires sociales, de la promotion de la femme et de l'enfance (MASPFE), de l'éducation préuniversitaire (MEPU-EC), de la jeunesse et des sports (MJEJS), etc.
- Les partenaires techniques et financiers,
- Les représentants des OSC.

Il se réunira une fois par semestre avec pour rôle d'approuver et de valider les recommandations du comité technique. Le Secrétaire Général du MS ou le conseiller du Ministre de la Santé chargé des questions de politiques sanitaires en assurera la présidence.

Le comité technique : il sera présidé par la Directrice Nationale de la Santé de la Mère et de l'Enfant avec pour membres :

- Les représentants des autres départements du ministère de la santé,
- Les partenaires techniques et financiers,
- Les représentants des OSC actives dans le domaine de la PF.

L'Equipe opérationnelle: Elle sera responsable de la planification du travail de terrain et de la résolution des problèmes au quotidien. Cette équipe se réunira mensuellement sous la coordination de la DSME. Elle comptera 5 membres :

- 1 coordinateur de la mise en œuvre du plan de repositionnement de la PF,
- 2 représentants du ministère de la santé (DSME),
- 1 représentant des PTF,
- 1 représentant des OSC actives en PF.

A cela, il faudrait ajouter la nécessité de disposer de points focaux SR/PF aux niveaux des départements et des zones sanitaires et de renforcer la DSME en personnel technique et en gestionnaire de qualité.

6.8- Rapport d'inventaire hebdomadaire de données clés par SMS

Les responsables des services PF des formations sanitaires informeront régulièrement (de façon hebdomadaire) les points focaux des départements de la situation des produits contraceptifs en utilisant les trois indicateurs suivants:

- Quantité disponible
- Quantité distribuée

- Pertes/Ajustements.

Ces informations seront partagées à travers des SMS. Les points focaux SR donneront des instructions pour l’approvisionnement ou la redistribution des produits entre les formations sanitaires ou bien entre les formations sanitaires et les dépôts répartiteurs.

A partir des départements, les informations seront partagées avec les responsables de la gestion des produits contraceptifs de la DSME.

Mécanismes de suivi

7 Rapport d’inventaire hebdomadaire de données clés par SMS

Les formations sanitaires du Bénin (publiques et privées) doivent obligatoirement rapporter à la DSME des informations clés de façon hebdomadaire, via la personne responsable des questions de santé de la mère et de l’enfant dans l’équipe d’encadrement de zone, le chef service SME du département et la responsables des produits contraceptifs de la DSME.

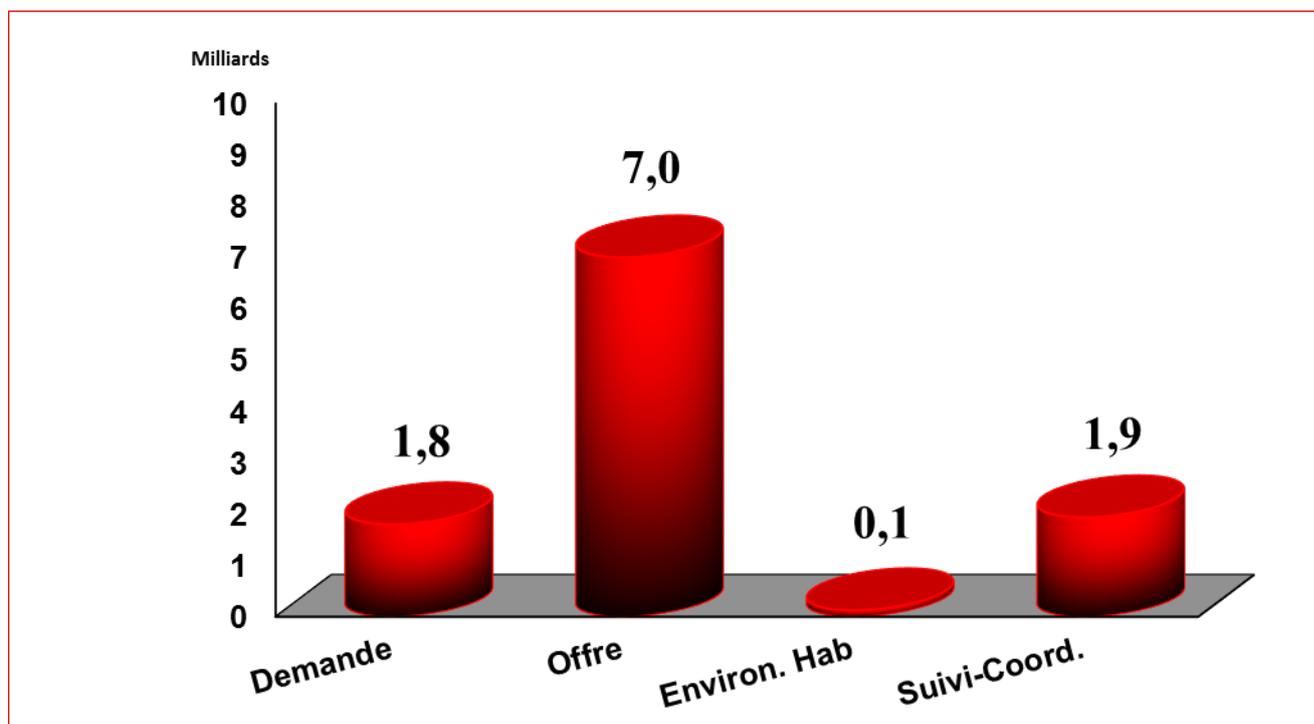


7- BUDGET DU PLAN D’ACTION

7.1- Synthèse des coûts

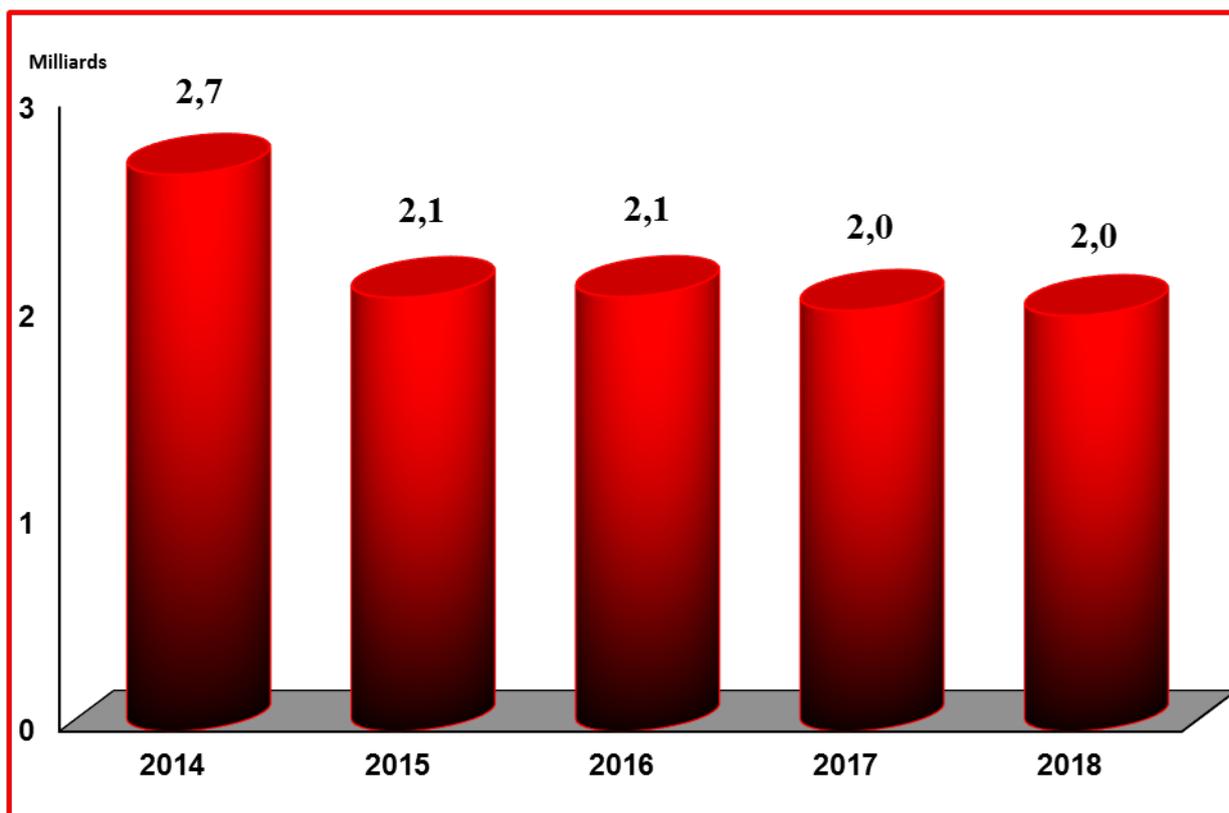
Au cours de la période 2014-2018, le coût global du plan d’action pour repositionner la PF au Bénin est estimé à 10,8 milliards de FCFA, soit 23,1 millions US dollars⁸. Il ressort du graphique 4 que la plus grande partie de ce budget revient aux activités programmées dans le secteur de l’offre de services, avec 7,0 milliards FCFA, soit 64% du budget total. Le budget alloué aux activités de suivi et coordination devraient coûter 1,9 milliards FCFA, soit 17,6% du montant total. Ensuite, vient le secteur de la demande avec 1,8 milliards FCFA, soit 16,7% du total, contre seulement un peu de 100 millions FCFA à l’environnement habitant.

⁸ Taux de change bancaire à la vente 1 \$= 470 FCFA en Novembre 2013



Graphique 5 : Répartition du budget par axe d'intervention sur la période 2014-2018

Au total le plan d'action coûtera au total 10,8 milliards de FCFA soit \$ 23,1 millions sur une période de 5 ans, soit 2,1 milliards FCFA (\$4,6 millions) en moyenne par année. La répartition du budget par année (voir graphique 6) montre que la première année du plan d'action correspondant à 2014, coutera 2,7 milliards FCFA. De 2015 à 2018, les parts du budget se situeront entre 2,1 à 2,0 milliards.



Graphique 6: Répartition du Budget par année de 2014 à 2018

La répartition détaillée du budget par axe d'intervention et par année est présentée au tableau 17

Tableau 17 : Budget par axe d'intervention et par année (en FCFA)

	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL
Demande	512 500 890	346 521 430	382 393 970	336 011 530	225 679 630	1 803 107 450
Offre	1 458 813 806	1 359 753 030	1 377 809 095	1 362 067 270	1 444 698 205	7 003 141 406
Environnement habitant	68 250 250	54 898 710	2 664 500	1 321 700	1 321 700	128 456 860
Suivi et coordination	637 334 254	324 114 500	326 717 150	324 114 500	326 717 150	1 938 997 554
TOTAL	2 676 899 200	2 085 287 670	2 089 584 715	2 023 515 000	1 998 416 685	10 873 703 270

7.2- Budget par département

La répartition du budget total par département (voir tableau 18) montre que l'essentiel du financement sera consacré à la mise en œuvre des activités au niveau départemental avec 10,1 milliards FCFA, soit 93%, contre seulement 750,7 millions au niveau central. Ce tableau fait ressortir par ailleurs de

grandes disparités qui se justifient essentiellement par les efforts attendus des différents départements en termes d'effectifs d'utilisatrices de PF à couvrir de 2014 à 2018.

Tableau 18 : Répartition du Budget selon le département

DDS	Montant du financement pour le département
ALIBIRI/BORGOU	1 856 101 509
ATACORA/DONGA	1 342 711 727
ATLANTIQUE/LITTORAL	2 198 361 361
MONO/COUFFO	1 329 547 888
OUÉMÉ/PLATEAU	1 698 135 418
ZOU/COLLINES	1 698 135 418
Ensemble des départements	10 122 993 310
Niveau central	750 709 960

ANNEXES

ANNEXE 1: LISTE DES STRATÉGIES ET ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION POUR LE REPOSITIONNEMENT DE LA PF AU BENIN

1- DEMANDE DES SERVICES DE PF

D1 : Campagnes d'informations et de sensibilisation sur la PF auprès de la population générale et des femmes en milieu urbain et périurbain en particulier

- D1.1 Formation et implication des leaders religieux, d'opinions et élus locaux dans la sensibilisation sur la PF
- D1.2 Contractualisation avec des médias publics et privés afin de diffuser des messages en faveur de la PF
- D1.3 Intégration des messages de PF dans les activités de sensibilisation des coopératives et des groupements de femmes, ainsi que les corps de métiers (salons de coiffure et autres) respectivement en collaboration avec les ministères en charge de l'artisanat et de la promotion de la famille
- D1.4 Collaboration avec les OSC intervenant dans la lutte contre le VIH, le paludisme, la malnutrition et les violences basées sur le genre afin d'intégrer des messages sur la PF dans leurs activités de sensibilisation
- D1.5 Implication des agents des mutuelles de santé dans la sensibilisation pour la PF

D2 : Promotion de l'engagement constructif des hommes en SR/PF

- D2.1 Élaboration de la stratégie d'Engagement constructif des hommes (ECH)
- D2.2 Promotion de l'expérience de l'école des maris (hommes champions en SR/PF) dans 5 zones sanitaires par an

D3: Initiation des stratégies novatrices de communication en direction des jeunes scolarisés et non scolarisés

- D3.1 Utilisation des TIC pour sensibiliser les jeunes
- D3.2 Sensibilisation des élèves et étudiants sur la SSR en milieu scolaire en synergie avec les ministères en charge de l'éducation
- D3.3 Sensibilisation des adolescents et jeunes sur la SSR dans les centres de jeunes et des loisirs (CJL), centres de promotion sociale (CPS), Centre de Lecture et d'Animation Culturelle (CLAC), etc. en synergie avec les ministères en charge de la jeunesse et de la culture
- D3.4 Développement d'une synergie avec les associations culturelles et sportives de jeunes du secteur informel et du milieu rural sur les questions de SSR.
- D3.5 Renforcement de la sensibilisation des jeunes à travers le réseau d'éducation par les pairs

D3.6 Organisation des caravanes de sensibilisation des adolescents (es) et jeunes sur la SRAJ à travers le pays sous le haut patronage de la Première Dame du Bénin

2- OFFRE DES SERVICES DE PF

O1: Création de points d'accès à la PF dans les aires sanitaires en intégrant la PF dans les services SR (Soins post-partum, SAA, PEV, nutrition, etc.) et amélioration de l'accès pour les communautés situées en dehors du rayon moyen d'action sanitaire (au-delà de 5 km)

- O1.1 Intégration de la PF dans les services SR (Soins post-partum, SAA, PEV, nutrition, etc.) dans les formations sanitaires publiques et privées offrant déjà la PF
- O1.2 Intégration de la PF dans tous les services SR (soins post-partum, SAA, PEV, nutrition, etc.) de 50% des formations sanitaires publiques et privées n'offrant pas encore la PF
- O1.3 Initiation de l'approche SBC en milieu rural en intégrant l'initiation des pilules et des injectables
- O1.4 Initiation de l'approche SBC en milieu périurbain en intégrant l'initiation des pilules et des injectables
- O1.5 Promotion des stratégies mobiles et avancées
- O1.6 Organisation de journées spéciales PF et de campagnes intégrées de PF et de dépistage des cancers du sein et/ou du col de l'utérus

O2 : Renforcement du programme de formation et de l'équipement des FS

- O2.1 Formation des prestataires en insertion de DIU et implant dans les FS offrant la PF de base
- O2.2 Recyclage des prestataires en technologie contraceptive et en counseling dans une optique de PF intégrée aux services SR (soins post-partum, SAA, PEV, nutrition, etc.)
- O2.3 Formation des prestataires des hôpitaux départementaux en technique d'offre de la CCV (contraception chirurgicale volontaire)
- O2.4 Formation des prestataires en assurance qualité des services de santé et de PF en particulier
- O2.5 Renforcement de l'enseignement de la PF dans les écoles de santé et à la faculté de médecine
- O2.6 Equipement des formations sanitaires en matériel d'IEC/PF
- O2.7 Equipement des FS pour l'offre de services PF et de counseling de qualité

O3 : Renforcement des services PF destinés aux adolescents (es) et jeunes

- O3.1 Renforcement des capacités des prestataires de 10% des FS offrant la PF chaque année pour offrir les services de SRAJ conviviaux et adaptés

O3.2 Mise en place de lignes vertes à travers le pays pour répondre aux préoccupations des adolescents (es) et jeunes sur les questions de SSR/PF

O3.3 Promotion de services intégrés de PF, de lutte contre le VIH et le sida et de prise en charge (PEC) des IST chez les jeunes dans les centres de loisir des jeunes (CLJ) en collaboration avec le ministère en charge de la jeunesse

O4 : Sécurisation des produits contraceptifs

O4.1 Mise à disposition des contraceptifs en quantité et en qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et surtout au niveau des points de prestation

O4.2 Organisation de supervisions régulières afin de s'assurer de l'utilisation du logiciel unique de gestion des PC et de leur disponibilité dans les formations sanitaires

O4.3 Formation des acteurs en système d'information et de gestion logistique (SIGL) des produits contraceptifs

O5: Renforcement de l'offre des services PF par les OSC et le secteur privé dans l'ensemble des départements du Bénin

O5.1 Élaboration et mise en œuvre d'une stratégie d'implication des OSC et du secteur privé dans les prestations de services PF

O5.2 Extension de la franchise sociale par la contractualisation avec des OSC et FS privées dans tous les départements

O5.3 Extension de l'offre des services PF de qualité dans les centres offrant des services aux PVVIH et autres populations clés

3- ENVIRONNEMENT HABILITANT

E1 : Plaidoyer envers les décideurs influents

E1.1 Elaboration des outils de plaidoyer performants en faveur de la PF

E1.2 Plaidoyer en direction des élus locaux, les leaders d'opinion, religieux et notables en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF et leur contribution à la mobilisation des ressources

E1.3 Plaidoyer auprès des décideurs administratifs (divers ministères et institutions de la République) en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF et leur contribution à la mobilisation des ressources

E1.4 Plaidoyer auprès des parlementaires en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF et leur contribution à la mobilisation des ressources

E2 : Adoption et mise en œuvre des textes législatifs et réglementaires sur la SR/PF

E2.1 Elaboration, adoption et mise en œuvre des textes d'application de la loi SR

E2.2 Révision et mise en œuvre des documents de Politiques, Normes et Protocoles en SR, PF et IST du Bénin

E2.3 Révision et mise en œuvre de la politique de santé communautaire y compris celle de la délégation des tâches en SR

E3 : Plaidoyer pour l'augmentation et la diversification du financement de la PF, incluant la contribution de l'Etat, l'harmonisation des coûts et/ou la gratuité

E3.1 Organisation d'une journée de plaidoyer pour la mobilisation des ressources

E3.2 Initiation d'un fonds national pour le financement de la PF/SRAJ

E3.3 Plaidoyer en direction des membres du gouvernement pour accroître leur engagement en faveur de la PF et l'augmentation des ressources de l'Etat allouées à la PF

E3.4 Plaidoyer en direction des autres directions (DPP, DRFM, etc....)et programmes (PLNS, PNLP, etc....) pour accroître leur engagement en faveur de la PF et l'augmentation des ressources de l'Etat allouées à la PF

E3.5 Plaidoyer auprès des parlementaires en vue de l'augmentation du budget alloué à la PF

E3.6 Plaidoyer auprès des décideurs en vue de l'harmonisation des prix des produits contraceptifs voire la gratuité

4- COORDINATION DES INTERVENTIONS EN PF

C1 : Suivi régulier et systématique des activités de PF

C1.1 Organisation de suivi aux différents niveaux de la pyramide sanitaire

C1.2 Organisation de supervisions intégrées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

C1.3 Organisation du suivi de la contractualisation des prestations PF au niveau des OSC et du secteur privé

C1.4 Documentation continue des résultats sur la base des indicateurs retenus

C2: Coordination, gestion, suivi et évaluation des activités PF sur la base d'un mécanisme unique

C2.1 Organisation de rencontres trimestrielles du comité technique multisectoriel et des rencontres semestrielles du comité de pilotage du processus de repositionnement de la PF

C2.2 Évaluation du Plan d'Action PF 2014-2018 à mi-parcours et à la fin

C2.3 Organisation de recherches opérationnelles en PF

C2.4 Documentation des meilleures pratiques et cas de succès sur une base semestrielle

C2.5 Revue des activités de PF, sous le haut patronage du Président de la République au cours de la semaine nationale de la CARMMA

C3: Renforcement des moyens de suivi et de coordination des activités PF

C3.1 Mise à jour et multiplication des supports de collecte de données dans toutes les formations sanitaires

C3.2 Fourniture des moyens logistiques nécessaires au suivi

C3.3 Appui technique à la mise en œuvre du plan d'action PF de Bénin 2014-2018

ANNEXE 2 : BUDGET PAR STRATÉGIE D'INTERVENTION

Tableau 19 : Coûts de la demande des services de pf par stratégie

Stratégies liées à la demande	Coût
D1 : Organisation des campagnes d'informations et de sensibilisation	397 368 050
D2 : Promotion de l'engagement constructif des hommes en SR/PF	527 059 950
D3 : Initiation des stratégies novatrices de communication en direction des jeunes scolarisés et non scolarisés	878 679 450
Total	1 803 107 450

Tableau 20 : Coûts de l'offre des services de pf par stratégie

Stratégies liées à l'offre	Coût
O1 : Amélioration de l'accès aux services de PF dans les aires sanitaires et dans les zones hors couverture sanitaire	3 171 125 600
O2 : Renforcement du programme de formation de l'équipement des formations sanitaires	445 621 690
O3 : Amélioration de la qualité des services de PF offerts aux jeunes et adolescents	458 208 400
O4 : Sécurisation des produits contraceptifs	2 911 652 816
O5 : Renforcement de l'offre des services PF par les OSC et le secteur privé	16 532 900
Total	7 003 141 406

Tableau 21 : Coûts de l'environnement habilitant par stratégie

Stratégies liées à l'environnement habilitant	Coût
E1 : Plaidoyer envers les décideurs influents	61 763 050
E2 : Révision des textes réglementaires sur la PF	48 872 900
E3: Stabilisation et diversification du financement de la PF, y compris le financement de l'État	17 820 910
Total	128 456 860

Tableau 22 : Coûts du suivi et de la coordination par stratégie

Stratégies de coordination des interventions	Coût
C1 : Suivi régulier et systématique des activités de PF	1 012 433 050
C2 : Coordination, gestion et suivi des activités PF sur la base d'un mécanisme unique	271 614 800
C3: Renforcement des organes de suivi et coordination	654 949 704
Total	1 938 997 554

BIBLIOGRAPHIE

- Rapports de l'Enquête Démographique et de Santé au Bénin 2011-2012
- Rapports de l'Enquête Démographique et de Santé au Bénin 2006
- Rapports de l'Enquête Démographique et de Santé au Bénin, 1996
- Rapports de l'Enquête Démographique et de Santé au Bénin, 2001
- Rapport préliminaire du Quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat au Bénin
- Annuaire des statistiques sanitaires du Bénin 2011 et 2012
- Rapport sur l'Indice du Développement Humain 2013, PNUD
- Etude sur l'Acceptabilité de la Planification Familiale au Bénin, UNFPA 2008
- Etude de base sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des adolescents et leurs parents en matière de santé sexuelle et de reproduction, dans les départements du Couffo et de l'Atacora, Plan Bénin-2013
- Rapport de l'enquête SARA, 2013
- Évaluation rapide de la PF au Bénin 2011: contribution des OSC,
- Loi SR 2003 du 3 mars 2003 portant Santé de la Reproduction au Bénin,
- Stratégie de Croissance et de la Réduction de la Pauvreté N°I 2011-2015
- Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018
- Programme National de la Santé de la Reproduction 2011-2015
- Stratégie Nationale de Repositionnement de la Planification Familiale au Bénin 2011-2015
- Stratégie Nationale Multisectorielle de santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes y compris le VIH/SIDA au Bénin 2011-2015
- Repositioning FP in Bénin a Baseline (Futures Group 2012)