



MINISTERE DE LA SANTE

REPUBLIQUE DU BENIN

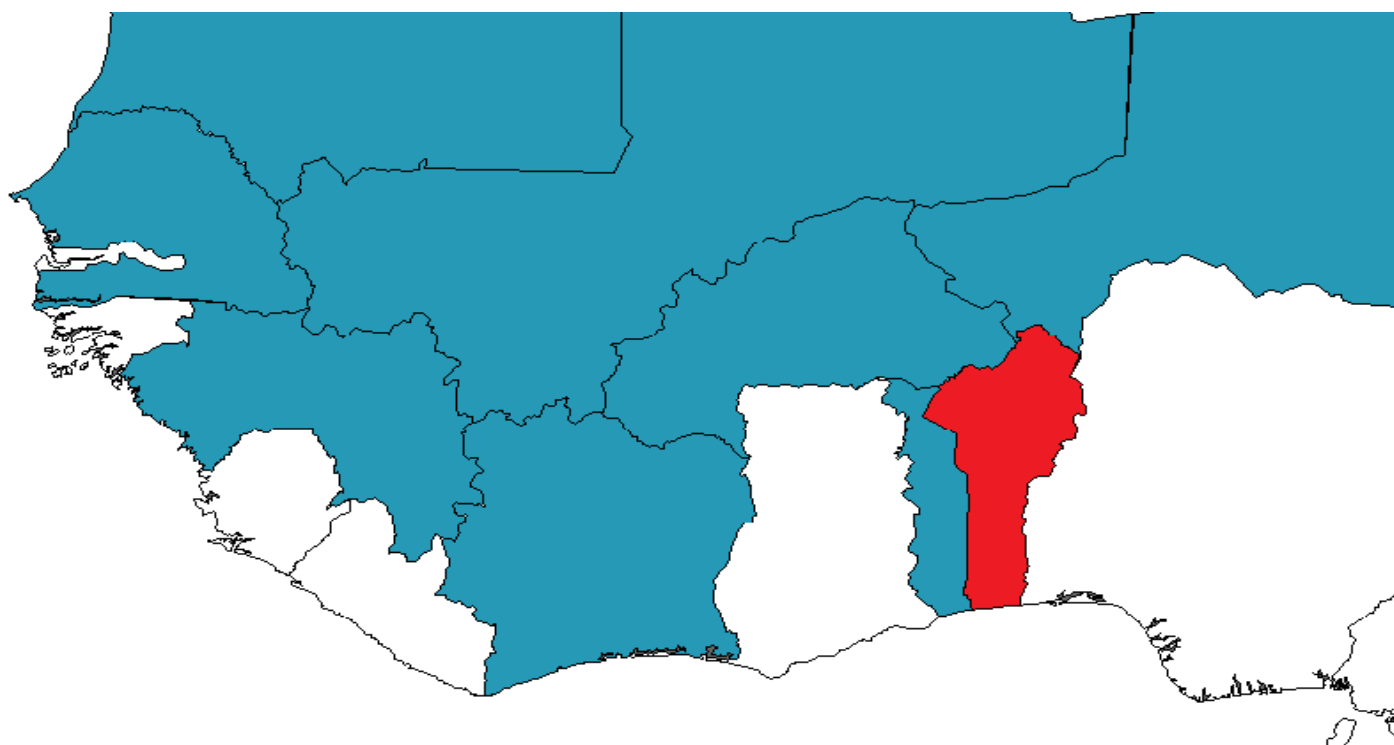
DIRECTION DE LA SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT

Adresse Postale : 08 BP 888

Téléphone : +229 21 33 21 78/ 21 33 21 63

Adresse mail : sante.info@gouv.bj

Site Web : www.sante.gouv.bj



PLAN D'ACTION NATIONAL BUDGETISE DE PLANIFICATION FAMILIALE DU BENIN 2019-2023

Mai 2019

Ce document a été conçu sous l'égide du Ministère de la Santé à travers la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME) avec l'appui technique de Health Policy Plus (HP+) financé par l'USAID en collaboration avec Track20 de Avenir Health, le Fonds des Nations-Unies pour la Population (UNFPA), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Unité de Coordination du Partenariat de Ouagadougou

Table des Matières

TABLE DES MATIÈRES	III
REMERCIEMENTS.....	VIII
ABRÉVIATIONS	IX
PRÉFACE	XI
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	XIII
PROCESSUS ET FORMULATION DU PANB 2019-2023 DU BÉNIN.....	XVI
INTRODUCTION	1
JUSTIFICATION ET UTILISATION DU PANB	3
I. ANALYSE SITUATIONNELLE	5
1.1. CONTEXTE DU BENIN	5
1.1.1. Présentation du Bénin	5
1.1.2. Population	5
1.1.3. Fécondité, population et développement.....	8
1.1.4. Besoins non satisfaits.....	14
1.1.5. Prévalence de la Contraception	16
II. PROBLÈMES ET DÉFIS-CLÉS	19
2.1. CRÉATION DE LA DEMANDE (CD)	19
2.2. LES SOURCES DU DÉFI GÉNÉRAL	20
2.3. OFFRE ET ACCES AUX SERVICES (OA)	22
2.4. SECURISATION DES PRODUITS (SP)	30
2.5. POLITIQUE, ENVIRONNEMENT HABILITANT, FINANCEMENT (P)	32
2.6. COORDINATION, SUIVI-EVALUATION (C).....	35
2.7. JEUNESSE.....	36
2.8. LE PANB AU CŒUR DES DROITS HUMAINS	39
2.9. LES PRINCIPES FONDAMENTAUX DES DROITS HUMAINS.....	41
III. PLAN D'ACTION NATIONAL BUDGÉTISÉ DE PLANIFICATION FAMILIALE 2019-2023 DU BÉNIN	43
3.1. LES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS DU PANB 2019-2023 DU BÉNIN.....	43
3.2. OBJECTIFS STRATÉGIQUES.....	45
3.2.1. Les cinq objectifs stratégiques.....	45
3.3. DÉTAILS DES AXES STRATÉGIQUES.....	46
3.3.1. Création de la demande.....	46
3.3.2. Offre et accès aux services	51
3.3.3. Sécurisation des produits.....	57
3.3.4. Suppositions de la Combinaison des Méthodes.....	60
3.3.5. Estimation du nombre d'utilisatrices de contraception moderne par département entre 2019 et 2023.....	61
3.3.6. Politique, environnement habilitant et financement	61
3.3.7. Coordination, suivi et évaluation	65
IV. BUDGÉTISATION DU PANB 2019-2023 DU BÉNIN	69
4.1. HYPOTHÈSES DE BUDGÉTISATION	69
4.2. BUDGET ESTIMATIF DU PLAN	69
V. MOBILISATION DES RESSOURCES	71
VI. SUIVI DE LA PERFORMANCE ET RESPONSABILITÉS.....	73
6.1. RÉUNION DE COORDINATION EN SANTÉ.....	73
6.2. SUPERVISIONS INTÉGRÉES.....	73
6.3. RÉUNIONS DE COORDINATION EN PLANIFICATION FAMILIALE	73
6.4. PROCESSUS COLLABORATIF : SESSION DE COACHING EXTERNE	74
6.5. REVUE DE PROGRAMME	74
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	75
ANNEXE A. MATRICE DÉTAILLÉE DES ACTIVITÉS	77

ANNEXE B. ESTIMATION DES TAUX DE PRÉVALENCE CONTRACEPTIVE ENTRE 2019 ET 2023.....	95
ANNEXE C. ESTIMATION DU NOMBRE DE FEMMES UTILISATRICES DE LA CONTRACEPTION MODERNE À CIBLER PAR DÉPARTEMENT ENTRE 2019 ET 2023.....	96
ANNEXE D. ESTIMATION DU NOMBRE DE FEMMES EN UNION UTILISATRICES ADDITIONNELLES DE CONTRACEPTION MODERNE PAR DÉPARTEMENT ENTRE 2019 ET 2023	96
ANNEXE E. : ESTIMATION DU NOMBRE DE FEMMES EN EN ÂGE DE PROCRÉER UTILISATRICES ADDITIONNELLES DE CONTRACEPTION MODERNE PAR COMMUNE ENTRE 2019 ET 2023.....	97
ANNEXE F. : ESTIMATION DU NOMBRE DE FEMMES EN EN ÂGE DE PROCRÉER UTILISATRICES ADDITIONNELLES DE CONTRACEPTION MODERNE PAR ZONE SANITAIRE ENTRE 2019 ET 2023	100
ANNEXE G : PRÉVISION DE RÉPARTITIONS DES UTILISATRICES ADDITIONNELLES (%) PAR STRATÉGIE D'INTERVENTION ET PAR DÉPARTEMENT SELON LES ÉQUIPES DÉPARTEMENTALES.....	103
ANNEXE H. TABLE DES COÛTS EN FCFA PAR ACTIVITÉ ET PAR ANNÉE	104

Table des Tableaux

Tableau I : Répartition (en %) des femmes et des hommes de 15-49 ans ayant eu leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre certains âges.	12
Tableau II : Répartition des clients suivant le paiement et le coût moyen du service (Sources UNFPA SUPLES-Bénin-2017)	26
Tableau III : Ratio ressources humaines par habitants au Bénin en 2016.....	29
Tableau IV : Répartition des établissements de soins par type et par milieu de résidence.	30
Tableau V : Grossesses précoces chez les adolescents et jeunes de 15-19 ans.....	36
Tableau VI : Estimation de l'effectif de femmes en âge de procréer, utilisatrices de la contraception moderne par département entre 2019-2023.....	44
Tableau VII : Répartition par axe stratégique du budget.....	45
Tableau VIII : Estimation des effectifs de femmes en union utilisatrices de la contraception moderne à cibler par région entre 2019-2023.	61
Tableau IX : Création de la demande : défis, objectifs, actions prioritaires, activités et chronogramme de 2019à 2023.....	77
Tableau X : Offre et accès aux services : : défis, objectifs, actions prioritaires, activités et chronogramme de 2019à 2023.....	82
Tableau XI : Sécurisation des produits : défis, objectifs, actions prioritaires, activités et chronogramme de 2019à 2023.....	87
Tableau XII : Politique, Environnement habilitant, Financement : défis, objectifs, actions prioritaires, activités et chronogramme de 2019à 2023.....	88
Tableau XIII : Coordination, suivi-évaluation : défis, objectifs, actions prioritaires, activités et chronogramme de 2019à 2023.....	92
Tableau XIV : Estimation des taux de prévalence contraceptive entre 2019 et 2023.....	95
Tableau XV : Estimation du nombre de femmes utilisatrices de la contraception moderne à cibler par département entre 2019 et 2023.....	96
Tableau XVI : Estimation du nombre de femmes en union utilisatrices additionnelles de contraception moderne par département entre 2019 et 2023.....	96
Tableau XVII : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les communes du département de l'Alibori.....	97
Tableau XVIII : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les communes du département de l'Atacora.....	97
Tableau XIX : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les communes du département de l'Atlantique.....	97
Tableau XX : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les communes du département du Borgou.....	98
Tableau XXI : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les communes du département des Collines.....	98
Tableau XXII : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les communes du département du Couffo.....	98
Tableau XXIII : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans la commune de Cotonou.....	99
Tableau XXIV : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les communes du département du Mono.....	99
Tableau XXV : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les communes du département de l'Ouémé.....	99
Tableau XXVI : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les communes du département du Plateau.....	100

Tableau XXVII : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les communes du département du Zou	100
Tableau XXVIII : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les Zones Sanitaires de l'Alibori entre 2019 et 2023.....	100
Tableau XXIX : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les Zones Sanitaires de l'Atacora entre 2019 et 2023	101
Tableau XXX : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les Zones Sanitaires de l'Atlantique entre 2019 et 2023	101
Tableau XXXI : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les Zones Sanitaires du Borgou entre 2019 et 2023.....	101
Tableau XXXII : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les Zones Sanitaires des Collines entre 2019 et 2023.....	101
Tableau XXXIII : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les Zones Sanitaires des Collines entre 2019 et 2023.....	101
Tableau XXXIV : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les Zones Sanitaires de la Donga entre 2019 et 2023	102
Tableau XXXV : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les Zones Sanitaires du Littoral entre 2019 et 2023.....	102
Tableau XXXVI : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les Zones Sanitaires du Mono entre 2019 et 2023	102
Tableau XXXVII : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les Zones Sanitaires de l'Ouémé entre 2019 et 2023	102
Tableau XXXVIII : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les Zones Sanitaires du Plateau entre 2019 et 2023.....	102
Tableau XXXIX : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les Zones Sanitaires du Zou entre 2019 et 2023	103
Tableau XL : Prévision de répartitions des utilisatrices additionnelles (%) par stratégie d'intervention et par département selon les équipes départementales.....	103
Tableau XLI : Création de la demande : coûts en FCFA par activité et par année	104
Tableau XLII : Offre et accès aux Services : coûts en FCFA par activité et par année.....	105
Tableau XLIII : Sécurisation des contraceptifs : coûts en FCFA par activité et par année	106
Tableau XLIV : Contraceptifs : coûts en FCFA par année	106
Tableau XLV : Politique, Environnement Habilitant, financement : coûts en FCFA par activité et par année	107
Tableau XLVI : Coordination, Suivi-Evaluation : coûts en FCFA par activité et par année	108

Table des Graphiques

Graphique N° 1 : Effectif total de population (en million) des quatre derniers recensements et les projections de population entre 2014 et 2025.....	6
Graphique N° 2 : Distribution de la population du Bénin et selon le milieu (urbain et rural) par groupes d'âge, en milliers d'habitants, 2018.....	7
Graphique N° 3 : Variation de la population selon le lieu de résidence entre 2014 et 2025.....	8
Graphique N° 4 : Taux de fécondité par âge selon le milieu de résidence, Bénin, 2014	9
Graphique N° 5 : Indice synthétique de fécondité, femmes en union 15-49 ans.....	10
Graphique N° 6 : ISF, selon le département, le niveau d'instruction et le quintile de richesse, 2014.....	10
Graphique N° 7 : Proportions des besoins non satisfaits par âge en 2017-2018	15
Graphique N° 8 : Proportions des besoins non satisfaits par département en 2014.....	15
Graphique N° 9 : Variation du taux de prévalence contraceptive entre 1999 et 2016 et par milieu de résidence.....	18
Graphique N° 10 : Combinaison des méthodes des femmes de 15-49 ans en union, 2010-2015	18
Graphique N° 11 : Besoins et demande en matière de Planification Familiale parmi les femmes actuellement en union, par groupe d'âge (EDSB-V, 2017-2018).....	20
Graphique N° 12 : Répartition de la disponibilité (%) des services de PF par département, par type de structure, par instance gestionnaire et par milieu	23
Graphique N° 13 : Disponibilité des méthodes contraceptives au niveau national.....	24
Graphique N° 14 : Sources d'approvisionnement des contraceptifs par secteur en 2012.....	25
Graphique N° 15 : Choix informé de la méthode en 2017-2018	26
Graphique N° 16 : Capacité opérationnelle des services de Planification Familiale, SARA 2018, Bénin.....	27
Graphique N° 17 : Disponibilité des éléments traceurs relatifs à la PF parmi les établissements de santé offrant ce service, par secteur.....	28
Graphique N° 18 : Répartition des sources de financement pour la santé, 2011-2013.....	35
Graphique N° 19 : Objectifs de TPC pour les femmes en âge de procréer de 2019-2023 par département	44
Graphique N° 20 : Coûts de la création de la demande, en millier de FCFA	51
Graphique N° 21 : Coûts de l'offre et accès aux services de PF en millions de FCFA	57
Graphique N° 22 : Coût du programme de sécurisation des contraceptifs, en milliards de FCFA.....	59
Graphique N° 23 : Coût des contraceptifs et des consommables directs de PF, en millions de FCFA.....	60
Graphique N° 24 : Base 2014 et projection de la combinaison des méthodes, pour les femmes en âge de procréer, pour atteindre la cible de TPCm de 21,8%.....	60
Graphique N° 25 : Coûts de la politique, l'environnement habilitant et financement en millions de FCFA.....	64
Graphique N° 26 : Coûts de la coordination, suivi-évaluation en milliers de FCFA.....	68

Remerciements

Le Ministère de la Santé du Bénin (MS) à travers la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME), remercie tous ceux qui ont contribué à l'élaboration du *Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale 2019-2023 du Bénin (PANB 2019-2023)*.

Les remerciements vont particulièrement :

- ❖ à l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) à travers le projet Health Policy Plus (HP+) pour son appui financier et sa facilitation technique de tous les travaux ;
- ❖ à l'UNFPA pour son appui financier
- ❖ à l'OMS et aux autres Partenaires Techniques et Financiers ;
- ❖ à Avenir Health et Camber Collective pour leurs contributions et appuis techniques
- ❖ aux Directeurs Centraux et Départementaux de la santé et leurs collaborateurs ;
- ❖ aux Organisations de la Société Civile (ONG, organisations faîtières des journalistes, des adolescent (e) s, des leaders religieux, des femmes...), du secteur privé de la santé, les élus locaux, ainsi que toutes les bonnes volontés dont les contributions ont été inestimables.

Abréviations

AFD	: Agence Française de Développement
ASC	: Agent de Santé Communautaire
BM	: Banque Mondiale
CAMEG	: Centrale d'Achats de Médicaments Essentiels Génériques et de Consommables Médicaux
C	: Coordination
CARMMA	: Campagne d'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique
CD	: Création de la Demande
CHD	: Centre Hospitalier Départemental
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CIPD	: Conférence Internationale sur la Population et le Développement
COGES	: Comités de Gestion
DBC	: Distribution à Base Communautaire
DHS	: Demographic and Health Surveys (Enquêtes Démographiques et de Santé)
DIU	: Dispositif Intra-Utérin
DDS	: Directeur /Direction Départemental (e) de la Santé
DSME	: Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
DRSP	: Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
ECH	: Engagement Constructif des Hommes
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
EO	: Équipe Opérationnelle
FCFA	: Francs CFA
FHI 360	: Family Health International 360
FMI	: Fonds Monétaire International
FP2020	: Family Planning 2020
FS	: Formation Sanitaire
GIZ	: Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (Agence Allemande de Coopération Internationale)
HP+	: Health Policy Plus
INSAE	: Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
ISF	: Indice Synthétique de Fécondité
IST	: Infections sexuellement transmissibles
KfW	: Kreditanstalt für Wiederaufbau (Banque Allemande pour le Développement)
MAMA	: Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MICS	: Multiple Indicator Cluster Surveys
MLDA	: Méthode à Longue Durée d'Action
MS	: Ministère de la Santé
NN	: Nouveau-né
OA	: Offre et Accès aux Services
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
OOAS	: Organisation Ouest Africaine de la Santé
OSC	: Organisation de la Société Civile
PEHF	: Politique, Environnement Habitant, Financement
PANB	: Plan d'Action National Budgétisé
PEV	: Programme Elargi de Vaccination

PFPP	: Planification Familiale du Post-Partum
PF	: Planification Familiale
PIB	: Produit Intérieur Brut
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNS	: Politique Nationale de Santé
PNSR	: Programme National de la Santé de la Reproduction
PNUD	: Programme des Nations-Unies pour le Développement
PO	: Partenariat de Ouagadougou
PPN	: Politique Pharmaceutique Nationale
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
RC	: Relais Communautaires
SAA	: Soins Après Avortement
SIGL	: Système de l'Information et de la Gestion Logistique
SND	: Stratégie Nationale de Développement
SP	: Sécurisation des Produits
SPP	: Soins Post-Partum
SR	: Santé de la Reproduction
SRAJ	: Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes
TPC	: Taux de Prévalence Contraceptive
TPCm	: Taux de Prévalence Contraceptive moderne
UNFPA	: United Nations Fund for Population Activities (Fonds des Nations Unies pour la Population)
UNICEF	: United Nations Children's Fund (Fonds des Nations-Unies pour l'enfance)
USAID	: United States Agency for International Development (Agence Américaine pour le Développement International)
USD	: United States Dollars
TAC	: Tableaux d'Acquisition des Contraceptifs
TVA	: Taxe sur la Valeur Ajoutée
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
VIH/Sida	: Virus de l'Immunodéficience Humaine / Syndrome de l'immuno- déficience acquise
WHO	: World Health Organization (Organisation Mondiale de la Santé)

Les politiques de santé et les stratégies ne représentent pas une fin en soi. Elles font partie d'un processus plus vaste qui vise à aligner les priorités nationales sur les besoins réels de la population en matière de santé. Elles ambitionnent de recueillir l'adhésion du Gouvernement, des partenaires de la santé et du développement, de la société civile et le secteur privé. Une forte adhésion de l'ensemble des acteurs peut être une garantie pour assurer à la population un état de santé permettant à tous les citoyens de mener une vie socialement et économiquement productive.

La planification familiale (PF) est apparue à cet effet, comme la stratégie appropriée pour améliorer les indicateurs de développement socio-économique y compris la maîtrise de la fécondité, la baisse des taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile et le maintien de la santé et du bien-être des femmes et de leur famille.

Au Bénin, la faible utilisation des services de santé de la reproduction en général et de la planification familiale (PF) en particulier contribue fortement aux maladies ou aux décès des femmes enceintes, pendant ou après accouchement et des enfants de moins d'un an. Aussi, l'Indice Synthétique de fécondité (ISF) a évolué de 4,6 à 5,7 enfants par femme entre 2012 et 2018, la mortalité maternelle reste encore élevée et fortement préoccupante. Le ratio de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes pour la période des 7 années ayant précédé l'EDSB-V 2017-2018, est estimé à 391 décès maternels¹. Cette situation est, entre autres, la conséquence logique de pratiques et de facteurs néfastes parmi lesquels les grossesses rapprochées et répétitives, les grossesses précoces, les avortements clandestins, la recherche tardive de soins, les difficultés d'accès et l'insuffisance de soins obstétricaux et néonataux adéquats.

L'Enquête Démographique et de Santé (EDS) au Bénin, 2017-2018 indique d'importants besoins non satisfaits en PF de 32,3% et une utilisation actuelle des méthodes de contraception modernes estimée à 12,4% (EDS-V, 2017-2018).² Dans le cadre du repositionnement de la PF, le Bénin a participé de manière active à l'instar des autres pays francophones de l'Afrique de l'Ouest à la conférence sur « Population, Planification Familiale et Développement : l'urgence d'agir » du 8 au 10 février 2011 à Ouagadougou. Le Bénin a aussi pris part aux différentes conférences sur la PF dont celle de Saly Mbour au Sénégal sur « l'engagement de la société civile en faveur de la planification familiale » en Septembre 2011, celle de Dakar en Novembre 2011, celles de Londres tenue en juillet 2012 et 2017 et les différentes conférences internationales sur la planification familiale. Afin de donner suite aux engagements pris lors de ces conférences, le Bénin a développé à travers un processus participatif et inclusif, un Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale 2014-2018 et vient de boucler l'exercice de conception d'un nouveau PANB 2019-2023. Ce plan d'action de deuxième génération s'aligne sur le but et les objectifs de la Politique Nationale de Développement (2018-2025) qui intègre le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2018-2022 et capitalise les acquis et points à améliorer du Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale 2014-2018.

¹ Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et ICF. 2019. *Enquête Démographique et de Santé au Bénin, 2017-2018*. Cotonou, Bénin et Rockville, Maryland, USA : INSAE et ICF

² *Idem*

Le Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale (PANB) 2019-2023 du Bénin définit comme objectifs de développement de « promouvoir la santé des populations par l'accélération de la transition démographique et économique » et comme objectif stratégique « d'accroître le taux de prévalence contraceptive moderne chez les femmes de 12,4% (EDS 2017-2018) en 2018 à 21,8% en 2023 ». Le PANB 2019-2023 du Bénin est un document consensuel élaboré par le Ministère de la Santé avec l'appui des Organisations de la Société Civile, du secteur privé, des associations de femmes, des adolescents et des jeunes, des Partenaires Techniques et Financiers et autres personnes-ressources.


La mise en œuvre effective de ce plan contribuera sans nul doute à une meilleure coordination des activités de Planification Familiale et une amélioration de la prévalence contraceptive sur l'ensemble du pays. Les investissements en matière de Planification Familiale auraient aussi des retombées importantes sur la croissance économique et donc la réduction de la pauvreté, mais également sur la qualité de vie des femmes en priorité, des couples et aussi de la population tout entière. La Planification Familiale (PF) joue un rôle important tant pour les familles en général que pour les femmes en particulier, car elle permet aux couples et aux individus de maîtriser leur fécondité, de contribuer plus efficacement au développement socio-économique. Elle est également un moyen d'espacement des naissances et donne la possibilité de retarder les grossesses des adolescentes et jeunes femmes ; les grossesses précoces étant associées à un risque élevé de problèmes de santé et de décès. Elle permet enfin d'éviter les grossesses non désirées, notamment chez les femmes plus âgées pour qui les risques associés à la grossesse sont accrus. La PF est aussi une des voies royales pour la capture du dividende démographique dont notre cher pays le Bénin voudrait bénéficier à long terme.

Eu égard à tous les bienfaits de la Planification Familiale, le concept doit être compris et mis en œuvre à travers une approche multisectorielle, inclusive et fondée sur les droits de la personne permettant à divers secteurs et acteurs d'apporter leur contribution à l'atteinte de l'objectif ambitieux, mais réalisable que se fixe le présent plan d'action à savoir une prévalence contraceptive de 21,8% d'ici à 2023. Aussi, le plan de passage à l'échelle nationale du DMPA-SC et les directives d'auto injection élaborés par le Ministère de la Santé sont annexés au présent plan et vont concourir substantiellement à l'atteinte des objectifs fixés.

En effet, pour inverser la tendance actuelle de l'utilisation des services de PF qui hypothèque la qualité de vie, fragilise la santé, la survie des femmes, des enfants et compromet sérieusement la réalisation des objectifs nationaux de développement, nous devons tous nous investir à réduire au minimum les conséquences des naissances non planifiées en mettant en œuvre des stratégies novatrices et multisectorielles permettant de répondre en priorité aux besoins des couples et des individus en PF.

Je peux vous assurer que la volonté politique ne fera pas défaut et que le Ministère de la Santé jouera pleinement son rôle.

J'invite tous les acteurs intervenant dans le domaine de la PF au Bénin à considérer ce Plan de 2019-2023 comme le cadre de référence de leurs interventions, à s'en approprier et à contribuer à sa mise en œuvre effective.


Benjamin I. B. **HOUNKPATIN**
Ministre de la Santé



Résumé exécutif

Le Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale 2019-2023 du Bénin est un plan stratégique et opérationnel qui met en exergue une vision claire des objectifs nationaux en matière de Planification Familiale. C'est également un outil de mobilisation des ressources dont le suivi et l'évaluation permettront au Gouvernement de prévoir les ressources nécessaires pour l'atteinte des objectifs définis dans le plan. Le Ministère de la Santé du Bénin, avec le soutien des Partenaires Techniques et Financiers, a élaboré le présent PANB 2019-2023 en vue de disposer d'une feuille de route spécifique pour accélérer le repositionnement de la PF et atteindre le taux de prévalence contraceptive moderne (TPCm) de 21,8% d'ici 2023. Cela contribuera sans nul doute à une meilleure maîtrise de la croissance démographique, à l'amélioration de la santé maternelle et infantile. Cela renforcera aussi les efforts du Gouvernement et de ses partenaires pour l'atteinte du dividende démographique, des objectifs de développement durable (ODD) et les objectifs de développement économique et social du pays.

Le PANB complète et soutient les stratégies déjà mises en œuvre au Bénin, comme le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) élaboré pour la période 2018-2022. Ce plan tient aussi compte de l'augmentation du nombre d'utilisatrices additionnelles et des défis relatifs à la disponibilité des produits contraceptifs.

Aussi, le Ministère en charge de la Santé a élaboré un Plan Stratégique National 2017-2021 de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction et de Programmation Holistique des Préservatifs au Bénin. Ce plan a pour objectif d'accroître l'accès et l'utilisation des produits de santé de la reproduction et d'apporter une meilleure stratégie de promotion et de distribution des préservatifs masculins et féminins dans une perspective novatrice de réponses au VIH/ Sida et à l'épineuse question des grossesses non désirées.

Le Bénin a adhéré aux mouvements mondiaux pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile, comme la Campagne d'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et néonatale en Afrique (CARMMA), le Partenariat de Ouagadougou³ (PO), l'initiative FP2020⁴ et The Challenge Initiative (TCI) pour une meilleure accessibilité fondée sur le droit à des services de qualité de PF volontaire.

Le pays a ainsi développé un Plan d'Action de Lancement de la CARMMA au Bénin en 2010, avec pour but de garantir la disponibilité et l'utilisation de services de santé maternelle et infantile de qualité. En 2018, le Bénin a aussi mis en place la Stratégie Nationale Multisectorielle de la Santé Sexuelle et de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes 2018-2022.

³ En décembre 2015, le Partenariat de Ouagadougou (PO) s'est fixé comme objectif d'atteindre 2,2 millions d'utilisatrices additionnelles entre 2016 et 2020.

⁴ Le partenariat FP2020 a été lancé lors du Sommet sur la planification familiale organisé à Londres en 2012 avec pour objectif de garantir d'ici 2020 à 120 millions de femmes et de jeunes filles supplémentaires dans 69 des pays les plus pauvres de la planète un accès volontaire à des moyens de contraception modernes.

Le Bénin fait face à de nombreux défis démographiques et sanitaires qui ont des conséquences néfastes sur le développement social et économique du pays. La population du Bénin est très jeune ; avec les deux tiers âgés de moins de 25 ans et près de la moitié âgée de moins de 15 ans.

Dans le domaine de l'accès et de l'utilisation des méthodes contraceptives par les adolescents et les jeunes au Bénin, la situation mérite une attention particulière de la part des acteurs étatiques.

L'environnement habilitant défavorable et l'éducation sexuelle insuffisante constituent également des questions importantes à prendre en compte.

Par ailleurs, les services de SR/PF sont bien souvent inadaptés aux jeunes. L'accès des jeunes aux services et produits de PF demeure donc un défi en l'absence de leur prise en compte suffisante dans l'élaboration des politiques de PF.

Ces différents éléments sont nourris par des facteurs socioculturels et religieux, le manque de dialogue communautaire sur la PF, de sensibilisation des parents et enfin le faible plaidoyer politique en faveur des jeunes.

Un des défis du secteur de la santé y compris le programme PF, est la faible allocation budgétaire de l'Etat et le faible taux de décaissement. Actuellement, le financement de la PF comme celui de la santé dépend largement des dépenses de santé des ménages et les produits contraceptifs proviennent entièrement des partenaires au développement. Un des objectifs du pays est d'augmenter les ressources domestiques allouées à la PF.

Le PANB 2019-2023 du Bénin révèle que pour arriver à un TPCm de 21,8% en 2023 pour les femmes en âge de procréer, il faudrait un taux de croissance global annuel d'utilisation des services de PF d'environ 1,5 point par an.

Pour ce faire, en tenant compte des résultats des évaluations de politiques et des stratégies en PF, le Bénin a défini cinq axes stratégiques pour son PANB : (i) création de la demande (ii) offre et accès aux services (iii) sécurisation des produits (iv) politique, environnement habilitant et financement (v) coordination et suivi-évaluation. Pour chaque axe, le PANB inclut une liste détaillée d'activités clés à mettre en œuvre avec un chronogramme et des budgets détaillés.

Les objectifs opérationnels du PANB 2019-2023 sont de :

- ❖ Promouvoir la santé des populations et accélérer la transition démographique ;
- ❖ Contribuer à l'amélioration de la santé des populations par l'augmentation du taux de prévalence contraceptive moderne chez les femmes en âge de procréer de 12,4% en 2018 à 21,8% en 2023 au niveau national.

Le coût total du plan est estimé à treize milliards cent quatre-vingt-neuf millions deux cent quatre-vingt-treize mille trente-quatre francs (13 189 293 034 FCFA), soit 23 636 938 USD. La répartition de ce budget par axe stratégique se présente comme suit : la Création de la demande, 2 397 113 124 FCFA, soit 4 295 940 USD. Cet axe couvre 18,2% du budget total ; l'Offre et l'accès

aux services, 3 930 060 945 FCFA, soit 7 043 183 USD et couvre le tiers (29,8% du budget global) ; la Sécurisation des Produits, 509 067 402 FCFA, soit 912 315 USD (3,9%) ; la Politique, l'Environnement Habitant et le Financement, 1 465 945 FCFA soit 1 465 945 USD (6,2%),; la Coordination, Suivi - Évaluation, 775 713 788 FCFA soit 1 390 181 USD (5,9%), et pour l'Achat des Produits Contraceptifs et les consommables, 4 759 347 847 FCFA soit 8 529 374 USD (36,1%),.

Le succès de la mise en œuvre du PANB 2019-2023 du Bénin dépendra de l'engagement de chaque entité à tous les niveaux à travers des arrangements institutionnels clairs.

Il s'agit d'un document vivant qui requerra une forte coordination multisectorielle des différentes parties prenantes.

La mise en œuvre du plan sera coordonnée par le Ministère de la Santé à travers la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME). Les autres secteurs et les ministères connexes contribueront également à la mise en œuvre de ce PANB pour garantir l'accès de tous, notamment des adolescents et des jeunes à l'information et services de PF de qualité.

Les Organisations de la Société Civile (OSC) et les PTF apporteront leur contribution à la mise en œuvre du plan, au renforcement des capacités des acteurs en PF, au plaidoyer et à la mobilisation des ressources pour la pérennisation des actions.

Processus et formulation du PANB 2019-2023 du Bénin

La République du Bénin a développé son Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale (PANB) 2019-2023 avec l'appui financier de l'USAID à travers l'assistance technique du projet USAID Health Policy Plus (HP+). C'est aussi Palladium sous le projet Health Policy Project (HPP), le prédécesseur de HP+ avec le financement de l'USAID qui avait appuyé la conception du PANB 2014-2018 du Bénin. Afin de garantir le succès du processus, le Ministère de la Santé a mis en place une Équipe Opérationnelle (EO), des Comités techniques (CT) et de Pilotage (CP). Sous le leadership de la DSME, l'équipe opérationnelle a été mise en place et a apporté son appui. Cette équipe composée des experts de HP+ et du Ministère de la Santé a conduit l'aspect technique de tout le processus d'élaboration du nouveau PANB deuxième génération du Bénin. Il est à signaler qu'en amont de ce travail, l'USAID HP+ avait conduit sous l'égide du Ministère de la Santé une revue finale du PANB 2014-2018.

De juin à Septembre 2018, l'équipe opérationnelle a travaillé sous la responsabilité de la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME) pour :

- effectuer l'analyse du contexte de la PF au Bénin y compris une revue documentaire et des consultations ;
- identifier les objectifs stratégiques et solliciter une forte participation des parties prenantes (par des consultations de groupe, des réunions techniques avec les personnes-ressources et des communications électroniques) ;
- développer et affiner les activités et actions prioritaires et estimer les coûts.

L'équipe de Health Policy plus (HP+), en tant que membre de l'équipe opérationnelle a travaillé en étroite collaboration avec toutes les parties prenantes du secteur de la PF au Bénin. Des personnes-ressources provenant des diverses structures de l'Etat, des partenaires au développement, des partenaires de mise en œuvre, de la société civile et du secteur privé de santé ont fait preuve d'un engagement sans faille lors de la rédaction du présent plan.

L'Équipe Opérationnelle (EO), en collaboration avec le groupe d'experts, a développé la stratégie technique dans le cadre d'un processus inclusif et participatif, qui comprenait l'analyse de la situation, l'identification des défis clés, l'établissement des objectifs, la formulation des résultats et la planification des activités. La stratégie technique du PANB a été construite sur une compréhension globale des problèmes, des défis et des opportunités de la Planification Familiale, des programmes et des politiques au Bénin et suit les éléments fondamentaux de la conception d'un programme de Planification Familiale solide. L'équipe a effectué une analyse de la situation pour recueillir des informations et des données comprenant un examen de la littérature disponible, une analyse secondaire des données statistiques et des consultations avec les parties prenantes pour recueillir des informations. L'équipe a pris en compte les contributions de l'ensemble des acteurs sur les activités en cours et les activités potentielles pour faire face aux obstacles aux plans national, régional et communautaire. Ce

plan s'inscrit dans la vision globale du Plan National de Développement Sanitaire 2018-2022 à savoir :

« Le Bénin dispose en 2030 d'un système de santé régulé, performant et résilient basé sur la disponibilité permanente de soins promotionnels préventif, curatif, ré-adaptatif et palliatif de qualité, équitables et accessibles selon le cycle de vie, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec la participation active de la population ».
[PNDS, 2018-2022]

Le but du présent PANB, est d'accroître le taux de prévalence contraceptive moderne (TPCm) de 12,4% en 2018 à 21,8% en 2023 en veillant à ce que tous les couples, les individus et les adolescents et jeunes aient accès à une gamme complète de services de planification familiale abordables et de qualité.

Pour atteindre l'objectif de TPCm de 21,8 % d'ici 2023, on estime que le TPCm devra croître en moyenne de 1,5% par année. La cible de TPCm pour les femmes en âge de procréer a été examinée et sélectionnée dans le cadre d'une réunion consultative basée sur la réalité de la situation de la PF au Bénin, ainsi qu'en utilisant l'outil FP Goals en collaboration avec Track20.

La stratégie technique a été orientée par la volonté politique du pays d'augmenter le taux de prévalence contraceptive moderne (TPCm) de 12,4% en 2018 à 21,8 en 2023.

Le plan et la matrice des activités ont été présentés sous diverses formes au groupe d'experts tout au long du processus d'élaboration. Le plan a été ensuite affiné en fonction de leurs commentaires et suggestions lors des réunions et par communications électroniques.

Une liste des défis clés et des facteurs de cause associés a été élaborée à partir de l'analyse détaillée du contexte et du travail de consultation des parties prenantes. L'équipe opérationnelle a ensuite mené une analyse de l'origine de ces défis pour identifier le contexte et l'interrelation des problèmes et élaborer une liste complète des facteurs de causalité pour chaque défi clé et des questions qui pourraient être abordées par diverses interventions. Cette information a ensuite été organisée, classée et intégrée à une matrice des défis objectifs. Les objectifs stratégiques ont été élaborés à partir des données recueillies au cours de ce processus de consultation et de l'examen documentaire puis soumis à nouveau aux parties prenantes pour vérification, affinement et approbation.

L'équipe a ensuite transformé les défis en objectifs stratégiques, élaboré une matrice de mise en œuvre détaillant les objectifs spécifiques, les actions prioritaires, les activités, les entrées et sorties nécessaires à la réalisation des activités, et le calendrier de mise en œuvre. Cette matrice a ensuite été distribuée aux parties prenantes pour des commentaires et des modifications supplémentaires. La matrice a été détaillée et améliorée par le biais de réunions avec les parties prenantes. En outre, les parties prenantes ont fourni des commentaires supplémentaires à travers diverses itérations de la matrice par des consultations individuelles, des petits groupes et des communications électroniques.

L'équipe a aussi pris en compte les meilleures pratiques mondiales et les interventions à haut impact et a mis un accent particulier sur les questions de droits humains notamment ceux des adolescents et des jeunes. Elle a ensuite procédé à leur analyse pour leur applicabilité au Bénin et a inclus des activités pertinentes dans le PANB selon le contexte du pays et les avis des experts.

USAID HP+ sous l'égide de la DSME a fortement collaboré avec le projet Track20 de AvenirHealth et Camber Collective dont les inestimables apports ont permis d'enrichir le présent document.

En effet, Track20 de AvenirHealth a conduit un atelier de consensus avec la participation de l'équipe opérationnelle composée d'agents de la DSME, et autres structures étatiques, de représentants de l'UNFPA, de l'Association Béninoise pour le Marketing Social (ABMS), de l'Association Béninoise pour la Promotion de la Famille (ABPF), des jeunes ambassadeurs pour la PF pour identifier des interventions à haut impact avec l'Outil FP Goals, sous le leadership du Ministère de la Santé. Ainsi, les analyses faites par Track20 ont confirmé les interventions à haut impact déjà retenues par l'équipe opérationnelle lors des rencontres des comités techniques et de pilotage.

Par ailleurs, « Camber Collective » sur la base de l'étude réalisée sur l'Analyse de la Demande Nationale (ADN) en Planification Familiale auprès de 1500 cibles, a contribué au renforcement de l'axe sur la demande notamment pour le groupe des adolescents et des jeunes de 15-24 ans.

La budgétisation du nouveau plan a été faite en tenant compte des meilleures pratiques internationales et a été adaptée au contexte du Bénin pour inclure les coûts locaux. Au cours de l'exécution, un perfectionnement de la stratégie technique deviendra nécessaire au fur et à mesure que l'information sera générée par le suivi des performances du PANB.

Introduction

Le Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale 2019-2023 du Bénin détaille les actions du pays pour atteindre sa vision et ses objectifs afin d'améliorer la santé et le bien-être de sa population en fournissant des méthodes de planification familiale axées sur les droits ainsi que des informations et des services de haute qualité. Le présent plan s'inscrit dans la continuité des efforts mis en place par le gouvernement de la République du Bénin pour la Planification Familiale au cours de la première édition de son Plan d'Action National de Repositionnement de la Planification Familiale 2014-2018, dont l'évaluation a permis de mettre en évidence des défis et des opportunités pour le futur.

Les engagements du Bénin en matière de Planification Familiale s'alignent sur le Plan National de Développement Sanitaire du Bénin (PNDS, 2018-2022). Ainsi, le plan contribue aux objectifs de développement du Bénin, entre autres le développement humain et le développement économique.

Sur le plan international, le Sommet de Londres sur la Planification Familiale de juillet 2012 et, celui de juillet 2017 ont renouvelé l'enthousiasme et l'engagement des partenaires au développement envers la Planification Familiale. C'est également le cas au niveau de la sous-région de l'Afrique de l'Ouest francophone où a été mis en place en 2011, le Partenariat de Ouagadougou dans le but d'accélérer les progrès en matière de Planification Familiale.

C'est dans cet objectif que le Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale (PANB) 2019-2023 du Bénin a été développé pour contribuer entre autres à l'atteinte des objectifs du mouvement FP2020, celui du Partenariat de Ouagadougou et s'aligner sur les politiques et stratégies clés en matière de PF, de population et de santé au Bénin.

En outre, l'accès à la Planification Familiale et à la contraception est une dimension fondamentale de la santé sexuelle et reproductive y compris les droits afférents, comme l'indique clairement le Programme d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), tenue au Caire, en Egypte, en 1994. Le cadre de consensus de la CIPD visait directement un objectif de santé et de droits généraux en matière de sexualité et de procréation fondé sur un cadre de défense des droits de l'homme et incluant la Planification Familiale, la santé maternelle, la prévention des Infections Sexuellement Transmissibles et la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) chez les adolescents et les jeunes.

Conformément à ces objectifs, les Politiques et Normes en Santé de la Reproduction, Planification Familiale et Infections Sexuellement Transmissibles du Bénin définissent une approche fondée sur les droits de la santé de la reproduction et des droits sexuels. Ainsi, les hommes et les femmes doivent être informés et avoir accès à des services sûrs, efficaces, abordables et acceptables de Planification Familiale de leur choix.

En dépit des instruments politiques nationaux et internationaux appuyant les services et les droits de santé sexuelle et reproductive, la population du Bénin, en particulier les adolescent(e)s, les jeunes filles et les femmes, ne peuvent pas accéder à certains services à cause des

barrières telles que les pesanteurs socioculturelles et religieuses (mariages et grossesses précoces, etc.), le faible statut socio-économique, le faible niveau d'éducation et d'alphabétisation ainsi que le faible accès aux soins de santé. Ces facteurs influencent négativement la vie des femmes et des filles qui ne peuvent pas jouir pleinement de leurs droits à l'éducation, à la santé et au travail en raison du manque d'informations et de services leur permettant de décider de leur sexualité et de planifier la taille de leur famille.

C'est dans ce contexte que le Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale 2019-2023 du Bénin a été conçu pour permettre un plus grand accès à l'information et aux services de Planification Familiale volontaire, sûre et abordable pour tous.

Ce plan qui sert de document de référence pour tous les acteurs intervenant dans le domaine donne une orientation stratégique en matière de Planification Familiale au Bénin et s'articule autour de cinq grands axes à savoir :

- ❖ Création de la Demande ;
- ❖ Offre et Accès aux Services ;
- ❖ Sécurisation des Produits ;
- ❖ Politique, Environnement Habilitant et Financement ;
- ❖ Coordination, Suivi - Evaluation.

Justification et utilisation du PANB

Le PANB 2019-2023 est le guide pour le programme de Planification Familiale du Gouvernement, des Partenaires au développement, des acteurs de la société civile, du secteur privé et de tous les partenaires d'exécution. Le PANB détaille les activités du programme et les coûts associés à la réalisation des objectifs nationaux. Il fournit également des informations claires au niveau du programme sur les ressources que le pays doit mobiliser à l'échelle nationale et auprès des partenaires. Le plan donne une orientation à la PF au Bénin, en veillant à ce que toutes les composantes d'un programme réussi soient traitées et budgétisées par le Gouvernement, les Partenaires Techniques et Financiers, les partenaires d'exécution et tous les acteurs.

Plus précisément, le PANB sera utilisé pour réaliser les actions importantes ci-après :

- ***Veiller à ce qu'une stratégie nationale unifiée pour la Planification Familiale soit suivie par le Gouvernement, les Partenaires au développement et les partenaires d'exécution*** : le PANB 2019-2023 énonce les priorités axées sur le consensus au Bénin en matière de PF par voie consultative et devient ainsi un contrat social pour les donateurs et les partenaires d'exécution. Le plan aidera à s'assurer que toutes les activités sur la Planification Familiale sont alignées sur les besoins du Bénin, évitant la fragmentation des efforts et guidant les partenaires actuels et nouveaux dans leurs investissements et programmes de PF. Toutes les parties prenantes devraient aligner leur programmation PF sur la stratégie détaillée exposée dans le présent document. En outre, le Ministère de la Santé doit amener l'ensemble des partenaires au développement et de mise en œuvre à tenir compte des activités qui sont prévues dans le plan et réorienter le financement vers les besoins du pays identifiés comme prioritaires. Dans le même temps, ce nouveau PANB détaille les cibles, les actions et les indicateurs afin de rendre le ministère responsable de sa réussite. Tous les autres ministères sectoriels devraient travailler en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé pour mettre en œuvre le plan et coordonner les efforts.
- ***Définir les activités clés et une feuille de route de la mise en œuvre*** : Le PANB 2019-2023 comprend toutes les activités nécessaires avec des objectifs définis de manière appropriée pour obtenir les résultats qui vont contribuer à atteindre les objectifs de Planification Familiale du pays d'ici 2023.
- ***Définir un budget national*** : le plan détermine les coûts détaillés des produits contraceptifs et les coûts liés aux activités des composantes associées de la PF. Il fournit des informations concrètes sur l'activité et le budget pour justifier les demandes budgétaires du Ministère de la Santé du programme de PF, alignées sur les objectifs nationaux entre 2019 et 2023. Il fournit également des conseils au Ministère de la Santé et aux partenaires pour donner la priorité au financement et à la mise en œuvre des objectifs stratégiques.

- ***Mobiliser les ressources*** : le PANB devrait également être utilisé par le ministère et ses partenaires pour mobiliser les ressources nécessaires. Le plan détaille les activités et le budget nécessaires à la mise en œuvre d'un programme complet de PF. Grâce à cela, le ministère de la Santé et les partenaires peuvent systématiquement suivre les ressources actuellement disponibles par rapport à celles requises comme stipulé dans le plan et mener des activités de plaidoyer pour mobiliser des fonds auprès des partenaires au développement pour supporter tout écart de financement restant.
- ***Suivre les progrès*** : les mécanismes de gestion des performances du PANB mesurent l'étendue de la mise en œuvre des activités et aident à déterminer si le programme de PF du pays atteint ses objectifs, assure la coordination et guide les changements nécessaires.
- ***Fournir un cadre pour une participation inclusive*** : le plan et son système de suivi constituent un point de départ pour aborder et améliorer la participation des parties prenantes internes et externes au Gouvernement. En outre, lorsque cela est approprié et réalisable, les activités visent à inclure les groupes pertinents et les représentants des populations clés dans la mise en œuvre et le suivi du plan.

I. Analyse situationnelle

1.1. Contexte du Bénin

1.1.1. Présentation du Bénin

Le Bénin est un pays de la sous-région ouest-africaine situé dans la zone intertropicale entre l'Équateur et le Tropique du Cancer, plus précisément entre les parallèles 6°30' de latitude nord, d'une part, et le méridien 1°et 3°40' de longitude est, d'autre part. Le Bénin a une superficie de 114 763 km² et s'étend sur une longueur de 700 km et sa largeur varie de 125 km (le long de la côte) à 325 km (latitude de Tanguéta). Il est limité au nord par le Niger et le fleuve Niger, au nord-ouest par le Burkina Faso, à l'ouest par le Togo, à l'Est par la République Fédérale du Nigéria et au sud par l'océan Atlantique.

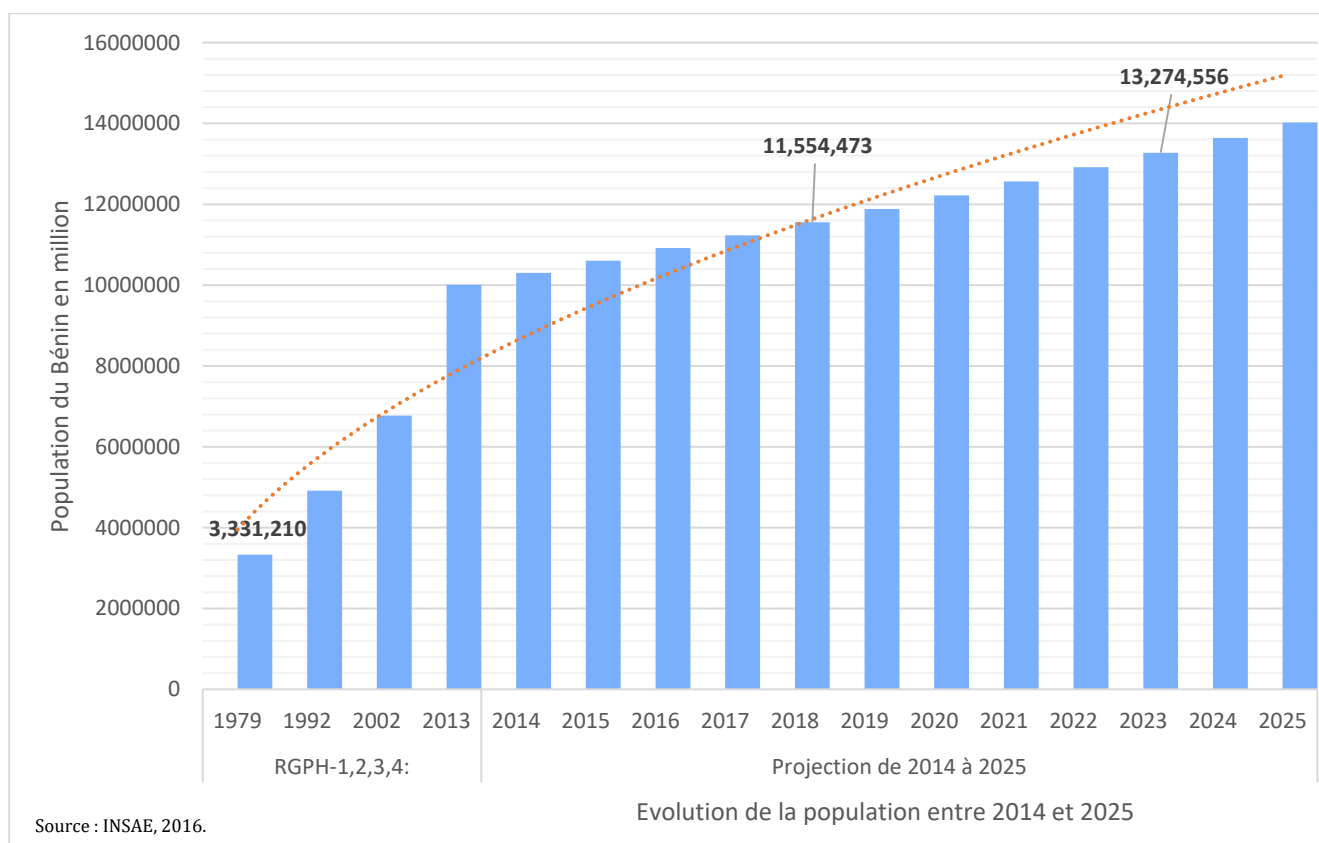
Le Bénin présente un climat chaud et humide ; les températures sont constamment élevées avec une moyenne de 25°C pour l'ensemble du pays. Elles sont souvent plus élevées au mois de mars tandis qu'en août on observe une baisse des températures. La variabilité des températures est plus importante dans le Nord que dans les zones côtières. Au cours de la période de Novembre à mi-janvier, l'harmattan y souffle et est très fort dans les régions du Nord Bénin.

1.1.2. Population

En 2013, le quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH4) a permis de dénombrer 10 008 749 habitants résidents, dont 5 120 929 personnes de sexe féminin (51,2%) ; 4 460 503 résidents en zone urbaine (44,6%) et 5 548 246 en milieu rural (55,4%). La population du Bénin est inégalement répartie, car trois départements les plus peuplés sur 12 comptent à elles seules 37,1% de la population du Bénin. Il s'agit notamment des départements de l'Atlantique avec une population de 1 398 229 habitants, soit 14,0%, du Borgou avec 1 214 249 habitants (12,1%) puis de l'Ouémé 1 100 404 habitants (11,0%).

En 1979, la population totale du Bénin s'élevait à 3 331 210 d'habitants. Comme l'indique le graphique 1, cette population a été multipliée par trois (3) en trente-quatre (34) ans et est passée à 10 008 749 habitants en 2013 avec un taux de croissance intercensitaire de 3,5 entre 2002 et 2013 contre 3,25% entre 1996 et 2002. Si ce taux se maintient, la population du Bénin atteindra en 2025 14 020 856 habitants. La population du Bénin est en forte croissance avec des disparités par département. C'est le cas par exemple de trois départements ayant connu de forts taux d'accroissement entre 2002 et 2013 : l'Atlantique (5,05%), le Borgou (4,68%) et l'Alibori (4,61%).

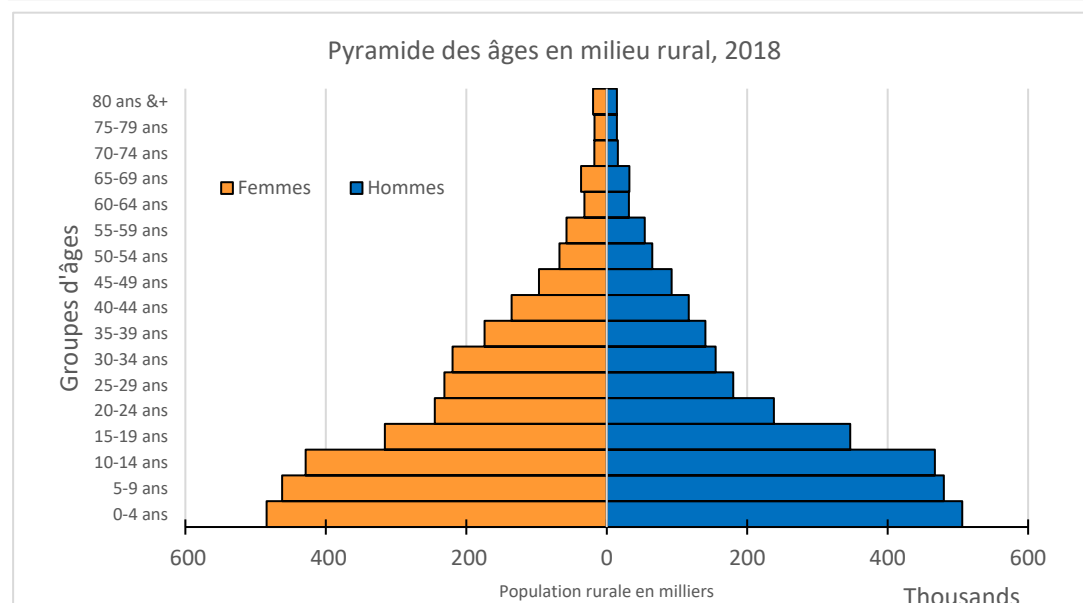
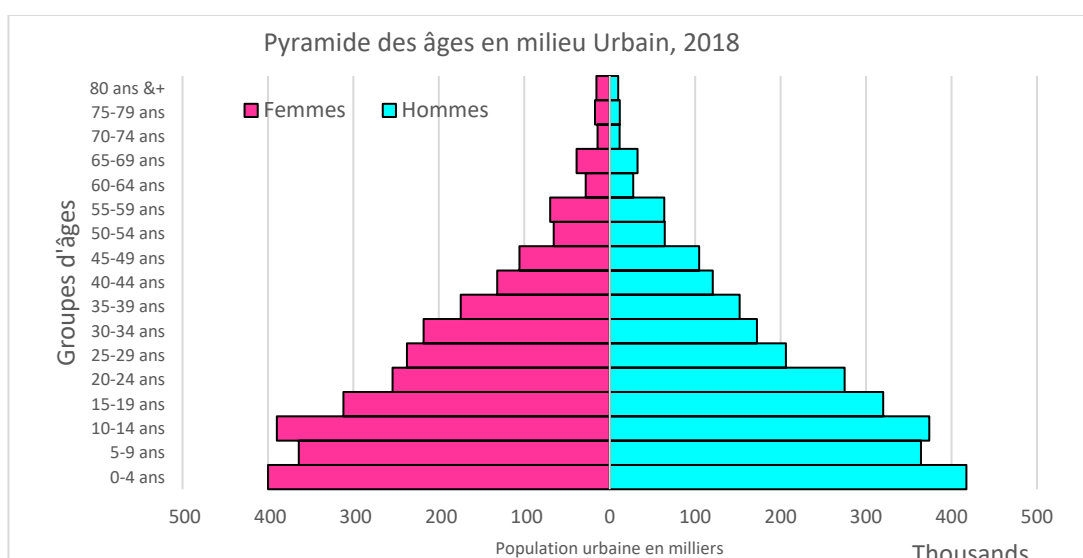
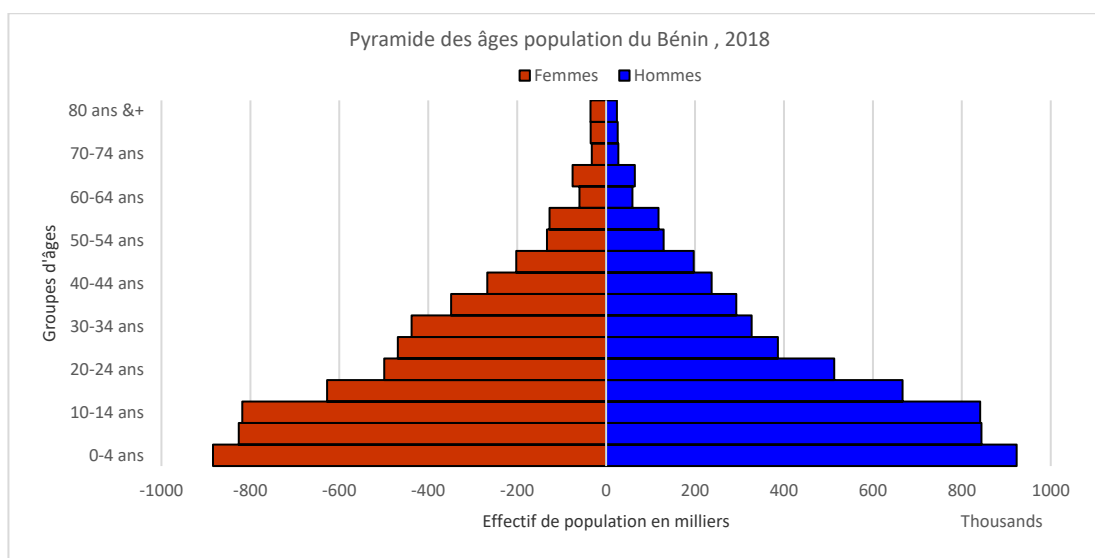
5 INSAE, donnée des RGPH4, 2013.



Graphique N° 1: Effectif total de population (en million) des quatre derniers recensements et les projections de population entre 2014 et 2025

Les changements dans la structure par âge d'un pays au fil du temps peuvent avoir d'importantes répercussions sur la trajectoire économique et sociale de ce dernier, ainsi que sur les allocations de ressources et les programmes d'action des États.

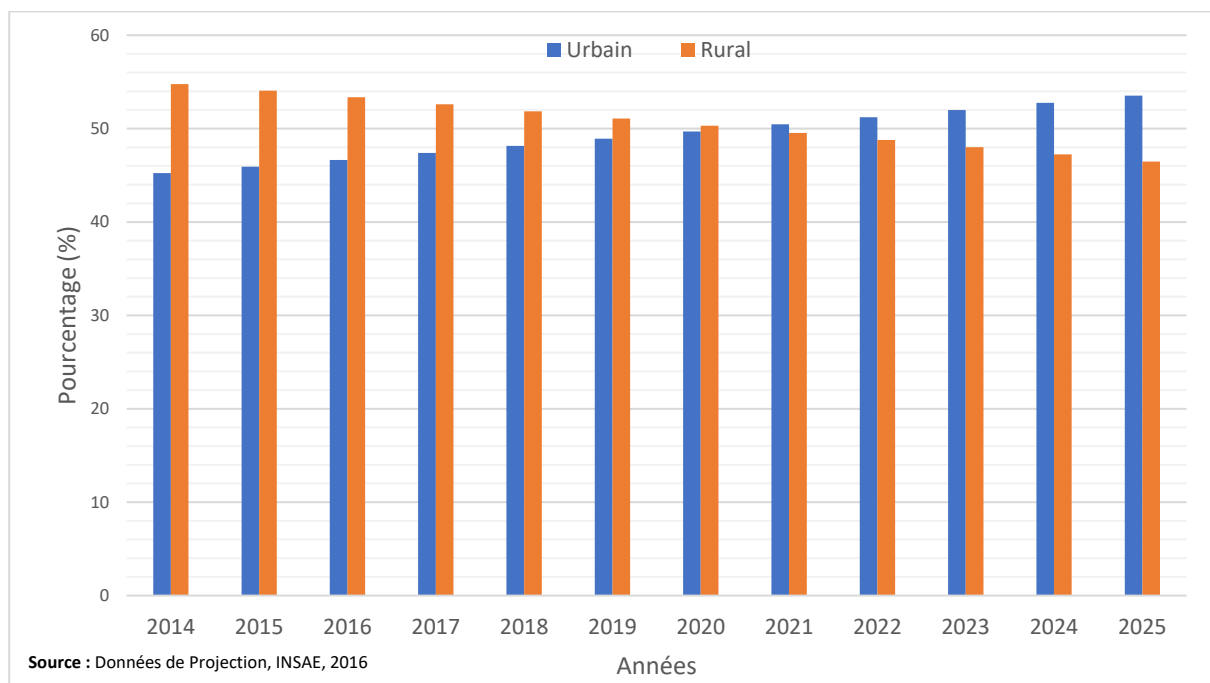
Le graphique 2 présente la photographie de la population du Bénin en 2018. Cette structure de la population selon les grands groupes d'âge montre que le profil démographique du Bénin est celui d'une population très jeune où plus de la moitié (55,7%) de la population est âgée de moins de 20 ans soit 6 431 888 personnes. Les pyramides des âges du graphique 2 présentent une base élargie par la forte proportion de jeunes, de moins de 15 ans (44,5%) dont 47,2% sont en zone rurale et 41,5% en milieu urbain. En revanche, la population active de 25 à 65 ans ne représente que le tiers (32,8%) de la population et les personnes inactives représentent 47,3 % de la population totale (44,5 % des moins de 15 ans et 2,8 % de 65 ans et plus) avec un rapport de dépendance démographique de 90%. Ces pyramides sont également caractéristiques d'un taux de natalité et de mortalité très élevé tant en milieu urbain qu'en milieu rural au Bénin.



Source : Données de Projection, Institut National de la Statistique et de l'analyse économique (INSAE), 2016

Graphique N° 2 Distribution de la population du Bénin et selon le milieu (urbain et rural) par groupes d'âge, en milliers d'habitants, 2018.

Comme le montre le graphique 3 ci-dessous, la proportion de la population rurale décroît au détriment des milieux urbains au Bénin entre 2014 et 2025. En effet, en 2014, la part de la population rurale était d'environ 54,8% et sera à 46,5% en 2025. Quant à la population urbaine, elle ne cesse de croître. Elle était de 45,2% en 2014 et atteindra 48,9% en 2019 puis à 53,5% en 2025 (graphique 3).



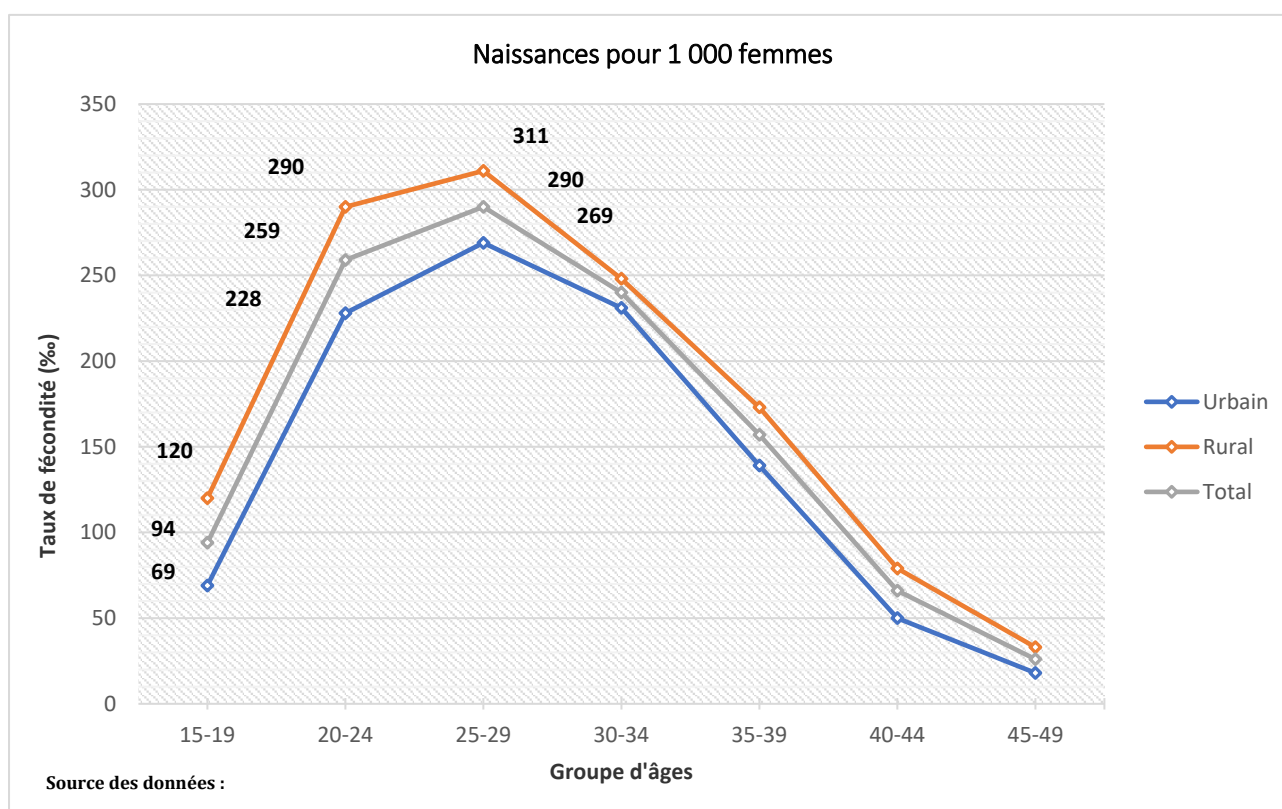
Graphique N° 3: Variation de la population selon le lieu de résidence entre 2014 et 2025.

L'analyse des données démographiques du Bénin indique par ailleurs que le pays fait face à une forte pression démographique avec un taux de croissance intercensitaire de 3,75%. Avec une population très jeune d'environ 64,4% âgée de moins de 25 ans en 2018, le Bénin a des besoins en termes de mise en place d'infrastructures sociocommunautaires. Ces besoins seront en constante évolution si le rythme de la croissance démographique est maintenu. Une plus grande maîtrise des paramètres populationnels devrait donc permettre au Bénin de garantir un environnement socio-économique plus prospère pour les générations futures. Face à ces défis, le *Plan National de Développement (PND) 2018-2025* et de son premier document d'opérationnalisation, le *Programme de Croissance pour le Développement Durable (PC2D) 2018-2021* ont entre autres prévu d'offrir les conditions d'un développement inclusif du capital humain en accélérant la transition démographique et permettre au Bénin de bénéficier rapidement du dividende démographique en investissant dans les domaines prioritaires tels que la planification familiale, la santé, l'éducation et la conception des politiques publiques).

1.1.3. Fécondité, population et développement

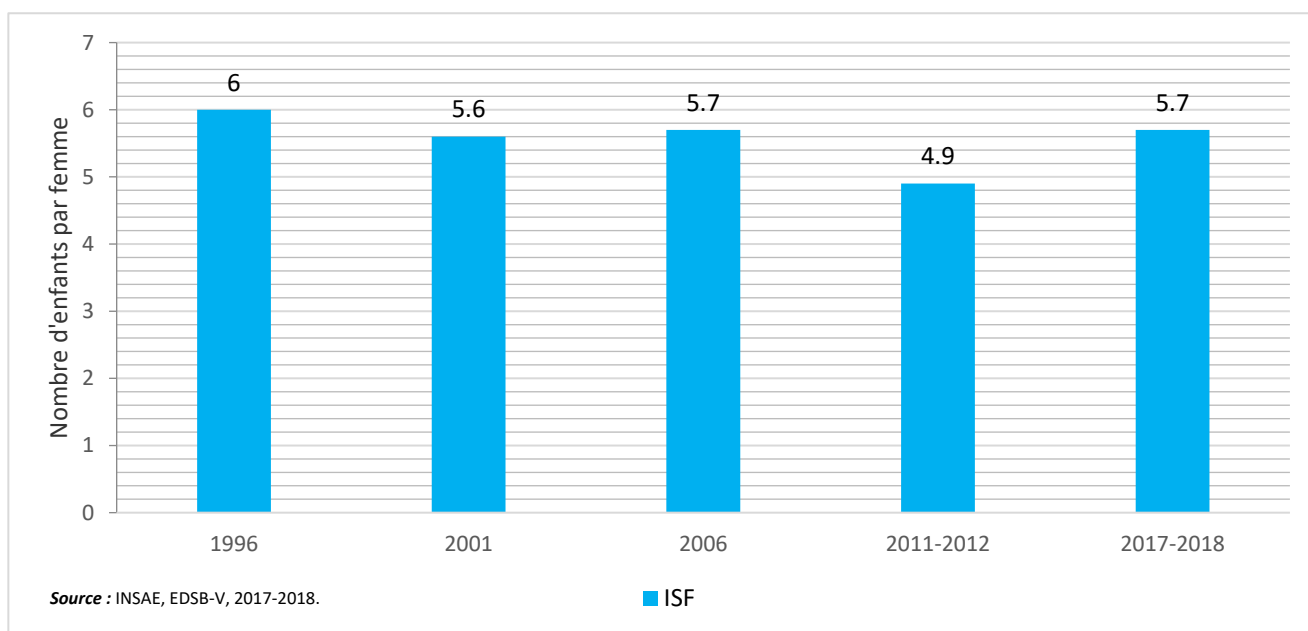
La maîtrise de l'évolution de la population, notamment de la fécondité, est fondamentale pour l'élaboration de politiques gouvernementales. Les décisions relatives à la santé, à l'éducation, au développement économique, etc. sont généralement influencées par les indicateurs démographiques. La dynamique de la fécondité est appréciée ici par les taux de fécondité et par l'Indice synthétique de fécondité (ISF).

Selon l'enquête MICS de 2014, l'analyse de la fécondité des femmes en âge de procréer (15-49 ans) indique que le taux global de fécondité générale (TGFG), c'est-à-dire le nombre annuel moyen de naissances vivantes dans la population des femmes en âge de procréer, est estimé à 186,2‰ sur le plan national avec une forte disparité entre le milieu rural (205,0‰) et le milieu urbain (166,7‰). L'analyse des données du graphique 4 montre le schéma global de fécondité par âge, indique que la procréation commence de façon précoce, car, 94 naissances pour 1000 femmes sont enregistrées aux âges de 15 à 19 ans. Ce taux augmente très rapidement pour atteindre son maximum parmi le groupe d'âge de 25-29 ans (avec 311 naissances pour 1000 femmes) et diminue progressivement avec l'évolution de l'âge. La disparité entre le milieu urbain et rural sur la fécondité est plus prononcée au niveau des femmes âgées de 20-24ans. Ce groupe enregistre en 2014, 228 naissances pour 1000 femmes en milieu urbain contre 290 naissances pour 1000 femmes en milieu rural.



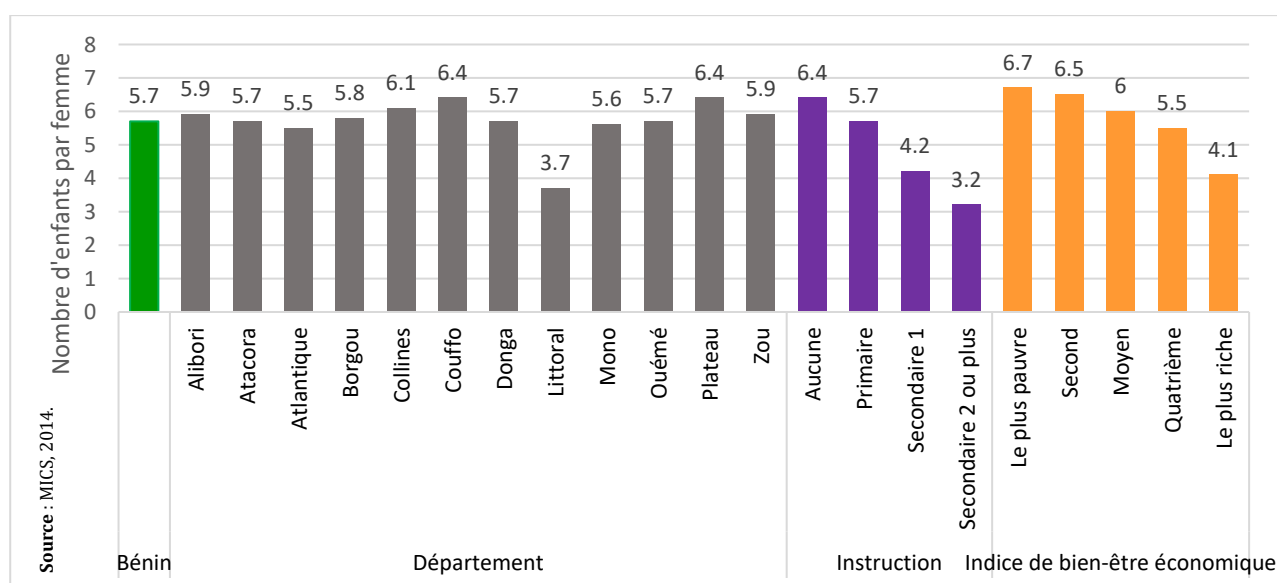
Graphique N° 4: Taux de fécondité par âge selon le milieu de résidence, Bénin, 2014

L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) du Bénin a très peu varié entre 1996 et 2017-2018. Comme le montre le Graphique 5, l'ISF en 1996 était de six (6) enfants par femme. Cet indice a connu une baisse entre la troisième enquête démographique et de Santé de 2006 et celle de 2011-2012, en passant de 5,7 en à 4,9. L'ISF a atteint en 2017-2018, 5,7 enfants par femme on peut retenir qu'entre 2006 et 2018, le nombre d'enfants par femme n'a pas varié. Ce niveau est bien au-delà du seuil de renouvellement des populations qui se situe à 2,1 enfants par femme dans les pays développés et autour de 3,4 enfants par femme dans les pays en développement.



Graphique N° 5: Indice synthétique de fécondité, femmes en union 15-49 ans.

L'ISF varie en fonction du lieu de résidence des femmes. En 2014, la fécondité est nettement plus élevée en milieu rural (6,3 naissances par femme) qu'en milieu urbain (5,0 naissances par femme). Elle varie également fortement en fonction du niveau d'instruction. En effet, les femmes n'ayant reçu aucune instruction avaient en moyenne 6,4 enfants, contre respectivement 5,7, 4,2 et 3,2 enfants pour les femmes ayant complété le niveau primaire, secondaire 1 et secondaire 2 et plus d'éducation. Enfin, l'ISF varie aussi en fonction du quintile de richesse des ménages au sein desquels vivent les femmes comme l'indique le graphique 6. Au sein des ménages les plus pauvres, les femmes ont en moyenne 6,7 enfants alors que les femmes vivant dans les ménages du quintile richesse ont en moyenne 4,1 enfants par femme. Le niveau de pauvreté est également un facteur déterminant de la hausse de l'ISF au Bénin. C'est parmi les femmes les plus pauvres qu'on enregistre les plus forts indices de fécondité avec plus de 2 enfants par femme de différence.



Graphique N° 6 : ISF, selon le département, le niveau d'instruction et le quintile de richesse, 2014

Le mariage et la taille des familles jouent aussi un rôle important dans le contexte de la PF au Bénin. La première union des femmes est précoce au Bénin, avec 8,8% des femmes de 15-49 ans ayant été mariées avant l'âge de 15 ans, 31,7% avant l'âge de 18 ans (MICS, 2014). Parmi les femmes de 15-49 ans qui étaient mariées ou en union en 2014, quatre sur dix (41%) sont en mariage polygamique avec des variations entre le milieu urbain (35%) et le milieu rural (46%). La même enquête précise également qu'au cours de la même période 16% des filles dont l'âge est compris entre 15 et 19 ans étaient en union.

Par ailleurs, l'âge médian aux premiers rapports sexuels est estimé à 17,3 ans chez les femmes de 20-49 ans et à 18,7 ans chez les hommes de la même tranche d'âges (EDSB-V, 2017-2018). Cet âge médian aux premiers rapports sexuels des femmes et des hommes est resté quasiment le même entre 1996 et 2017-2018.

En 1996, l'âge médian d'entrée en union était de 18,4 ans. Aussi, l'âge médian à la première union, pour l'ensemble des femmes et des hommes de 20-49 ans varie significativement selon le milieu de résidence au Bénin. Les femmes du milieu urbain entrent plus tardivement en union (21ans) que celles du milieu rural (18,8 ans). Selon les départements du Bénin, l'âge médian d'entrée en première union varie entre 22,9 ans (Littoral) et 17,9 ans dans l'Atacora. Le niveau économique des ménages influence également l'âge d'entrée en première union des femmes. En effet, parmi les femmes de 25-49 ans, on note que, dans les ménages du quintile le plus bas, l'âge médian d'entrée à la première union est estimé à 18,2 ans tandis que dans les ménages du quintile le plus élevé, il est de 22,5 ans (EDSB-IV, 2011-2012). L'âge aux premiers rapports sexuels est également un déterminant de la fécondité, tout comme l'âge d'entrée au premier mariage. Les rapports sexuels ne survenant pas nécessairement avec l'union, l'EDSB-V indique que 14,4% des femmes de 20 à 49 ans et 12,2% des femmes de 15-24 ans, avaient déjà eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans, 59,5% (des 20 à 49 ans), l'on eut avant d'atteindre 18 ans. Enfin, à 25 ans, la quasi-totalité des femmes de 25-49 ans (98,0%) avait déjà eu leurs premiers rapports sexuels.

Tableau I: Répartition (en %) des femmes et des hommes de 15-49 ans ayant eu leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre certains âges.

Âge actuel	% ayant déjà eu leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre l'âge exact de :					Âge médian aux 1ers rapports sexuels
	15	18	20	22	25	
FEMME						
15-19	12,0	na	na	na	na	a
20-24	12,4	61,0	85,0	na	na	17,4
25-29	15,0	60,3	83,7	94,2	98,4	17,3
30-34	15,2	60,1	82,6	93,5	97,6	17,2
35-39	14,4	57,9	80,8	94,0	98,3	17,4
40-44	16,1	59,1	80,8	93,1	97,7	17,3
45-49	14,7	56,0	81,1	93,7	97,7	17,6
20-49	14,4	59,5	82,8	na	na	17,3
25-49	15,0	59,1	82,2	93,8	98,0	17,3
15-24	12,2	na	na	na	na	a
HOMME						
15-19	6,2	na	na	na	na	a
20-24	9,5	38,2	67,2	na	na	18,7
25-29	10,6	38,7	68,9	86,2	95,0	18,7
30-34	10,5	43,6	65,6	84,5	93,2	18,4
35-39	9,0	41,7	63,0	82,4	92,6	18,7
40-44	8,3	39,0	63,4	79,7	90,2	18,8
45-49	7,0	31,9	55,2	74,4	87,7	19,4
20-49	9,4	39,2	64,8	na	na	18,7
25-49	9,4	39,4	64,2	82,4	92,3	18,7
15-24	7,6	na	na	na	na	a
20-64	9,0	37,7	62,8	na	na	18,8
25-64	8,9	37,6	61,8	80,7	91,2	18,9

na = Non applicable pour cause de troncature,
a = Non calculé parce que moins de 50 % des enquêtés ont eu leurs premiers rapports sexuels avant d’atteindre le début du groupe d’âge.

Source : EDSB-V Bénin 2017-2018

Au regard de ce qui précède, la persistance d'une forte natalité et les tendances démographiques actuelles sont insoutenables à moyen et long terme. Elles condamneraient le Bénin à consacrer une part de plus en plus importante de ses ressources pour satisfaire les investissements démographiques, c'est-à-dire pour maintenir uniquement le statu quo.

Dans une optique de développement social et économique soutenu, le Bénin se doit d'œuvrer pour une parenté responsable dans un contexte où les pratiques culturelles traditionnelles sont encore dominantes en mettant l'accent sur l'adoption de méthodes de PF, en vue de bénéficier à long terme du dividende démographique. À titre de rappel, le dividende démographique est l'accélération de la croissance économique résultant des changements dans la structure par âge de la population qui sont dus à la baisse consécutive de la fécondité et de la mortalité. Ces changements démographiques créent des conditions propices à l'épargne, à l'investissement productif et à l'amélioration du capital humain. Ainsi, les impératifs démographiques et sanitaires imposent le renforcement de la Planification Familiale.

En 2017, le taux de croissance du PIB réel est estimé à 5,6%⁶. Malgré cette croissance économique, l'indice de pauvreté est encore très préoccupant. Selon le document sur *les tendances de la pauvreté au Bénin sur la période 2007-2015*, la pauvreté tend à s'aggraver en dépit du taux de croissance modéré depuis deux décennies (entre 4 et 5% par an). En effet l'incidence de la pauvreté monétaire à l'échelle nationale est passée de 33,3% en 2007 à 35,2% en 2009, puis de 36,2% en 2011 à 40,1% en 2015. De fortes disparités régionales de la pauvreté monétaire existent en 2015, car sur 12 départements du Bénin, sept ont connu une incidence supérieure à la moyenne nationale. C'est le cas des départements de l'Atacora (42,33%), de l'Atlantique (41,34%), des Collines (47,20%), du Couffo (49,31%), de la Donga (42,48%), du Mono (46,83%) et du Zou (42,80%).

Il faut noter que de nombreux aspects du bien-être ne peuvent pas être bien compris par la mesure monétaire de la pauvreté, l'analyse multidimensionnelle de la pauvreté semble être également utile pour compléter l'évaluation de la pauvreté. L'Indice de Pauvreté Multidimensionnelle (IPM ou MPI)⁷ est un indicateur qui permet de mettre en évidence, les privations élémentaires dont souffre un foyer. Elle touche 41,7% de la population béninoise avec un écart important entre le milieu urbain (23,7%) et rural (56,1%).

Par ailleurs, le classement de l'IDH qui évalue le niveau de développement humain des pays (189 au total), en se basant sur plusieurs données qui impliquent, entre autres, le niveau d'éducation de la population, la santé et le revenu, classe la République du Bénin à la 163ème place avec un indice de 0,515 en 2018. Ainsi, le Bénin se situe dans la catégorie des nations ayant un « développement humain faible » au regard du faible revenu par habitant, du faible niveau des indicateurs sur l'éducation et la santé.

Dans le but de pallier les différents défis susmentionnés, le Bénin a créé un environnement favorable par la mise en place de différents plans de développement basés sur les Objectifs du Développement Durable (ODD). Il a procédé dans un premier temps à la priorisation des cibles des ODD et ensuite procédé à la mise en place d'une série de documents comme : le Plan National de Développement (PND) 2018-2025, le Programme de Croissance pour le Développement Durable (PC2D) 2018-2021, le Plan de Décentralisation et de Déconcentration (Plan 2D) 2019-2023 du Ministère de la Santé.

Pour contrôler la démographie galopante, des investissements dans des projets de PF et SR sont nécessaires afin de réduire le taux global de fécondité des femmes, rééquilibrer la structure de la population en termes de répartition par âges et améliorer la santé maternelle et néonatale.

⁶Linguère M. BAYE, 2018 Perspectives économiques en Afrique.

⁷L'approche la plus utilisée actuellement dans la mesure de la pauvreté non monétaire est l'Indice de Pauvreté Multidimensionnelle (MPI). Le MPI est une mesure de la pauvreté mondiale aigüe développée par l'Initiative de pauvreté et de développement humain d'Oxford (OPHI) pour le Rapport sur le développement humain du PNUD (Alkire, Conconi et Roche, 2013). Il est utilisé par les institutions internationales (comme le PNUD) et remplace le précédent indice de pauvreté humaine. C'est une approche méthodologique qui identifie un ensemble d'indicateurs dans lesquels les ménages sont privés et résume leur profil de pauvreté dans un score de privation. Ils sont identifiés comme multi-dimensionnellement pauvres si leur score de privation dépasse un seuil de pauvreté transversal. Les principaux avantages du MPI par rapport à d'autres approches non monétaires sont qu'il est calculé pour chaque ménage et peut être désagrégé par sous-groupes de population. De plus, la pauvreté peut être décomposée pour comprendre la contribution de chaque indicateur et ce qui motive la pauvreté dans le pays et dans les différentes régions.

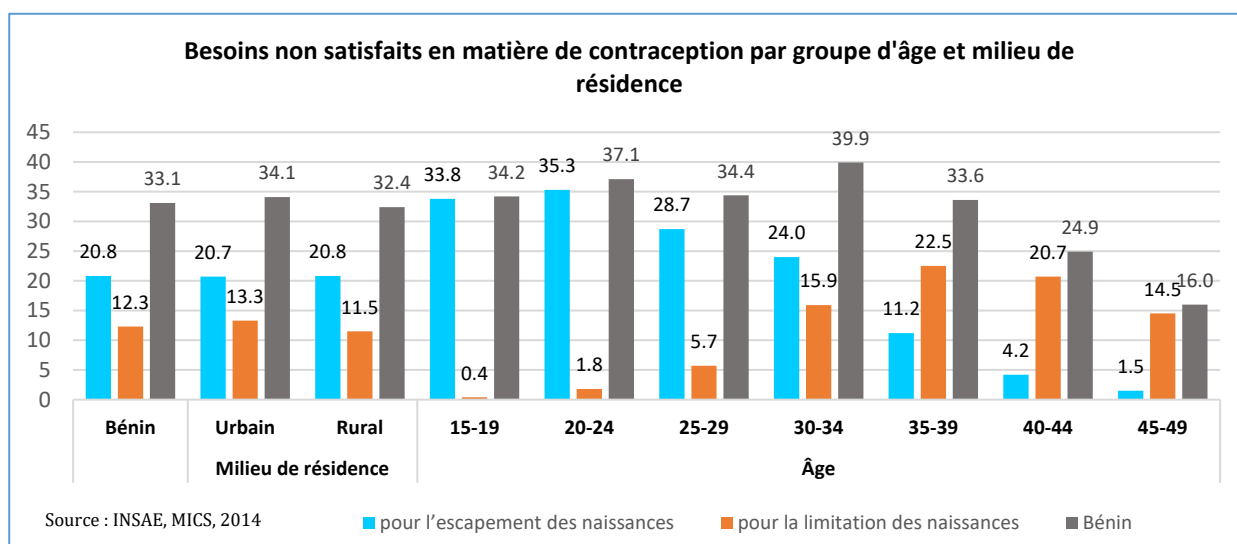
Actuellement, le Bénin présente des taux très élevés de mortalité maternelle (de 391 pour 100 000 naissances vivantes) et mortalité néonatale (30 pour 1 000 naissances vivantes) selon l'EDS-V, 2017-2018.

On peut donc retenir que des investissements dans des projets de PF et SR auraient une répercussion bénéfique sur la mortalité maternelle, infantile et néonatale, la croissance économique et la réduction de la pauvreté, mais également sur la qualité de vie de la femme et aussi de la population tout entière.

1.1.4. Besoins non satisfaits

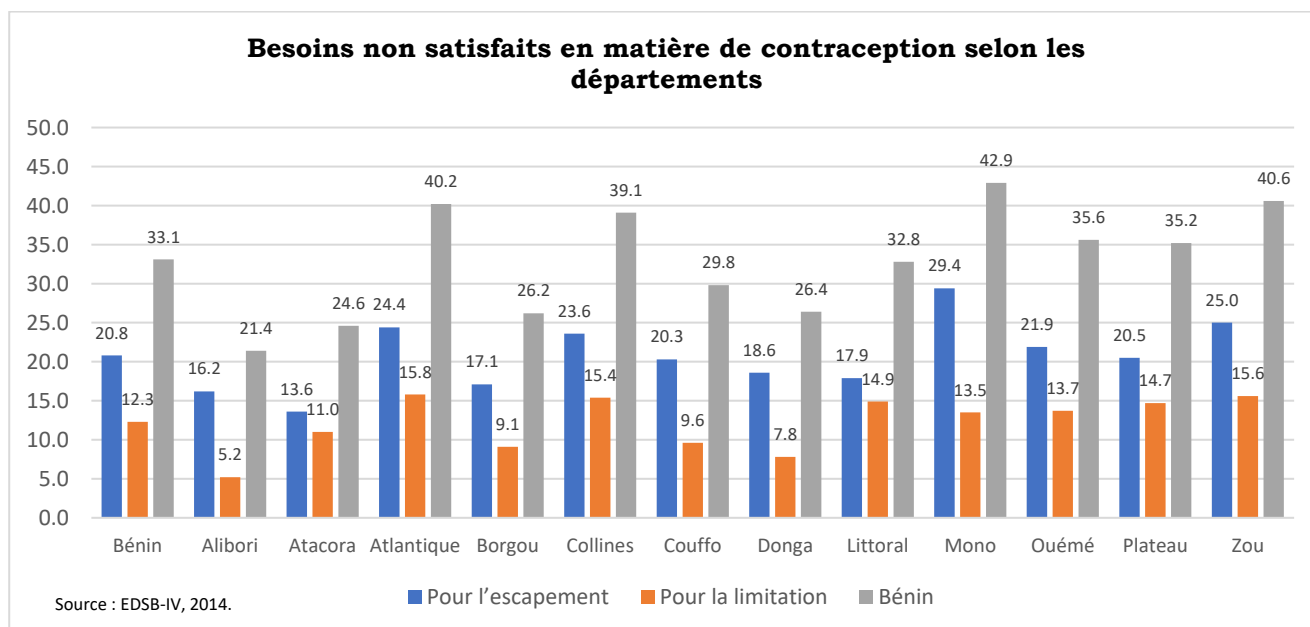
Les besoins non satisfaits (BNS) en matière de contraception concernent les femmes fécondes qui sont mariées ou en union et n'utilisent aucune méthode contraceptive, mais souhaitent reporter la prochaine naissance (espacement) ou qui souhaitent ne plus avoir d'enfant du tout (limitation). C'est également les femmes enceintes dont la grossesse ne s'est pas produite au moment voulu, les femmes en aménorrhée dont la dernière grossesse ne s'est pas produite au moment voulu et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent aucune méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant leur prochaine naissance. Sont également incluses dans les BNS pour espacer les naissances, les femmes qui ne sont pas sûres de vouloir un autre enfant ou qui veulent un autre enfant, mais ne savent pas à quel moment. Selon le MICS 2014, les besoins non satisfaits le taux de besoins non satisfaits pour l'ensemble des femmes en union de 15-49 ans est de 32,3% dont 20,8% souhaitent espacer leurs naissances contre 12,3% pour la limitation des naissances.

L'analyse du montre que la proportion des besoins non satisfaits varie selon l'âge des femmes en union. De 34% chez les femmes de 15-19 ans, les besoins non satisfaits en Planification Familiale passent à 40% chez les femmes de 30-34 ans, puis diminue à 16% parmi les femmes de 45-49 ans. La proportion de femmes actuellement en union et dont les besoins en Planification Familiale ne sont pas satisfaits est plus élevée en milieu urbain (34,1%) qu'en milieu rural (32,4%). Les besoins non satisfaits pour l'espacement des naissances décroissent avec l'âge des femmes. Ils sont passés de 34% dans le groupe des femmes de 15-19 ans à 1,5% chez les femmes de 45-49 ans. A contrario, les besoins non satisfaits pour la limitation des naissances croissent avec l'âge des femmes. Ils passent de 0,4% pour les femmes de 15-19 ans à 16% pour les 45-49 ans.



Graphique N° 7 : Proportions des besoins non satisfaits par âge en 2017-2018

Le pourcentage de femmes ayant des besoins non satisfaits en Planification Familiale varie d'un maximum de plus de 43% dans le département du Mono à un minimum de 21% dans celui du l'Alibori. Quel que soit le département, les besoins non satisfaits sont essentiellement orientés vers l'espacement des naissances. C'est le cas, dans le département du Mono où les besoins non satisfaits sont évalués à 43%, près du tiers (29,4%) sont des besoins non satisfaits pour espacer les naissances et 14% pour les limiter. La même tendance s'observe dans les départements du Zou, de l'Atlantique et des Collines, où les proportions de femmes ayant des besoins non satisfaits pour espacer les naissances sont nettement plus élevées que celle des femmes ayant des besoins pour limiter les naissances.



Graphique N° 8 : Proportions des besoins non satisfaits par département en 2014.

La demande totale en PF pour les femmes en union est de 53,5%. Plusieurs facteurs expliquent le niveau actuel des besoins non satisfaits. Les variations visibles entre les régions, les âges, le niveau d'instruction ou les quintiles de richesses (34,8% pour le quintile le plus pauvre, contre

30,1% pour le quintile le plus riche) suggèrent que le manque d'information, l'accès et les coûts des contraceptifs constituent des barrières (4). Par ailleurs, le fait que le taux total de besoins non satisfaits soit aussi élevé permet de conclure que les interventions sont plus nécessaires au niveau de l'offre que de la demande.

1.1.5. Prévalence de la Contraception

Selon l'OMS, en 2015, le ratio de mortalité maternelle dans les pays en développement est de 239 décès pour 100 000 naissances vivantes, contre 12 pour 100 000 naissances vivantes dans les pays développés et 303 000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. Par ailleurs, le risque de décès maternel sur la durée de la vie –c'est-à-dire la probabilité qu'une jeune femme décède un jour d'une cause liée à la grossesse ou à l'accouchement est de 1 sur 4900 dans les pays développés, contre 1 sur 180 dans les pays en développement 8. Population Reference Bureau (PRB) souligne également que presque, la moitié de la population féminine mondiale (y compris 85% en Afrique subsaharienne et 28% aux États-Unis) n'utilise toujours pas les moyens modernes de contraception⁹. Les défis sont encore importants. En effet, l'analyse de la littérature appuyée par les données sanitaires en Afrique de l'Ouest francophone indique que, l'insuffisance ou le manque d'accès aux services de Planification Familiale de qualité contribue au nombre élevé de grossesses non désirées ou des grossesses survenues trop tôt. Ainsi, nombre de femmes au Bénin ayant des grossesses non désirées sont dès lors exposées aux risques de l'accouchement sans prise en charge obstétricale adéquate ou aux périls de l'avortement à risque qui menacent la vie, la santé et le bien-être économique des femmes et de leur famille. Les investissements dans la Planification Familiale et la santé de la reproduction doivent continuer, pour atteindre les femmes et les couples qui sont souvent les plus difficiles à atteindre en vue de répondre aux besoins de contraception moderne des femmes et d'atteindre les ODD des Nations Unies que sont : l'amélioration de la santé maternelle, la réduction de la mortalité infantile et la réponse au VIH et au Sida.

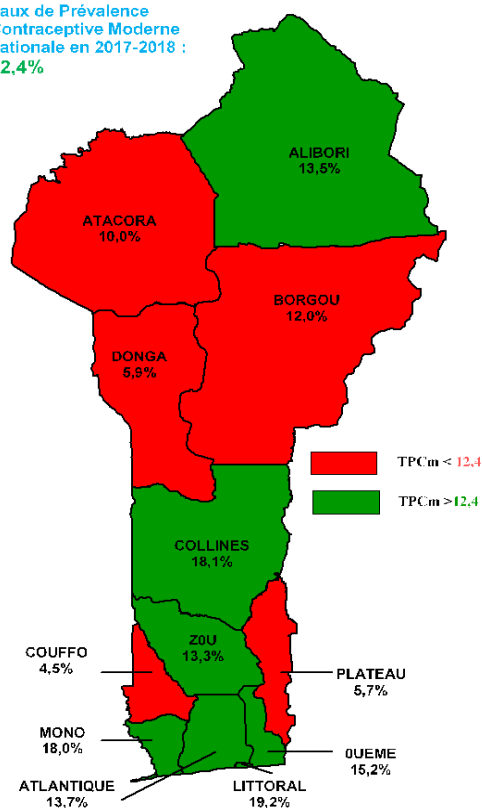
Selon l'enquête démographique et de Santé de 2017-2018, le taux de prévalence contraceptive (TPC) des femmes en union est de 15,5% pour toutes méthodes confondues et de 12,4% pour les méthodes modernes. Parmi ces dernières, les trois méthodes modernes préférées sont : les implants (5,4%), les injectables (2,2%) et le DIU (1,6%). Les jeunes femmes de 15-19 ans en union sont celles qui ont le TPC moderne le plus faible avec 5,2%, contre 12,4% pour les 25-29 ans et 16,4% pour les 30-34 ans.

8 <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

⁹ Population Reference Bureau, <https://www.prb.org/leprochainproblemedemographiquemondial/>

Carte 1 : Tendence de la prévalence contraceptive des femmes mariées, pourcentages (%), méthodes modernes par département en 2017-2018

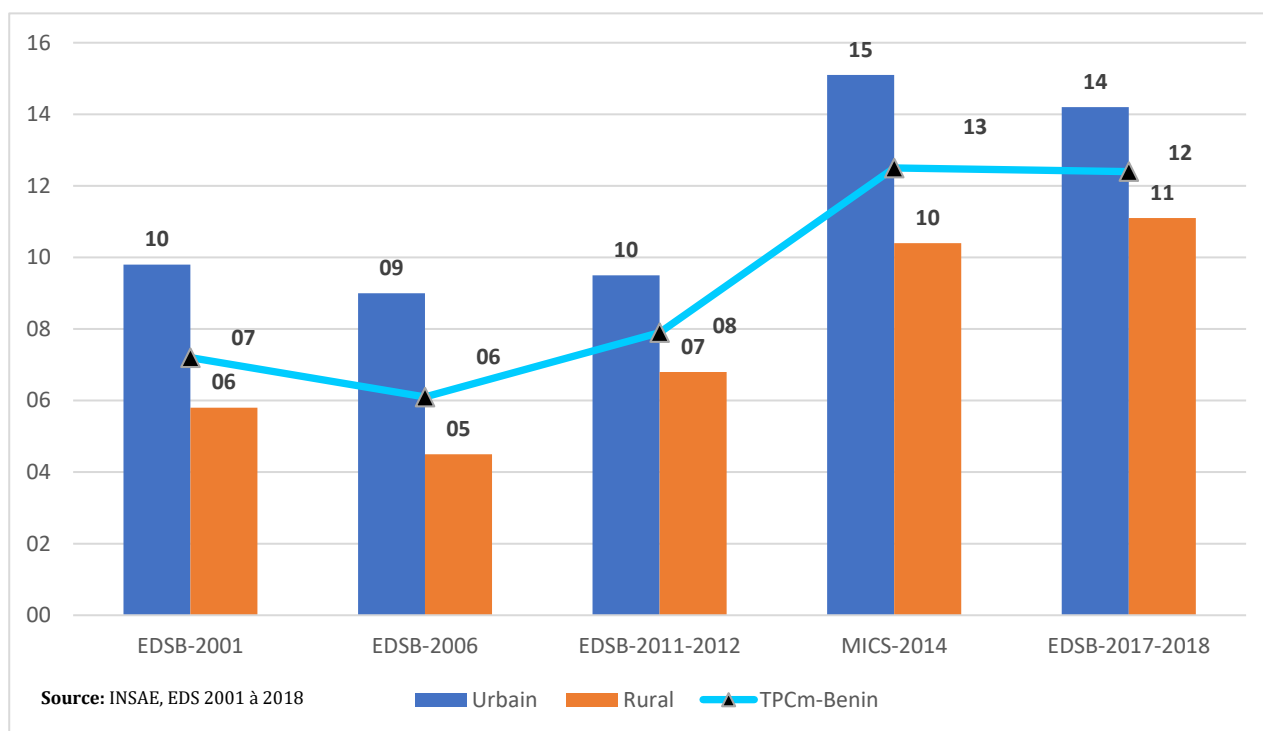
Taux de Prévalence Contraceptive Moderne nationale en 2017-2018 : 12,4%



La prévalence contraceptive varie en fonction des caractéristiques sociodémographiques, notamment le niveau d'éducation, le statut économique, le milieu de résidence et le département d'origine des femmes en union. En 2017-2018, l'EDS indique que le TPCm est plus élevé parmi les femmes qui vivent en milieu urbain (14,2% contre 11,1% en zone rurale) et ayant un niveau d'éducation plus élevé (24%) comparées à celles qui ont le niveau primaire (14,8%) ou n'ayant aucun niveau (10,8%).

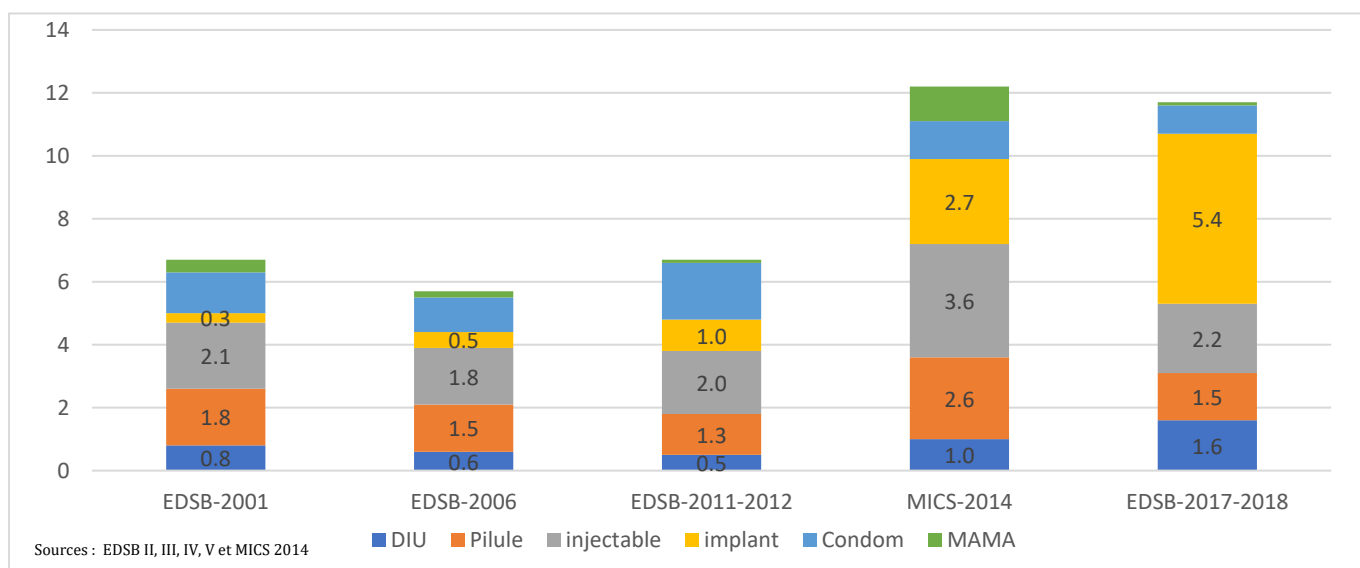
Il existe une disparité entre les départements en matière de prévalence contraceptive moderne au Bénin (voir carte ci-dessus). Quatre départements sur douze enregistrent les taux les plus faibles et qui sont en dessous de la moyenne nationale. Il s'agit des départements du Couffo (4,5%), du Plateau (5,7%), de la Donga (5,9%) et de l'Atacora (10%).

Malgré les disparités entre les départements dans l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, le montre que dans l'ensemble, il y a eu une augmentation, bien que très faible de l'utilisation de la PF entre 2001 et 2017. Les données issues de l'EDSB-2001 et de l'EDSB 2017-2018, montrent également que la prévalence contraceptive des femmes en union a augmenté de 5,2 points en seize (16) ans soit une progression moyenne annuelle de 0,33 point qui reste encore très faible. Cela ne permet pas d'atteindre l'objectif de TPCm prévu si la cadence des activités de PF ne s'amplifie pas. Le Plan National Budgétisé 2019-2023 offre donc une nouvelle occasion après celle offerte par le PANB de 2014-2018 d'accroître le taux de prévalence contraceptive avec les actions qui sont prévues. Une série de potentielles opportunités de croissance du TPCm sont identifiées à travers ce nouveau plan au niveau de la demande en matière de contraception, de la disponibilité des produits, de l'accès aux services de qualité et de l'amélioration de l'environnement habilitant et politique.



Graphique N° 9 : Variation du taux de prévalence contraceptive entre 1999 et 2016 et par milieu de résidence

Il faut par ailleurs noter qu'il y a une amélioration du nombre d'utilisateurs par méthodes. Il y a eu une augmentation importante de l'utilisation des implants. Le taux d'utilisation est passé de 0,3% en 2001 à 5,4% en 2017 (). En revanche, on note une évolution en dent de scie des autres méthodes modernes de contraception, notamment les contraceptifs injectables et les pilules. Tous les produits contraceptifs n'ont pas encore l'adhésion réelle des populations concernées ou ne sont pas réellement disponibles aux points de prestation.



Graphique N° 10 : Combinaison des méthodes des femmes de 15-49 ans en union, 2010-2015

II. Problèmes et défis-clés

Au cours des dernières années, des investissements significatifs ont été réalisés pour accroître la demande pour la contraception moderne au Bénin. Ils ont eu comme résultat l'augmentation de la prévalence contraceptive moderne de [7,9%] en 2011-2012 à [12,4%] en 2017-2018. Néanmoins, plusieurs défis doivent encore être pris en compte pour atteindre les objectifs ambitieux de Planification Familiale (PF) et améliorer l'environnement socio-sanitaire et économique du Bénin.

2.1. Création de la Demande (CD)

Défi prioritaire : transformer la connaissance grandissante de la PF en utilisation pour accroître le TPCm

La connaissance de la PF se développe : L'utilisation de la contraception moderne passe par plusieurs étapes critiques : la connaissance d'une méthode ; la réflexion personnelle quant à un usage potentiel ; une première tentative d'usage ; un usage actuel et continu ou récurrent et enfin un potentiel changement de méthode selon les besoins. Historiquement, le Bénin a mis l'accent sur le premier volet de la connaissance et la prise de conscience.

En conséquence, les connaissances des méthodes et services de Planification Familiale au Bénin se sont considérablement améliorés au cours des dernières années. L'EDSB 2011-2012 indique que, 82,4% de toutes les femmes connaissent au moins une méthode contraceptive, qu'elle soit moderne ou traditionnelle.

Cependant, certaines méthodes restent largement plus connues que d'autres. Les plus connues sont actuellement le préservatif masculin (74,7%), la pilule (62,4%) et l'injectable (58,7%). La connaissance de plusieurs autres méthodes modernes, potentiellement plus adaptées aux besoins de certaines femmes, ne dépasse pas 50%.

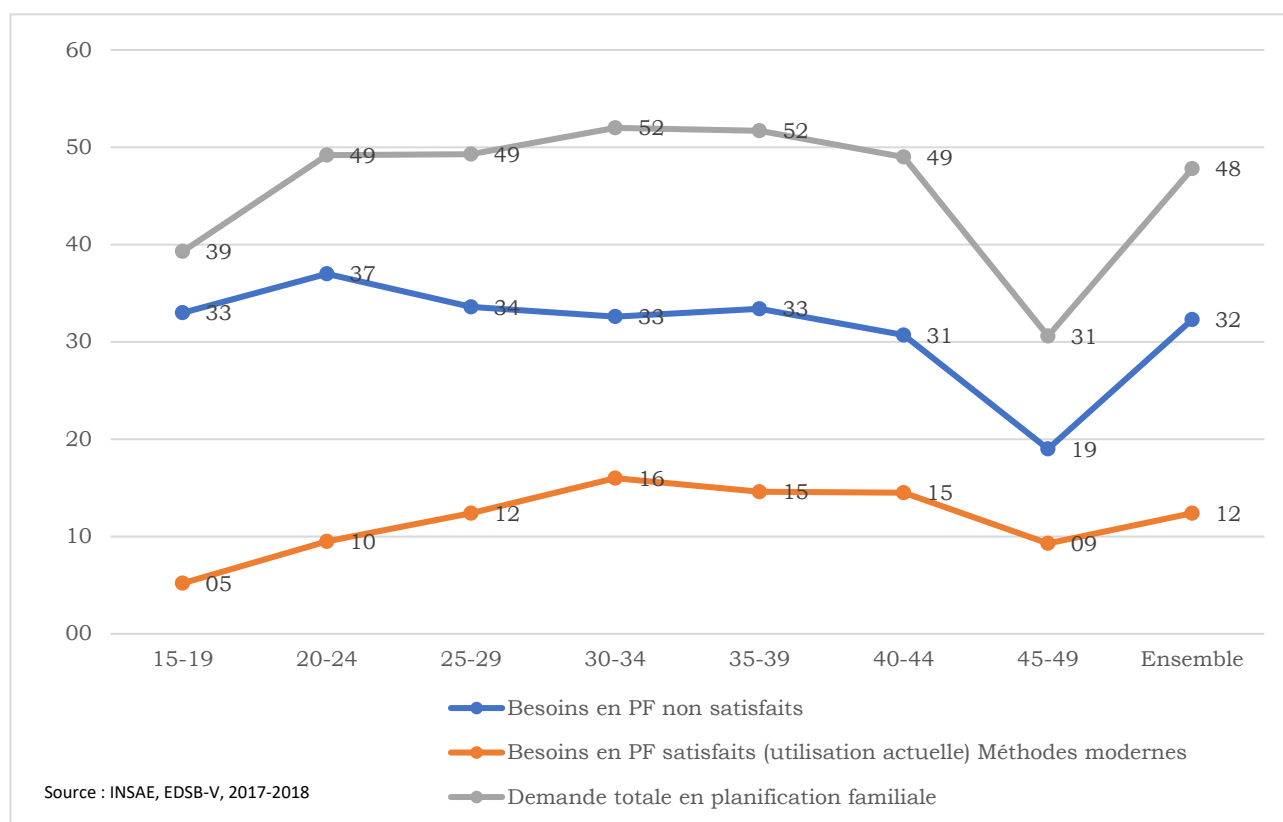
La connaissance de la PF ne se transforme pas suffisamment en demande ou en utilisation.

En dépit d'une connaissance soutenue d'au moins une méthode de Planification Familiale, la demande pour les services de PF demeure relativement faible, ce qui contribue au taux de fécondité encore élevé du Bénin.

La demande de PF chez les femmes actuellement en union est de 47,8% en 2017-2018 (contre 45,5% en 2011-2012). Cependant, seuls 12,4% des femmes en union utilisent les méthodes modernes de contraception. Cela signifie que si toutes les femmes en union qui veulent espacer ou limiter le nombre d'enfants utilisaient la contraception, la prévalence contraceptive moderne bondirait de 12,4% à 47,8% (EDSB, 2017-2018). Derrière le bilan global se cachent d'importantes disparités parmi les femmes en union.

Le graphique 11 ci-dessous présente les spécificités par groupe d'âge en matière de besoins en PF, parmi les femmes en union. Selon l'âge, on constate que la demande totale en Planification

Familiale s'accroît avec l'évolution de l'âge en passant de 39,3% parmi les femmes en union de 15-19 ans, à 52,0% parmi les femmes en union de 30-34 ans. Quant aux besoins non satisfaits, ils atteignent le pic pour le groupe des 20-24 ans, avec 37% des besoins non satisfaits, bien au-delà de la moyenne nationale (32,3%).



Graphique N°11 : Besoins et demande en matière de Planification Familiale parmi les femmes actuellement en union, par groupe d'âge (EDSB-V, 2017-2018)

2.2. Les sources du défi général

Engagement insuffisant des canaux médiatiques : L'utilisation des médias est indispensable pour sensibiliser la population sur l'ensemble des informations nécessaires et relatives à la PF, mais ce potentiel reste encore sous-exploité.

Outre les formes de communication interpersonnelle, trois canaux de communication classique permettent de véhiculer des messages sur la santé en général : la radio, la télévision et les journaux ou les magazines. L'EDSB de 2012 a montré que deux femmes sur cinq (40,2%) contre près de la moitié des hommes n'avaient reçu aucun message sur la Planification Familiale par le biais de ces trois médias classiques (radio, télévision, journaux/magazines). Si les femmes ont reçu des messages de PF par les médias, c'est surtout par le biais de la radio avec plus de la moitié (54,8%) des femmes contre 43,8% chez les hommes. La proportion de femmes qui ont vu des messages à la télévision est une femme sur cinq (37,0%) contre 31% chez les hommes ; quasiment la même proportion (15%) des femmes et des hommes ont lu dans un journal ou un magazine des messages sur la PF.

Insuffisance de l'harmonisation et du renforcement des initiatives publiques en PF : Le Gouvernement du Bénin a mis en place la semaine nationale de la PF durant laquelle la

sensibilisation sur la PF s'est accrue. Parallèlement plusieurs ONG accompagnant la mise en œuvre des activités de PF, organisent aussi des journées spéciales de PF gratuites dans leurs zones d'intervention.

Il reste encore beaucoup de choses à améliorer, car, l'organisation de ces initiatives spéciales de sensibilisation n'est pas harmonisée, complète et durable pour la PF. Les stratégies mises en œuvre ne contribuent donc pas à renforcer les actions de la semaine nationale et à les pérenniser. Pour ce faire, les différents comités mis en place pour soutenir le processus du PANB, ont suggéré beaucoup plus d'actions et activités efficaces pour inciter la population béninoise à être plus responsable et renforcer activement sa connaissance en matière de PF.

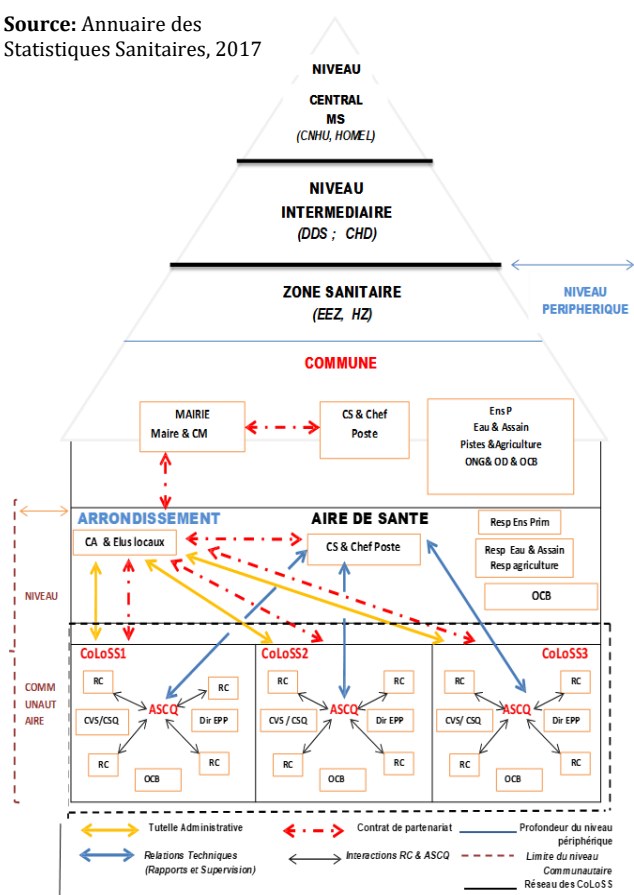
Faible mobilisation des hommes en faveur de la Planification Familiale : il ressort que les hommes sont insuffisamment informés sur la PF, et que certains craignent les effets secondaires des méthodes modernes. Beaucoup d'hommes associent également l'usage de la PF au risque de promiscuité sexuelle de la femme. Il en découle une faible implication des hommes et des maris dans le programme de PF. En conséquence, le diagnostic lors de l'élaboration du PANB 2019-2023 a montré que beaucoup de jeunes couples ne se sentent pas concernés par la PF.

Ce manque de soutien des hommes pour la PF peut paraître d'autant plus préoccupant que les hommes sont les principaux décideurs au sein des ménages. Leur rôle de premier plan en tant que décideurs devrait être mis à profit pour en faire des partenaires privilégiés pour la promotion de la PF. En effet, une fois marié, l'attente à ce que le couple ait des enfants au plus tôt est forte (contraintes des normes sociales). La majorité des hommes est faiblement engagée en faveur de la PF et démontre peu de soutien à leurs femmes. Cette situation est exacerbée par le faible pouvoir décisionnel des femmes.

Autres défis : d'autres facteurs constituent des barrières importantes à l'utilisation de la PF, tels que le faible engagement de certains leaders religieux et coutumiers, les perceptions erronées de certains leaders politiques et la force des réflexes culturels pro-natalistes, ainsi que la peur profonde des effets secondaires.

2.3. Offre et Accès aux Services (OA)

Source: Annuaire des
Statistiques Sanitaires, 2017



Le système national de santé du Bénin a une structure pyramidale calquée sur le découpage territorial et comprend trois différents niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique. En plus des structures publiques, le système sanitaire béninois regorge de praticiens en clientèle privée de soins et d'acteurs de la médecine traditionnelle.

Au niveau central : le Ministère de la Santé, qui a pour mission la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la politique de l'État en matière de santé, conformément aux lois et réglementations en vigueur au Bénin et aux visions et politiques de développement du Gouvernement. Le Ministre de la Santé est responsable de la promotion de la santé au Bénin. À ce titre, il est chargé de :

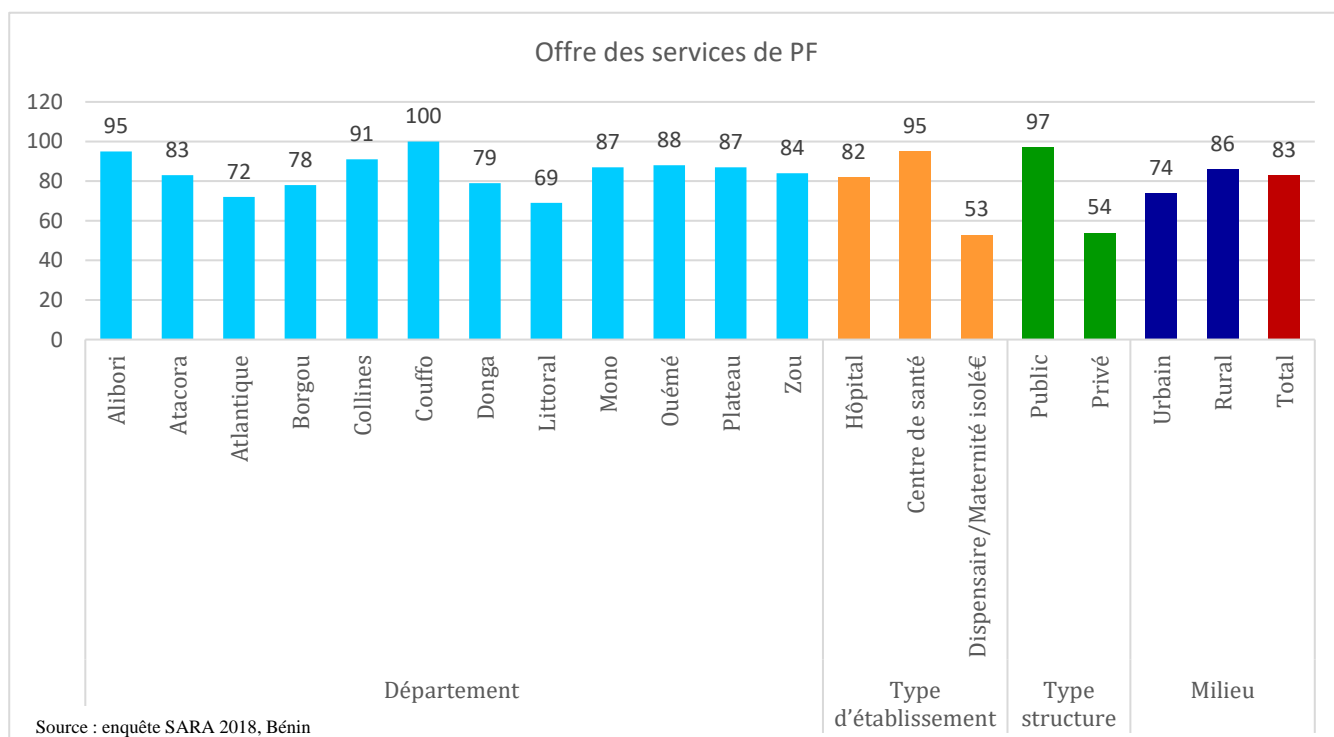
- concevoir, appliquer et contrôler la politique sanitaire nationale et internationale de l'État ;
- définir et suggérer au Gouvernement, au besoin, de concert avec d'autres départements ministériels, les stratégies et programmes d'actions conformes à la politique sanitaire ;
- développer et exécuter, en collaboration avec les autres départements ministériels, les politiques de formation et de mise à niveau du personnel de santé.

Au niveau intermédiaire, il y a les Directions Départementales de la Santé (DDS) qui sont au nombre de douze (12) à raison d'une Direction Départementale de la Santé pour un département selon le découpage territorial. Elles doivent mettre en œuvre la politique sanitaire définie par le Ministère de la Santé et sont les organes de programmation, d'intégration et de coordination de toutes les actions de santé au niveau du département. Elles supervisent les structures de santé des niveaux intermédiaire et périphérique.

Quant au niveau périphérique, il constitue la base de la pyramide sanitaire et compte 34 zones sanitaires réparties sur toute l'étendue du territoire national. La zone sanitaire représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. Elle est organisée sous forme d'un réseau de services publics de premier contact (centres de santé) et des formations sanitaires privées, le tout appuyé par un hôpital public ou privé de première référence (Hôpital de Zone) destinée à desservir une aire qui abrite entre 100.000 et 200.000 habitants.

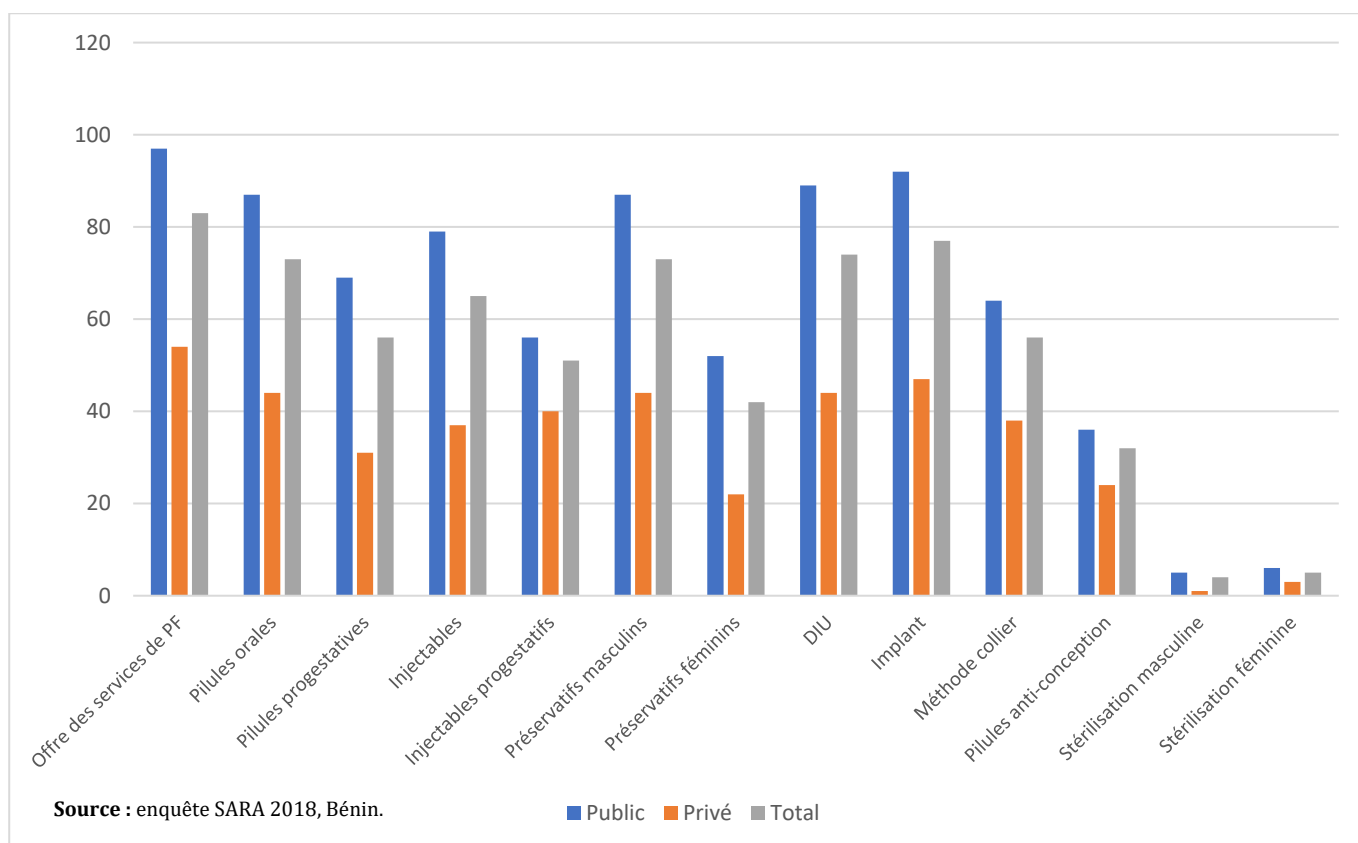
Il faut également noter que le MS a élaboré en 2018, son Plan de Décentralisation et de Déconcentration dont le but est de renforcer la déconcentration et la décentralisation dans le secteur de la santé pour une offre de service de qualité. Au nombre des actions attendues de ce plan, il y a le renforcement des capacités d'animation des cadres de partenariat entre les Zones Sanitaires (ZS), les collectivités locales et le secteur privé, le renforcement de la capacité des parties prenantes (conseils communaux, organes de cogestion, OSC, association des praticiens de médecine traditionnelle) sur leurs rôles et responsabilités ; le renforcement de la mise en œuvre des SONUB et SONUC dans toutes les maternités des ZS.

Selon l'enquête SARA réalisée par le Ministère de la Santé en 2018 sur l'ensemble du territoire auprès de 475 formations sanitaires, les services de Planification Familiale sont disponibles dans 83% des formations sanitaires qui sont enquêtées. Dans la gamme des méthodes offertes, les pilules contraceptives combinées représentent la méthode la plus disponible (72%) suivie des implants (71%), des contraceptifs injectables (68%) et le DIU (64%). Les méthodes les moins disponibles sont la stérilisation masculine (1%) et la stérilisation féminine (2%).



Graphique N° 12 : Répartition de la disponibilité (%) des services de PF par département, par type de structure, par instance gestionnaire et par milieu

Sur 475 Formation Sanitaires (FS) qui ont été enquêtées en 2018, les services de planification familiale sont généralement offerts plus dans les structures du secteur public (97%) comparé au secteur privé (54%) et plus dans les centres de santé (95%) que dans les hôpitaux (82%). Ces services sont plus offerts dans les formations sanitaires du milieu rural (86%) que dans celles du milieu urbain (74%). Si l'on s'en tient à l'apport du secteur privé lucratif en termes de couverture géographique au Bénin, on peut conclure qu'une grande opportunité d'offrir l'accès aux services de PF aux femmes n'est pas encore optimisée.



Graphique N° 13 : Disponibilité des méthodes contraceptives au niveau national

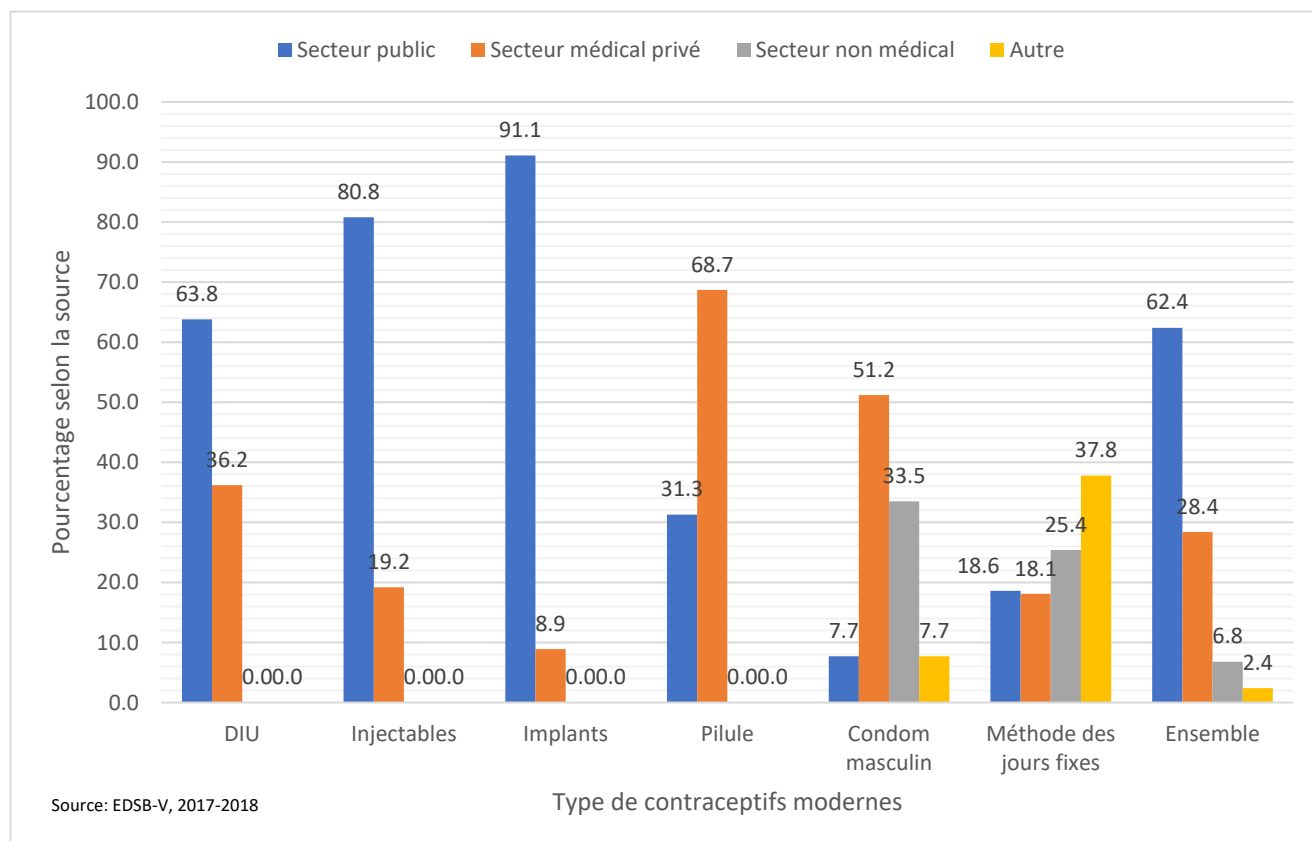
Comme le montre le graphique 13, dans la gamme des méthodes offertes, l'implants (77%) représente la méthode la plus disponible suivie du DIU (74%), des pilules et préservatifs (73%). Les méthodes les moins disponibles sont la stérilisation masculine (4%) et la stérilisation féminine (5%).

Selon l'EDSB-V de 2017-2018, pour obtenir les méthodes modernes de contraception, plus de six femmes sur dix (62,4%) se sont adressées aux structures médicales publiques alors qu'environ une femme sur trois (28,4%) se sont adressées au secteur médical privé. Par ailleurs 6,8% des femmes se sont approvisionnées au niveau d'autres sources comme les boutiques, les amis, les parents pour l'obtention du condom et les informations sur les méthodes des jours fixes comme l'indique le Graphique 14.

Au niveau du secteur public, ce sont surtout vers les centres de santé du Gouvernement (46,5%) que les femmes se sont dirigées pour obtenir leur méthode, soit plus de six clients sur dix du secteur (60,3%). Au nombre des méthodes choisies dans ces structures de santé par les clientes, il y a, les implants (91,1%) les injectables (80,8 %) et le DIU (63,8 %).

Quant au secteur privé lucratif, sur le tiers des clientes qui s'approvisionnent, 16,6% s'adressent essentiellement aux pharmacies et demandent prioritairement la pilule (63,7%) et les condoms (49,8%). Enfin, seulement 8,1% des utilisatrices de méthodes modernes s'adressent à un Hôpital/clinique privée.

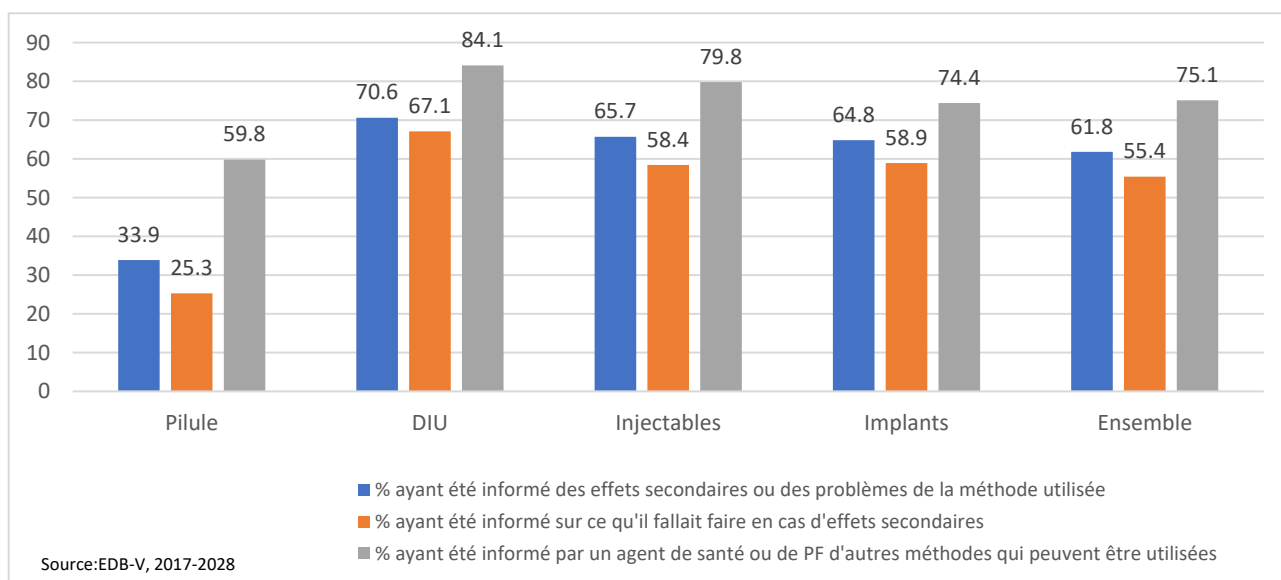
Il convient de retenir que les femmes s'adressent plus aux structures publiques que le privé. Cela peut se justifier par les coûts relativement plus élevés dans le secteur privé lucratif et les femmes lorsqu'elles y vont préfèrent aller librement en pharmacie pour demander majoritairement la pilule et les préservatifs. Impliquer davantage le secteur privé dans un partenariat public-privé tenant compte du niveau économique des populations permettrait de donner plus de possibilité aux populations qui souhaitent avoir une méthode moderne.



Graphique N° 14 : Sources d'approvisionnement des contraceptifs par secteur en 2012.

Les informations sur les avantages, les conséquences et les solutions appropriées en cas de problème dans l'usage des méthodes contraceptives sont fondamentales pour limiter les risques de diffusion de fausses rumeurs. Ces informations ont non seulement pour objectif d'aider les femmes à faire un choix, mais aussi de permettre de corriger et de combattre les préjugés concernant les méthodes de contraception. Les femmes sont-elles outillées pour opérer leur choix ?

Comme le montre le graphique 15 environ une femme en union utilisant la pilule sur trois (33,9%) sont informées sur les effets secondaires potentiels de la méthode, seulement 25,3% ont été informées sur quoi faire au cas où ceux-ci se manifesteraient. Par ailleurs, 59,8% parmi elles sont informées sur les autres méthodes de contraception disponibles. Bien que ces données montrent que la plupart des clientes sont généralement informées (51,5%), il faut souligner qu'un counseling incomplet est observé sur toutes les méthodes de PF. Ainsi, un examen plus approfondi du choix informé par méthode démontre des zones potentielles d'amélioration dans l'offre de services de PF.



Graphique N° 15 : Choix informé de la méthode en 2017-2018

Selon l'enquête pour la sécurisation des produits de SR réalisée en 2017 par le MS et l'UNFPA, 66,3% des clientes ont indiqué avoir payé leurs services de Planification Familiale et les coûts sont en moyenne :

- ❖ 160 FCFA pour les cartes et carnets,
- ❖ 1778 FCFA pour les examens de laboratoire ou radiographie,
- ❖ 1616 FCFA pour les contraceptifs remis par les prestataires de services,
- ❖ 1409 FCFA pour les contraceptifs achetés à la pharmacie,
- ❖ 980 FCFA pour les consultations,
- ❖ 1215 FCFA pour d'autres charges.

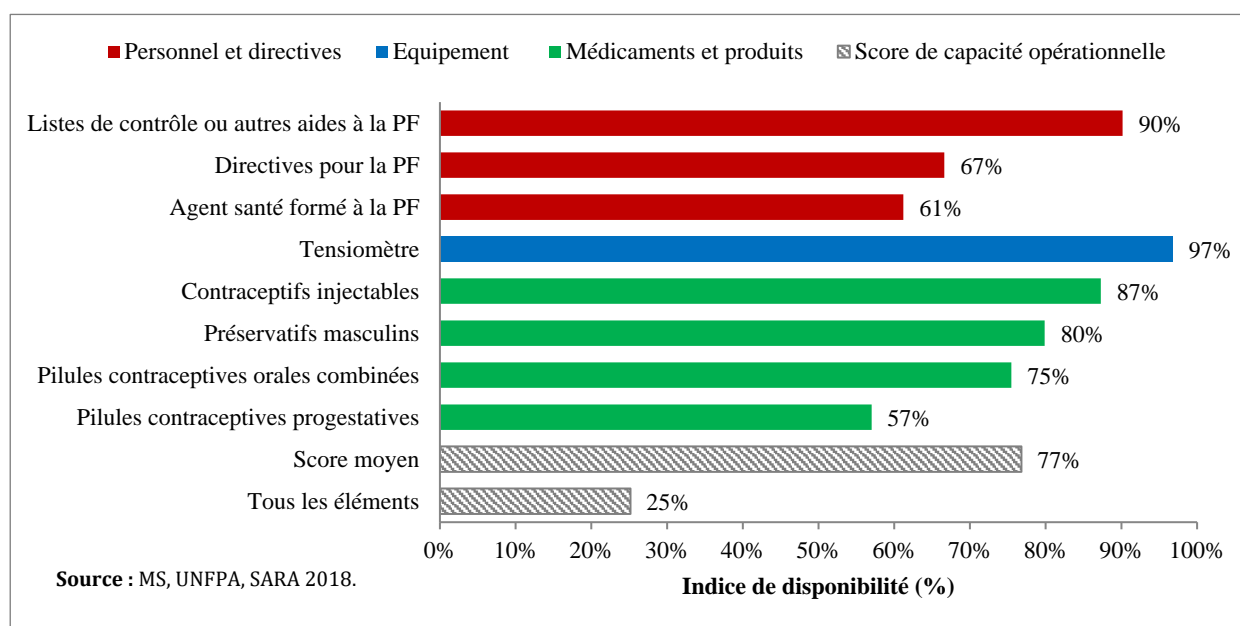
Tableau II : Répartition des clients suivant le paiement et le coût moyen du service (Sources UNFPA SUPLIES-Bénin-2017)

Type d'établissement	% de clients ayant payé le service	Montant moyen payé (en FCFA)						
		Carte	Examen de labo/radio	Contraceptif remis par le prestataire	Contraceptif acheté en pharmacie	Consultation	Autres	Effectif
Type de PPS								
PPS primaire	49,8	138	1429	1342	1032	600	286	662
PPS secondaire	72,7	185	2167	1760	1577	1027	1792	1003
PPS tertiaire	86,2	108	2000	1391	1669	1121	1130	224
Milieu de résidence								
Urbain	70	160	2056	1674	1532	1073	1524	1436
Rural	54,5	160	1222	1274	1023	635	173	453
Gestionnaire du PPS								
État/Public	54,7	161	1625	1420	1249	892	469	1031
Privé	86,2	155	1500	1705	1650	759	638	414
Confessionnel	84,7	225	-	1107	1492	500	2833	72
ONG	72,6	156	2500	1924	1389	1221	1771	372
Total	66,3	160	1778	1616	1409	980	1215	1889
Sources : MS, UNFPA, 2017, extrait enquête nationale pour la sécurisation des produits de SR								

Sources : MS, UNFPA, 2017, extrait enquête nationale pour la sécurisation des produits de SR

Le faible accès aux services de PF peut s'expliquer par plusieurs facteurs. L'analyse du tableau 2 montre que l'accès à la PF représente une charge importante pour les femmes et donc potentiellement un frein à l'utilisation de la PF. De plus, beaucoup de femmes au Bénin ne contrôlent pas le revenu de leur ménage. Ainsi, elles ne peuvent pas toujours prendre en charge le coût des contraceptifs. Elles doivent donc négocier avec leurs partenaires en vue d'obtenir en plus de l'accord d'adopter une méthode, les ressources financières nécessaires pour l'acquiescer. En plus du coût lié au service de PF, il faut ajouter le coût moyen de déplacement (aller-retour) d'environ 513 FCFA¹⁰, le temps consacré pour bénéficier du service de PF (en moyenne une heure) et le temps d'attente jugé trop long par environ 23% des clientes des points de prestation. Le coût, l'accessibilité géographique, le temps consacré pour obtenir le service de PF sont autant de facteurs qui ont un impact direct sur la demande et l'accès à la contraception moderne.

Selon le rapport de l'enquête SARA de 2018, le score moyen de capacité opérationnelle¹¹ des services de Planification Familiale au niveau national est de 77%. Les huit (8) éléments traceurs sont présents dans un quart (25%) des structures de santé. Parmi les éléments traceurs, plus de six agents de santé sur dix (61%) sont formés à la Planification Familiale et près de sept sur dix (67%) des formations sanitaires disposent des directives. Les contraceptifs injectables et les préservatifs masculins sont les plus disponibles dans les médicaments et produits avec respectivement 87% et 80% de disponibilité. Les pilules contraceptives progestatives sont les moins disponibles dans les formations sanitaires.



Graphique N° 16 : Capacité opérationnelle des services de Planification Familiale, SARA 2018, Bénin.

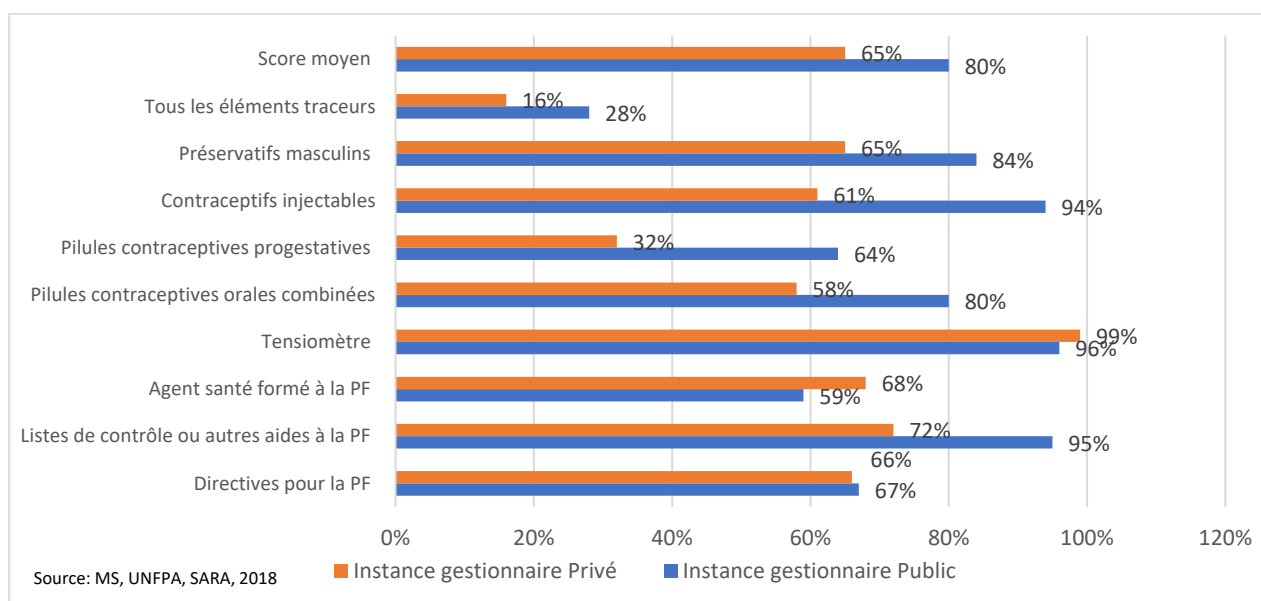
Selon le rapport SARA 2018, dans le public, le score moyen de disponibilité des éléments traceurs est de 80% contre 65% dans le privé. Cette différence pourrait s'expliquer par la faible disponibilité des médicaments et produits traceurs dans le privé bien que sur certains aspects

¹⁰ MS, UNFPA, 2017 enquête Nationale pour la sécurisation des produits de SR

¹¹ La capacité opérationnelle mesure la disponibilité et le fonctionnement des éléments requis pour une bonne prestation du service notamment la disponibilité des équipements, du matériel de base, des précautions standard pour la prévention des infections, de la capacité de diagnostic en laboratoire et des médicaments et des produits

(la proportion d'agents formés sur la planification familiale), l'indice de disponibilité dans le secteur privé dans l'offre de services de PF est relativement plus important que dans le secteur public

Tous les éléments traceurs de la disponibilité des services de PF sont présents dans 16% des FS privées contre 28% dans le secteur public. Bien que dans les FS privées on note une faible présence des directives pour la Planification Familiale (66%) comparé au secteur public (67%), le privé présente des atouts notamment en matière d'agents de santé formés en PF (68% dans le privé contre 59% dans le public). Ainsi, il importe de mettre à contribution le secteur privé et les OSC en vue d'assurer une meilleure couverture de l'offre de services de PF sur l'ensemble du territoire national.



Graphique N° 17 : Disponibilité des éléments traceurs relatifs à la PF parmi les établissements de santé offrant ce service, par secteur.

Lors du dernier sommet de Londres au Royaume-Uni sur la planification familiale le 11 juillet 2017, le gouvernement du Bénin s'est engagé à :

1. Augmenter le budget alloué par le Gouvernement à l'achat des produits contraceptifs de 100 millions (US\$172,001) à 250 millions de FCFA (US\$430,000) en 2018.
2. Faire passer le taux de prévalence contraceptive de 17% en 2017 à 22% en 2020 (de 5,4% à 10% pour les adolescents et jeunes de 15 à 24 ans).
3. Fournir gratuitement les services de Planification Familiale dans les établissements de santé publique à toute la population béninoise y compris les adolescents et jeunes d'ici la fin de 2019.
4. Elargir la gamme des méthodes contraceptives de Planification Familiale au niveau communautaire y compris le contraceptif injectable (Sayana Press) dans les 34 zones sanitaires d'ici la fin de 2019.

Il a été mis en évidence que l'offre de services de PF au Bénin fait face à de nombreux défis. Un des problèmes principaux est le manque de personnel qualifié. Comme l'indique le tableau-III, les ratios d'habitants par personnel médical et paramédical (médecins, sages-femmes, etc.) ne sont pas encore conformes aux normes de l'OMS.

En 2016, l'effectif total du personnel (médecins, infirmier et sage-femme) exerçant dans les structures de soins dans les douze départements du Bénin est de 8105 (DHIS2, 2016), réparti comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau III : Ratio ressources humaines par habitants au Bénin en 2016

Département	Pop2016			Médecins			Infirmiers			Sages-femmes		
	Pop	FAP	Nb	Nb d'hab/ Méd	Méd pour 1000 0 Hab	Nb	Nb d'hab /Inf	Inf pour 5000 Hab	Nb	Nb FAP/ SF	SF pour 5000 FAP	Ratio (Méd+ Inf+ SFE) pour 10000 Habts
Alibori	961 772	206 614	24	40 074	0,2	266	3 616	1,4	35	5 903	0,8	3,4
Atacora	856 221	191 386	52	16 466	0,6	302	2 835	1,8	52	3 681	1,4	4,7
Atlantique	1 550 241	379 592	290	5 346	1,9	742	2 089	2,4	268	1 416	3,5	8,4
Borgou	1 346 260	297 054	112	12 020	0,8	786	1 713	2,9	136	2 184	2,3	7,7
Collines	795 480	183 081	28	28 410	0,4	312	2 550	2,0	44	4 161	1,2	4,8
Couffo	826 358	197 127	23	35 929	0,3	164	5 039	1,0	41	4 808	1,0	2,8
Donga	602 178	133 642	23	26 182	0,4	172	3 501	1,4	36	3 712	1,3	3,8
Littoral*	752 833	219 704	770	978	10,2	1114	676	7,4	350	628	8,0	29,7
Mono	551 302	128 621	42	13 126	0,8	207	2 663	1,9	61	2 109	2,4	5,6
Ouémé	1 220 038	315 714	151	8 080	1,2	562	2 171	2,3	254	1 243	4,0	7,9
Plateau	690 035	171 701	24	28 751	0,3	174	3 966	1,3	48	3 577	1,4	3,6
Zou	944 162	226 538	43	21 957	0,5	315	2 997	1,7	82	2 763	1,8	4,7
Bénin	11 096 879	2 670 942	1 582	7 014	1,4	5 116	2 169	2,3	1 407	1 898	2,6	7,3
Normes OMS : 25 agents qualifiés pour 10 000 Habitants												

Sources : MS annuaire des statistiques sanitaires, DHIS2, 2016

En ce qui concerne le ratio médecin pour 10 000 habitants, une analyse comparative des performances entre les départements montre de fortes disparités. L'indice composite (Médecins, Sage-femme, Infirmiers) de disponibilité de personnel reçoit un score de 7,7 pour une norme OMS de 25. Le département du littoral enregistre la plus forte densité de personnel avec un score de 29,7 et la plus faible densité, 2,8 est enregistrée dans le Couffo.

Comme l'indique le site de l'OMS, «s'il n'existe pas de règle d'or pour déterminer si les personnels de santé sont en effectifs suffisants, l'OMS juge improbable que les pays disposant de moins de 23 professionnels de santé (en ne comptant que les médecins, le personnel infirmier et les sages-femmes) pour 10 000 habitants obtiennent des taux de couverture convenables pour les interventions essentielles en matière de soins de santé primaires considérées comme prioritaires pour l'atteinte des ODD ».

Enfin, la qualité des services de PF est peu satisfaisante, notamment pour les adolescents et jeunes ou pour les personnes en situation de handicap qui ont des besoins particuliers et souvent méconnus par le personnel des structures de soins. Cela s'explique par le manque de formation des personnels médicaux et paramédicaux, mais aussi par le manque de matériel adapté aux services, par la vétusté et le manque de mise aux normes de fonctionnement des centres.

L'offre de service de PF dépend de la disponibilité des formations sanitaires qualifiées. Le tableau IV montre que 1120 FS existent en 2017.

Tableau IV : Répartition des établissements de soins par type et par milieu de résidence.

Département	Espace hospitalo universitaire	CH D	HZ	Autres hôpitaux	CS complets	Dispensaire seul	Maternité seule	FS Confessionnelle	Offices	Dépôt privé	Nombre total d'établissements de santé pour 10 000 habitants
Alibori	0	0	3	0	47	18	3	3	7	4	1,3
Atacora	0	1	3	3	66	12	0	11	3	4	1,1
Atlantique	0	0	2	3	71	10	6	22	41	6	1,5
Borgou	2	1	4	1	73	16	7	8	12	6	1,7
Collines	0	0	3	0	54	3	13	8	9	4	1,4
Couffo	0	0	2	1	49	5	9	4	4	0	1,7
Donga	0	1	2	0	46	3	5	14	6	3	1,3
Littoral	4	0	2	5	15	1	2	18	66	0	1,5
Mono	0	1	2	0	38	2	29	1	4	3	1,9
Oueme	1	0	1	5	94	2	1	9	40	0	1,1
Plateau	0	0	2	0	62	0	0	0	5	0	1,2
Zou	0	1	2	0	60	1	15	7	13	2	1,4
Bénin	7	5	28	18	675	73	90	105	210	32	1,4

Source: MS, Annuaire des statistiques sanitaires 2017

Selon l'annuaire des statistiques sanitaires de 2017, au niveau national, la densité des établissements de soins est de 1,4 pour 10 000 habitants pour une norme OMS de 2 pour 10 000 habitants. Cet indicateur est variable selon les départements. Il varie de 1,1 dans l'Atacora à 1,9 dans le Mono. On note que cinq (5) départements ont un indice de disponibilité des établissements de soins inférieurs à la moyenne nationale.

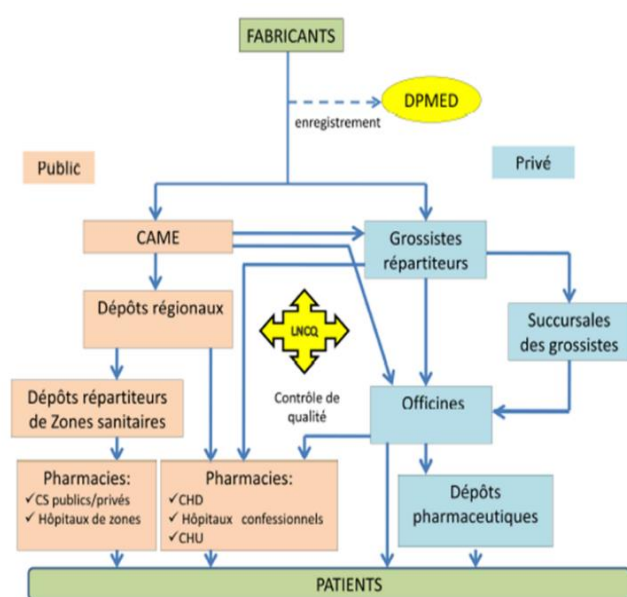
2.4. Sécurisation des Produits (SP)

La Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) du Bénin sert de cadre au sein duquel les activités du secteur pharmaceutique (public et privé) et des partenaires au développement sont coordonnées. Créée en 1991, cette politique est à sa quatrième édition et couvre la période 2017-2021. Elle a pour objectif d'améliorer la performance du sous-secteur pharmaceutique par la mise à disposition de médicaments de qualité pour la prise en charge efficace et efficiente des populations sur la période de 2017-2021 (MS, PPN, 2017).

Parmi les orientations stratégiques de la politique se trouve le renforcement de la réglementation pharmaceutique, mais aussi l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité financière des médicaments modernes et traditionnels et des dispositifs médicaux.

Selon le document de politique, « les activités d'approvisionnement, de distribution et de dispensation du médicament sont assurées dans le secteur public par la Centrale d'Achat des Médicaments (CAME) et dans le secteur privé par les grossistes répartiteurs.

En effet, la CAME dispose de trois (3) dépôts régionaux et envisage d'implanter un relais pour les départements du centre du pays. Les Dépôts Répartiteurs de Zone (DRZ) et les pharmacies des formations sanitaires assurent un continuum de distribution des médicaments de la CAME. Aujourd'hui, chaque zone sanitaire dispose d'un dépôt répartiteur. La CAME offre également ses services aux officines privées. Depuis 2012, le MS a mis en place le « Comité National des Approvisionnements en Produits de Santé » (CNAPS) dans le but de coordonner l'approvisionnement en médicaments dans le secteur public.



L'approvisionnement et la distribution des médicaments dans le secteur privé sont assurés par six (6) grossistes-répartiteurs de la place (GAPOB ; PROMOPHARMA ; UBPHAR ; MEDIPHARM ; UBIPHARM et COPHARBIOTEC). La dispensation des médicaments est du ressort des officines (285 sur l'ensemble du territoire) et des dépôts pharmaceutiques (au nombre de 165). La présence de ces établissements pharmaceutiques est déterminante dans la disponibilité géographique des médicaments. Le circuit

Source : MS, Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) 2017-2021

d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques au Bénin est schématisé dans la figure ci-dessus.

En ce qui concerne les produits de la SR ils sont approvisionnés au niveau du secteur privé par ABMS et ABPF

Le système de sécurisation des produits du Bénin souffre de problèmes structurels et organisationnels avec des ruptures de stock fréquentes au niveau opérationnel.

La sécurisation des médicaments et des produits de SR/PF est un sujet d'importance majeure pour le gouvernement béninois. En 2016, le Gouvernement a élaboré son Plan stratégique 2017-2021 de sécurisation des produits de santé de la reproduction et de programmation holistique des préservatifs au Bénin.

Le but du Plan Stratégique de la SPSR 2017-2021 est d'être le catalyseur du plan intégré de la SRMNEA en assurant que des bons produits, en bonne quantité, au bon endroit, au bon moment, en bonne qualité et au meilleur rapport qualité/prix. L'offre doit répondre à la demande qui en 2017-2018 est évaluée à 47,8% dont 25,9% seulement sont satisfaits. Les besoins non satisfaits sont toujours très élevés avec 32,4% (ESDB-V, 2017-2018). La mise en œuvre du PANB 2019-

2023 permettrait d'accroître l'utilisation des services et le TPCm, faire baisser l'ISF et contribuer à la capture du dividende démographique.

L'évaluation du premier plan de repositionnement de la PF 2014-2018 a mis en évidence que les ruptures de stock persistent notamment à cause des insuffisances dans le système d'approvisionnement des FS en produits contraceptifs, notamment au dernier kilomètre, mais aussi du faible niveau de renforcement des capacités des acteurs en collecte et traitement des données pour le Système d'Information et de Gestion Logistique (SIGL). Tout cela pose ainsi un problème pour la gestion logistique.

C'est pour cela que le système d'approvisionnement et les capacités des acteurs doivent être renforcés à tous les niveaux pour garantir la bonne gestion des données et des stocks de produits contraceptifs.

2.5. Politique, Environnement Habilitant, Financement (P)

Le Bénin a adopté en mai 1996 la Déclaration de Politique de Population (LA DEPOLIPO) dans laquelle sont définis les domaines prioritaires de ses actions et interventions visant l'amélioration effective et constante des conditions de vie de la population. Cette Déclaration a servi de repère pour la mise en place progressive d'un cadre institutionnel et programmatique des différentes activités de population au Bénin.

Au lendemain de la table ronde du secteur de la santé en 1995, le Ministère de la Santé (MS) s'est engagé dans l'élaboration des plans quinquennaux de développement sanitaire. La nécessité de se donner une orientation pour mieux piloter le processus de développement du secteur de la santé constitue une préoccupation majeure aussi bien pour le Ministère de la Santé que pour les partenaires au développement. En raison de cette nécessité, le gouvernement a adopté les Orientations Stratégiques de Développement qui déterminent les grands repères de l'action publique. Au terme des dispositions de l'article 3 du Décret N°426 du 20 juillet 2016 portant Attributions, Organisation et Fonctionnement (AOF) du MS, « le Ministère de la Santé a pour mission la conception, la mise en œuvre et le suivi évaluation de la politique de l'État en matière de santé, conformément aux principes et valeurs de gouvernance, aux lois et règlements en vigueur au Bénin et aux visions et politique de développement du Gouvernement... ». L'élaboration du Plan National budgétisé de Planification Familiale 2019-2023 s'inscrit dans ce cadre.

Les différents gouvernements de la République du Bénin, ont toujours accordé une place privilégiée à la santé de la population en mettant en place une série de documents de Politiques, Normes et Procédures (PNP) pour la promotion de la santé en général et en particulier l'accessibilité et l'utilisation des services de PF par les populations. Le Bénin dispose en conséquence d'un cadre législatif et réglementaire favorable aux différentes politiques de santé et conforme aux normes internationales :

- ***La Constitution du 11 décembre 1990*** : le droit à la santé, en ses articles 8 et 26, est un enjeu majeur pour le développement du Bénin.
- ***Les Etudes Nationales de Perspectives à Long Terme Bénin 2025 Alafia*** mettent l'accent sur le bien-être social qui repose entre autres sur les soins de santé de qualité.
- L'adoption en septembre 2015 des Objectifs de Développement Durable offre une opportunité à travers l'ODD3 « **Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge** ».
- ***La Politique nationale de Population (PNP)*** vise la promotion de la santé à travers plusieurs de ses objectifs spécifiques, dont les objectifs spécifiques 2 et 3 qui aspirent respectivement à réduire les taux de fécondité précoce et tardive et à contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile.
- ***Le Programme d'Action du Gouvernement (PAG 2016-2021)*** ambitionne de « Relancer de manière durable le développement économique et social du Bénin ». À cet effet, trois (3) piliers ont été définis. Le troisième intitulé : "Améliorer les conditions de vie des populations" prend en compte les interventions du secteur de la santé à travers l'axe 6 relatif au renforcement des services sociaux de base et protection sociale.
- ***Le Plan de Croissance pour le Développement Durable (PC2D 2018-2021)*** qui est le document opérationnel du PND ;
- ***Le Plan National de Développement (PND 2018-2025)*** ;
- ***La Politique Nationale de Santé (PNS)*** : vise à traduire la politique du Gouvernement dans le secteur de la santé assurant l'amélioration de la qualité de vie des populations.
- ***Le Plan National de Développement Sanitaire 2018-2022*** dont le but est d'« améliorer l'état de santé de la population béninoise sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes » ;
- ***Le Plan de Décentralisation et de Déconcentration (Plan 2D) 2019-2023*** du Ministère de la Santé, dont le but est de renforcer la déconcentration et la décentralisation dans le secteur de la santé pour une offre de service de qualité
- ***Loi N° 2003-04 du 03 mars 2003, relative à la santé sexuelle et à la Reproduction*** ;
- ***Stratégie nationale multisectorielle de santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes au Bénin 2010-2020*** ;
- ***Plan Stratégique National 2017-2021 de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction et de Programmation Holistique des Préservatifs au Bénin*** ;
- ***Stratégie nationale Multisectorielle de la Santé Sexuelle et de la Reproduction des adolescents et jeunes 2018-2022***
- ***Les Directives nationales sur la délégation des tâches en SR/PF-SMNEA au Bénin*** ;

L'évaluation du volet axé sur l'environnement habilitant du Plan de repositionnement de la PF 2014-2018 a mis en exergue quelques limites lors de son exécution. Parmi ces limites, on note :

- ❖ La faible implication des autres ministères, institutions et du secteur privé en faveur de la PF ;
- ❖ La faible dissémination de la loi SR et de ses textes d'application ;
- ❖ La faible mobilisation des ressources domestiques (Gouvernement et secteur privé).

Le Gouvernement du Bénin participe également à travers le budget de l'État à l'achat des produits contraceptifs. Parmi les engagements pris par le pays, il y a l'augmentation progressive du budget alloué à l'achat des produits contraceptifs pour atteindre 250 millions en 2018 contre 150 millions en 2017, la gratuité des méthodes modernes de la PF chez les jeunes à partir de 2015. Malgré les efforts consentis, ces engagements ne sont pas encore atteints. En 2015, une contribution de deux cents millions (200 000 000) FCFA pour l'achat des contraceptifs avait été apportée par le Gouvernement. Cependant, ce montant a baissé jusqu'à quatre-vingt-cinq millions (85 000 000) FCFA en 2016 avant de remonter en 2017 à 200 millions FCFA. Cette variation en dents de scie constitue une menace à la dynamique des programmes de PF au Bénin. L'enjeu pour le Bénin sera :

- accroître le financement disponible pour la Planification Familiale notamment les ressources domestiques afin de réduire le poids du coût des produits contraceptifs sur les ménages pour ainsi faciliter et promouvoir l'accès aux services de PF ;
- mettre en œuvre et faire respecter le cadre institutionnel à tous les niveaux dans le pays (l'implication effective du niveau intermédiaire dans les activités PF) ;
- faire un plaidoyer à l'endroit du Ministère de la Santé en vue d'une législation pour la gratuité de la PF (actualisation de la politique de la gratuité de la PF aux adolescents et aux jeunes et généraliser à toutes les couches)
- assurer un environnement juridique et politique solide qui élimine les obstacles à l'accès des jeunes à la contraception et soutient des interventions efficaces.

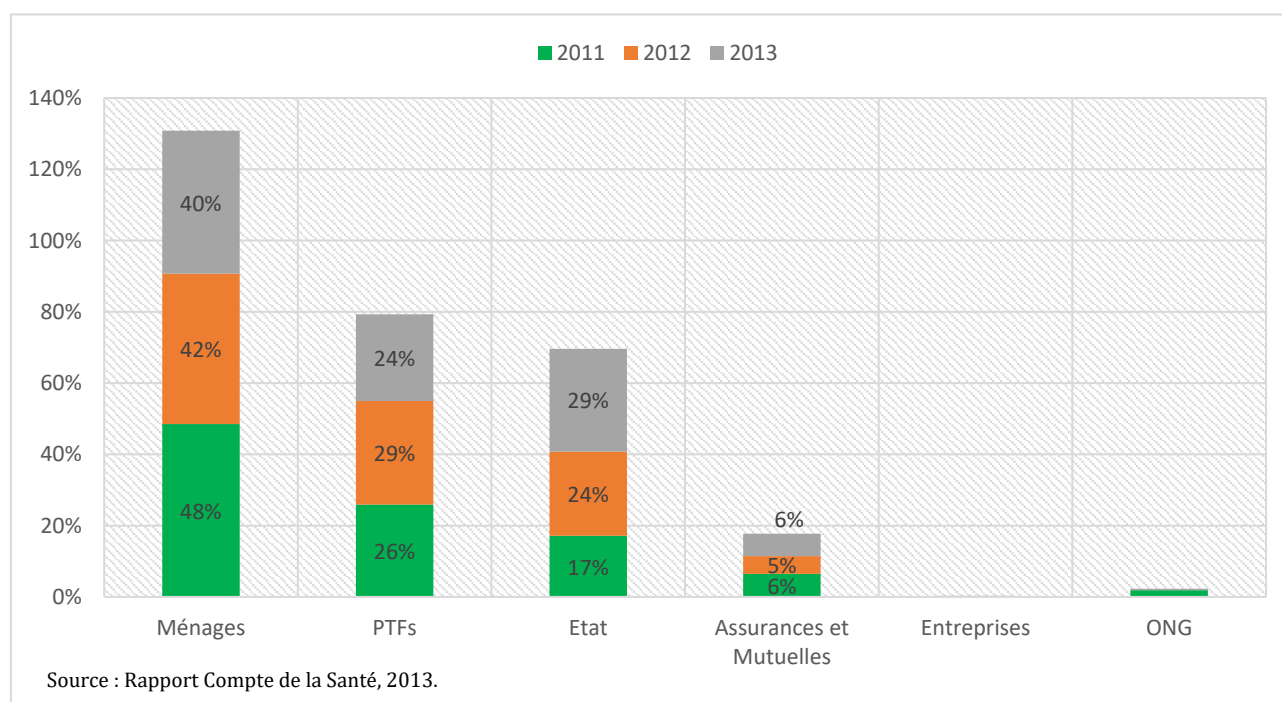
Avec l'adoption des objectifs de développement durable (ODD), la question de l'accès universel à la santé est une question majeure. Le Bénin ne dispose pas encore de couverture santé universelle (CSU), mais c'est dans cet objectif que le gouvernement a fait un premier pas en mettant en place le projet ARCH (Assurance pour le Renforcement du Capital Humain), une option politique en cours de finalisation pour sortir le Bénin de la précarité.

Le dispositif ARCH est le principal outil de mise en œuvre de la stratégie de protection sociale au Bénin. C'est un paquet de quatre (4) services de protection sociale (Assurance Maladie, formation, Micro-crédit et Assurance retraite) qui seront offerts à un guichet unique. Le projet ARCH est essentiellement destiné aux couches les plus démunies des secteurs de l'agriculture, du commerce, du transport, de l'artisanat, de l'art et de la culture ainsi qu'aux personnes démunies sans activité.

L'assurance maladie est le volet principal de l'ARCH et l'Etat assure la prise en charge totale de l'assurance maladie des pauvres extrêmes et la prise en charge partielle des pauvres non extrêmes. L'assurance maladie sera rendue obligatoire par la loi pour toute personne résidant au Bénin. En conséquence, l'Etat, les employeurs du secteur privé, les professionnels individuels seront tenus de souscrire au minimum pour leurs employés une assurance maladie de base. Il en sera de même pour toutes les personnes du secteur informel n'entrant pas dans la catégorie de population prise en charge par l'Etat.

A long terme, l'objectif est que le système de financement de la santé par les contributions diverses (état, entreprises, ménages) fonctionne pleinement. Pour une meilleure appréhension du financement de la santé, les Comptes de la santé (CS) constituent le tableau de bord pour les décideurs du secteur de la santé. Ils retracent toutes les dépenses afférentes au système de santé d'un pays de la source de financement au service fourni.

Comme le graphique 18 l'indique, le financement actuel de la santé provient essentiellement des paiements directs des ménages, ainsi que du financement des partenaires au développement, c'est à dire des bailleurs.



Graphique N° 18 : Répartition des sources de financement pour la santé, 2011-2013

2.6. Coordination, Suivi-Evaluation (C)

La mise en place d'une coordination effective et d'un système de suivi-évaluation pour l'adoption de ce nouveau plan d'accélération de la PF est essentielle en tirant les leçons de la mise en œuvre et de l'évaluation du plan PF 2014-2018.

Comme les autres axes du PANB 2014-2018 du Bénin, la revue a mis en évidence plusieurs lacunes dans le système de coordination, suivi et évaluation. Parmi celles-ci, il faut mentionner un faible suivi-évaluation des activités de PF dans le pays, le manque de mise à jour des outils

de collecte et le faible renforcement des compétences des acteurs dans le domaine. Corriger ces insuffisances permettrait de mieux documenter les progrès et les défis, et de prendre des décisions basées sur des preuves.

Le PANB 2019-2023 devra donc être évalué à mi-parcours dans le but d'apporter les modifications nécessaires à la bonne continuité dans la mise en place des activités de PF.

Aussi, l'un des défis relevés par la revue de l'ancien plan est d'améliorer la collaboration et la coordination entre les acteurs PF. Par conséquent, il serait souhaitable d'améliorer le fonctionnement des cadres de concertation existants, et organiser des rencontres régulières dans le but de renforcer la coordination des activités de PF à tous les niveaux. Il faut alors :

- mettre en place le comité multidisciplinaire comprenant toutes les parties prenantes pour la mobilisation interne et externe des ressources pour le financement du plan.
- Renforcer l'équipe de la DSME en ressources humaines qualifiées et en matériel pour un meilleur suivi de la mise en œuvre et pour une coordination efficace du plan ;
- améliorer les compétences des ressources humaines en suivi évaluation, leadership et qualité des services ;

2.7. Jeunesse

Sexualité précoce : L'EDS-IV (2011-2012) indique que 16,8% des adolescents et 11,9% des adolescentes ont eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans. Parmi les jeunes de 20-24 ans, près de la moitié (48,9%) des filles avaient eu leur premier rapport sexuel avant 18 ans. L'âge médian aux premiers rapports sexuels chez les femmes de 20-49 ans est estimé à 18,3 ans et plus de quatre filles sur dix, soit 45,7% dans ce groupe avaient eu leurs premiers rapports sexuels avant 18 ans. Ces informations confirment le besoin d'intervenir au plus tôt dans la vie des jeunes afin d'inciter les bonnes pratiques en matière de rapports sexuels et de contraception.

Mariages et grossesses précoces : Selon les résultats de l'enquête MICS 2014, l'âge d'entrée en union des femmes du Benin est encore précoce. En effet, au moment de l'enquête, 16% des filles de 15-19 ans étaient en union.

Tableau V : Grossesses précoces chez les adolescents et jeunes de 15-19 ans

		% 15-19 ans ont déjà eu une naissance vivante	% 15-19 ans sont enceintes d'un premier enfant	% 15-19 ans ont commencé leur vie féconde	% 15-19 ans ont eu une naissance vivante avant l'âge de 15 ans	% 20-24 ans ont eu une naissance vivante avant 18 ans
Milieu de résidence	Urbain	10,4	2,2	12,6	0,8	13,9
	Rural	17,2	4,9	22,1	2,3	25,6
Instruction de la mère	Aucune	25,1	7,1	32,2	3,0	29,7
	Primaire	15,2	3,1	18,3	1,8	19,3
	Secondaire I	8,5	2,2	10,7	0,8	13,2
	Secondaire II et plus	2,8	1,3	4,1	0,1	3,1
Total		13,8	3,6	17,4	1,5	19,4

Source : INSAE, MICS 2014

Selon la même enquête, près d'une femme de 15-49 ans, sur dix (8,8%) et 10,1% des femmes de 20-49 ans ont été mariées avant l'âge de 15 ans. Parmi celles qui sont âgées de 20-49ans, trois sur dix (32 %) se sont mariées avant l'âge de 18 ans. Des disparités régionales très fortes existent selon le département et le milieu de résidence. En effet, le mariage précoce des femmes des 15-49 ans avant l'âge de 15 ans est plus élevé que la moyenne nationale dans les départements de l'Alibori (17 %), Borgou (14 %), Zou (13 %), Atacora (11 %), Plateau et de la Donga (10 %), en milieu rural (12 %) et parmi les femmes non instruites (13 %).

Près d'une adolescente de 15-19 ans sur cinq (17,4%) a commencé sa vie féconde. Parmi elles, 13,8% ont déjà eu une naissance vivante et 3,6% étaient enceintes de leur premier enfant au moment de la collecte des données. Aussi, il faut noter qu'une proportion de 1,5% d'adolescentes de 15-19 ans a eu une naissance vivante avant l'âge de 15 ans. En outre, celles des zones rurales sont nettement plus nombreuses (2,3%) à avoir eu une naissance avant l'âge de 15 ans que leur homologue des zones urbaines (0,8%). Il est noté par ailleurs une forte corrélation avec le niveau d'instruction, car, la proportion d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde diminue de manière très significative lorsque le niveau d'instruction augmente, passant de 25,1% parmi les adolescentes non instruites à 2,8% parmi celles ayant atteint le niveau secondaire ou plus.

Selon le PNDS 2018-2022, la situation de la santé des adolescents et des jeunes est caractérisée par une insuffisance d'offre de services de santé de la reproduction, avec pour conséquence des rapports sexuels précoces et non protégés, des grossesses précoces et non désirées, des avortements provoqués clandestins, un nombre élevé de cas d'infections à VIH, et de violences diverses. Sur les 3814 femmes enceintes dépistées séropositives en 2015, 1102 sont de la tranche de 20-24ans (Annuaire statistique 2015). Le phénomène est aggravé par la faible utilisation des méthodes contraceptives, la consommation d'alcool, de drogues, de tabacs et de substances hautement nuisibles à la santé. Le TPC pour les méthodes modernes chez les adolescentes et jeunes de 15-24 ans est d'environ 9% (9,5% pour celles âgées de 15-19 ans et 9,4% pour celles âgées de 20-24 ans (EDSB-IV).

La précocité de la fécondité des adolescents et jeunes entraine généralement des risques d'avortements provoqués et clandestins. Selon la Stratégie nationale Multisectorielle de la Santé Sexuelle et de la Reproduction des adolescent(e)s et des jeunes 2018-2022, la prévalence de grossesses précoces et non désirées est de 18,8% avec pour conséquence :

- 274 222 grossesses par an
- 73 321 avortements provoqués
- 68 922 avortements spontanés
- 14 664 grossesses à terme avec enfant mort-né et
- 1 cas de mortalité maternelle sur 5 chez une mère célibataire de moins de 18 ans.

Education sexuelle insuffisante : Pour les adolescent(e)s et les jeunes en milieu scolaire, l'éducation complète à la sexualité a un impact de taille, mais reste encore à la phase pilote.

Les parents sont en général mal outillés pour informer et discuter avec les enfants à propos de la sexualité et de la contraception. Il y a donc un manque de mécanismes pour assurer l'éducation sexuelle des enfants. Bien souvent, les adolescentes et les jeunes sont plus vulnérables aux grossesses non désirées, du fait de manque de connaissances et le risque de rapports précoces non protégés. Ces rapports sont souvent les fruits d'un besoin de sécurité financière, qui incite aux rapports sexuels transactionnels ou à la mise en union formelle de manière précipitée.

Le phénomène est plus accentué chez les jeunes filles non scolarisées du fait du poids des rumeurs et de l'absence de l'éducation sexuelle dont bénéficient les jeunes scolarisés.

Services non adaptés à la jeunesse : Les consultations avec les jeunes confirment que les services de PF sont perçus comme étant inadaptés aux jeunes. On peut citer en exemple le manque de confidentialité et même parfois des jugements sévères de la part du personnel des centres. Ils ont mentionné le fait qu'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. De plus, quand l'offre de service de PF ne fait pas défaut c'est l'accès qui pose un problème, que ce soit au niveau géographique ou financier, surtout pour les adolescents et jeunes en situation de vulnérabilité.

Faible implication des jeunes dans les prises de décision : Enfin, le diagnostic du dernier PANB a montré que les jeunes sont faiblement impliqués dans les décisions qui concernent leur avenir. Pour diverses raisons, les jeunes sont peu impliqués dans l'élaboration des politiques, normes et protocoles, y compris ceux qui les concernent directement. Cela aboutit à une prise en compte insuffisante des problèmes des jeunes dans les politiques et donc à de moindres efforts en leur direction.

Par ailleurs, les orientations et interventions stratégiques à destination des jeunes sont souvent peu adaptées et ont donc un impact réduit. Les jeunes sont l'avenir du Bénin et représentent une tranche très importante de la population. Ils doivent donc être prioritaires pour leur bien-être et leur santé, car les efforts consentis actuellement dans la jeunesse impacteront à coup sûr leur avenir et auront une répercussion sur les générations futures.

La jeunesse, un potentiel sous-exploité : En considérant les défis, le degré de changement potentiellement réalisable et la taille de cette population, les jeunes se distinguent pour leur fort potentiel d'impact, à la fois instantanément et sur le long terme. Les jeunes démontrent également une plus forte ouverture au changement, en passant plus volontiers de la sensibilisation initiale, à l'encouragement à tester une méthode, puis à l'utilisation continue.

Parmi les jeunes, les non mariés sans enfant présentent un potentiel d'impact tout particulier. Les choix qui sont pris durant cette étape de vie porteront un impact disproportionné sur le futur des jeunes femmes et couples en question, à la fois au niveau de la grossesse, mais aussi d'un point de vue éducatif, économique, de leur émancipation et de l'employabilité. D'après les

données de l'EDSB-IV 2011-2012, ces jeunes béninoises non mariées et sans enfant apparaissent comme une cible plus atteignable et propice à la PF, avec un fort potentiel pour changer la donne en matière de taille de famille et contraception. En effet, il suffirait que 35% des jeunes béninoises non mariées sans enfant aient recours à une méthode moderne pour que la totalité des objectifs FP2020 du Bénin soit atteinte.

Pour mieux comprendre cette opportunité, une Analyse de la Demande Nationale chez les Jeunes (ADNJ) a été conduite par Camber Collective sous le leadership du Ministère de la Santé en 2018. Camber Collective a interrogé environ 1500 jeunes femmes, à la fois scolarisées et non scolarisées, rurales et urbaines. De cette analyse, il ressort que les jeunes femmes du Bénin sont ambitieuses et formulent des aspirations d'avenir distinctes de celles des générations précédentes de manière statistiquement significative. Aussi, cette étude confirme-t-elle une évolution générationnelle et souligne-t-elle le fort potentiel d'une approche ciblée pour donner confiance à ces jeunes, inciter ainsi leur recours à une méthode moderne de contraception.

L'étude a identifié six (6) segments psychosociaux parmi cette importante tranche de la population, qui ont des besoins, des attitudes et des comportements très différents en matière de planification familiale. Les résultats de l'ADNJ nous permettent de distinguer ces jeunes femmes entre elles, les cibler avec une approche adaptée, améliorer leur connaissance afin d'accroître l'utilisation des méthodes modernes de la PF.

2.8. Le PANB au cœur des droits humains

Durant la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) en 1994, différentes opinions sur les droits de l'homme, la population, la santé sexuelle et reproductive, l'égalité entre les sexes et le développement durable se sont fusionnées pour arriver à un remarquable consensus mondial. Plaçant ainsi la dignité individuelle et les droits de l'homme, y compris le droit de planifier ses projets familiaux, au cœur même du développement. Ainsi, « les femmes et hommes ont le droit de déterminer librement et en toute responsabilité le nombre de leurs enfants et l'espacement des naissances ».

Partant de ce principe, le programme FP2020 à travers son kit outils ¹² a suscité un regain d'attention à l'échelle mondiale pour le thème de la planification familiale, suscitant ainsi un sentiment d'urgence concernant la compréhension et la définition des principes et des normes en matière de droits humains, notamment en ce qui concerne leur intégration aux programmes de planification familiale. Cet élan a donné une nouvelle importance à la prise de conscience qui veut que les droits soient davantage respectés et protégés dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des programmes, mais aussi dans le suivi et l'évaluation des politiques et des pratiques.

Le PANB du Bénin ne reste pas en marge des principes et traités internationaux relatifs aux droits humains. Dans l'exécution des activités du plan, les acteurs sont tenus de clarifier les

¹² Source: FP2020. *Rights-Sizing Family Planning: A Toolkit for Designing Programs that Respect, Protect, and Fulfill the Rights of Girls and Women*. Washington, DC : FP2020.

principes clés des droits. À cet effet, nous décrivons les mesures à prendre en matière de politique pour s'assurer que les programmes de planification familiale librement consentie donnent lieu à une utilisation de contraceptifs fondée sur un choix libre, éclairé et en toute connaissance de cause. Cette démarche est également compatible avec les droits et les principes d'autonomisation du programme Family Planning 2020 (FP2020), un partenariat mondial né du Sommet de Londres de 2012 sur la planification familiale (PRB, 2015).

Les concepts de droits humains sont également essentiels au renforcement de l'autonomie et au soutien de la liberté des femmes, pour que ces dernières puissent accéder aux services dont elles ont besoin, décider elles-mêmes si elles souhaitent avoir un enfant et choisir l'espacement de leurs grossesses. Le fait d'informer et d'aider les clients à prendre leur avenir en main permet à ces derniers de mieux « connaître, comprendre, faire valoir leurs droits, et [...] devenir des partenaires essentiels de la concrétisation des droits dans les futures initiatives de planification familiale et de développement sanitaire¹³».

En effet, le droit à un meilleur état de santé accessible a été clarifié, en matière de contenu et de sens, dans une « Observation générale » émise par le Comité des Nations Unies qui supervise le respect du Pacte¹⁴. Elle énonce les obligations que les pays sont tenus de respecter pour que les services de soins de santé soient : (1) disponibles, (2) accessibles, (3) acceptables, et de (4) la meilleure qualité possible. Ces obligations définies par le Comité signifient que les soins de santé doivent être disponibles en quantité suffisante, accessibles d'une manière non discriminatoire, mais aussi physiquement et financièrement, acceptables dans le sens où ils respectent la culture des individus et de bonne qualité. Appliqués aux politiques et aux services, ces éléments du droit à la santé sont indispensables. Ce sont des composantes essentielles des programmes de planification familiale qui respectent les droits humains. Elles fournissent en outre des lignes directrices à l'attention des prestataires de services chargés de veiller à ce que les soins dispensés soient disponibles, accessibles, acceptables et de la meilleure qualité possible.

Plus spécifiquement, le Bénin a adopté et dispose de la loi relative à la Santé de la Reproduction (Loi SR) et de ses textes d'application en cours de signature. Ainsi, la loi SR intègre les orientations stratégiques nationales en respectant les engagements internationaux ratifiés par le pays. La Loi SR du Bénin a pour objet de définir les normes en santé de la reproduction et les dispositions juridiques qui les régissent. Elle fixe également les droits en la matière et sanctionne toutes les formes de violation desdits droits.

13 Les Principes relatifs aux droits et au renforcement de l'autonomie en matière de planification familiale se rapportent aux 10 dimensions de la planification familiale : liberté et autonomie, disponibilité, accessibilité, qualité, renforcement de l'autonomie, pratiques équitables et non-discrimination, choix informé, transparence et responsabilité, voix et participation

14 Comité des droits économiques, sociaux et culturels, « Observation générale numéro 14 sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint » consulté à l'adresse http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2Fc.12%2f2000%2f4&Lang=en, le 9 juillet 2015; et Comité des droits économiques, sociaux et culturels, « Article 12.1 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels » consulté à l'adresse www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx, (en anglais) le 9 juillet 2015

2.9. Les principes fondamentaux des droits humains

Les principes fondamentaux des droits humains s'articulent autour de quatre points fondamentaux :

- **La responsabilité** : Une approche fondée sur les droits exige la mise en place de lois, de procédures administratives, de pratiques et de mécanismes visant à assurer l'exercice des droits, ainsi que des moyens pour lutter contre le refus et la violation de ces droits. Elle impose aussi la traduction de normes universelles en critères définis localement, afin de pouvoir mesurer les progrès et de renforcer la responsabilité.
- **La non-discrimination et l'égalité** : Une approche fondée sur les droits passe par un attachement particulier à la lutte contre la discrimination et les inégalités en protégeant plus particulièrement les droits et le bien-être des groupes marginalisés, défavorisés et exclus.
- **Le renforcement de l'autonomie** : c'est un processus par lequel la capacité des individus à faire valoir et à exercer leurs droits humains est accrue. Au lieu de se contenter d'attendre des politiques, une législation ou la prestation de services, les populations ont les moyens de faire valoir leurs droits. Le processus de développement doit être approprié au niveau départemental.
- **Lien avec les droits humains** : Les programmes reposent sur les recommandations des organes et des mécanismes internationaux chargés des droits humains.

Au regard de ces principes, le Bénin, à l'image des pays du Partenariat de Ouagadougou, est tenu aux obligations suivantes :

Les pays (et leurs administrations) assument des obligations et des devoirs en vertu du droit international, afin de respecter, de protéger et d'instaurer les droits humains.

- L'obligation de respecter les droits humains signifie que les pays évitent de perturber ou d'entraver l'exercice des droits humains.
- L'obligation de protéger les droits humains signifie que les pays doivent protéger les individus et les groupes contre les violations des droits humains.
- L'obligation d'instaurer les droits humains signifie que les pays doivent prendre des mesures positives pour faciliter l'exercice des droits fondamentaux humains. Au niveau individuel, alors que nous avons tous le droit de jouir des droits humains, nous devons également respecter les droits des autres.

Source : Haut-Commissariat des Nations-Unies aux droits de l'homme.

Les programmes de Planification Familiale librement consentis devront être fondés sur une politique de tolérance zéro face à la coercition. Tout service qui ne respecterait pas les droits humains mettra en danger la survie des programmes de planification familiale et la valeur des

investissements dans ces programmes sera irrémédiablement compromise. Un ancien directeur du Bureau de l'USAID pour la population et la santé reproductive a en effet déclaré : « Il m'a fallu un certain temps pour comprendre que si vous tolérez des violations des droits relatifs aux services de Planification Familiale, vous tuez votre programme et vous gaspillez vos fonds »¹⁵.

C'est donc autour de ces valeurs fondamentales que les plans de deuxième génération de Planification Familiale seront mis en œuvre.

15 Population Reference Bureau (PRB), 2015, la planification familiale et les droits humains : quels sont les liens et pourquoi sont-ils importants ?

III. Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale 2019-2023 du Bénin

Le Bénin a développé le Plan d'Action National Budgétisé de planification Familiale 2019-2023 dans l'optique de définir clairement la vision du pays, les objectifs, les activités, et présenter le budget pour la réalisation de ces activités. Ce plan détaille les objectifs stratégiques devant être conduits dans tous les secteurs en vue d'accroître l'accès à la PF pour atteindre les objectifs nationaux qui sont l'augmentation du TPCm et la réduction des besoins non satisfaits d'ici 2023.

Ce nouveau PANB 2019-2023 du Bénin s'aligne sur les objectifs du PNDS 2018-2022 avec des axes stratégiques visant à améliorer l'accès aux informations, aux services et à une gamme variée et complète de méthodes contraceptives pour l'ensemble de la population avec un accent particulier sur la jeunesse.

L'amélioration de la sécurisation des produits, le développement d'un système plus performant de coordination, l'amélioration de la création de la demande, de l'offre et enfin un environnement politique favorable avec un financement adéquat sont indispensables pour sa mise en œuvre effective.

Le but spécifique du PANB 2019-2023 du Bénin est de spécifier les activités qui vont être menées et de détailler les besoins en ressources financières pour atteindre les objectifs nationaux de PF dans le but d'aider les femmes à exercer leur droit à la santé, à l'éducation, à l'émancipation, à la prise de décision personnelle quant au nombre d'enfants et à l'espacement des grossesses, et soutenir l'équité du genre.

La Planification Familiale accessible à tous et volontaire, réduit la morbidité et la mortalité maternelle, les grossesses non désirées chez les jeunes, améliore la santé infantile, facilite les avancées éducatives, réduit la pauvreté. Elle est également un élément fondamental pour le développement économique de la Nation.

3.1. Les objectifs opérationnels du PANB 2019-2023 du Bénin

Objectif de développement

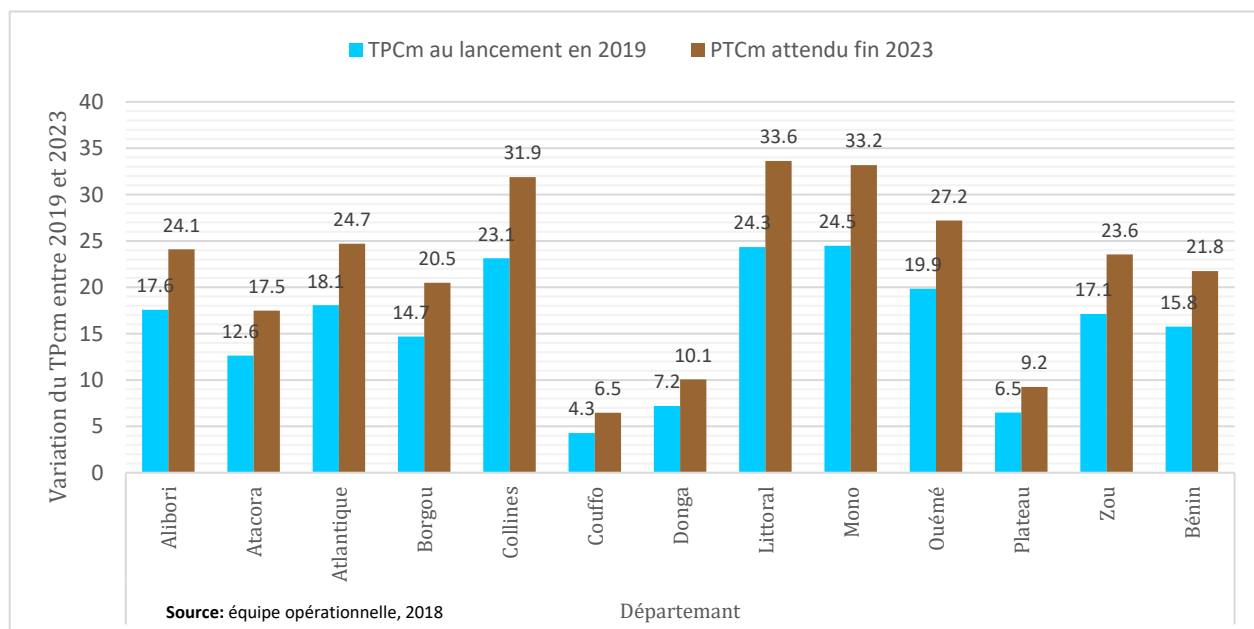
Le PANB est en adéquation avec le but visé par la Politique nationale de la Santé à savoir « contribuer au bien-être des populations en assurant un accès universel aux services de santé et une meilleure qualité des soins pour l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD) ; en Renforçant le partenariat pour la santé et en améliorant la gouvernance et la gestion des ressources dans le secteur santé.

Objectif du PANB 2019-2023

L'objectif principal du PANB du Bénin est d'augmenter le taux de prévalence contraceptive moderne de 15,8% en 2019 à 21,8% en 2023 et de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile en améliorant l'accès à une gamme complète de services de planification

familiale abordables et de qualité pour tous les couples y compris les individus, les adolescents et les jeunes sans coercition basés sur les droits humains.

Au niveau départemental, les objectifs du TPC ont été fixés par an comme l'indique le tableau 2 ci-dessous.



Graphique N° 19 : Objectifs de TPC pour les femmes en âge de procréer de 2019-2023 par département

Pour atteindre le TPC désiré, l'augmentation du TPC des méthodes modernes doit être autour de 1,5% par an entre 2019-2023.

Ainsi, le nombre d'utilisatrices de PF au Bénin doit augmenter de 228.546 en 2016 à 428.238 utilisatrices additionnelles d'ici 2023.

Tableau VI : Estimation de l'effectif de femmes en âge de procréer, utilisatrices de la contraception moderne par département entre 2019-2023.

Années		2019	2020	2021	2022	2023	2019-2023
Département	Alibori	5 899	6 285	6 685	7 067	7 421	33 358
	Atacora	3 483	3 719	3 956	4 190	4 402	19 751
	Atlantique	9 772	10 426	11 056	11 684	12 267	55 206
	Borgou	6 427	6 881	7 341	7 786	8 190	36 625
	Collines	6 192	6 634	7 067	7 482	7 864	35 240
	Couffo	1 490	1 600	1 718	1 827	1 932	8 567
	Donga	1 488	1 590	1 693	1 793	1 884	8 448
	Littoral	7 426	7 902	8 327	8 741	9 119	41 514
	Mono	4 408	4 714	5 014	5 303	5 563	25 002
	Ouémé	8 432	9 000	9 547	10 075	10 568	47 621
	Plateau	1 690	1 807	1 923	2 035	2 142	9 597
	Zou	5 502	5 885	6 272	6 642	6 995	31 296
Total		62 210	66 442	70 599	74 627	78 347	352 225

Source : Equipe Opérationnelle, 2018.

Axes stratégiques

Le Bénin a organisé ses stratégies autour de cinq axes. Chaque axe est détaillé en actions prioritaires, en activités, et soutenu par des indicateurs de résultat et un calendrier (se référer à l'annexe A, Le canevas des activités). Une majorité des résultats stratégiques listés dans le canevas présente les priorités stratégiques.

Le budget du PANB 2019-2023 du Bénin est de 13 189 293 034 FCFA réparti par axe stratégique comme l'indique le tableau 7.

Tableau VII : Répartition par axe stratégique du budget.

Axes du plan	\$US	XOF	Parts (%)
Création de la demande	4 295 940	2 397 113 124	18,17%
Offre et accès aux services	7 043 183	3 930 060 945	29,80%
Sécurisation des produits	912 315	509 067 402	3,86%
Politique, environnement habilitant et financement	1 465 945	817 989 928	6,20%
Coordination, suivi et évaluation	1 390 181	775 713 788	5,88%
Produits et Consommables	8 529 374	4 759 347 847	36,08
Coût total du PANB	23 636 938	13 189 293 034	100,0
Source : Equipe Opérationnelle, 2018			

La part du budget alloué aux jeunes, et adolescents quant à elle est de 17,5%.

3.2. Objectifs stratégiques

Les objectifs stratégiques du présent PANB représentent les domaines d'interventions clés dans lesquels les activités devront être mises en œuvre et pour lesquels les ressources financières devront être attribuées ainsi que le suivi de la performance qui devra être mis en place à travers les cinq axes stratégiques.

Les objectifs reflètent les interventions qui doivent être menées pour pallier les défis de la PF et atteindre les cibles du pays. Ils assurent que les ressources soient allouées en priorité aux domaines qui ont le potentiel le plus élevé pour accroître le TPCm au Bénin. Au cas où il y aurait un écart de financement entre les ressources requises et celles disponibles, les activités en lien direct avec les objectifs prioritaires doivent être exécutées prioritairement pour garantir l'impact et le progrès le plus important. Les objectifs prioritaires permettent au Gouvernement de concentrer l'allocation des ressources pour une exécution optimale du PANB. Néanmoins, toutes les composantes nécessaires à un programme de PF complet ont été détaillées avec leurs activités et coûts respectifs.

3.2.1. Les cinq objectifs stratégiques

- **Objectifs 1** : Accroître la demande d'informations et de services de PF auprès des femmes et surtout des adolescents et des jeunes, en améliorant l'environnement favorable à la PF grâce à un engagement fort de l'ensemble des acteurs sociaux du Bénin.

- **Objectif 2** : Garantir la couverture en offre des services de PF et accès aux services de qualité en renforçant la capacité des prestataires publics, privés et communautaires et en ciblant les jeunes ruraux et les zones enclavées avec l'élargissement de la gamme des méthodes, y compris la mise à l'échelle des MLDA et PFPP, l'amélioration des services et prestations adaptés aux besoins des adolescents et des jeunes.
- **Objectifs 3** : Assurer la sécurisation des produits contraceptifs en tout temps à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et leur disponibilité par le renforcement des capacités en quantification, en planification, en gestion de la chaîne d'approvisionnement et en logistique de PF à tous les niveaux.
- **Objectif 4** : Garantir un environnement favorable pour la PF à travers :
 - Le renforcement des activités de plaidoyer auprès des décideurs (Président de la République du Bénin, Première Dame du Bénin, Institutions nationales, ministère de la santé et ministères connexes) et des leaders administratifs, traditionnels, religieux et des élus
 - La dissémination des documents de politiques, normes et protocoles de PF et la mise en œuvre du PANB
 - Le renforcement et la pérennisation du financement de la PF au Bénin.
- **Objectif 5** : Renforcer le cadre de coordination des acteurs de la PF à tous les niveaux et améliorer le suivi et l'évaluation en renforçant le système de collecte et de traitement des données.

3.3. Détails des Axes stratégiques

Les activités du PANB 2019-2023 sont structurées autour de cinq axes stratégiques du programme de PF :

- ❖ La création de la demande ;
- ❖ L'offre et l'accès aux services ;
- ❖ La sécurisation des produits ;
- ❖ La politique, l'environnement habilitant et le financement ;
- ❖ La coordination, le suivi et évaluation.

Les objectifs stratégiques sont adressés à travers différentes activités contenues dans les cinq axes stratégiques.

3.3.1. Création de la demande

Justification

La revue du plan d'action pour le repositionnement de la planification familiale 2014-2018 du Bénin a certes révélé quelques progrès, mais il est apparu que beaucoup d'actions pouvant accélérer la demande et l'utilisation des services de Planification Familiale n'ont pas pu être exécutées. L'accroissement de l'utilisation des services PF nécessite de créer les conditions

nécessaires à l'adhésion des produits et services de planification familiale. Ainsi, pour susciter davantage la demande et l'adhésion à la PF au Bénin, il est impérativement important d'améliorer le niveau de connaissance des différentes catégories d'acteurs sociaux sur la planification familiale ainsi que leur capacité à appréhender les avantages de la PF et les différentes possibilités qui s'offrent aux utilisateurs en termes de méthodes. Aussi, une forte implication des acteurs sociaux et une communication basée sur des messages adaptés aux différentes cibles de la PF suscitera également une forte demande.

Stratégies

Les stratégies appropriées pour booster la demande passent par le renforcement de la communication auprès de l'ensemble des cibles dans toutes les zones géographiques du Bénin (milieu rural et urbain) et le renforcement du niveau d'engagement des acteurs.

Sur le plan de la communication, il s'agira d'initier et de mettre en œuvre un plan intégré de communication, améliorer les techniques de communication des intervenants en PF, concevoir des messages clés dans les différentes langues nationales et adaptées aux différents contextes socioculturels du pays. Chaque groupe de populations (les adultes, hommes et femmes, les jeunes mariés et non mariés, les leaders traditionnels et religieux, etc.) sera atteint avec des messages prenant en compte ses spécificités. Il conviendrait d'en tenir compte pour concevoir les messages spécifiques qui assureront une plus grande création de la demande.

Susciter un engagement plus fort des acteurs en faveur de la PF, favoriserait la demande et l'utilisation des services de PF au Bénin. À cet effet, il faudrait entre autres soutenir et étendre l'engagement constructif des hommes, renforcer les compétences des leaders religieux, traditionnels et politiques en matière d'espacement des naissances et ses liens avec le développement et la capture du dividende démographique.

Des actions spécifiques de communication et de formation seront menées à l'endroit des adolescents et des jeunes en vue de créer la demande et l'utilisation des services de PF. Il s'agira de répondre aux besoins des jeunes en matière d'informations adaptées et en insistant notamment sur les conséquences des grossesses précoces et les bénéfices de la contraception.

Dans ce cadre, les importants résultats de Camber Collective sur l'analyse de la demande nationale seront d'une importance capitale dans le développement du plan opérationnel du présent PANB.

Aussi, l'éducation sexuelle complète sera intégrée dans les curricula de formation et l'ensemble des opportunités offertes par les technologies de l'information et de la communication (TIC) seront mises à contribution pour toucher plus de jeunes. Il y aura une segmentation des adolescents et jeunes par âge, par lieu de résidence et activités socioprofessionnelles afin d'adapter les messages et les services à leurs besoins. Les jeunes en situation de vulnérabilité et de handicap seront pris en compte.

Selon les résultats de la revue du PANB de 2014-2018, les problèmes clés par rapport à la demande pour la PF sont les suivants :

- Faible connaissance de la PF par les adolescents et jeunes femmes en particulier, et manque de lien fait entre la PF et les possibilités d'épanouissement accrues dans d'autres domaines de la vie grâce au recours à la PF
- Manque d'adaptation des informations fournies aux différents besoins, attitudes et aspirations parmi les divers segments de jeunes, en faveur d'informations « à taille unique » qui ne prennent pas en compte les divergences entre différents segments psychosociaux
- Mobilisation insuffisante des lieux d'éducation et autres cadres de rassemblement des jeunes, pour offrir des services d'éducation en PF et la banalisation/normalisation de la PF pourtant si nécessaire pour son adoption à grande échelle, face aux normes sociales encore dissuasives
- Faible représentation et participation directe des adolescents et jeunes dans la PF (instances de décisions, coordination) et manque d'incitation directe des jeunes à se fier à des instances de santé accréditées et à s'y diriger pour recevoir des conseils PF

Pour atténuer ces problèmes clés de l'axe sur la demande, ce PANB 2019-2023 comporte les actions et interventions prioritaires suivantes :

01. Renforcer l'implication des couches sociales conformément aux valeurs sociales et droits humains en faveur de la Planification Familiale de 2019 à 2023

- ❖ **A01.** Mettre à l'échelle la stratégie de l'engagement constructif des hommes (comités d'hommes, maris modèles, etc.) dans 7 zones sanitaires, avec l'appui des ONG et d'un exercice de plaidoyer général.
- ❖ **A02.** Mobiliser les leaders religieux et coutumiers dans la mobilisation communautaire des hommes et des femmes pratiquantes (de toute religion) en faveur de la PF, à travers les argumentaires religieux prônant la responsabilité personnelle, l'épanouissement humain et la conformité de la PF avec les valeurs religieuses.
- ❖ **A03.** Encourager les parents à aborder les sujets de sexualité et de PF avec leurs enfants à travers des ateliers de discussion organisés par des ONG et instances publiques, éducatives, religieuses et/ou sanitaires.

02. Accroître le niveau de connaissances de la PF à travers une campagne nationale de communication ciblant les adolescents(e)s et les jeunes

Cet objectif servira plus particulièrement à :

- *augmenter la reconnaissance du besoin et des avantages de la PF*
- *encourager les adolescent (e) s et les jeunes à utiliser les méthodes modernes de contraception comme moyen facilitant l'atteinte de leurs objectifs de vie*
- *coordonner et harmoniser les messages avec tous les programmes, campagnes et plateformes existants.*

- ❖ **A01.** Élaborer et mettre en œuvre un plan intégré de communication en PF ciblant les adolescents(e)s et les jeunes de manière générale et comprenant des macro-messages (élaborés en atelier de restitution de l'ADNJ en 2018) prenant aussi en compte la prévention des grossesses basée sur la segmentation des adolescents(e)s et les jeunes comme suit :
 - Message général évoquant le fait qu'avec de jeunes Béninoises dynamiques, le Benin ne deviendra que plus dynamique
 - Message sur la pertinence ressentie de la PF soulignant que la PF permet de songer à un avenir plus radieux
 - Message sur la gamme de choix en PF expliquant qu'il existe une multitude de méthodes modernes de contraception à tester, et le meilleur choix est le choix éclairé qui sera fait par chacune
 - Message sur l'épanouissement montrant que les jeunes femmes sont fortes et pleines de potentiel, mais elles doivent prendre l'initiative dans les discussions de couple sur la PF
- ❖ **A02.** Diffuser les messages du plan intégré de communication à travers :
 - les médias de masse (à définir)
 - des lignes vertes (numéros téléphoniques)
 - le renforcement des compétences et extension des messages de PF dans les activités de sensibilisation des réseaux, des coopératives, des groupements de femmes ainsi que des corps de métiers (salons de coiffure, ateliers de couture et autres) et des acteurs sociaux.
- ❖ **A03.** Renforcer les capacités et le soutien des jeunes en tant qu'agents de plaidoyer pour promouvoir un environnement favorable et utilisation de la plateforme d'échanges de la jeunesse à travers les réseaux sociaux (Tweeter, Facebook, WhatsApp, etc.) impliquant les jeunes dans la promotion de la SRAJ, avec des messages adaptés.

03. Inciter un plus grand nombre de jeunes à tenter une ou plusieurs méthodes modernes de PF en prônant des approches sensibles aux différents segments et autres groupements sociaux

Cet objectif servira plus particulièrement à :

- *Amplifier l'impact de la campagne nationale dans la sensibilisation des jeunes aux méthodes modernes de contraception en proposant des outils aux acteurs terrain qui interagissent avec les adolescents(e)s et les jeunes*
- *Adapter les communications qui leur sont destinées, afin que la PF leur soit présentée de la manière la plus pertinente*
- *Inspirer confiance aux jeunes béninoises en les assurant qu'elles recevront un conseil adapté à leurs besoins et sans jugement*

- ❖ **A01.** Créer et disséminer un outil de diagnostic et de cartes-conseils adaptées par segment qui permettent d'identifier le segment auquel appartient une jeune femme, et de communiquer des messages plus adaptés aux circonstances de chacune, en continuité avec les recommandations de l'ADNJ 2018.
- ❖ **A02.** Former et diffuser cet outil dans différents programmes de conseils individuels, en coordination avec les messages de la campagne nationale en PF ciblant les jeunes. Cette formation sera destinée aux agents des cliniques mobiles et agents de santé, relais communautaires, centres de jeunes et autres centres ou structures ayant la même vocation, potentiellement en coordination avec des organismes tels que les centres Amour et Vie de l'ABMS, l'ABPF et les ONG internationales. Une fois complétée, la formation mènera à une accréditation officielle en services de conseils PF adaptés aux jeunes.
- ❖ **A03.** Utiliser l'outil de diagnostic pour fournir un conseil adapté sur les réseaux sociaux, par le biais de questionnaires ou jeux interactifs qui incorporent les questions du diagnostic et délivrent des messages adaptés par segment.

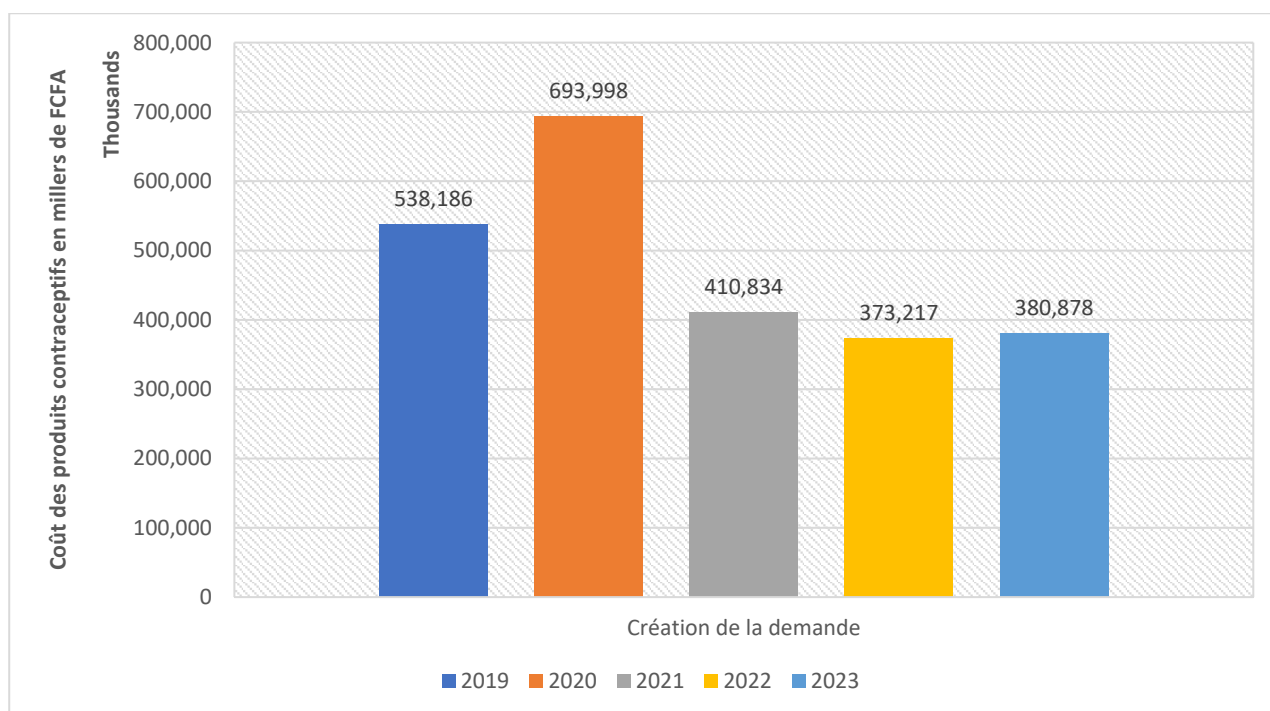
04. Unifier les efforts multisectoriels (ministères connexes et autres secteurs) notamment éducatifs afin d'identifier le gap et exploiter les synergies, assurer l'efficacité des efforts humains et financiers et renforcer l'éducation complète à la sexualité

Cet objectif servira plus particulièrement à :

- *harmoniser la communication en PF entre ministères et notamment avec les Ministères de l'Éducation, de la Famille, de la Jeunesse, de la Communication*
 - *faire de l'éducation sexuelle un programme complet et coordonné avec le Ministère de la Santé*
 - *amplifier les efforts actuels et futurs afin de toucher un maximum d'utilisatrices potentielles de PF*
 - *faciliter le partage de bonnes pratiques, conseils, et enseignements stratégiques et opérationnels tirés de l'expertise de chacun.*
- ❖ **A01.** Organiser les campagnes nationales en PF avec les ministères concernés.
 - ❖ **A02.** Harmoniser le contenu des curricula et mise en œuvre de l'approche d'Éducation Complète à la Sexualité pour les adolescents (e)s et les jeunes scolarisés, et non/déscolarisés ou en situation de vulnérabilité en collaboration avec les ministères chargés de l'Éducation, de l'enseignement supérieur, etc. envisageant des visites de centres de santé accrédités, des séances de sensibilisation sur les consultations en PF en milieu scolaire, et l'enseignement potentiel de la PF avant la 3^{ème}.

Résumé des coûts

Le graphique 20 ci-dessous renseigne sur le coût des activités relatives à la création de la demande qui est évalué à 2 397 113 124 FCFA, soit 4 295 940 USD entre 2019 et 2023.



Graphique N° 20 : Coûts de la création de la demande, en millier de FCFA

3.3.2. Offre et accès aux services

Justification

Au nombre des enseignements tirés de la revue du plan de relance PF 2014-2018 du Bénin, on peut retenir :

- La non-exécution des activités relatives à l'amélioration de la qualité des services de PF offerts aux adolescent (e) s et aux jeunes,
- L'insuffisance de lignes vertes pour répondre aux préoccupations des adolescent (e) s et les jeunes sur les questions de Santé sexuelle et de la reproduction,
- la faible exécution de la promotion de la franchise sociale par la contractualisation avec des OSC, formations sanitaires privées et pharmacies privées.

Cela démontre grandement la persistance des problèmes d'offre et d'accès aux services de PF. Au-delà de ce qui n'est pas réalisé, il y a la persistance de la faible accessibilité géographique et financière, les problèmes du matériel technique, souvent indisponible ou incomplet, des médicaments et consommables très souvent en rupture de stock et du personnel médical et paramédical qui est souvent insuffisamment formé ou peu supervisé. Ce qui impacte la disponibilité et la qualité des soins. Il est donc primordial de renforcer le système de soins pour que l'ensemble des populations du Bénin qui le désire puisse avoir un accès continu à des soins de qualité par du personnel disponible, qualifié et motivé.

Stratégie

Les stratégies innovantes pour la promotion de l'offre de services de PF, seront nécessaires pour réduire les inégalités d'accès, améliorer la qualité et la disponibilité d'offre de services de PF. Elles permettront également de contribuer à renforcer la demande, car une offre de service de qualité peut susciter auprès des populations plus de motivation et contribuera à créer un environnement favorable à la demande.

Les offres de services en stratégies mobiles et avancées, l'organisation des semaines nationales de PF, la planification familiale du post-partum et au cours des soins après avortement, seront renforcées. Il sera également poursuivi et renforcé, l'intégration des services de PF à d'autres services sanitaires de certains centres de santé accrédités (VIH/sida, paludisme, vaccination, nutrition, etc.), la délégation des tâches pour offrir des services de PF à l'endroit des populations cibles vivant dans des zones enclavées et à celles qui sont le plus vulnérables (populations des zones rurales et périurbaines, jeunes, handicapées, etc.). A cet effet, les ASC seront, outillés pour offrir ces services de PF. Aussi, la promotion et l'offre des méthodes de PF modernes et de longue durée seront accrues dans les formations sanitaires publiques et privées. La distribution à base communautaire (DBC) des contraceptifs y compris les injectables (Dépo Provera, Sayana Press, etc.) sera renforcée dans le but d'accroître la disponibilité et l'accès géographique.

L'accès à la PF est basé sur les droits humains. Les femmes, les adolescent (e)s et les jeunes et peuvent, si elles/ils le désirent accéder à l'information, aux services et aux produits de PF de qualité. A cette fin, des stratégies seront mises en œuvre pour remédier aux problèmes qui impactent la qualité et la disponibilité de l'offre de services de PF.

Le droit de tous les individus de recevoir des services équitables de PF doit être renforcé dans la programmation. L'intégration de la PF dans d'autres services va également permettre de renforcer l'offre. A cet effet, des conseils de PF seront intégrés de manière systématique dans les services après avortement et de post -partum, sans oublier les femmes victimes de fistules. Les services en stratégies mobiles et avancées, l'intégration des services de PF dans d'autres services sanitaires ou encore la délégation des tâches vont être renforcés dans des zones hors couverture sanitaire. Par ailleurs, la remise à niveau des agents de santé avec le renforcement des plateaux techniques des formations sanitaires notamment pour les méthodes de longue durée vont également permettre une meilleure offre de services pour tous, y compris dans les zones enclavées, réduisant ainsi les barrières géographiques à l'accès à la PF.

Des efforts programmatiques seront aussi menés pour que des prestations et actes de la PF deviennent accessibles financièrement pour tous. Enfin, pour améliorer l'accès des adolescents(e)s et jeunes à la PF, les stratégies de communication en leur direction y compris les non scolarisés vont être renforcées et intégrées dans d'autres interventions telles que la prévention du VIH.

Une utilisation accrue des TIC sera aussi faite pour être plus proche des jeunes. Ils auront également accès à un plus grand nombre de services adaptés à leurs besoins dans des

structures sanitaires avec un personnel qualifié en vue de réduire la stigmatisation et la discrimination auxquelles les adolescents (e)s et les jeunes font souvent face dans les centres de santé.

Les compétences des prestataires pour les offres de services de PF de qualité (Assurance Qualité des Services, counseling spécifique, technologies contraceptives, supervision formative...) seront renforcées et les curricula de formations améliorés, notamment sur la PF post-partum, grâce à un plan de formation annuel. Les OSC et le secteur privé seront également mis à contribution pour assurer une meilleure couverture de ces services.

Des efforts programmatiques seront faits afin que, la planification familiale soit rendue financièrement accessible à tous. Enfin, les stratégies de promotion à l'accès aux services de PF seront basées sur le respect des droits de la personne humaine. Chaque bénéficiaire sera informé de toutes les offres disponibles et le consentement éclairé de chacune des cibles sera recueilli avant toute offre de services.

OA1. Faible accessibilité géographique et financière des populations aux services de PF, plus particulièrement les personnes vulnérables

O1. Améliorer l'accès géographique et financier des populations y compris les personnes vulnérables aux services de PF de qualité

A1-Renforcement et mise à l'échelle de l'offre des services de PF de qualité à travers la distribution à base communautaire des contraceptifs y compris les injectables (Dépo Provera, Sayana Press, etc.) : En milieu rural et périurbain, il y a des zones dans lesquelles les populations n'ont toujours pas accès aux soins de santé. Mieux, le document de Politique nationale des interventions à base communautaire a déjà pris en compte la délégation des tâches au niveau communautaire. Ainsi, pour atteindre les objectifs fixés dans le nouveau PANB et permettre aux communautés d'avoir accès aux services de PF, il est important de revoir son niveau de mise en œuvre dans le domaine de la PF afin de faire sa mise à échelle au niveau des formations sanitaires. Pour ce faire, le nombre des ASC passera de 728 à 5,144 entre 2019 et 2023. Ils seront identifiés et formés à l'offre de service PF et des supervisions formatives seront ensuite organisées pour veiller sur la qualité des services qu'ils offrent.

A2. Renforcement de l'offre de services de PF en stratégies avancées : Les FS publiques et les OSC organisent déjà des stratégies avancées pour offrir les services aux différentes populations. Mais ces sorties ne sont pas régulières. Le PANB prévoit de renforcer cette stratégie. Le plateau technique et les supervisions régulières des prestations seront renforcés. Cette activité se réalisera de 2019 à 2023.

A3. Renforcement de l'offre de services de PF en stratégies mobiles : Il s'agit d'initier et d'intensifier les stratégies mobiles dans des zones sanitaires du pays en réalisant d'une part, une sortie trimestrielle en stratégie mobile dans chaque zone sanitaire. Avec l'appui des OSC,

les groupes de stratégies mobiles passeront de 9¹⁶ à 19, soit 2 par an. Il faudra alors équiper les DDS et les zones sanitaires en véhicules adaptés, identifier des OSC capables d'appuyer la mise en œuvre du plan et contractualiser avec elles. Cette activité sera réalisée entre 2019 et 2023.

A4. Renforcement et mise à l'échelle de l'offre de services de PF en soins après avortements (SAA) : Afin que les clients désirant la contraception aient les services PF surtout en SAA, il faudra renforcer ces services dans les FS et en particulier dans les Hôpitaux de zone et départementaux et les CHU. Ainsi, à chaque contact 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. Cette activité sera réalisée entre 2019 et 2023.

A5. Mise à l'échelle de la PFPP notamment pendant les campagnes de vaccination : Dans la sous-région, la PF a déjà montré des stratégies innovantes, dont la PFPP. La DSME avec l'appui technique des partenaires fera sa promotion durant les campagnes de vaccination et mettra à échelle dans environ 100 FS par an entre 2019 et 2023.

A6. Organisation des semaines nationales de PF : Le Bénin organise chaque année des semaines spéciales de PF. Il s'agit maintenant de l'organiser deux fois dans l'année dans chaque zone sanitaire. A cette occasion, toutes les zones sanitaires recevront des produits contraceptifs et consommables afin d'offrir gratuitement des services de PF aux populations.

A7. Intégration de la PF dans les services SR des formations sanitaires publiques et privées ne l'offrant pas encore : Selon les enquêtes de UNFPA sur les FS, elles offrent en général, les méthodes de courte durée d'action (injectables, pilules, préservatifs). Ainsi, les méthodes de longue durée seront intégrées dans 50% des FS publiques et privées qui n'offrent que les méthodes de courte durée. A cet effet, des FS seront identifiées pour recenser les besoins et renforcer le plateau technique.

A8. Renforcement de l'intégration des services de PF dans les autres services sanitaires (VIH/sida, paludisme, vaccination, nutrition, etc.) en s'appuyant sur l'approche ISBC/PF(Identification systématique des besoins de la cliente en PF) Afin d'éviter que les clients désirant la contraception aient des occasions manquées, il faut mettre les produits contraceptifs dans tous les services SR (SAA, SPP, PEV, nutrition, Prise en charge des IST, etc.) des FS et en particulier dans les hôpitaux départementaux et les hôpitaux de zone . Ainsi à chaque contact 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 formateurs, des prestataires, la révision et l'harmonisation des outils de collecte des données en PF et en particulier sur la documentation de l'ISBC/PF la réorganisation et l'équipement de ces services. Environ 50 FS bénéficieront de cette intégration par an, soit 200 entre 2019 et 2023.

A9. Mise en place des services de SR/PF adaptés aux jeunes et les adolescents, indépendamment de leur statut matrimonial et lieu de résidence : Sur la base des besoins

¹⁶ Deux(2) cliniques mobiles pour l'ABMS ; quatre(4) cliniques mobiles pour ABPF ; trois(3) barques motorisées pour OSV Jordan

de services en PF chez les adolescent(e)s et les jeunes, il faut intégrer les spécificités des adolescents (es) et des jeunes à travers des interventions mieux adaptées à leurs besoins en matière de contraception, qu'il s'agisse des jeunes scolarisés ou non scolarisés, du milieu rural ou urbain. Ceci nécessite le renforcement des capacités des prestataires, pour l'offre des services et la promotion d'activités intégrées de la PF/IST/VIH

OA2. Faible qualité de l'offre de services de PF

O1- Améliorer le plateau technique des formations sanitaires pour l'offre de services de PF de qualité de 2019 à 2023.

A1. Renforcement des capacités des prestataires pour l'offre des services PF de qualité (Assurance Qualité des Services, counseling spécifique, technologies contraceptives, supervision formative...) : Au Bénin, il existe encore des FS qui n'offrent pas de méthodes de PF. Le PANB se fixe pour objectif de faire en sorte que toutes les formations sanitaires publiques et qu'au moins 40% des FS privées offrent les méthodes modernes de contraception. Il faudra donc mettre à niveau des agents de santé pour permettre aux FS Publiques et privées d'offrir davantage les méthodes modernes de la PF. Cette activité devrait être réalisée entre 2019 et 2023 pour 300 agents à raison d'une session de 25 par département et par an.

A2. Renforcement de l'enseignement de la PF dans les écoles et facultés de formation en santé : 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. Ces formations devraient également enseigner les questions de population notamment les interrelations entre population et développement, les notions sur le dividende démographique et la modélisation notamment dans les universités. Cette activité sera menée au cours de l'année 2019.

A3. Equipement des formations sanitaires pour l'offre de services de PF : Fournir le matériel d'IEC en PF (boîtes à images, affiches, dépliants, etc.) aux 350 formations sanitaires publiques et aux 70 du privé offrant déjà la PF et 30 FS nouvellement ciblées, soit 450 FS au total. Cette activité devrait être réalisée sur toute la durée du plan ;

A4. Renforcement des capacités des prestataires des formations sanitaires publiques et privées pour l'offre de services conviviaux et adaptés de SRAJ : Renforcer les capacités des prestataires de 5% des FS publiques et privées (soit 114 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 de certains 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.

A5. Extension de l'offre des services PF de qualité dans les sites offrant des services aux PVVIH, aux handicapés, aux minorités sexuelles et aux professionnelles du sexe : Assurer

l'offre des services PF de qualité dans les sites offrant des services de prise en charge des personnes qui vivent avec le VIH, aux handicapés, aux minorités sexuelles et aux professionnelles du sexe de 2019 à 2023. Cette activité permettra de rapprocher les produits PF au niveau des populations qui auraient de la gêne à fréquenter les autres services publics.

OA3. Faible participation des OSC et du secteur privé à l'offre des services de PF

O1. Assurer une meilleure couverture de l'offre de PF par les OSC et le secteur privé dans les départements.

A1. Mise en œuvre d'une stratégie d'implication des OSC et du secteur privé dans les prestations de services de la PF : Elaborer de façon consensuelle une stratégie d'implication des OSC et du secteur privé dans les prestations de services de la PF. Cette stratégie permettra d'harmoniser et de renforcer la collaboration entre les secteurs public et privé en vue d'améliorer l'offre de services de la PF sur toute l'étendue du territoire. L'activité sera réalisée en 2019.

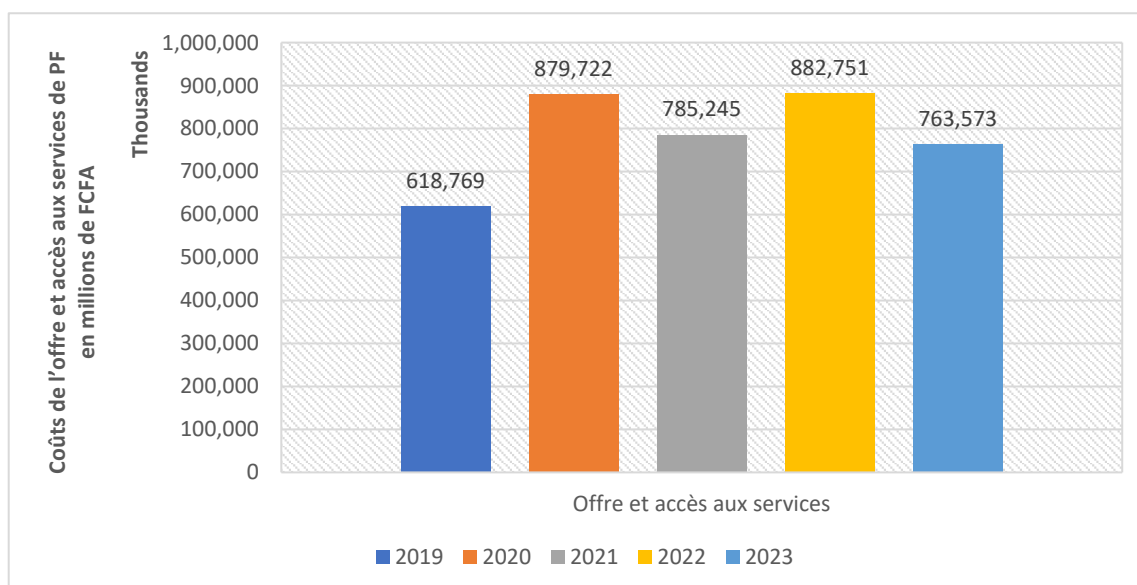
A2- Extension de l'offre de services de PF par la franchise sociale en contractualisant avec les OSC et FS privées : Pour élargir l'offre de services PF par les formations sanitaires du secteur privé, il y a lieu d'étendre la franchise sociale en contractualisant l'offre des services de PF en passant de 115 FS franchisées à 165 en 2023, soit 50 cliniques privées supplémentaires. La contractualisation concernera 10 cliniques privées en moyenne par an de 2019 à 2023.

A3. Renforcement du marketing social avec une large gamme de produits contraceptifs : Le marketing social est mis en œuvre. Pour le moment la couverture du pays n'est pas encore totale. Au cours de la mise en œuvre du plan opérationnel, une analyse de la situation du marketing social sera faite afin de renforcer les maillons faibles.

A4. Extension des services intégrés de PF, de lutte contre le VIH et le sida, de prise en charge des IST chez les jeunes et les adolescents, dans les centres de jeunes et dans la communauté en collaboration avec les autres secteurs (OSC, secteur privé...): Renforcer les activités du paquet intégré de PF, de lutte contre le sida et de PEC des IST chez les adolescents et les jeunes en collaboration avec les OSC, les FS en ciblant 6 zones sanitaires par an de 2019 à 2023 à raison de 5 formations sanitaires par zone sanitaire, soit 30 zones sanitaires au total durant la période du plan d'action.

Résumé des coûts

Comme le graphique 21 le montre, le total des coûts pour les activités d'offre et d'accès aux services de la PF est estimé à 3 930 060 945 FCFA, soit 7 043 183 USD entre 2019 et 2023.



Graphique N° 21 : Coûts de l'offre et accès aux services de PF en millions de FCFA

3.3.3. Sécurisation des produits

Justification

Le maintien d'un système d'approvisionnement robuste et fiable des produits contraceptifs pour répondre aux besoins des clients, prévenir les ruptures de stock, et veiller à la sécurité contraceptive est essentiel à la réalisation des objectifs du PANB du Bénin. Il est essentiel de veiller à ce que les produits contraceptifs et les consommables soient disponibles, variés et de bonne qualité pour répondre aux besoins et aux choix des utilisatrices de planification familiale. Fournir aux femmes une combinaison des méthodes de PF complète pour répondre aux besoins changeants des utilisatrices tout au long de leur vie reproductive augmente non seulement le niveau global de l'utilisation des contraceptifs, mais aussi assure leur capacité à exercer pleinement leurs droits et atteindre leurs objectifs en matière de reproduction. Avoir une large gamme de méthodes disponibles offre aux femmes et aux familles la possibilité de répondre au mieux à leurs besoins en matière de reproduction.

Stratégie

La stratégie de sécurisation des produits contraceptifs vise à assurer une disponibilité pérenne et une utilisation rationnelle des contraceptifs et autres consommables de la PF de qualité en temps voulu et en tout lieu selon les besoins du client. Il s'agira dans cet axe de garantir que les commodités et consommables de la PF sont adéquats et disponibles pour garantir la réponse à la demande et aux choix des utilisatrices de la PF.

A cet effet, il est impératif que le système permette de minimiser au maximum les ruptures de stock et de garantir une disponibilité constante des produits de qualité dans les différents points de stockage. Pour ce faire, les magasins de stockages des intrants et produits de la PF vont être réhabilités et mis aux normes dans le but de renforcer les capacités de stockage y compris au niveau communautaire. Une remise à niveau sur la gestion des stocks sera donc nécessaire. Par ailleurs, la gestion des données de consommation et de disponibilité des

produits contraceptifs dans les structures sanitaires publiques et privées et des ONG/associations sera renforcée grâce aux suivis plus réguliers, à l'amélioration des outils de gestion et à la formation accrue du personnel sur ces outils. La qualité des produits contraceptifs à tous les niveaux de la chaîne de distribution sera également garantie.

SP1. Persistance des ruptures de stocks des produits SR/PF à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, notamment au niveau communautaire.

O1. Améliorer le système d'information et de gestion logistique des produits contraceptifs.

A1. Renforcement des capacités des acteurs en système d'information et de gestion logistique et des données de consommation des produits contraceptifs dans les structures sanitaires publiques et privées, les ONG/Associations

Assurer la formation des gestionnaires de dépôts des produits pharmaceutiques au niveau des zones sanitaires et des points de prestation en SIGL afin qu'ils puissent remplir pleinement leurs missions de contribution à la sécurisation des produits contraceptifs. Il s'agira de former les agents du niveau central et départemental, soit (30) gestionnaires des pharmacies. Au niveau des zones sanitaires, au moins une personne par zone sera formée. A la fin du processus, les prestataires de PF seront également formés au niveau de leurs départements respectifs.

A2. Renforcement du potentiel et de l'engagement des pharmacies et des distributeurs / fournisseurs grossistes dans la vente de contraceptifs

Le secteur privé à but lucratif et commercial fait face à des défis supplémentaires que ce plan entend mieux comprendre et résoudre. Les conditions de la politique, de l'industrie et du marché pour les services de santé privés commerciaux à but lucratif, en particulier pour les services préventifs subventionnés tels que la planification familiale, sont sous-optimales. Néanmoins, le secteur commercial est une source notable de services de la PF, en particulier dans les zones urbaines. S'il est incertain que le secteur privé soit une plateforme viable pour élargir bientôt l'accès aux services de PF, certains types d'installations du secteur privé gagnent en popularité, notamment les hôpitaux privés et les pharmacies. Le Ministère de la Santé a le mandat et la responsabilité de veiller à ce que tous les citoyens, quel que soit le lieu où ils se rendent, bénéficient des services de qualité. En tant que tel, dans le cadre de ce plan, le programme a pour objectif de nouer le dialogue avec les parties prenantes du secteur privé tout au long de la chaîne d'approvisionnement (grossistes et distributeurs, détaillants, associations) afin de recenser les obstacles à l'élargissement de la disponibilité des produits contraceptifs par le biais du secteur privé commercial. En outre, le programme reconnaît que les pharmacies sont des sources populaires de préservatifs et de contraceptifs d'urgence. Par conséquent, les efforts seront concentrés sur la garantie que ces méthodes sont fournies conformément aux normes de qualité nationales. Un projet-pilote sera mis à l'essai à Cotonou où se trouvent principalement des pharmacies, afin d'évaluer le potentiel d'utilisation de ces pharmacies pour accroître l'accès à ces méthodes.

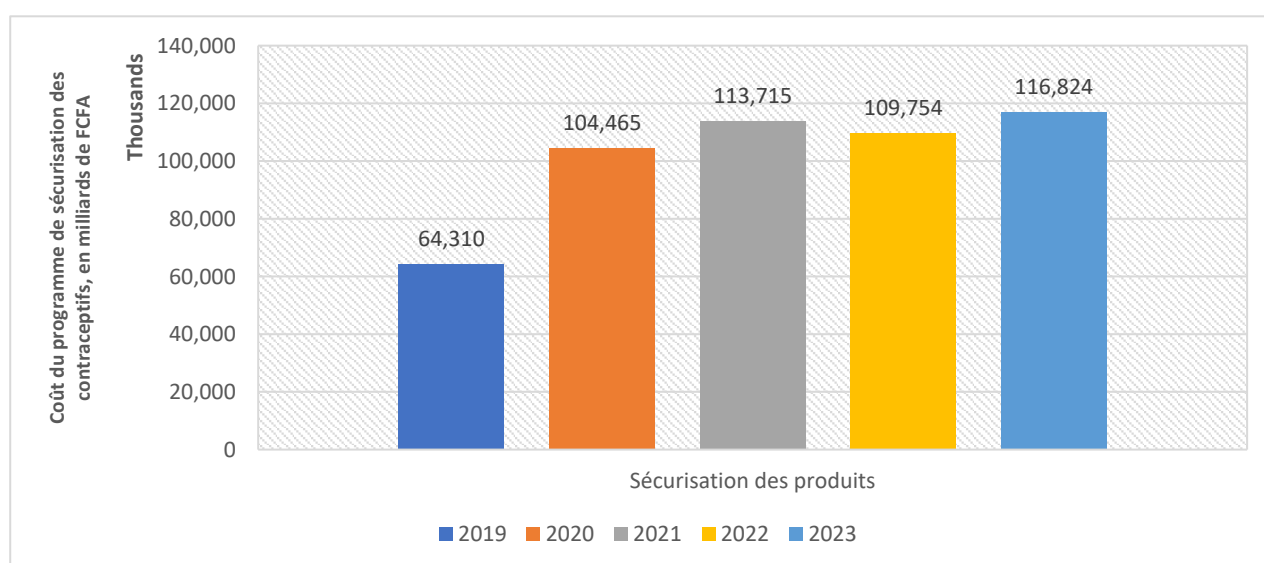
Le plaidoyer et le dialogue politique seront menés en direction de l'Ordre des Pharmaciens afin de convaincre les pharmaciens privés d'administrer aux femmes qui en font la demande le Sayana Press dans leurs officines.

A3. Elaboration et révisions semestrielles des tableaux d'acquisition des produits contraceptifs (TAC) et rendre disponibles les produits contraceptifs à tous les points de prestation : Il s'agit d'assurer la disponibilité des produits contraceptifs dans tous les départements, zones sanitaires et FS. Pour y parvenir, il y a lieu de fournir les moyens de transport et d'entreposage nécessaires pour garantir la disponibilité permanente des méthodes contraceptives à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Cette activité se déroulera de 2019 à 2023 à travers la centrale d'achat.

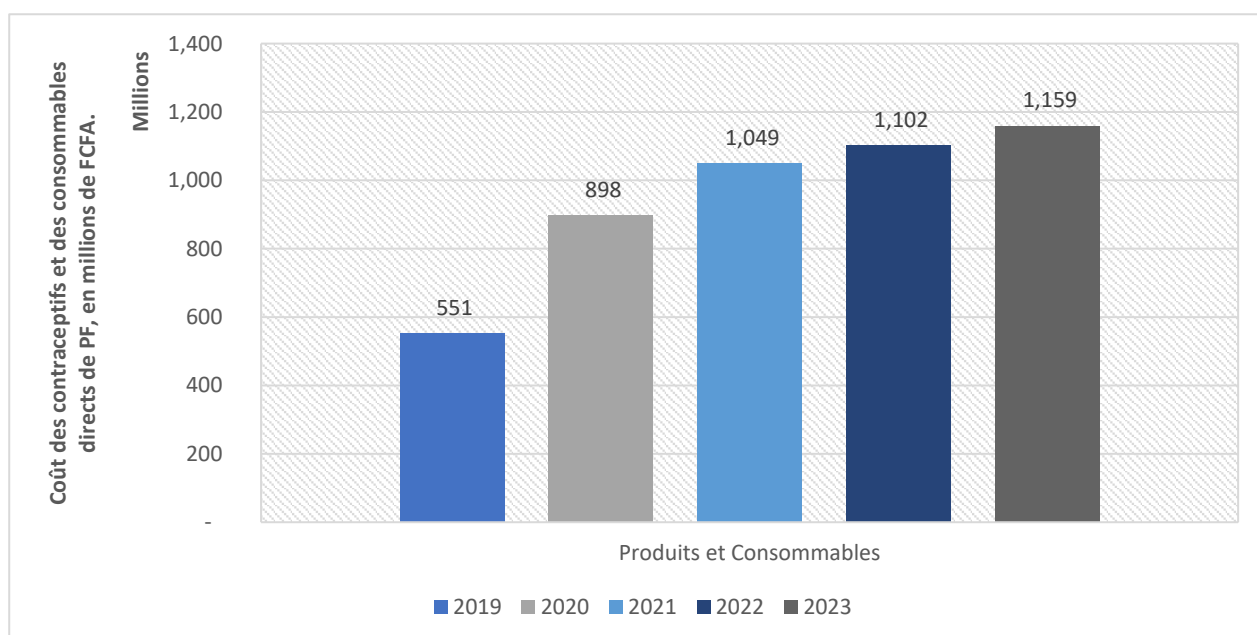
A4. Organisation de supervisions régulières sur la fonctionnalité du système d'information et de gestion logistique : le niveau central effectuera des supervisions semestrielles vers les Centrales d'Achat décentralisées. Le niveau départemental organisera des supervisions trimestrielles des Équipes d'Encadrement des Zones Sanitaires (EEZS), qui, à leur tour superviseront les Dépôts des FS et pour vérifier non seulement la disponibilité des produits, mais aussi l'utilisation du logiciel de la gestion des stocks y compris les produits contraceptifs. Cette activité sera réalisée durant toute la période du Plan (2019 à 2023).

Résumé des coûts

Comme le graphique 22 l'indique, le coût total pour la programmation des activités de sécurisation des produits est estimé à 509 067 402 FCFA entre 2019 et 2023. Le graphique 22 montre que le total des coûts pour les commodités de PF et consommables directs est estimé à 4 759 347 847 FCFA entre 2019 et 2023. Le graphique 23 montre la combinaison des méthodes pour atteindre les objectifs spécifiques de TPCm ; le tableau 8 montre le nombre total de toutes les utilisatrices de contraception par méthodes.



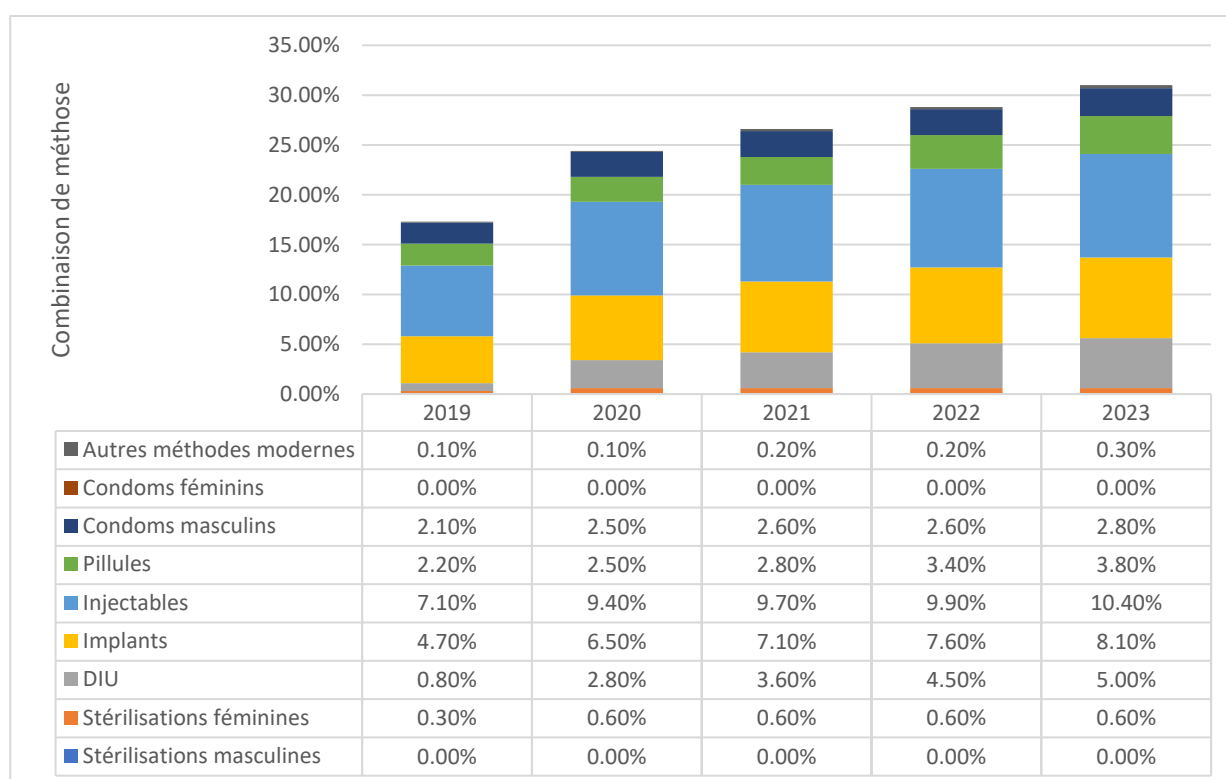
Graphique N° 22 : Coût du programme de sécurisation des contraceptifs, en milliards de FCFA.



Graphique N° 23 : Coût des contraceptifs et des consommables directs de PF, en millions de FCFA

3.3.4. *Suppositions de la Combinaison des Méthodes*

La combinaison des méthodes a permis de projeter l'utilisation des contraceptifs, et les coûts des contraceptifs requis afin d'assurer une couverture complète pour les femmes en âge de procréer (15-49 ans). Ces données ont permis de déterminer le nombre total potentiel d'utilisatrices pour chaque année du PANB.



Graphique N° 24 : Base 2014 et projection de la combinaison des méthodes, pour les femmes en âge de procréer, pour atteindre la cible de TPCm de 21,8%

3.3.5. Estimation du nombre d'utilisatrices de contraception moderne par département entre 2019 et 2023

Tableau VIII : Estimation des effectifs de femmes en union utilisatrices de la contraception moderne à cibler par région entre 2019-2023.

Département	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Alibori	5 899	6 285	6 685	7 067	7 421	33 358
Atacora	3 483	3 719	3 956	4 190	4 402	19 751
Atlantique	9 772	10 426	11 056	11 684	12 267	55 206
Borgou	6 427	6 881	7 341	7 786	8 190	36 625
Collines	6 192	6 634	7 067	7 482	7 864	35 240
Couffo	1 490	1 600	1 718	1 827	1 932	8 567
Donga	1 488	1 590	1 693	1 793	1 884	8 448
Littoral	7 426	7 902	8 327	8 741	9 119	41 514
Mono	4 408	4 714	5 014	5 303	5 563	25 002
Ouémé	8 432	9 000	9 547	10 075	10 568	47 621
Plateau	1 690	1 807	1 923	2 035	2 142	9 597
Zou	5 502	5 885	6 272	6 642	6 995	31 296
Bénin	62 210	66 442	70 599	74 627	78 347	352 225
Source : Equipe Opérationnelle, 2018						

3.3.6. Politique, environnement habilitant et financement

Justification

La revue du plan de repositionnement de PF 2014-2018, a retracé des actions positives signe de l'évolution de l'environnement habilitant au cours de cette période. Il s'agit entre autres de la révision de la Politique nationale des interventions à base communautaire prenant en compte la DBC, de l'adoption du Plan Stratégique des IBC et du manuel de procédures des IBC, de l'élaboration, validation, signature et mise en œuvre de trois textes d'application de la loi SR, etc. Cependant, il reste beaucoup d'efforts à déployer sur cet axe stratégique pour davantage favoriser la mise en œuvre de l'ensemble des autres domaines d'intervention du plan. Or, comme l'indique la revue HIP, en 2013, « *Les politiques fournissent les fondations sur lesquelles on doit bâtir des systèmes de santé, des programmes et des services solides* » (22). Aussi, il est à souligner que les politiques jouent un rôle fondamental dans les efforts de mise à l'échelle des interventions sur la PF ainsi que la durabilité de celles-ci. C'est pourquoi il est impérieux de développer les stratégies novatrices en vue de renforcer l'environnement habilitant favorable à l'atteinte du dividende démographique au Bénin. L'absence de volonté et d'engagement politique des acteurs clés du système est un facteur handicapant à la mise en place de politiques favorables.

Stratégie

Au nombre des défis majeurs dans le développement de la stratégie de l'axe "politique, environnement habilitant et financement", il y a la création d'une synergie d'action entre les différents ministères sectoriels, le secteur privé et les OSC. La mobilisation des ressources tant

sur le plan local, national qu'international reste également une préoccupation majeure. Un fort leadership dans tous les secteurs permettra un soutien politique solide, une plus grande visibilité de la PF et un suivi régulier des efforts pour l'atteinte des objectifs de PF. Il est donc impérieux de renforcer le niveau d'implication des ministères connexes, des institutions et du secteur privé en faveur de la PF, améliorer l'application des textes législatifs et réglementaires en faveur de la SR/PF.

Pour accroître les possibilités de financement du PANB 2019-2023 du Bénin, il sera élaboré un plan efficace de mobilisation de ressources. Un plan de plaidoyer pour le financement endogène de la PF (gouvernement, communes, secteur privé) et la création d'une ligne budgétaire dédiée à la SR/PF, le renforcement des compétences des acteurs concernés (OSC, secteur privé...) en stratégie de mobilisation des ressources seront nécessaires pour le financement de la mise en œuvre du PANB.

P1. Faible implication des ministères connexes, institutions et secteur privé en faveur de la PF

O1. Renforcer le niveau d'implication des ministères (Plan, Jeunesse, Education, Femme, Économie et Finances, Justice, Communication, Affaires Sociales et de la Microfinance, Agriculture, ...) en faveur de la PF

A1. Plaidoyer pour l'implication des ministères connexes, des institutions et du secteur privé en faveur de la PF : Les autres Ministères n'ont pas été suffisamment impliqués en faveur du repositionnement de la PF. Sans ce sursaut multisectoriel qui rendra les autres départements compétents dans ce domaine, il sera quasiment impossible de relever les nombreux défis en matière de population et de capture du dividende démographique. Ces ministères notamment ceux de la Femme, du Plan, de la Jeunesse, de l'Éducation, de la Communication devraient allouer des ressources en faveur de la PF et des questions de population sur leurs budgets propres et non compter uniquement sur celles du Ministère de la Santé et des PTF. Il est donc fondamental et impérieux de conduire un fort plaidoyer en leur direction en vue de les impliquer davantage. On ciblera environ 200 décideurs administratifs de divers ministères et institutions de la République pour des actions en faveur de la PF en 2019.

A2. Plaidoyer en faveur de l'implication des adolescent (e)s et des jeunes dans le plan de mise en œuvre et de suivi du PANB : Les adolescents et les jeunes sont très souvent en marge dans les instances de coordination des différents programmes nationaux et dans la promotion de la contraception. Il est urgent de conduire un fort plaidoyer en direction des OSC, du Gouvernement et des PTF en vue d'impliquer davantage les adolescents et les jeunes. Environ 300 leaders des associations et organisations de jeunes seront formés en techniques de plaidoyer et de mobilisation de ressources en faveur de la PF en 2019.

A3. Plaidoyer pour améliorer la visibilité et l'attention sur les grossesses chez les adolescentes et les jeunes dans les programmes de santé et de développement : Le fait de relever le grave problème des grossesses précoces dans le pays aidera à mobiliser les différentes parties prenantes en vue d'une réponse globale à la question. Dans le cadre de ce plan, la base des données probantes à l'appui du plaidoyer ciblant spécifiquement la réduction de la grossesse chez les adolescentes et les jeunes sera renforcée. Les efforts de plaidoyer viseront à sensibiliser les décideurs politiques de haut niveau, les dirigeants communautaires et les leaders confessionnels en tirant parti notamment du programme du dividende démographique (DD). En outre, dans le cadre de ce plan, les compétences des OSC travaillant avec les adolescentes et les jeunes seront davantage renforcées sur les programmes de zéro grossesse parmi les adolescentes et les jeunes. Le plaidoyer sera mené en direction du Gouvernement pour contractualiser davantage avec les OSC dans le domaine de la PF.

P2. Faible application des textes législatifs et réglementaires en faveur de la SR/PF

O1. Renforcer l'environnement juridique et réglementaire en faveur de la SR/PF de 2019 à 2023

A1. Révision et mise en œuvre des documents de Politiques, Normes et protocoles (PNP) en SR/PF à tous les niveaux : Réaliser des campagnes de mass media sur le plan national en vue de sensibiliser la population a beaucoup d'avantages dans la connaissance des différents textes règlementaires. Il sera alors question de contractualiser avec les médias publics, 5 radios privées dans la capitale économique et une radio de proximité par zone sanitaire afin de diffuser abondamment la loi SR et ses textes d'application. Un partenariat sera aussi établi avec les parlementaires et les maires afin qu'ils fassent connaître cette loi à leurs mandants.

P3. Insuffisance du financement pour la PF

O1. Accroître le financement pour la PF de 2019 à 2023

A1. Elaboration d'un document de plaidoyer et un plan de mobilisation des ressources pour le PANB 2019-2023 du Bénin : Former 25 acteurs des OSC en techniques de plaidoyer en vue de les impliquer dans la mobilisation des ressources en faveur de la PF.

A2. Organisation d'une journée de plaidoyer pour la mobilisation des ressources pour le PANB 2019-2023 du Bénin : 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 2019-2023. Cette activité devrait se réaliser dans les mois qui suivent le lancement officiel du plan.

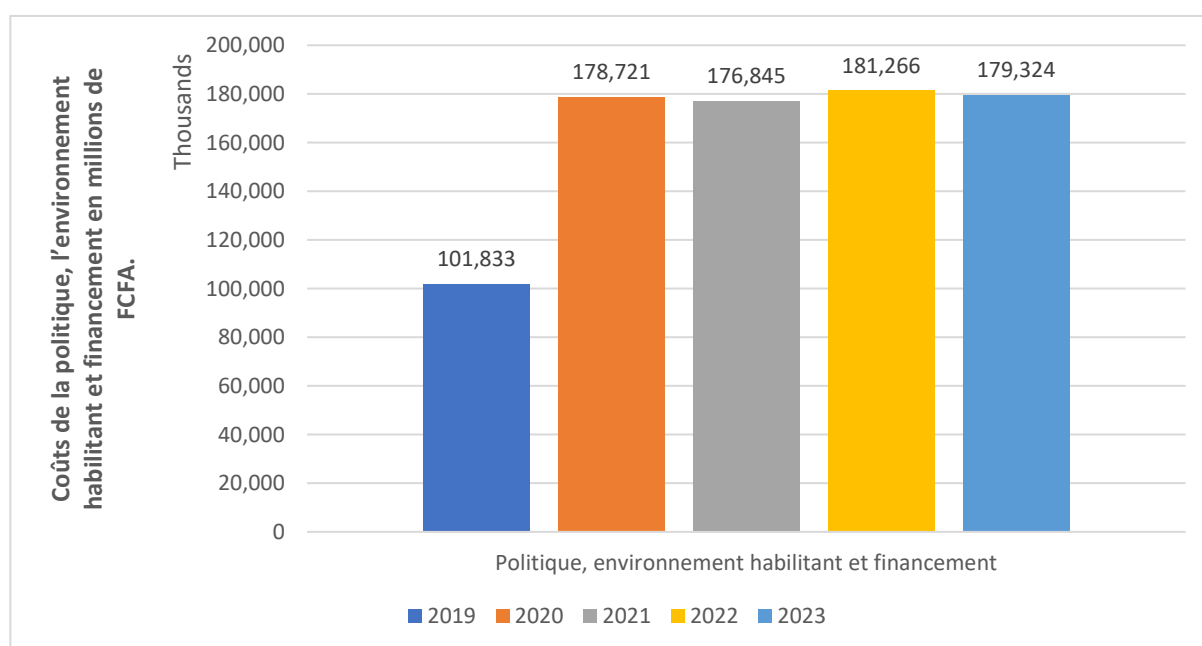
A3. Plaidoyer pour l'augmentation du financement pour la PF auprès du Gouvernement et du Parlement, etc., ... : Le financement de l'Etat alloué à la PF étant particulièrement faible, il est important de continuer le plaidoyer en direction des membres du gouvernement en vue de l'augmentation du budget national alloué à la PF à travers l'alimentation significative de la ligne budgétaire en impliquant fortement les OSC. Cette activité pourrait être faite de façon continue de 2019 à 2023

A4 Plaidoyer en direction des municipalités et du secteur privé pour accroître le financement domestique pour la PF : Outre le financement de l'État et dans le but de diversifier les sources de financement de la PF, il s'avère important de continuer le plaidoyer en direction des maires et des décideurs du secteur privé. Un plaidoyer sera fait à leur endroit pour s'assurer qu'ils vont contribuer à la mobilisation des ressources locales pour le financement de la PF dans leur zone d'intervention. Cette activité pourrait être faite de façon continue de 2019 à 2023

A5. Plaidoyer pour la gratuité des services de SR/PF pour les adolescents & jeunes et les FAP à travers l'initiation d'un fonds national pour le financement de la PF/SRAJ : Le Bénin a entrepris ces dernières années l'offre des produits contraceptifs en stratégies avancée et mobile. Au cours de ces activités, les méthodes sont offertes gratuitement et les clientes sont souvent nombreuses, dépassant les objectifs fixés par les organisateurs. Cet état de fait soutient que les coûts des produits constituent une barrière importante à l'utilisation des contraceptifs dans les FS. Ces coûts varient d'une structure à une autre. Le plaidoyer sera fait pour viser la gratuité des produits contraceptifs et certains services de PF comme c'est le cas pour d'autres services de santé. Il sera constitué une équipe de plaidoyer, un plan de plaidoyer ainsi qu'un suivi régulier de la mise en œuvre du plan. Il est alors nécessaire d'initier un fonds national pour le financement de la PF/SRAJ.

Résumé des coûts

Comme le graphique 25 le montre, le total des coûts pour les activités de politique, environnement habitant et financement est estimé à 817 989 928 FCFA, soit 1 465 945 UDS entre 2019 et 2023.



Graphique N° 25 : Coûts de la politique, l'environnement habitant et financement en millions de FCFA.

Description du cadre de coordination :

Justification

L'évaluation finale du plan PF 2014-2018 a permis de relever les faiblesses de l'axe 5 sur la coordination. Il s'agit principalement de l'inexistence d'un cadre de concertation impliquant tous les acteurs intervenant en PF, de la faible coordination des activités de Planification Familiale et de la non-disponibilité des données de PF des structures privées.

Pour atteindre les objectifs de PF au Bénin dans le cadre du nouveau plan. Les faiblesses liées au suivi et à l'évaluation des activités de PF, l'insuffisance de la collaboration et de la coordination entre les différents acteurs devraient avoir une attention soutenue. Une meilleure coordination est essentielle pour améliorer la collaboration entre les partenaires et les institutions gouvernementales et veiller à ce que les activités soient mises en œuvre dans un effort national harmonisé. De même, un système de supervision de bonne qualité assurera au personnel sanitaire un soutien nécessaire pour atteindre les objectifs du programme. Pour ce faire, le système de suivi et d'évaluation proposé dans le plan doit être mis en place pour suivre l'évolution du TPCm entre 2019 et 2023.

Stratégies

Compte tenu du nombre croissant des activités et des efforts nécessaires pour atteindre les objectifs du PANB, il est essentiel que les efforts de supervision, coordination et suivi-évaluation soient renforcés. L'amélioration de la capacité du gouvernement, ainsi que des acteurs de la PF est essentielle pour diriger, gérer et coordonner efficacement la mise en œuvre du PANB. Pour cela, des activités de supervision formative intégrée et de regroupement mensuel de l'ensemble des acteurs vont être mises en œuvre et les outils de supervision et de gestion seront disponibles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Par ailleurs, l'utilisation des nouvelles technologies pour la collecte et la transmission des données de SR/PF vont être poursuivies conformément au plan de suivi-évaluation élaboré avec l'ensemble des partenaires et des responsables de suivi-évaluation au cours d'un atelier national sous la supervision du ministère de la santé.

C1. Faible suivi-évaluation des activités de PF

O1. Renforcer le suivi-évaluation systématique et régulier des activités de PF

A1. Organisation du suivi aux différents niveaux de la pyramide sanitaire : organisation optimale du suivi aux différents niveaux de gestion nécessitera des réunions périodiques de revue des activités du plan d'action PF du Bénin. Cette activité est à réaliser de façon continue de 2019 à 2023.

A2. Organisation de supervisions intégrées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire : Des supervisions intégrées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire permettront de

documenter régulièrement les progrès réalisés en matière de PF au Bénin et d'apporter en cas de besoin les mesures correctives. Cette activité est à réaliser de façon continue de 2019 à 2023.

A3. Organisation du 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 2019-2023, il importe d'effectuer un suivi de l'exécution des contrats signés entre les PTF ou l'État, d'une part, et les ONG et structures privées impliquées, d'autre part. Cette activité est à réaliser de façon continue de 2019 à 2020.

A4. 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 avec l'ensemble des acteurs clés. Un spécialiste de haut niveau en suivi-évaluation sera recruté.

A5. Organisation de recherches opérationnelles en PF et documentation des cas de succès : La mise en œuvre du plan d'action de PF 2019-2023 connaîtra des succès éclatants dans certaines zones sanitaires ou FS et de meilleures pratiques seront enregistrées ci et là. Il importe de les documenter afin de les disséminer partout dans le pays et appuyer leur réplique dans d'autres zones sanitaires et FS. De meilleures pratiques en provenance de pays voisins pourraient également être répliquées au Bénin. Le pays devrait également partager ses expériences lors des conférences internationales et d'échanges d'expériences.

A6. Evaluation du Plan d'Action PF 2019-2023 à mi-parcours et à la fin : Le PANB 2019-2023 doit être évalué à mi-parcours en 2021 et à la fin en 2023 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.).

Des revues annuelles de mise en œuvre du plan seront organisées avec l'appui des différents PTF et du Gouvernement.

C2. Insuffisance de la collaboration et de coordination entre les acteurs pour la PF

01. Coordonner les activités PF sur la base d'un mécanisme unique.

A1. Création du cadre de concertation et organisation des rencontres trimestrielles dans la mise en œuvre du PANB 2019-2023 : Le comité technique multisectoriel ou cadre de concertation à tous les niveaux national, départemental et communal, aura pour mission d'effectuer la revue trimestrielle de la mise en œuvre du plan d'action national budgétisé de PF 2019-2023. Une attention particulière sera portée sur la sécurisation des produits SR. Cette activité est à réaliser de façon continue de 2019 à 2023.

A.2 Elaboration et révision d'un plan opérationnel annuel PF avec la participation de tous les acteurs (Gouvernement, PTF, OSC, Secteur privé...) : La mise en œuvre effective du PANB requiert l'élaboration d'un plan opérationnel annuel qui mettra l'accent sur l'exécution

en sélectionnant les interventions à haut impact à mettre à l'échelle notamment celles pour lesquelles les financements sont déjà disponibles. Un tableau de bord permettra d'en faire le suivi régulier, de documenter les succès, les défis et les insuffisances.

C3. Insuffisance des moyens mis à disposition pour le suivi

O1. Mobiliser les ressources nécessaires pour le suivi des activités.

A1. Mise à disposition des supports de collecte de données actualisées : Les formations sanitaires nécessitent une quantité suffisante de fiches pour la collecte quotidienne de données. Lesdites fiches seront approvisionnées à une fréquence annuelle. Le secteur privé également en bénéficiera. Des formations seront organisées par région au profit des agents en charge de la collecte des données tant au niveau du gouvernement que de la société civile et du secteur privé.

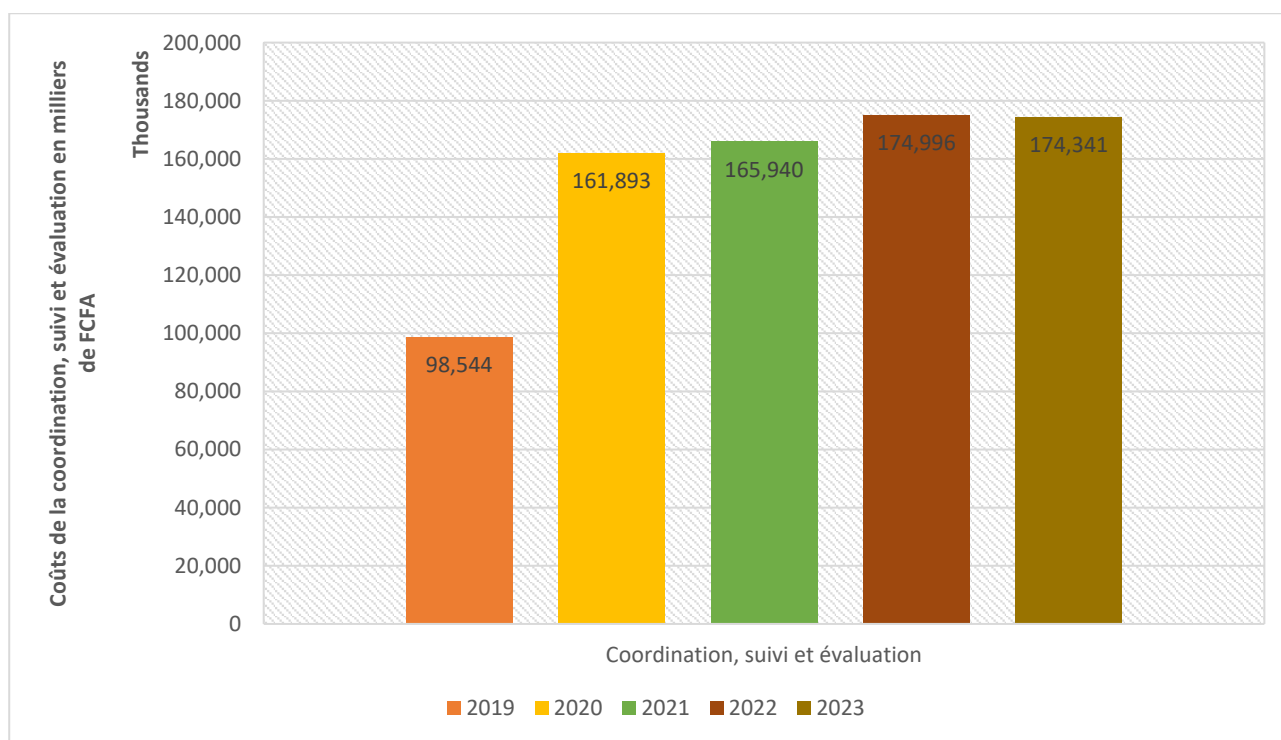
A2. Fourniture des moyens logistiques nécessaires au suivi : Fournir les équipements nécessaires pour le suivi pendant la durée du plan y compris l'équipement informatique, véhicules et les coûts annuels d'entretien sont indispensables à l'atteinte des objectifs.

A3. Appui technique à la mise en œuvre du plan d'action PF 2019-2023 du Bénin : Afin de s'assurer de la mise en œuvre efficace du plan national budgétisé de PF, la DSME aura besoin d'être appuyée par un gestionnaire financier et une assistance technique nationale ou internationale. Aussi, la DSME recrutera une personne-ressource qualifiée pour faciliter le suivi et assurer la coordination de la mise en œuvre du PANB 2019-2023. Il est souhaitable qu'en plus, deux autres personnes de la DSME contribuent à la mise en œuvre du PANB.

En l'absence de ressources humaines compétentes, disponibles et motivées, il sera difficile, voire impossible, d'atteindre les objectifs de cet ambitieux plan national budgétisé de PF de plus de treize milliards de FCFA.

Résumé des coûts

Comme le graphique 26 le montre, le total des coûts pour les activités de politique, environnement habilitant et financement est estimé à 775 713 788 FCFA, soit 1 390 181 USD entre 2019 et 2023.



Graphique N° 26 : Coûts de la coordination, suivi-évaluation en milliers de FCFA.

IV. Budgétisation du PANB 2019-2023 du Bénin

4.1. Hypothèses de budgétisation

Les éléments de coûts sont décrits et chiffrés sur la base des données spécifiques recueillies à partir de documents sur les taux appliqués au niveau du gouvernement, des fournisseurs au Bénin et des partenaires mettant en œuvre des programmes. Toutes les entrées sont également modifiables dans l'outil. De plus, les entrées de coûts de chaque activité pour les coûts unitaires et les quantités peuvent être modifiées (par exemple, les coûts d'entrées spécifiques pour tenir des sessions de formation, le nombre de participants à prendre en compte pour chaque session, le coût de chaque élément nécessaire à une session de formation (ex. formateur, matériel didactique, pause-café, etc.), le nombre de sessions, etc.).

Les coûts des contraceptifs sont calculés de 2019 à 2023 en utilisant le TPCm et la répartition des méthodes selon le MICS de 2014 comme point de référence. En s'appuyant sur les objectifs de TPCm pour FP2020, les taux ont été extrapolés pour chaque année intermédiaire entre 2014 et 2023.

Sauf indication contraire, tous les coûts de fonctionnement (par exemple les salaires, les indemnités journalières, les tarifs des conférences, etc.) sont basés sur les coûts actuels et ont été automatiquement ajustés par un taux d'inflation de base de 3% chaque année. Le taux d'inflation peut être ajusté pour tenir compte des conditions changeantes. Tous les coûts ont été collectés en francs CFA et calculés en dollars américains et francs CFA.

Le Plan National de PF 2019-2023 est budgétisé sous le leadership du Gouvernement qui met en œuvre toutes les activités. Ainsi, chaque fois qu'une activité est menée, toutes les parties prenantes doivent savoir qu'un taux indirect peut être ajouté à ces coûts directs. Si les bailleurs de fonds souhaitent que le partenaire de mise en œuvre organise une activité qui fait partie du plan, les coûts décrits dans ce plan devraient être pris comme point de départ de leur discussion pour clarifier le budget nécessaire à l'organisation de l'activité.

Les coûts des contraceptifs et consommables au Bénin comprennent une variété de coûts supplémentaires pour chaque contraceptif (par exemple, les frais de transport, d'assurance, de douane et de compensation, d'entreposage et de distribution au dernier kilomètre). La taxe sur la valeur ajoutée (TVA) n'a pas été incluse dans ces coûts, car la majorité des produits sont achetés par des partenaires de développement qui utilisent des exemptions diplomatiques. Comme les autres activités, les coûts ont été recueillis auprès de l'UNFPA qui procure principalement les contraceptifs consommables au Bénin.

4.2. Budget estimatif du Plan

Le coût total du plan est estimé à treize milliards cent quatre-vingt-neuf millions deux cent quatre-vingt-treize mille trente-quatre (13 189 293 034) francs CFA, soit 23 636 938 USD. La répartition du budget par axe stratégique se présente comme suit :

- i) Création de la demande, 2 397 113 124 FCFA, soit 4 295 940 USD. Cet axe couvre 18,2% du budget total ;
- ii) Offre et accès aux services, 3 930 060 945 FCFA, soit 7 043 183 USD et couvre le quart (29,8% du budget global) ;
- iii) Sécurisation des Produits, 509 067 402 FCFA, soit 912 315 USD (3,9%) ;
- iv) Politique, Environnement Habilitant et Financement, 817 989 928 FCFA (6,2%), soit 1 465 945 USD ;
- v) Coordination, Suivi-Evaluation, 775 713 788 FCFA (5,9%), soit 1 390 181 UDS et pour l'Achat des Produits Contraceptifs et les consommables, 4 759 347 847 FCFA (36,1%), soit 8 529 374 USD.

V. Mobilisation des Ressources

La mise en œuvre du Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale 2019-2023 du Bénin est un vaste projet dont la réussite nécessitera une concertation et une collaboration entre les différentes parties prenantes pour une meilleure appropriation et pour la mobilisation des ressources nécessaires.

Il faudra réussir à créer un partenariat entre le Gouvernement à travers ses différents ministères, l'Assemblée nationale, les Partenaires techniques et financiers, les ONG/Associations, les Organisations de la Société Civile, le secteur privé, les collectivités locales et les communautés locales.

L'atteinte de l'objectif du plan à savoir 21,8% de prévalence contraceptive moderne en 2023 nécessitera la mobilisation d'importantes ressources (humaine, matérielle et financière). Le Ministère de la Santé mettra en œuvre une démarche proactive pour mobiliser les ressources permettant à la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME) et à ses partenaires techniques de réaliser les interventions déclinées dans ce présent PANB. La mobilisation et l'utilisation des financements se feront suivant l'approche sectorielle et conformément aux principes en vigueur.

Les ressources nécessaires pour la mise en œuvre du plan proviendront essentiellement du Gouvernement et des partenaires techniques et financiers, mais aussi de l'investissement du secteur privé à travers le partenariat public et privé et les collectivités locales.

La mobilisation des ressources sera assurée par le Gouvernement qui peut déléguer une partie de ce rôle à un partenaire technique et financier leader dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant. Le Gouvernement devrait montrer l'exemple aux autres acteurs en financement lui-même de manière optimale ce plan. Il ne pourrait pas compter uniquement sur les efforts des PTF pour réussir sa mise en œuvre. L'indépendance contraceptive et en matière de SR/PF est à ce prix.

Le financement du plan se fera par le biais de la mise en œuvre d'une stratégie ambitieuse de mobilisation de ressources internes et externes, axée sur des méthodes nouvelles et innovantes (table ronde...), en plus du recours à l'aide publique au développement (APD) traditionnelle.

La mobilisation des ressources passera aussi par les contributions volontaires, les méthodes de mobilisation des fonds de la diaspora béninoise de l'extérieur d'où l'implication du ministère des Affaires étrangères, de la Coopération et de l'Intégration africaine.

Les efforts de plaidoyer viseront à établir et favoriser un environnement propice à la bonne exécution des stratégies du plan notamment à travers la mobilisation de ressources financières durables et un soutien fort au plus haut niveau des instances gouvernementales.

Sur le long terme, l'objectif ultime sera de garantir l'appui nécessaire à la réalisation des objectifs dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant. La stratégie de plaidoyer

développée prendra en compte les intervenants majeurs dans la lutte contre les maladies de la mère et de l'enfant et se construira autour des cibles identifiées comme essentielles à la réalisation des objectifs de la santé maternelle et infantile : (i) leaders politiques, (ii) ministères clés, (iii) partenaires techniques et financiers nationaux et internationaux, (iv) secteur privé local, (v) leaders communautaires et (vi) partenaires d'exécution.

La mobilisation des fonds se fera sur la base d'une programmation annuelle et des extraits sous forme de requêtes trimestrielles qui préciseront les activités à mener et les besoins de financement correspondants. Les décaissements se feront toujours sur cette base en fonction des résultats atteints ainsi que des justifications comptables.

Le système de contrôle et d'audit interne et externe du plan sera renforcé pour garantir la transparence et la confiance mutuelle dans la gestion financière.

La mobilisation des ressources humaines se fera par le recrutement de personnel qualifié intervenant en PF : Médecins, Sage-Femme, Infirmiers, Technicien supérieur de santé/Assistant Médical, Gynécologue-obstétricien, Economistes, Sociologues, Spécialistes de développement communautaire, Agents de Santé Communautaire.

Sur le plan matériel, un équipement complémentaire sera nécessaire pour les formations sanitaires à tous les niveaux. Il s'agit plus précisément du matériel technique et logistique en PF. La maintenance sera prise en compte pour garantir le bon fonctionnement des équipements.

VI. Suivi de la performance et responsabilités

Le mécanisme de suivi du présent plan d'action s'appuiera sur des interventions existantes comme 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 de la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME) sera exploitée à cet effet. Pour la réussite du présent plan d'action de PF, d'autres stratégies de suivi seront mises en place à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il s'agira d'un processus collaboratif ou encore des sessions de coaching externe ; de renforcement de la DSME avec des personnes-ressources de qualité, la déclaration mensuelle du niveau des stocks de produits contraceptifs.

6.1. Réunion 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 et ce, sur tous les éléments de la santé incluant plusieurs autres programmes que celui de la PF. Il existe au niveau central un Comité du secteur de la santé et VIH/sida qui a des répondants au niveau intermédiaire et périphérique. Il a pour rôle de valider et d'approuver les orientations proposées ainsi que les résultats des interventions. Dans ce cadre, la PF devrait être intégré lors de ces rencontres où plusieurs autres thématiques sont également abordées. Il importe de lui accorder une attention particulière.

6.2. Supervisions intégrées

Au niveau départemental, une équipe multidisciplinaire se rendra dans un département donné pour y rencontrer le directeur départemental avec les coordonnateurs de zone sanitaire ainsi que leurs équipes. Ils évalueront la performance de la zone sanitaire par rapport à tous les programmes de santé, et ce, sous plusieurs aspects tant techniques que managériaux. L'équipe centrale organise une supervision intégrée à l'endroit de l'équipe départementale qui, à son tour organisera sa supervision à l'endroit de l'équipe d'encadrement de la zone sanitaire. L'équipe d'encadrement organise la sienne tous les trois mois à l'endroit des formations sanitaire de 1^{er} contact.

6.3. Réunions de coordination en planification familiale

Ces réunions ont pour objectif d'assurer le suivi de la mise en œuvre du PANB 2019-2023 et résoudre les problèmes afin d'atteindre les objectifs fixés. Elles seront assurées par le comité de pilotage, le comité technique et l'équipe opérationnelle.

Le comité de pilotage sera multisectoriel et sera composé de représentants du ministère de la Santé (Le Secrétaire général du ministère, le Directeur de la santé publique, le

directeur de Programmation et de la prospective et le Directeur de la santé de la mère et de l'enfant-DSME), les représentants des autres ministères, parlementaires, partenaires techniques et financiers et de représentants des Organisations de la Société Civile (OSC).

Le comité technique se réunira avec les membres provenant de la DSME, d'un représentant du Ministère de la Santé (MS), des partenaires techniques et financiers et des OSC.

L'équipe opérationnelle sera responsable de la planification du travail de terrain et résolution de problèmes. Ses réunions seront mensuelles avec des représentants du MS, des PTF et des OSC.

6.4. Processus collaboratif : Session de coaching externe

Il sera réalisé une fois par an au niveau national, deux fois par an au niveau départemental, 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 rendent dans une zone sanitaire. Ils y rencontrent le médecin directeur coordonnateur de zone et son équipe. Ils évaluent la performance de la zone sanitaire par rapport à la PF sous plusieurs aspects techniques et managériaux.

6.5. Revue de programme

Elle consiste à faire une présentation des résultats et difficultés, puis formulation de recommandations pour améliorer les opérations et assurer l'atteinte des objectifs. Elle se fera au niveau national, au niveau départemental et au niveau de la zone. Une revue annuelle du PANB sera conduite à travers un processus inclusif et participatif.

Références bibliographiques

1. Banque Mondiale. « Les Données ouvertes de la Banque Mondiale : Bénin ». <https://donnees.banquemondiale.org/pays/benin?view=chart> N. p., 2017.
2. Bertrand Jane T., Robert J. Magnani et James C. Knowles, *Manuel d'indicateurs pour l'évaluation des programmes de planification familiale*, 304p
3. Institut national de la statistique et de l'analyse économique (INSAE), 2015, Bénin. Enquête par grappes à indicateurs multiples 2014, Rapport final, Cotonou, Bénin : Institut national de la statistique et de l'analyse économique., 492p
4. Institut national de la statistique et de l'analyse économique (INSAE), 2018, Bénin Cinquième Enquête Démographique et de Santé au Bénin (EDSB-V) 2017-2018 : Indicateurs Clés, Rapport préliminaire
5. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et ICF International, 2013. Enquête démographique et de Santé du Bénin 2011-2012. Calverton, Maryland, USA : INSAE et ICF International, 573p
6. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) [Bénin] et Macro International Inc. 2007 : Enquête démographique et de Santé (EDSB-III) - Bénin 2006. Calverton, Maryland, USA : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique et Macro International Inc., 512p
7. Equipe Opérationnelle pour le développement du Plan National Budgétisé de Planification Familiale (PANB) (2019-2023). 2018.
8. Family Planning 2020, Engagements FP2020 : Gouvernement du Bénin. 2017.
9. FP2020, 2016 www.familyplanning2020.org/measurement-hub
10. Bénin, *FP2020 Résumé des Indicateurs Principaux : 2016*.
11. Engagements FP2020. <http://www.familyplanning2020.org/BENIN>.
12. Ministère de la Santé (MS), OMS, (2010), *Documentation des meilleures pratiques en santé de la reproduction au Bénin*, Novembre 2010, 77p
13. Ministère de la Santé (MS), OMS, (2016) *Stratégie de coopération de l'OMS avec le Bénin 2016-2019*, 57p ;
14. OMS (2018), *Stratégie de coopération, un aperçu* : [http:// www.who.int/countries/en/](http://www.who.int/countries/en/)
15. Ministère des Affaires Sociales et de la Microfinance, Ambassade du Royaume des Pays-Bas (2018), *Guide de référence pour la conduite du dialogue parent-enfant en santé sexuelle et reproductive (SSR)*, 114p ;
16. Gouvernement du Bénin (2018), *Programme de croissance pour le Développement Durable (PC2D) 2018-2021*, 246p ;
17. Ministère de la Santé, (2018) *Plan de Décentralisation et de Déconcentration (Plan 2D) 2019-2023 du Ministère de la Sante*, 154p ;
18. Ministère de la Santé, UNFPA, (2009), *plan stratégique 2010 – 2015 de sécurisation des produits de Santé de la reproduction et de programmation holistique des préservatifs au Benin*, 127p ;
19. Ministère de la Santé, (2015), *Etude portant sur la faisabilité de l'exemption du paiement direct pour améliorer l'accès à l'offre de service PF aux adolescents et jeunes au Bénin*, 58p
20. INSAE, PNUD *Les tendances de la pauvreté au Bénin sur la période 2007-2015*, 132p
21. Gouvernement du Bénin, PNUD *Rapport National 2016 de Suivi de la Sécurité Humaine au Bénin*, 132p ;
22. Ministère de la Santé Royaume des Pays-Bas, UNFPA (2017), *stratégie nationale multisectorielle de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes 2018-2022*, 90p ;

23. Ministère de la Santé UNFPA *Plan stratégique 2017–2021 de sécurisation des produits de Santé de la reproduction et de programmation holistique des préservatifs au Bénin*, décembre 2016, 91p ;
 24. Ministère de la Santé, *Annuaire des statistiques sanitaires*, mars 2017, 165p ;
 25. Ministère de la Santé, LEADD, Enquête pour la sécurisation des produits de SR. Troisième Edition, Décembre 2017 ;
 26. Ministère de la Santé, plan stratégique de développement des ressources humaines du secteur sante 2009-2018, décembre 2008, 100p ;
 27. Ministère de la Santé, Plan National de Développement Sanitaire 2018-2022, août 2018, 82p ;
 28. Ministère de la Santé, Plan National Stratégique de la chaine d’approvisionnement (PNSCA) des produits de santé du Benin 2016-2020, Octobre 2015, 71p
 29. Ministère de la Santé, Politique nationale de Promotion de la Santé, 2008, 41P.
 30. Ministère de la Santé, Politique nationale de Sante, 2009-2018, 26p ;
 31. Ministère de la Santé, Politique Pharmaceutique nationale, 2017-2021, Avril 2017, 4ème Edition 49p ;
 32. Ministère de la Santé, OMS, Enquête SARA 2015, 167p ;
 33. Ministère de la Santé UNFPA, Stratégie nationale multisectorielle de Sante Sexuelle et de la Reproduction des Adolescents et Jeunes au Bénin 2010-2020, Juin 2010, 48p
 34. Ministère de la Santé, UNFPA, Stratégie nationale de prise en charge médicale, psycho sociale et de la réinsertion académique ou professionnelle des adolescentes enceintes au Benin 2018-2022, Décembre 2017, 39p.
 35. Ministère de la Santé, Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH), Avril 2017, 45p
 36. UCPO, *La planification familiale : l’Afrique de l’Ouest francophone en mouvement un appel à l’action*, 28p
 37. Un Supplément du *Management de la Planification familiale*, « Utiliser les données nationales et locales pour diriger les programmes de santé reproductive » Volume VI, Numéro 2, 1997
- Wikipédia, « *Taux de Fécondité* ». https://fr.wikipedia.org/wiki/Taux_de_f%C3%A9condit%C3%A9. N.p.

Annexe A. Matrice détaillée des activités

Tableau IX : Création de la demande : défis, objectifs, actions prioritaires, activités et chronogramme de 2019 à 2023

Création de la demande								
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme				
				2019	2020	2021	2022	2023
CD1 : Faible connaissance sur la Planification Familiale des couches sociales (Adolescent(e)s & jeunes, femmes, leaders religieux et traditionnels, hommes, élus locaux, etc.) conformément aux valeurs sociales et les et droits humains	O1 : Accroitre le niveau de connaissance des couches sociales avec des messages de qualité sur la PF	A1. Élaboration d'un plan intégré de communication en Planification Familiale et renforcement des compétences des acteurs en techniques de communication	Elaborer les termes de référence par la DSME	X				
			Recruter 2 consultants pendant 15 jours pour réaliser la consultation	X				
			Organiser la collecte des données sur le terrain	X				
			Élaborer le plan de communication	X				
			Organiser 77 ateliers communaux de 2 jours pour le renforcement des capacités de responsables de groupements des femmes sur la planification familiale (en moyenne 25 participants par atelier) Organiser 77 ateliers communaux de 2 jours pour le plaidoyer en direction des leaders religieux et traditionnels, maîtres alphabétiseurs, et élus locaux , Organiser 77 ateliers communaux de 2 jours pour le renforcement des capacités des associations de jeunes adolescent(e)s & jeunes (scolarisés, déscolarisés, non scolarisés, apprentis, pêcheurs, cultivateurs, artisans, etc). Réaliser 12 formations départementales en direction des professeurs de SVT des établissements publics et privés sur la PF/SRAJ.		X	X	X	
		A2. Organisation et extension des campagnes nationales de sensibilisation à travers les mass médias, concerts et autres évènements artistiques portant sur les droits humains relatifs à la PF (accès aux services de PF informés et éclairés)	Organiser un atelier de 3 jours réunissant 25 participants pour élaborer des messages et des supports de communication	X				
			Organiser 3 ateliers de 2 jours de plaidoyer en direction des responsables des médias (nord, centre et sud)		X	X	X	
			Organiser 12 ateliers départementaux de 2 jours de 25 participants par atelier sur la PF en direction des responsables des médias		X	X	X	
			Contractualiser avec les médias publics et privés (radios et télévisions publiques)	X	X	X	X	X
			Réaliser 12 théâtres fora par an dans tous les chefs-lieux de département	X	X	X	X	X

Création de la demande								
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme				
				2019	2020	2021	2022	2023
			Faire le suivi des activités de sensibilisation sur les médias	X	X	X	X	X
		A3. Renforcement et extension de la sensibilisation des jeunes sur les droits à l'accès aux services de SSR à travers le réseau d'éducation par les pairs dans les clubs des adolescents et des jeunes	Elaborer les supports de communication adaptés sur la base des résultats issus de la collecte des données des consultants	X				
			Reproduire les outils de communication et 20 000 dépliant pour les adolescents et jeunes	X				
			Organiser 2 activités de sensibilisation en milieu jeune avec les associations culturelles ou sportives par an (1 activité par semestre) dans chaque zone sanitaire	X	X	X	X	X
			Faire le suivi des activités de sensibilisation	X	X			
		A4. Intégration des messages de PF aux autres services de SR au cours des sensibilisations	Organiser un atelier de 3 jours réunissant 30 participants pour élaborer des messages et des supports de communication	X	X			
			Former les responsables des services SR en IEC/CCC des DDS et zones sanitaires et les doter en supports de communication et outils de gestion Former tous les agents des autres services sur l'IEC dans le cadre de la PF.	X	X			
			Mener des séances de sensibilisation sur la PF auprès des mères d'enfants venues aux séances de vaccination, femmes et jeunes fréquentant les services de SR	X	X			
			Faire le suivi des activités de sensibilisation des agents de santé			X	X	X
		A5. Renforcement des lignes vertes à travers le pays pour répondre aux préoccupations et aux besoins des adolescents et des jeunes sur les questions de SR/PF	Evaluer les activités en cours utilisant la stratégie des lignes jaunes et vertes par un consultant en synergie avec les adolescents (es) et jeunes	X	X	X	X	X
			Réviser les stratégies d'utilisation des lignes basée sur les recommandations de l'évaluation en collaboration avec les adolescents et jeunes	X	X	X	X	X
			Faire le plaidoyer à l'endroit des structures de télécommunication (mobile et fixe) pour obtenir des lignes supplémentaires	X	X	X	X	X

Création de la demande								
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme				
				2019	2020	2021	2022	2023
			Renforcer les capacités des agents chargés de conseiller les adolescents(es) et jeunes	X	X	X	X	X
			Superviser les prestations des lignes vertes en direction des adolescents (es) et jeunes	X	X	X	X	X
		A6. Mise en place d'une approche d'Éducation Complète à la Sexualité (ECS) pour les jeunes scolarisés et non/déscolarisés ou en situation de vulnérabilité	Produire un argumentaire en faveur de l'éducation complète des adolescents et des jeunes en collaboration avec les leaders religieux pour renforcer les modules complémentaires sur la SRAJ à intégrer dans l'enseignement des élèves par un consultant pendant 10 jours	X				
			Faire un plaidoyer en direction des ministères en charge de l'Éducation Nationale, de l'Économie et Finances, de la Famille et des Affaires Sociales, de la Société Civile, des Relations avec le Parlement et de la Jeunesse, etc. pour l'intégration des modules des SRAJ dans les curricula de formation	X				
			Elaborer et multiplier les supports éducatifs (affiches, dépliants, boîte à image...) sur l'éducation complète ciblée	X				
			Adapter et traduire les modules pour une formation des adolescent(e)s et des jeunes non scolarisés dans les 7 courants linguistiques nationaux	X	X	X	X	X
			Identifier et former 20 enseignants expérimentés pour assurer la formation des formateurs	X	X	X	X	X
			Animer 5 sessions de formation de 20 enseignants/session	X	X	X	X	X
		A7. Renforcement des compétences et Extension des messages de PF dans les activités de sensibilisation des réseaux, des	Organiser 12 ateliers départementaux de 2 jours de formation de 20 formateurs	X				
			Organiser 68 sessions de formation d'une journée (à raison de 2 /zone sanitaire) de 25 acteurs sociaux en moyenne par session	X	X			
			Reproduire les outils de collecte des données pour les animateurs	X	X	X	X	X

Création de la demande									
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme					
				2019	2020	2021	2022	2023	
		coopératives, des groupements de femmes ainsi que des corps de métiers (salons de coiffure, ateliers de couture et autres) et des acteurs sociaux	Organiser des activités de sensibilisation dans les communautés lors des journées mondiales de la femme, de la population, de la fille, de la contraception, « nonvitcha », 15 août, journée mondiale de lutte contre le VIH sida, etc.)	X	X	X	X	X	
			Organiser la réunion trimestrielle pour le partage d'expériences entre les animateurs par zone sanitaire	X	X	X	X	X	
			Suivre les activités de sensibilisation organisées par les acteurs formés	X	X	X	X	X	
	02. Renforcement de l'implication des couches sociales (Adolescents & jeunes, femmes, leaders religieux et traditionnels, hommes, élus locaux, etc.) conformément aux valeurs sociales et droits humains en faveur de la Planification Familiale de 2019 à 2023	A1. Mise à l'échelle de la stratégie de l'Engagement Constructif des Hommes (comités d'hommes, Maris modèles ...) dans 12 zones sanitaires avec l'appui des ONG par an	Tenir une rencontre d'orientation avec tous les acteurs sur l'approche ECH et EMM en 1 session d'un jour dans chaque zone sanitaire		X	X	X		
			Organiser 12 ateliers départementaux de 20 participants pour disséminer la stratégie d'ECH	X	X	X	X	X	
			Réaliser 12 séances de causeries éducatives chaque année par zone sanitaire		X	X	X		
			Tenir une (1) rencontre tous les mois de partage d'expériences entre les hommes (comités d'hommes, Maris modèles ...) par zone sanitaire		X	X	X	X	
			Tenir une (1) rencontre bilan de mise en œuvre par trimestre dans la zone sanitaire de la stratégie		X	X	X	X	
		A2. Plaidoyer et implication des élus locaux, leaders communautaires, religieux et coutumiers dans la mobilisation communautaire des hommes en faveur de la PF	Organiser 6ateliers de formation interdépartementale de 2 jours au profit de 60 formateurs	X	X	X	X	X	
			Organiser chaque année 34 sessions de recyclage (remise à niveau) des leaders religieux des zones sanitaires pour animer les prêches	X	X	X	X	X	
			Organiser 12 ateliers départementaux de 20 participants pour disséminer la stratégie d'ECH			X			
			Faire le suivi des activités de prêche des leaders religieux formés	X	X	X	X	X	
			Organiser chaque année 38 sessions de plaidoyer d'une journée regroupant 20 personnes dans les zones sanitaires	X	X	X	X	X	

Création de la demande								
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme				
				2019	2020	2021	2022	2023
			Faire le suivi de la mise œuvre des plans d'action des zones sanitaires	X	X	X	X	X
		A3. Renforcement des capacités et soutien des jeunes en tant qu'agents de plaidoyer pour promouvoir les pratiques à haut impact en faveur de la PF	Organiser une réunion nationale d'orientation sur la stratégie d'implication des jeunes en tant qu'agents de plaidoyer pour la promotion des pratiques à haut impact en PF en se basant sur le document de stratégie nationale de SRAJ	X				
			Organiser 12 ateliers départementaux de 2 jours pour l'élaboration des documents de mise en œuvre de la stratégie d'implication des jeunes en tenant compte des spécificités départementales (en moyenne 25 participants par atelier)	X				
			Tenir chaque année un atelier bilan de 2 jours pour faire le suivi des activités d'implication des jeunes dans les différents départements	X	X	X	X	X
		A4. Utilisation de la plateforme d'échanges de la jeunesse et les grands événements culturels et sportifs impliquant les jeunes pour la promotion de la SRAJ	Organiser des campagnes d'informations en faveur de la SR/PF lors des événements nationaux concernant la jeunesse (journées culturelles, championnat scolaire et universitaire, journée de la jeunesse, journée de l'artisan...)	X	X	X	X	X
			Renforcer les capacités de tous les agents de santé chargés de conseiller les adolescents(es) et les jeunes	X	X	X	X	X
			Organiser tous les trois mois des activités de sensibilisation par les adolescents et les jeunes en collaboration avec les acteurs des infirmeries scolaires, universitaires et autres acteurs intervenant à l'endroit des adolescents et jeunes	X	X	X	X	X
			Renforcer la plateforme interactive (réseaux sociaux) centrée sur la SRAJ	X	X	X	X	X
			Faire le suivi de l'utilisation de la plateforme d'échanges de la jeunesse et les grands événements culturels et sportifs impliquant les jeunes pour la promotion de la SRAJ		X	X	X	X

Tableau X : Offre et accès aux services : : défis, objectifs, actions prioritaires, activités et chronogramme de 2019 à 2023

Offre et accès aux services								
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme				
				2019	2020	2021	2022	2023
OA1. Faible accessibilité géographique des populations aux services de PF, plus particulièrement les personnes vulnérables	O1. Améliorer l'accès géographique des populations y compris les personnes vulnérables aux services de PF de qualité.	A1. Extension de la distribution à base communautaire (DBC) de l'injectable sous-cutané et de l'auto-injection dans 7 Zones sanitaires par an	Former 2 relais par village sur la communication en SR/PF et l'offre de méthodes contraceptives relevant de leurs compétences y compris l'initiation à la prescription des pilules et l'injectable sous-cutané	X	X	X	X	X
			Doter les relais formés en kits DBC	X	X	X	X	X
			Animer une séance par les relais et par mois dans chaque village sur les thématiques de la SR/PF	X	X	X	X	X
			Appuyer l'offre de méthodes contraceptives par les RC à travers la contractualisation avec une ONG par région	X	X	X	X	X
			Orienter une association/un groupement de femmes/un village sur l'auto-injection de l'injectable sous-cutané	X	X	X	X	X
			Faire le suivi des activités des ASC	X	X	X	X	X
		A2. Renforcement de l'offre de services de PF en stratégies avancées en collaboration avec des ONG en milieu rural et périurbain	Mettre à disposition des formations sanitaires des équipements et fournitures pour l'organisation des stratégies avancées	X	X	X	X	
			Organiser une sortie mensuelle par FS offrant la PF en collaboration avec les OSC	X	X	X	X	X
			Faire le suivi des activités des stratégies avancées à travers le pays		X	X	X	X
		A3. Renforcement de l'offre de services de PF en stratégies mobiles en collaboration avec des ONG en milieu rural et périurbain	Acquérir 12 cliniques mobiles pour l'offre des services de SR/PF à raison d'une par département	X	X	X	X	X
			Organiser une sortie trimestrielle en stratégie mobile pour l'offre des services de SR/PF par zone sanitaire	X	X	X	X	X
			Faire le suivi des activités des stratégies mobiles	X	X	X	X	X
		A4. Renforcement de l'offre de services de PF en soins après avortements (SAA)	Former les prestataires du public et du privé sur la technologie contraceptive y compris les SAA	X				
			Mettre à disposition des formations sanitaires des équipements et fournitures pour l'offre de la PF des SAA	X	X	X	X	X
			Organiser des supervisions formatives internes pour améliorer la qualité des prestations.	X	X	X	X	X
			Faire le suivi de l'offre des services dans les autres services SR	X	X	X	X	X

Offre et accès aux services								
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme				
				2019	2020	2021	2022	2023
		A5. Mise à l'échelle de la PF post-partum (PFPP) à l'échelle dans l'accès aux services de PF	Organiser 3 sessions de formation des formateurs départementaux sur la PF du post partum	X	X			
			Acquérir du matériel pour la formation des prestataires sur le DIU PP	X	X			
			Organiser 5 sessions par département à raison de 20 personnes par session soit 100 prestataires formés par année (5 prestataires formés par FS offrant au moins 50 accouchements par mois)	X	X	X	X	X
			Mettre à disposition des formations sanitaires des équipements et fournitures pour l'offre du DIU PP	X	X	X	X	X
			Faire le suivi les formations en insertion du DIU dans le post-partum dans les Hôpitaux Départementaux et Hôpitaux de zone	X	X	X	X	X
			Faire le suivi des activités de l'offre des services dans les différentes structures	X	X	X	X	X
		A6. Organisation et extension de la semaine nationale de la PF dans les zones sanitaires	Approvisionner les 34 zones sanitaires en produits contraceptifs et consommables	X	X	X	X	X
			Organiser au moins une fois par an des caravanes de sensibilisation sur la PF et d'offre gratuite des services dans les zones sanitaires	X	X	X	X	X
			Organiser des réunions-bilan sur les activités de PF avec les AC et les responsables des postes de santé	X	X	X	X	X
			Superviser les prestataires lors de la mise en œuvre des activités de la semaine nationale de la PF	X	X	X	X	X
		A7. Intégration de la PF dans les services SR des formations sanitaires publiques et privées ne l'offrant pas encore	Faire un état de la capacité et de la disponibilité des ressources dans les FS publiques et privées n'offrant pas la PF	X				
			Organiser un atelier de deux jours pour valider le rapport de l'analyse	X				
			Identifier des besoins des FS	X				
			Renforcer les plateaux techniques des FS pour l'offre des services	X	X			
			Faire la supervision formative interne et externe des prestataires formés par les responsables des FS	X	X	X	X	X

Offre et accès aux services								
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme				
				2019	2020	2021	2022	2023
		A8. Renforcement de l'intégration et extension de l'offre des services de PF dans les autres services sanitaires (VIH/sida, paludisme, vaccination, nutrition, etc.) et envers les populations cibles	Organiser un atelier d'adaptation du guide d'intégration de la PF dans les autres services sanitaires selon l'approche ISBC	X				
			Organiser chaque année 2 sessions de formation 5 jours regroupant 20 participants des autres services (VIH/Sida, CPN, CPoN, PEV, nutrition, etc.) sur l'intégration de la PF aux autres services selon l'approche ISBC	X	X	X	X	X
			Faire le suivi post formation des prestataires	X	X	X	X	X
		A9. Mise en place des services de SSR/PF adaptés aux jeunes et les adolescents, indépendamment de leur statut et lieu de résidence	Elaborer /adapter des manuels de formation de prise en charge des adolescent (e) s et des jeunes dans les FS offrant la PF	X				
			Organiser annuellement 12 sessions départementales de formation de 5 jours de 25 prestataires sur la prise en charge des jeunes au niveau des autres services	X	X	X	X	X
			Faire le suivi les activités de formation dans les chefs-lieux de département	X	X	X	X	X
			Renforcer l'équipement des FS pour attirer plus d'adolescents et de jeunes	X	X	X	X	X
			Aménager les services (espace horaire, activités, etc....) de 102 FS chaque année pour prendre en compte les besoins des jeunes	X	X	X	X	X
			Superviser les prestations offertes par les prestataires formés	X	X	X	X	X
			Evaluer la performance des FS offrant des services aux jeunes	X	X	X	X	X
			Faire le suivi de l'offre des services aux jeunes dans les différentes structures offrant la PF	X	X	X	X	X
OA2. Faible qualité de l'offre des services de Planification Familiale	O1 : Améliorer le plateau technique des formations sanitaires pour l'offre de services de PF de qualité	A1. Renforcement des compétences des prestataires pour l'offre des services PF de qualité (Assurance Qualité des Services, counseling spécifique, technologies contraceptives, supervision formative...)	Former 170 prestataires des chefs-lieux de communes en PF clinique par département et par an	X	X	X	X	X
			Assurer des supervisions trimestrielles/an des prestataires des chefs-lieux de commune sur la PF clinique	X	X	X	X	X
			Organiser 12 ateliers départementaux de formations en Assurance Qualité des Services (AQS) au profit de 20agents formés en technologie contraceptive	X	X	X	X	X
			Mettre en œuvre le mentorat dans les 12 départements sanitaires	X	X	X	X	X
			Réviser le module de formation des prestataires en PF prenant en compte la PF du post-partum et la PF du post-abortum	X	X			

Offre et accès aux services								
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme				
				2019	2020	2021	2022	2023
		A2. Renforcement de l'enseignement de la PF dans les écoles et facultés de formation en santé	Intégrer dans les curricula des écoles de formation des agents de santé, les modules sur la PF du post-partum et du post-abortum	X	X			
			Former 150 enseignants des écoles de formation avec le module révisé		X			
			Mettre à la disposition des écoles et des sites de stages des modèles anatomiques pour l'acquisition des compétences		X			
		A3. Dotation des formations sanitaires en matériels techniques pour l'offre des méthodes modernes contraceptives de longue durée	Réaliser un état des lieux et Identifier les besoins en matériel techniques de PF des FS	X				
			Acquérir 500 kits d'insertion et de retrait de DIU/an	X	X			
			Acquérir 500 kits d'insertion et de retrait d'implant/an	X	X			
			Doter 300 centres de santé en kits d'insertion et de retrait de DIU et d'implant par an		X			
		A4. Renforcement des capacités des prestataires des FS pour l'offre des services conviviaux et adaptés de SRAJ	Elaborer/adapter les manuels de formation de prise en charge des jeunes et adolescents dans les FS	X	X			
			Organiser annuellement 12 sessions de formation de 5 jours de 25 prestataires sur la prise en charge des jeunes au niveau des chefs-lieux de départements.	X	X			
			Aménager des services (réhabilitation des bâtiments, équipements, espace horaire, activités, etc....) pour prendre en compte les besoins des adolescents et jeunes	X	X			
			Faire le suivi des prestations offertes par les prestataires formés	X	X	X	X	X
		A5. Extension de l'offre des services PF de qualité dans les centres offrant des services aux PVVIH et autres populations clés.	Organiser 2 sessions de 10 jours regroupant 20 prestataires de prise en charge des populations clés	X				
			Faire le suivi de l'offre des services de PF au profit des populations clés.	X	X	X	X	X
	O1. Renforcer la participation des OSC et des cliniques privées à l'offre de PF	A1. Mise en œuvre d'une stratégie d'implication des OSC et des cliniques privées dans les prestations de services PF	Recruter un consultant pour une durée de 15 jours pour l'élaboration de document de stratégie de partenariat avec le sous-secteur privé lucratif et les OSC	X				
			Organiser un atelier d'une journée regroupant 25 participants pour la validation du document de stratégie de partenariat avec le sous-secteur privé lucratif et les OSC	X				
			Reproduire et diffuser le document de la stratégie	X				

Offre et accès aux services								
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme				
				2019	2020	2021	2022	2023
			Evaluer la stratégie en 2021			X		
			Faire le suivi de la mise en œuvre de la stratégie de partenariat avec le sous-secteur privé lucratif et les OSC	X	X	X	X	X
		A2. Extension de l'offre de service de PF par la franchise sociale en contractualisant avec les OSC et FS privées	Intégrer chaque année 10 nouvelles cliniques privées dans la contractualisation par l'approche de la franchise sociale pour offrir les services de PF	X	X	X	X	X
			Renforcer les capacités de 20 personnes à raison de 2 par structure sélectionnée	X	X	X	X	X
			Faire le suivi de l'offre des services dans les cliniques privées ciblées	X				
		A3. Renforcement du marketing social des produits contraceptifs	Analyser la situation du marketing social des produits contraceptifs	X				
			Organiser un atelier de restitution d'un jour des résultats de l'analyse de la situation regroupant 25 participants	X				
			Organiser chaque année une réunion de partage d'expérience et d'échanges avec les structures de marketing social	X	X	X	X	X
		A4. Extension des services intégrés de PF, de lutte contre le VIH et le sida, de prise en charge des IST chez les jeunes et les adolescents, dans les centres de jeunes et dans la communauté en collaboration avec les autres secteurs (OSC, secteur privé...)	Evaluer la performance des OSC actives dans la lutte contre l'infection à VIH et le sida et les IST chez les jeunes dans la communauté		X			
			Adopter des critères de sélection des zones sanitaires pour la mise en œuvre des services intégrés pour les adolescents et jeunes		X			
			Identifier chaque année 7 zones sanitaires et 5 centres de loisirs et des jeunes (CLJ) à renforcer	X	X	X	X	X
			Renforcer les capacités des agents et l'équipement des CLJ, des zones sanitaires et des OSC impliquées dans l'offre des services intégrés de PF, de lutte contre le VIH et le sida, de prise en charge des IST	X	X	X	X	X
			Faire le suivi des activités des OSC dans les zones sanitaires ciblées	X	X	X	X	X

Tableau XI : Sécurisation des produits : défis, objectifs, actions prioritaires, activités et chronogramme de 2019 à 2023

Sécurisation des produits								
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme				
				2019	2020	2021	2022	2023
SP1. Persistance des ruptures de stocks des produits SR/PF à tous les niveaux de la pyramide sanitaire y compris le niveau communautaire	O1. Rendre disponibles les produits contraceptifs jusqu'au niveau des derniers points de prestations de service	A1. Renforcement des capacités des acteurs sur la chaîne d'approvisionnement et le système d'information et de gestion logistique des produits contraceptifs dans les structures sanitaires publiques et privées, les ONG/Associations, les officines privées...	Former un pool de 50 formateurs (12 départementaux et 34 gestionnaires DRZ et 4 acteurs nationaux) en en SIGL en 2 sessions	X				
			Organiser un (1) atelier départemental de 20 personnes par atelier pendant 5 jours pour la formation en SIGL		X			
			Former en deux jours au niveau de chaque point de prestation deux agents en SIGL		X	X	X	X
			Faire le suivi post formations	X	X	X	X	X
		A2. Renforcement du potentiel et de l'engagement des pharmaciens et des grossistes dans la cession de contraceptifs	Faire un état des lieux de la disponibilité et la cession des produits contraceptifs dans les pharmacies	X				X
			Organiser un atelier pour examiner les résultats de l'état des lieux et élaborer des recommandations concernant la participation des pharmacies et des sociétés grossistes à l'approvisionnement et la cession des produits contraceptifs		X			
			Former 50 distributeurs dans les pharmacies afin qu'ils puissent servir de points de promotion pour la PF et fournir des contraceptifs d'urgence, les méthodes auto-injectables et des préservatifs conformément aux normes nationales		X			
			Equiper les pharmacies en matériels IEC	X				
		A3. Elaboration et révisions semestrielles des tableaux d'acquisition des produits contraceptifs (TAC) et rendre disponibles les produits	Organiser un atelier semestriel sur les tableaux d'acquisition des contraceptifs (TAC pour estimer les besoins du pays)	X	X	X	X	X
			Approvisionner le pays en produits contraceptifs selon les besoins	X	X	X	X	X
			Approvisionner mensuellement les FS en contraceptifs (distribution active)	X	X	X	X	X
			Organiser des visites de supervision une fois par trimestre	X	X	X	X	X

Sécurisation des produits								
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme				
				2019	2020	2021	2022	2023
		contraceptifs à tous les points de prestation	Evaluer la disponibilité des produits contraceptifs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire une fois tous les deux (2) ans	X	X	X	X	X
			Faire le suivi des activités	X	X	X	X	X
		A4. Organisation de supervisions à intervalles réguliers sur la fonctionnalité du système d'information et de gestion logistique	Organiser 2 visites de supervision par an de 2019 à 2023 au niveau des départements	X	X	X	X	X
			Organiser 4 visites de supervision par année de 2019 à 2023 au niveau des zones sanitaires	X	X	X	X	X
			Organiser 2 missions de supervision par an au niveau des FS	X	X	X	X	X

Tableau XII : Politique, Environnement habilitant, Financement : défis, objectifs, actions prioritaires, activités et chronogramme de 2019 à 2023

Politique, Environnement habilitant, Financement								
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme				
				2019	2020	2021	2022	2023
P1. Faible implication des autres ministères et institutions en faveur de la PF	O1: Renforcer le niveau d'implication des ministères connexes (Jeunesse, Éducation, Économie et Finances, Justice, Communication, Affaires Sociales,) en faveur de la PF	A1 Plaidoyer en faveur de l'implication des ministères connexes, des institutions dans les actions de la PF	Former 25 cadres au niveau central et départemental des Ministères connexes, et de la santé en 03 jours sur la conduite de plaidoyer		X			
			Produire des outils et modèles de plaidoyer performants en faveur de la PF (RAPID, ...)		X			
			Réaliser des plaidoyers à l'endroit des autorités des ministères connexes et institutions pour leur implication dans les actions en faveur de la PF une fois par an	X	X	X	X	X
			Organiser des formations des EEZ et des Staffs des DDS (30 personnes par département) de 3 jours sur la conduite de plaidoyer		X			
			Rendre disponibles les outils et modèles de plaidoyer performants en faveur de la PF dans chaque DDS et zone sanitaire		X			

Politique, Environnement habilitant, Financement								
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme				
				2019	2020	2021	2022	2023
			Organiser des rencontres de plaidoyer avec les autorités dans chaque département pour leur implication dans les actions en faveur de la PF (30 participants/département) une fois par an		X	X	X	X
			Organiser des rencontres de plaidoyer avec les autorités au niveau de chaque zone sanitaire pour leur implication dans les actions en faveur de la PF (30 participants/ZS) une fois par an		X	X	X	X
			Organiser par an une réunion d'une journée de suivi des engagements issus des plaidoyers (à tous les niveaux (périphérique, département et central) (20 participants/niveau))		X	X	X	X
			Organiser un forum national sur la PF		X			X
		A2. Mise en place d'un mécanisme régulier et systématique de veille sur les engagements des parties prenantes	Organiser une réunion de 20 personnes pour élaborer l'outil de suivi des engagements		X			
			Former 2 OSC et 20 champions		X			
			Mettre en place un comité de veille		X			
			Faire le suivi des engagements des parties prenantes		X	X	X	X
		A3. Plaidoyer pour une meilleure efficacité de la lutte contre les grossesses chez les adolescentes dans les programmes de santé et économiques	Organiser une session de plaidoyer dans chaque département par an en lien avec les activités SRAJ des départements		X	X	X	X
P2. Faible application des textes législatifs et réglementaires en faveur de la SR/PF	O1. Renforcer l'environnement juridique et réglementaire en faveur de la SR/PF	A1. Révision et mise en œuvre des documents de Politiques, Normes et Protocoles (PNP) en SR/PF	Recruter deux (2) consultants nationaux pendant 20 jours pour la révision des documents de Politiques, Normes et protocoles en SR/PF/IST		X			
			Organiser un atelier de trois (3) jours pour la validation du document avec 50 personnes		X			
			Reproduire les documents de PANB, du Plan de passage à l'échelle nationale du DMPA-SC,		X			

Politique, Environnement habilitant, Financement								
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme				
				2019	2020	2021	2022	2023
			Organiser douze (12) ateliers de deux (2) journées au niveau des départements pour la dissémination des PNP en SR/PF/IST avec en moyenne 25 personnes par atelier		X	X		
		A2. Vulgarisation des textes législatifs et règlements en faveur de la SR/PF (PNP, textes d'application de la Loi SR) auprès des institutions et des organisations de la société civile à tous les niveaux	Traduire les textes réglementaires existants sur la SR/PF dans les 7 courants linguistiques	X				
			Contractualiser avec 2 radios de proximité dans chaque zone sanitaire	X	X	X	X	X
			Diffuser les textes réglementaires sur la SR/PF traduits en langues nationales à la radio nationale et à travers les radios de proximité 24 fois par trimestre	X	X	X	X	X
P3. Insuffisance du financement de la PF	O1. Diversifier les sources et accroître le financement pour la PF de 2019 à 2023	A1. Élaboration et mise en œuvre d'un document de plaidoyer et de mobilisation des ressources pour le PANB 2019-2023	Elaborer un plan de mobilisation des ressources pour le PANB 2019-2023 du Benin	X				
			Former les acteurs clés de la PF en stratégies de mobilisation des ressources au niveau central	X				
			Organiser 6 ateliers interdépartementaux de formation des acteurs pour la mobilisation des ressources au niveau départemental		X			
			Organiser chaque année dans les départements une journée de plaidoyer pour la mobilisation des ressources pour le PANB PF 2019-2023 du Benin		X	X	X	X
		A2. Organisation d'une journée de plaidoyer pour la mobilisation des ressources pour le PANB PF 2019-2023 du Benin	Mettre en place un comité pour préparer la réunion de mobilisation des ressources	X				
			Élaborer un plan de mobilisation des ressources pour le PANB 2019-2023 du Benin (Analyse de gap financier)	X				
			Organiser des réunions techniques de préparation du plaidoyer	X				
			Organiser la visite de courtoisie des PTF potentiels dans le pays en particulier le secteur privé lucratif (maisons de téléphonie mobile, banques, entreprises pétrolières, ...)	X				

Politique, Environnement habilitant, Financement								
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme				
				2019	2020	2021	2022	2023
			Animer la journée de plaidoyer	X				
			Suivre les engagements pris à la journée de plaidoyer	X	X	X	X	X
		A2. Plaidoyer en direction du Gouvernement et du Parlement pour accroître les ressources domestiques allouées pour la PF	Mettre en place une équipe de personnes-ressources capables de conduire le plaidoyer	X				
			Organiser un atelier d'élaboration des argumentaires pour le plaidoyer auprès du Ministère des Finances pour l'insertion d'une ligne budgétaire PF dans le Budget de Programme du Ministère de la Santé	X	X			
			Organiser des visites de plaidoyer auprès des Ministères de la Santé, des Finances et du parlement	X	X	X	X	X
			Faire le suivi de la mise en œuvre des engagements pris lors des sessions de plaidoyer.	X	X	X	X	X
		A4. Plaidoyer en direction des communes et du secteur privé pour accroître le financement domestique pour la PF	Mettre en place une équipe multisectorielle de plaidoyer en collaboration avec la société civile, y compris les bénéficiaires des services de PF	X				
			Élaborer un outil de plaidoyer adapté aux maires et aux acteurs du secteur privé		X			
			Organiser chaque année une réunion de mobilisation de ressources dans chaque commune		X	X	X	X
			Organiser des réunions périodiques de l'équipe de plaidoyer pour analyser les résultats et définir de nouvelles stratégies au besoin		X	X	X	X
			Faire le suivi du processus d'adoption de l'augmentation du budget au niveau des Municipalités et autres actions		X	X	X	X
		A5. Plaidoyer auprès des décideurs pour la gratuité des services de PF en	Mettre en place une équipe multisectorielle de 15 membres de plaidoyer en collaboration avec la société civile, y compris les associations de jeunes	X				

Politique, Environnement habilitant, Financement								
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme				
				2019	2020	2021	2022	2023
		particulier chez les adolescents et les jeunes	Réaliser le plaidoyer auprès des décideurs pour la gratuité des produits contraceptifs pour tous les utilisateurs, y compris la gratuité totale de tous les services de contraception pour les adolescents et les jeunes		X	X	X	X
			Organiser des réunions périodiques de l'équipe de plaidoyer (une fois par semestre)		X	X	X	X
			Réaliser le plaidoyer auprès des décideurs pour la gratuité de la PF en collaboration avec les adolescents et les jeunes		X	X	X	X
			Faire le suivi des engagements des décideurs		X	X	X	X

Tableau XIII : Coordination, suivi-évaluation : défis, objectifs, actions prioritaires, activités et chronogramme de 2019 à 2023

Coordination, suivi-évaluation								
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme				
				2019	2020	2021	2022	2023
C1. Faible suivi-évaluation des activités de PF	O1. Renforcer le suivi-évaluation systématique et régulier des activités de PF	A1. Organisation de suivi aux différents niveaux de gestion	Organiser semestriellement un atelier de coordination de 25 participants au niveau national ;	X	X	X	X	X
			Organiser des réunions trimestrielles de coordination au niveau de chaque département avec en moyenne 20 participants ;	X	X	X	X	X
			Organiser des réunions mensuelles de coordination au niveau de chaque zone sanitaire	X	X	X	X	X
		A2. Organisation de supervisions intégrées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Organiser semestriellement des supervisions du niveau national vers le niveau départemental.	X	X	X	X	X
			Organiser trimestriellement des supervisions du niveau départemental vers les zones sanitaires.	X	X	X	X	X
			Organiser mensuellement des supervisions au niveau des formations sanitaires par les équipes-cadres de zone sanitaire	X	X	X	X	X

Coordination, suivi-évaluation								
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme				
				2019	2020	2021	2022	2023
		A3. Organisation du suivi des prestations PF au niveau des OSC et du secteur privé	Organiser une réunion semestrielle d'une journée regroupant 35 personnes entre le Ministère de la Santé, les OSC pour la PF et le secteur privé pour discuter de la mise en œuvre des interventions en PF	X	X	X	X	X
			Organiser des supervisions trimestrielles par les départements des activités mises en œuvre dans le cadre des contrats avec les OSC et le secteur privé	X	X	X	X	X
		A4. Documentation continue des résultats sur la base des indicateurs retenus	Recruter un consultant pour élaborer un plan de suivi-évaluation pour le secteur de la PF	X				
			Organiser un atelier de 25 personnes pendant 2 jours pour la validation du plan de suivi-évaluation pour la PF	X				
			Recruter un agent pour renforcer la division suivi-évaluation pour la PF	X	X	X	X	X
			Suivre la mise en œuvre des activités	X	X	X	X	X
		A5. Organisation de recherches opérationnelles en PF et documentation des succès	Recruter un consultant pour 20 jours pour contribuer à la documentation des cas de succès	X				
			Organiser une réunion d'une journée regroupant 35 personnes pour discuter du rapport de consultation	X	X	X	X	X
			Disséminer les meilleures pratiques ou cas de succès	X	X	X	X	X
			Appuyer la réplique des meilleures pratiques	X	X	X	X	X
			Participer chaque année aux conférences internationales et d'échanges d'expériences pour partager les expériences	X	X	X	X	X
		A6. Évaluation du Plan d'Action PF 2019-2023 à mi-parcours et à la fin.	Recruter deux (2) consultants pour 20 jours pour l'évaluation du plan d'action de PF 2019-2023 à mi-parcours en 2021 et à la fin en 2023			X		X
			Organiser un atelier d'une journée pour discuter des résultats de l'évaluation			X		X
			Réviser le PANB de PF 2019-2023 en 2021			X		X

Coordination, suivi-évaluation									
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme					
				2019	2020	2021	2022	2023	
C2. Insuffisance de la collaboration et de coordination entre les acteurs pour la PF	O1. Coordonner les activités PF sur la base d'un mécanisme unique.	A1. Création du cadre de concertation et organisation des rencontres trimestrielles dans la mise en œuvre du PANB 2019-2023	Organiser 4 réunions par an du cadre de concertation de façon continue de 2019 à 2023	X	X	X	X	X	
		A2. Élaboration et révision d'un plan d'action annuel PF avec la participation de tous les acteurs (Gouvernement, PTF, OSC, Secteur privé...).	Atelier de trois (3) jours de présentation des résultats annuels de mise en œuvre du PANB et revue nationale des interventions une fois par an regroupant 30 personnes sur la base d'un canevas élaboré par consensus	X	X	X	X	X	
C3. Insuffisance des moyens mis à disposition pour le suivi	O1. Mettre à disposition les moyens nécessaires pour le suivi des activités	A1. Mise à jour et multiplication des supports de collecte de données	Reproduire les outils de collecte des données.	X	X	X	X	X	
			Organiser un atelier départemental de deux (2) jours pour former 75 formateurs des départements sur l'utilisation des supports en regroupant les acteurs	X	X	X	X	X	
			Organiser des ateliers d'un (1) jour par zone sanitaire (34 ateliers) pour former les agents sur l'utilisation des supports	X	X	X	X	X	
			Organiser des supervisions une fois par trimestre pour valider les données au niveau des zones sanitaires (1 personne du niveau central et 1 personne du niveau pour 5 jours de missions)	X	X	X	X	X	
		A2. Fourniture des moyens logistiques nécessaires au suivi	Ordinateurs de bureau (dont 3 pour l'unité de gestion et 12 pour les DDS)	X					
			Ordinateurs portables (3 pour l'unité de gestion)	X					
			Imprimantes multifonctions (dont 2 pour l'unité de gestion et 12 pour les DDS)	X					
			15 Imprimantes portables	X					
			15 Photocopieuse	X					
			15 Projecteurs	X					

Coordination, suivi-évaluation								
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme				
				2019	2020	2021	2022	2023
		A3. Appui technique à la mise en œuvre du plan d'action PF 2019-2023	Élaborer les termes de référence d'un gestionnaire financier, d'un assistant technique, d'un coordonnateur permanent et d'un expert international en appui périodique	X	X	X	X	X
			Recruter un gestionnaire financier	X	X	X	X	X
			Recruter un assistant technique pour la mise en œuvre du plan	X	X	X	X	X
			Nommer un coordonnateur permanent	X	X	X	X	X
			Recruter un expert international pour l'appui périodique à la mise en œuvre du plan d'action	X	X	X	X	X

Annexe B. Estimation des taux de prévalence contraceptive entre 2019 et 2023

Tableau XIV : Estimation des taux de prévalence contraceptive entre 2019 et 2023

Département	TPCm FU EDS- 2011-2012	TPCm FAP EDS-2011-12	TPCm FU EDS- 2017-2018	TPCm FAP EDS- 2017-2018	Gain annuel (2017-2011)	2018	Gain (2019- 2023)	2019	2020	2021	2022	2023
Alibori	6,4	7,3	13,5	14,7	1,23	15,9	1,6	17,6	19,2	20,8	22,5	24,1
Atacora	6,7	7,6	10,0	10,9	0,54	11,4	1,2	12,6	13,8	15,1	16,3	17,5
Atlantique	5,2	5,9	13,7	14,9	1,50	16,4	1,7	18,1	19,7	21,4	23,0	24,7
Borgou	10,6	12,1	12,0	13,1	0,16	13,2	1,5	14,7	16,1	17,6	19,0	20,5
Collines	10,8	12,3	18,1	19,7	1,23	20,9	2,2	23,1	25,3	27,5	29,7	31,9
Couffo	10,4	11,8	4,5	4,9	(1,16)	3,7	0,5	4,3	4,8	5,4	5,9	6,5
Donga	5,3	6,0	5,9	6,4	0,06	6,5	0,7	7,2	7,9	8,6	9,3	10,1
Littoral	12,5	14,2	19,2	20,9	1,11	22,0	2,3	24,3	26,7	29,0	31,3	33,6
Mono	3,0	3,4	18,0	19,6	2,70	22,3	2,2	24,5	26,6	28,8	31,0	33,2
Ouémé	6,8	7,7	15,2	16,5	1,47	18,0	1,8	19,9	21,7	23,5	25,4	27,2
Plateau	7,6	8,7	5,7	6,2	(0,41)	5,8	0,7	6,5	7,2	7,9	8,6	9,2
Zou	7,3	8,3	13,3	14,5	1,03	15,5	1,6	17,1	18,7	20,3	21,9	23,6
Bénin	7,9	9,0	12,4	13,5	0,75	14,3	1,5	15,8	17,3	18,8	20,3	21,8

Annexe C. Estimation du nombre de femmes utilisatrices de la contraception moderne à cibler par département entre 2019 et 2023

Tableau XV : Estimation du nombre de femmes utilisatrices de la contraception moderne à cibler par département entre 2019 et 2023

Département	2019	2020	2021	2022	2023
Alibori	47 040	53 325	60 010	67 077	74 499
Atacora	26 635	30 354	34 310	38 501	42 903
Atlantique	78 685	89 111	100 167	111 851	124 119
Borgou	48 215	55 096	62 437	70 223	78 413
Collines	48 067	54 702	61 769	69 251	77 115
Couffo	9 250	10 850	12 569	14 395	16 327
Donga	11 174	12 764	14 456	16 249	18 134
Littoral	58 820	66 721	75 048	83 789	92 908
Mono	35 669	40 384	45 397	50 700	56 264
Ouémé	67 326	76 326	85 873	95 948	106 516
Plateau	12 142	13 949	15 872	17 908	20 050
Zou	42 993	48 878	55 150	61 792	68 787
Bénin	470 322	534 960	603 701	676 397	752 757

Annexe D. Estimation du nombre de femmes en union utilisatrices additionnelles de contraception moderne par département entre 2019 et 2023

Tableau XVI : Estimation du nombre de femmes en union utilisatrices additionnelles de contraception moderne par département entre 2019 et 2023

Département	2019	2020	2021	2022	2023	2019-2023
Alibori	5 899	6 285	6 685	7 067	7 421	33 358
Atacora	3 483	3 719	3 956	4 190	4 402	19 751
Atlantique	9 772	10 426	11 056	11 684	12 267	55 206
Borgou	6 427	6 881	7 341	7 786	8 190	36 625
Collines	6 192	6 634	7 067	7 482	7 864	35 240
Couffo	1 490	1 600	1 718	1 827	1 932	8 567
Donga	1 488	1 590	1 693	1 793	1 884	8 448
Littoral	7 426	7 902	8 327	8 741	9 119	41 514
Mono	4 408	4 714	5 014	5 303	5 563	25 002
Ouémé	8 432	9 000	9 547	10 075	10 568	47 621
Plateau	1 690	1 807	1 923	2 035	2 142	9 597
Zou	5 502	5 885	6 272	6 642	6 995	31 296
Bénin	60 505	64 639	68 741	72 696	76 360	352 225

Annexe E. : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne par commune entre 2019 ET 2023

Tableau XVII : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les communes du département de l'Alibori

Département de l'ALIBORI	2019	2020	2021	2022	2023	Total par commune
Banikoara	1 460	1 564	1 673	1 775	1 866	8 338
Gogounou	1 435	1 505	1 578	1 652	1 729	7 899
Kandi	1 067	1 144	1 221	1 296	1 362	6 090
Karimama	398	425	453	479	502	2 257
Malanville	1 035	1 107	1 182	1 252	1 316	5 893
Ségbana	504	540	578	613	645	2 881
Total ALIBORI	5 899	6 285	6 685	7 067	7 421	33 358

Tableau XVIII : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les communes du département de l'Atacora

Département de l'ATACORA	2019	2020	2021	2022	2023	Total par commune
Communes						
Boukoubé	385	410	436	461	482	2 174
Cobly	307	327	347	368	388	1 736
Kérou	414	442	473	503	530	2 363
Kouandé	499	534	569	602	632	2 835
Matéri	490	526	562	599	631	2 808
Natitingou	518	553	586	619	648	2 925
Pehunco	337	359	381	403	423	1 903
Tanguiéta	350	371	394	416	437	1 968
Toucountouna	184	196	208	220	231	1 038
Total ATACORA	3 483	3 719	3 956	4 190	4 402	19 751

Tableau XIX : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les communes du département de l'Atlantique

Département de l'ATLANTIQUE	2019	2020	2021	2022	2023	Total par commune
Communes						
Abomey-calavi	4 889	5 206	5 501	5 798	6 070	27 465
Allada	845	901	957	1 014	1 069	4 786
Kpomassè	431	461	491	521	548	2 451
Ouidah	1 160	1 238	1 308	1 378	1 442	6 525
So-Ava	704	757	812	864	914	4 052
Toffo	677	725	774	822	868	3 867
Tori-Bossito	373	398	422	447	470	2 110
Zê	693	741	790	839	886	3 950
Total ATLANTIQUE	9 772	10 426	11 056	11 684	12 267	55 206

Tableau XX : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les communes du département du Borgou

Département du BORGOU	2019	2020	2021	2022	2023	Total par commune
Communes						
Bembereke	683	733	783	831	874	3 904
Kalalé	807	866	927	986	1 041	4 627
N'dali	587	628	671	712	748	3 346
Nikki	761	814	868	922	971	4 336
Parakou	1 566	1 679	1 782	1 884	1 975	8 886
Perere	395	421	450	477	502	2 245
Sinende	470	503	537	570	601	2 681
Tchaourou	1 159	1 239	1 322	1 404	1 478	6 601
Total BORGOU	6 427	6 881	7 341	7 786	8 190	36 625

Tableau XXI : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les communes du département des Collines

Département des COLLINES	2019	2020	2021	2022	2023	Total par commune
Communes						
Bante	920	987	1 052	1 116	1 174	5 249
Dassa-zoume	967	1 035	1 103	1 167	1 228	5 500
Glazoue	1 094	1 173	1 247	1 318	1 384	6 216
Ouesse	1 228	1 317	1 405	1 489	1 567	7 006
Savalou	1 226	1 312	1 397	1 477	1 550	6 963
Save	757	810	863	914	962	4 306
Total COLLINES	6 192	6 634	7 067	7 482	7 864	35 240

Tableau XXII : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les communes du département du Couffo

Département du COUFFO	2019	2020	2021	2022	2023	Total par commune
Communes						
Aplahoue	346	371	399	424	448	1 988
Djakotome	267	287	309	329	347	1 539
Dogbo	207	222	238	253	267	1 186
Klouekame	259	278	298	317	335	1 487
Lalo	236	252	270	288	305	1 351
Toviklin	176	190	204	217	229	1 016
Total COUFFO	1 490	1 600	1 718	1 827	1 932	8 567

Tableau XXIII : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans la commune de Cotonou

Département du LITTORAL	2019	2020	2021	2022	2023	Total par commune
Communes						
Cotonou	7 426	7 902	8 327	8 741	9 119	41 514
Total COTONOU	7 426	7 902	8 327	8 741	9 119	41 514

Tableau XXIV : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les communes du département du Mono

Département du MONO	2019	2020	2021	2022	2023	Total par commune
Communes						
Athieme	493	527	560	592	620	2 793
Bopa	827	883	941	996	1 045	4 692
Come	737	788	835	881	921	4 163
Grand-popo	521	554	585	617	645	2 923
Houeyogbe	884	947	1 011	1 072	1 128	5 042
Lokossa	947	1 014	1 081	1 145	1 202	5 390
Total MONO	4 408	4 714	5 014	5 303	5 563	25 002

Tableau XXV : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les communes du département de l'Ouémé

Département de l'OUEME	2019	2020	2021	2022	2023	Total par commune
Communes						
Adjarra	750	802	850	896	940	4 238
Adjohoun	546	583	619	655	690	3 093
Aguegues	310	333	359	382	404	1 787
Akpro_missrete	933	995	1 059	1 119	1 178	5 284
Avrankou	951	1 014	1 077	1 138	1 196	5 376
Bonou	334	357	380	402	423	1 896
Dangbo	687	732	781	829	875	3 905
Porto-Novo	2 162	2 305	2 432	2 552	2 660	12 111
Seme-Kpodji	1 759	1 878	1 991	2 101	2 202	9 930
Total OUEME	8 432	9 000	9 547	10 075	10 568	47 621

Tableau XXVI : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les communes du département du Plateau

Département du PLATEAU	2019	2020	2021	2022	2023	Total par commune
Communes						
Adja-ouere	311	333	354	375	393	1 767
Ifangni	299	319	340	360	380	1 698
Ketou	415	445	474	503	531	2 368
Pobe	344	368	391	413	433	1 948
Sakete	321	343	364	385	405	1 817
Total PLATEAU	1 690	1 807	1 923	2 035	2 142	9 597

Tableau XXVII : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les communes du département du Zou

Département du ZOU	2019	2020	2021	2022	2023	Total par commune
Communes						
Abomey	635	678	721	762	800	3 596
Agbangnizoun	453	485	517	548	578	2 580
Bohicon	1 197	1 282	1 364	1 444	1 516	6 804
Cove	346	370	391	413	432	1 953
Djidja	745	797	854	906	957	4 259
Ouinhi	386	412	438	464	488	2 188
Zagnanado	350	374	399	422	444	1 990
Za-kpota	813	871	934	993	1 050	4 662
Zogbodomey	577	615	654	691	728	3 266
Total ZOU	5 502	5 885	6 272	6 642	6 995	31 296

Annexe F. : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne par Zone Sanitaire entre 2019 et 2023

Tableau XXVIII : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les Zones Sanitaires de l'Alibori entre 2019 et 2023

Alibori						Total par ZS
Zones Sanitaires	2019	2020	2021	2022	2023	2019-2023
Zone Sanitaire : Banikoara	1 460	1 564	1 673	1 775	1 866	8 338
Zone Sanitaire : Kandi-Gogounou-Ségbana	3 006	3 189	3 377	3 561	3 737	16 869
Zone Sanitaire : Malanville-Karimama	1 434	1 532	1 635	1 731	1 818	8 150
TOTAL	5 899	6 285	6 685	7 067	7 421	33 358

Tableau XXIX : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les Zones Sanitaires de l'Atacora entre 2019 et 2023

Atacora						Total par ZS
Zones Sanitaires	2019	2020	2021	2022	2023	2019-2023
Zone Sanitaire : Kouandé-Péhunco-Kérou	1250	1336	1423	1508	1585	7102
Zone Sanitaire : Natitingou-Boukoubé-Toucountouna	1 086	1 159	1 230	1 299	1 361	6136
Zone Sanitaire : Tanguiéta-Cobly-Matéri	1 147	1 224	1 303	1 383	1 456	6513
Total	3 483	3 719	3 956	4 190	4 402	19751

Tableau XXX : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les Zones Sanitaires de l'Atlantique entre 2019 et 2023

Atlantique						Total par ZS
Zones Sanitaires	2019	2020	2021	2022	2023	2019-2023
Zone Sanitaire : Abomey-Calavi-So-ava	5 593	5 963	6 314	6 663	6 984	31 517
Zone Sanitaire : Allada-Toffo-Zè	2 215	2 367	2 521	2 676	2 824	12 603
Zone Sanitaire : Ouidah-Kpomassè-Tori-Bossito	1 964	2 096	2 221	2 346	2 459	11 086
Total	9 772	10 426	11 056	11 684	12 267	55 206

Tableau XXXI : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les Zones Sanitaires du Borgou entre 2019 et 2023

Borgou						Total par ZS
Zones Sanitaire	2019	2020	2021	2022	2023	2019-2023
Zone Sanitaire : Bembèrèkè-Sinendé	1 153	1 235	1 320	1 401	1 475	6 584
Zone Sanitaire : N'Dali-Parakou	2 153	2 307	2 453	2 596	2 723	12 232
Zone Sanitaire : Nikki-kalalé-Pèrèrè	1 962	2 100	2 245	2 386	2 515	11 208
Zone Sanitaire : Tchaourou	1 159	1 239	1 322	1 404	1 478	6 601
Total	6 427	6 881	7 341	7 786	8 190	36 625

Tableau XXXII : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les Zones Sanitaires des Collines entre 2019 et 2023

Collines						Total par ZS
Zones Sanitaires	2019	2020	2021	2022	2023	2019-2023
Zone Sanitaire : Dassa-Glazoué	2 061	2 208	2 350	2 485	2 611	11 716
Zone Sanitaire : Savalou-Bantè	2 147	2 300	2 449	2 593	2 724	12 212
Zone Sanitaire : Savè-Ouèssè	1 985	2 127	2 268	2 404	2 529	11 312
Total	6 192	6 634	7 067	7 482	7 864	35 240

Tableau XXXIII : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les Zones Sanitaires des Collines entre 2019 et 2023

Couffo						Total par ZS
Zones Sanitaires	2019	2020	2021	2022	2023	2019-2023
Zone Sanitaire : Aplahoué-Djakotomey-Dogbo	819	880	946	1 005	1 063	4 714
Zone Sanitaire : Klouékamè-Toviklin-Lalo	671	720	772	821	869	3 853
Total	1 490	1 600	1 718	1 827	1 932	8 567

Tableau XXXIV : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les Zones Sanitaires de la Donga entre 2019 et 2023

Donga						Total par ZS
Zones Sanitaires	2019	2020	2021	2022	2023	2019-2023
Zone Sanitaire : Bassila	362	386	411	434	455	2 048
Zone Sanitaire : Djougou-Ouaké-Copargo	1 126	1 204	1 282	1 359	1 429	6 400
Total	1 488	1 590	1 693	1 793	1 884	8 448

Tableau XXXV : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les Zones Sanitaires du Littoral entre 2019 et 2023

Littoral						Total par ZS
Zones Sanitaires	2019	2020	2021	2022	2023	2019-2023
Zone Sanitaire : Cotonou 1-Cotonou 4						
Zone Sanitaire : Cotonou 2-Cotonou 3						
Zone Sanitaire : Cotonou 5						
Zone Sanitaire : Cotonou 6						
Total	7 426	7 902	8 327	8 741	9 119	41 514

Tableau XXXVI : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les Zones Sanitaires du Mono entre 2019 et 2023

Mono						Total par ZS
Zones Sanitaires	2019	2020	2021	2022	2023	2019-2023
Zone Sanitaire : Comè-Grand popo-Houèyogbé-Bopa	2 968	3 172	3 373	3 566	3 741	16 819
Zone Sanitaire : Lokossa-Athiémè	1 440	1 542	1 641	1 737	1 823	8 183
Total	4 408	4 714	5 014	5 303	5 563	25 002

Tableau XXXVII : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les Zones Sanitaires de l'Ouémé entre 2019 et 2023

Ouémé						Total par ZS
Zones Sanitaires	2019	2020	2021	2022	2023	2019-2023
Zone Sanitaire : Adjohoun-Bonou-Dangbo	1 566	1 673	1 781	1 887	1 988	8 895
Zone Sanitaire : Akpro-missérété-Avrangkou-Adjarra	2 635	2 811	2 985	3 153	3 314	14 899
Zone Sanitaire : Porto-Novo-Sèmè-kpodji-Aguégus	4 231	4 516	4 781	5 035	5 265	23 827
Total	8 432	9 000	9 547	10 075	10 568	47 621

Tableau XXXVIII : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les Zones Sanitaires du Plateau entre 2019 et 2023

Plateau						Total par ZS
Zones Sanitaires	2019	2020	2021	2022	2023	2019-2023
Zone Sanitaire : Pobè-Kétou-Adja-ouère	1 070	1 145	1 219	1 290	1 357	6 082
Zone Sanitaire : Sakété-Ifangni	620	662	704	745	785	3 515
Total	1 690	1 807	1 923	2 035	2 142	9 597

Tableau XXXIX : Estimation du nombre de femmes en en âge de procréer utilisatrices additionnelles de contraception moderne dans les Zones Sanitaires du Zou entre 2019 et 2023

Zou						Total par ZS
Zones Sanitaires	2019	2020	2021	2022	2023	2019-2023
Zone Sanitaire : Bohicon-Za-kpota-Zogbodomey	2 588	2 768	2 953	3 129	3 294	14 731
Zone Sanitaire : Covè-Zagnanado-Ouinhi	1 082	1 157	1 229	1 299	1 365	6 131
Zone Sanitaire : Djidja-Abomey-Agbangnizoun	1 833	1 960	2 091	2 215	2 335	10 434
Total	5 502	5 885	6 272	6 642	6 995	31 296

Annexe G : Prévvision de répartitions des utilisatrices additionnelles (%) par stratégie d'intervention et par département selon les équipes départementales

Tableau XL : Prévvision de répartitions des utilisatrices additionnelles (%) par stratégie d'intervention et par département selon les équipes départementales

Département	FS Publiques fixes (routine)	FS privées fixes (routine)	Stratégie avancée	Stratégie mobile	DBC	Total
Alibori	60	10	15	10	5	100
Atacora	65	5	20	5	5	100
Atlantique	55	10	15	15	5	100
Borgou	60	10	15	10	5	100
Collines	60	15	10	10	5	100
Couffo	60	10	15	10	5	100
Donga	60	10	15	10	5	100
Littoral	55	10	20	10	5	100
Mono	55	10	10	10	5	100
Ouémé	65	10	15	5	5	100
Plateau	65	10	10	10	5	100
Zou	50	10	20	15	5	100
Bénin	60	10	15	10	5	100

Annexe H. Table des coûts en FCFA par activité et par année

Tableau XLI : Création de la demande : coûts en FCFA par activité et par année

	AXE CREATION DE LA DEMANDE	2019	2020	2021	2022	2023	Programme Total
	Activités	XOF	XOF	XOF	XOF	XOF	XOF
1	A1. Élaborer et mettre en œuvre un plan intégré de communication en Planification Familiale.	11 640 228	0	0	0	0	11 640 228
2	A1. Élaborer et mettre en œuvre un plan intégré de communication en Planification Familiale.	9 014 856	18 480 454	44 942 540	18 474 237	18 936 093	109 848 180
3	A1. Élaborer et mettre en œuvre un plan intégré de communication en Planification Familiale.	0	0	2 510 940	2 573 713	2 638 056	7 722 708
4	A2. Renforcer les compétences des acteurs intervenant dans la Planification Familiale en techniques de communication	28 604 693	46 696 308	0	0	0	75 301 001
5	A2. Renforcer les compétences des acteurs intervenant dans la Planification Familiale en techniques de communication	4 399 233	7 617 162	2 761 559	2 830 598	1 231 844	18 840 395
6	A.3 Renforcer la sensibilisation des jeunes à travers le réseau d'éducation par les pairs	15 777 510	0	0	0	0	15 777 510
7	A.3 Renforcer la sensibilisation des jeunes à travers le réseau d'éducation par les pairs	0	2 890 701	2 962 968	3 037 043	3 112 969	12 003 681
8	A4. Etendre le cadre de contractualisation avec les médias	23 588 948	1 033 767	1 059 612	1 086 102	1 113 255	27 881 684
9	A5. Etendre les messages de PF aux autres services de SR au cours des sensibilisations.	67 776 545	125 376 625	9 845 373	10 091 508	10 343 795	223 433 846
10	A6. Mettre en place des lignes vertes à travers le pays pour répondre aux préoccupations et aux besoins des adolescents et des jeunes sur les questions de SR/PF	82 127 071	98 954 991	6 427 105	6 587 782	6 752 477	200 849 426
11	A7. Améliorer la sensibilisation des jeunes et des adolescents à la SR/PF	19 943 969	25 327 778	14 742 441	15 111 002	15 488 777	90 613 967
12	A7. Améliorer la sensibilisation des jeunes et des adolescents à la SR/PF	63 187 354	64 767 038	10 421 533	10 682 072	10 949 124	160 007 120
13	A8. Renforcer les capacités et soutenir les jeunes en tant qu'acteurs de plaidoyer pour promouvoir les pratiques à haut impact en faveur de la PF	10 345 679	17 169 362	17 598 596	18 038 561	18 489 525	81 641 723
14	A1: Renforcer les compétences des acteurs sociaux sur les questions de PF	21 618 038	31 873 458	26 292 874	26 950 196	27 623 951	134 358 517
15	A1: Renforcer les compétences des acteurs sociaux sur les questions de PF	18 846 197	0	19 800 286	0	0	38 646 484
16	A2. Mettre à l'échelle la stratégie de l'engagement constructif des hommes (ECH)	67 718 234	69 411 190	62 459 115	64 020 593	65 621 108	329 230 240
17	A3. Plaidoyer et implication des leaders religieux et coutumiers dans la mobilisation communautaire des hommes en faveur de la PF	48 220 299	95 786 674	98 181 341	100 635 874	103 151 771	445 975 958
18	A3. Appuyer les acteurs sociaux pour la mise en œuvre de leur plan d'action.	19 819 648	40 630 278	41 646 035	42 687 185	43 754 365	188 537 510
19	A4. Harmoniser le contenu des curricula en intégrant l'éducation sexuelle complète dans les systèmes éducatifs (formel et informel)	25 557 750	47 981 805	49 181 350	50 410 884	51 671 156	224 802 947
	Total	538 186 250	693 997 591	410 833 668	373 217 350	380 878 265	2 397 113 124

Tableau XLII : Offre et accès aux Services : coûts en FCFA par activité et par année

	OFFRE ET SERVICES	2019	2020	2021	2022	2023	Programme Total
	Activités	XOF	XOF	XOF	XOF	XOF	XOF
1	A1-Renforcement et mise à l'échelle de l'offre des services de PF de qualité à travers la distribution à base communautaire des contraceptifs y compris les injectables (Depo Provera, Sayana Press, etc.)	94 890 760	194 526 059	199 389 210	204 373 941	209 483 289	902 663 259
2	A2. Renforcer l'offre de services de PF en stratégies avancées	22 253 823	43 690 023	44 782 273	45 901 830	47 049 376	203 677 324
3	A3. Renforcer de l'offre de services de PF en stratégies mobiles	16 493 077	25 803 579	26 448 668	27 109 885	27 787 632	123 642 842
4	A4. Organiser des journées portes ouvertes de PF	37 115 395	76 086 559	77 988 723	79 938 441	81 936 902	353 066 019
5	A5. Renforcer l'offre de services de PF en soins après avortements (SAA)	73 790 079	79 399 881	12 719 643	13 037 634	13 363 575	192 310 813
6	A6. Mettre à l'échelle la PFPP dans l'accès aux services de PF	9 711 613	19 908 806	20 406 526	20 916 690	21 439 607	92 383 242
7	A7. Organiser des semaines nationales de PF	13 508 043	20 992 585	21 517 399	22 055 334	22 606 718	100 680 079
8	A8. Promouvoir l'offre de service à travers les cliniques mobiles dans chaque département	12 288 257	24 652 613	25 268 928	25 900 652	26 548 168	114 658 619
9	A9. Intégrer la PF dans les services SR des formations sanitaires publiques et privées ne l'offrant pas encore	24 298 952	8 449 227	8 660 458	28 240 087	9 098 894	78 747 618
10	A10. Renforcer l'intégration des services de PF dans les autres services sanitaires (VIH/sida, paludisme, vaccination, nutrition, etc.) et à l'endroit des populations clés	40 155 574	44 216 704	28 716 071	46 455 174	2 194 875	161 738 398
11	A11. Mettre en place les services de SR/PF adaptés aux jeunes et les adolescents, indépendamment de leur statut et lieu de résidence	9 836 643	15 774 325	18 050 994	20 977 975	20 116 600	84 756 538
12	A12. Etendre la mise en œuvre de la délégation des tâches dans le domaine de la PF dans les formations sanitaires et au niveau communautaire	11 546 557	8 816 782	8 033 881	16 551 743	8 440 596	53 389 559
13	A1. Renforcer les compétences des prestataires pour l'offre des services PF de qualité (Assurance Qualité des Services, counseling spécifique, technologies contraceptives, supervision formative...)	29 469 998	49 019 788	50 245 283	48 268 040	7 804 718	184 807 827
14	A2. Renforcer l'enseignement de la PF dans les écoles et facultés de formation en santé	115 607 887	119 380 510	122 365 022	125 424 148	124 493 188	607 270 754
15	A3. Equiper les formations sanitaires pour l'offre de services de PF	0	71 354 215	73 138 071	74 966 523	76 840 686	296 299 494
16	A4. Renforcer la supervision à tous les niveaux des prestataires formés pour l'offre des services PF de qualité / A5. Renforcer les capacités des prestataires des FS dans l'accès à la contraception et les services conviviaux et adaptés de SRAJ	19 172 675	28 186 004	28 890 654	29 612 920	11 100 677	116 962 930
17	A6. Etendre l'offre des services PF de qualité dans les centres offrant des services aux PVVIH et autres populations clés.	11 990 040	2 020 567	2 071 081	2 122 858	2 175 930	20 380 476

	OFFRE ET SERVICES	2019	2020	2021	2022	2023	Programme Total
18	A1. Mettre en œuvre une stratégie d'implication des OSC et du secteur privé dans les prestations de services PF / A2- Étendre l'offre de service de PF par la franchise sociale en contractualisant avec les OSC et FS privées	66 377 244	2 020 567	2 071 081	3 174 432	2 175 930	75 819 254
19	A3. Renforcer le marketing social des produits contraceptifs	6 095 984	38 168 169	7 044 009	40 100 433	41 102 944	132 511 538
20	A4. Etendre les services intégrés de PF, de lutte contre le VIH et le sida, de prise en charge des IST chez les jeunes et les adolescents, dans les centres de jeunes et dans la communauté en collaboration avec les autres secteurs (OSC, secteur privé...)	4 166 883	7 255 235	7 436 616	7 622 531	7 813 095	34 294 361
	Total	618 769 485	879 722 198	785 244 592	882 751 272	763 573 397	3 930 060 945

Tableau XLIII : Sécurisation des contraceptifs : coûts en FCFA par activité et par année

	SÉCURISATION DES CONTRACEPTIFS	2019	2020	2021	2022	2023	Total Program
	Activités	XOF	XOF	XOF	XOF	XOF	XOF
1	A.1 Renforcer les capacités des acteurs en système d'information et de gestion logistique	7 496 869	10 800 641	11 070 657	11 347 424	11 631 109	52 346 701
2	A.2 Elaborer et réviser semestriellement des tableaux d'acquisition des produits contraceptifs (TAC) et rendre disponibles les produits contraceptifs à tous les points de prestation	40 031 108	64 826 669	73 085 253	68 108 519	76 785 194	322 836 743
3	A3. Renforcement du potentiel et l'engagement des pharmacies et des distributeurs / fournisseurs en gros dans la vente de contraceptifs	4 891 038	4 460 569	4 572 084	4 686 386	2 155 727	20 765 804
4	A.4 Organiser les supervisions régulières sur la fonctionnalité du système d'information et de gestion logistique	11 891 331	24 377 229	24 986 659	25 611 326	26 251 609	113 118 154
	Total	64 310 347	104 465 108	113 714 654	109 753 654	116 823 640	509 067 402

Tableau XLIV : Contraceptifs : coûts en FCFA par année

Coûts des Produits Contraceptifs et Consommables	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL
	XOF	XOF	XOF	XOF	XOF	XOF
TOTAL	551 494 513	897 568 806	1 048 997 534	1 101 875 196	1 159 411 797	4 759 347 847

Tableau XLV : Politique, Environnement Habilitant, financement : coûts en FCFA par activité et par année

	POLITIQUE, EH, FINANCEMENT	2019	2020	2021	2022	2023	Total Program
	Activités	XOF	XOF	XOF	XOF	XOF	XOF
1	A1. Plaidoyer en faveur de l'implication des ministères connexes, des institutions et du secteur privé pour la PF.	18 889 051	31 252 784	32 034 103	32 834 956	29 758 521	144 769 416
2	A2. Plaidoyer en faveur de l'implication des jeunes dans le plan de mise en œuvre et de suivi du PANB au Bénin.	4 564 204	57 414 086	58 849 438	60 320 674	61 828 691	242 977 092
3	"A3. Plaidoyer de haut niveau sur la réduction de la grossesse chez les adolescentes et implication des OSC axées sur les jeunes à plaider en faveur de l'éradication des grossesses précoces au Bénin."	3 957 621	783 793	803 388	823 473	844 060	7 212 335
4	A1. Disséminer les textes d'application de la loi et de ses textes SR/PF/IST à tous les niveaux	9 748 580	11 742 623	5 692 542	5 834 855	5 980 727	38 999 326
5	A2. Renforcer les connaissances de tous les acteurs sur les textes et l'application de la loi SR/PF/IST à tous les niveaux.	10 082 696	43 170 365	44 249 624	45 355 865	46 489 761	189 348 311
6	A2. Renforcer les connaissances de tous les acteurs sur les textes et l'application de la loi SR/PF/IST à tous les niveaux.	0	1 917 560	1 965 499	2 014 636	2 065 002	7 962 696
7	A3. Mettre en place un mécanisme de suivi de l'application des textes de la loi SR.	8 128 581	14 977 498	15 351 935	15 735 733	13 552 257	67 746 004
8	A4. Réviser et mettre en œuvre les documents de Politiques, Normes et protocoles en SR/PF/IST.	7 378 805	0	0	0	0	7 378 805
9	A1. Organiser une journée de plaidoyer pour la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du PANB 2019-2023 du Bénin	3 180 555	0	0	0	0	3 180 555
10	A2. Plaidoyer pour le financement local pour la PF (Gouvernement, Parlementaire...) et la création d'une ligne budgétaire dédiée à la SR/PF	1 234 424	427 815	438 510	449 473	460 710	3 010 932
11	A3. Faire le plaidoyer auprès des décideurs en vue de la prise en compte des produits contraceptifs dans la gratuité des soins du post-partum et les SAA d'ici 2023.	6 968 811	1 458 688	1 495 155	1 532 534	1 570 848	13 026 036
12	A4. Plaidoyer en direction des municipalités et du secteur privé pour accroître le financement domestique de la PF	6 783 307	12 521 860	12 834 906	13 155 779	13 484 673	58 780 525
13	A5. Renforcer les compétences des acteurs clés (OSC, secteur privé ...) en stratégie de mobilisation des ressources.	11 140 512	1 070 166	1 096 920	1 124 343	1 152 452	15 584 394
14	A6. Initier un fonds national pour le financement de la PF/SRAJ	6 693 541	0	0	0	0	6 693 541
15	A7. Renforcer la capacité des jeunes pour leur participation active dans le processus du « Motion Tracker »	3 082 476	1 983 734	2 033 327	2 084 160	2 136 264	11 319 961
	Total	101 833 165	178 720 970	176 845 347	181 266 481	179 323 964	817 989 928

Tableau XLVI : Coordination, Suivi-Evaluation : coûts en FCFA par activité et par année

	COORDINATION, S&E	2019	2020	2021	2022	2023	Total Program
	Activités	XOF	XOF	XOF	XOF	XOF	XOF
1	A1. Organiser le suivi aux différents niveaux de gestion	46 284 123	94 882 452	97 254 513	99 685 876	102 178 023	440 284 987
2	A2 Organisation de supervisions intégrées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	7 482 389	15 338 898	15 722 371	16 115 430	16 518 316	71 177 403
3	A3. Faire le Suivi de la contractualisation des prestations PF au niveau des OSC et du secteur privé	1 327 370	2 721 108	2 789 136	2 858 864	2 930 335	12 626 812
4	A4 : Documenter continuellement les résultats sur la base des indicateurs retenus	3 052 305	3 128 613	3 206 828	3 286 999	3 369 174	16 043 919
5	A.5 Evaluer le Plan d'Action de repositionnement de la PF 2019-2023	5 269 364	5 401 099	5 536 126	7 993 509	5 816 392	30 016 490
6	A6. Organiser les recherches opérationnelles en PF et documenter les cas de succès.	14 759 777	15 128 771	15 506 991	15 894 665	16 292 032	77 582 236
7	A1. Créer un cadre de concertation et organiser des rencontres trimestrielles pour le suivi de la mise en œuvre du PANB 2019-2023	712 894	1 461 434	1 497 969	1 535 419	1 573 804	6 781 520
8	A.2 Elaborer et réviser le plan d'action annuel PF avec la participation de tous les acteurs (Gouvernement, PTF, OSC, Secteur privé...)	0	0	0	2 587 642	0	2 587 642
9	A1. Mettre à jour et multiplier les supports de collecte de données dans toutes les formations sanitaires	15 578 104	16 339 950	16 748 449	17 167 160	17 596 339	83 430 003
10	A2. Fournir les moyens logistiques nécessaires au suivi	418 496	0	0	0	0	418 496
11	A3. Appuyer techniquement la mise en œuvre du plan d'action PF du Benin 2019-2023	3 658 773	7 490 762	7 678 031	7 869 982	8 066 731	34 764 280
	Total	98 543 597	161 893 086	165 940 413	174 995 545	174 341 147	775 713 788