



MMS Bulletin #127

Perspektiven fürs Leben schaffen: Mutter-Kind-Gesundheit in Entwicklungsländern

Expérience de la DDC en matière de santé maternelle et infantile au Bénin

La stratégie de promotion de la santé mère-enfant

Von Agnès Adjou-Moumouni

La Direction du Développement et de la Coopération (DDC) est engagée au Bénin depuis plus de 30 ans. L'orientation de l'appui suisse se fonde sur les priorités définies dans les politiques et stratégies sanitaires du Bénin. La DDC appuie le Bénin dans l'amélioration de l'état de santé de la population, avec comme priorités la prévention (santé maternelle et infantile), la participation communautaire pour un ancrage local et la qualité des soins et des services.

Depuis plus de trois décennies, la Direction du Développement et de la Coopération (DDC) contribue au développement du secteur de la santé au Bénin et son appui s'est renforcé au fil des ans. L'orientation de l'appui suisse se fonde sur les priorités définies dans les politiques et stratégies sanitaires du Bénin. En effet, la vision du pays pour l'horizon 2025 est que «le Bénin dispose d'un système de santé performant basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, pour l'offre et la disponibilité permanentes des soins de qualité, équitables et accessibles aux populations de toutes catégories, fondées sur les valeurs de solidarité et de partage des risques pour répondre à l'ensemble des besoins de santé du peuple béninois ». Cette vision s'inscrit bien dans la politique de santé de la Coopération Suisse qui reconnaît le rôle normatif des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Dans ce cadre, l'atteinte des OMD et l'atténuation de la pauvreté est un axe prioritaire de sa coopération au développement. Elle appuie donc le Bénin dans l'amélioration de l'état de santé de la population, avec comme priorités la prévention (santé maternelle et infantile), la participation communautaire pour un ancrage local et la qualité des soins et des services.

Le présent symposium nous donne encore une fois l'occasion de revisiter le chemin parcouru par le programme santé de la DDC au Bénin, de partager les acquis, les goulots d'étranglement, et les défis qui restent à relever.

Bref aperçu sur le Bénin

Le Bénin compte une population de 9'364'619 habitants en 2011. L'indice synthétique de fécondité est de 5,7 enfants par femme. Le taux de croissance démographique est de 3,25%. Ce taux contraste avec celui de la croissance économique qui est de 3,1 en 2011. Le PIB par tête est de 342'007 F CFA (684,01 CHF) en 2010 contre 349'058 F CFA (698,12 CHF) en 2011. Le pourcentage de pauvres est passé de 35,2% en 2009 à 36,2% en 2011. Le taux de mortalité néonatale est de 32 pour mille naissances vivantes (NV); le taux de mortalité infantile est de 67 pour 1'000 NV. Le taux de mortalité maternelle est de 397 pour 100'000 naissances vivantes; c'est-à-dire qu'une femme décède des suites d'accouchement toutes les 6 heures ce qui correspond à 1'500 décès de femmes par an. Le taux de mortalité maternelle intra hospitalière est de 314,5 dans le Borgou et de 98,3 dans les Collines en 2011 pour 100'000 milles naissances vivantes. (Annuaire des statistiques sanitaires 2011)

Le budget du secteur de la santé a connu une diminution de 16,14% par rapport à l'année 2010, passant de 82'462'600'000 F CFA en 2010 (164'925'200 CHF) à 69'153'048'000 FCFA (138'306'096 CHF) en 2011. Le budget général de l'Etat en 2011 était de 1'099'100'000'000 F CFA (2'198'200'000 CHF), la part du budget alloué au Ministère de la Santé représente 6,29% et est largement inférieur au taux recommandé par le sommet des chefs d'Etat et de Gouvernement d'Abuja qui est de 15%. C'est dans ce contexte qu'intervient la DDC dans le secteur de la Santé au Bénin.

Le programme Santé de la DDC au Bénin

L'appui de la DDC au secteur de la santé au Bénin a porté essentiellement sur le renforcement des capacités des différents acteurs et l'amélioration de la couverture et du système sanitaires à travers sept (7) programmes : le Programme Médico-Sanitaire Bénino-Suisse remplacé par le Programme d'Appui au Développement de la Santé, le Programme de Développement des Services de Santé suivi du projet de Construction et/ou de réhabilitation de 24 centres de santé (CS24), l'appui à la mise en place de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (la CAME), le Programme Mutuelles de Santé, le Programme de Renforcement de la Société civile en matière de santé remplacé par le Programme Socio-Sanitaire, actuel Appui Suisse à la Santé et tout récemment le projet d'appui au secteur de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement. L'aire de couverture du Programme Santé de la DDC au Bénin a varié au cours des années. La DDC intervient aujourd'hui dans les départements du Borgou et des Collines. Cinq zones sanitaires sont couvertes. Trois programmes sont en cours : l'Appui Suisse à la Santé, les Mutuelles de santé et l'eau, l'hygiène et l'assainissement.

Contribution financière de la DDC dans le secteur de la santé

Appui suisse à la santé : 19'615'598 CHF (phases précédentes) ; phase en cours : 3'972'000 CHF

Appui suisse aux mutuelles de santé : 5, 7 mio CHF (phases précédentes); phase en cours : 2'013'000 CHF

Eau, hygiène et assainissement : CHF : 1'400'000 (en cours)

L'objectif du Programme santé de la DDC au Bénin est l'amélioration de l'état de santé de la population, notamment des groupes les plus touchés par les principaux problèmes de santé que sont les femmes et les enfants.

Notre présentation sera axé sur le volet « appui à la réduction de mortalité maternelle et néonatale » dont l'objectif est bien de réduire la mortalité maternelle et néonatale.

Expérience de la DDC dans la réduction de mortalité maternelle et néonatale dans le Borgou

L'expérience est née du constat fait en novembre 2002 par rapport à la situation sanitaire de zone d'intervention. L'analyse statistique du département du Borgou a montré que la zone sanitaire de Tchaourou avait le Ratio de mortalité maternelle le plus élevé du Borgou (973 pour 100'000 naissances vivantes (NV) contre 272 pour tout le Borgou). La Mortalité Maternelle intra hospitalière était très élevée (2780/100'000NV). Ces décès interviennent lors des accouchements à domicile, sur la route ou une fois arrivée dans un centre de santé ou l'hôpital de référence de 1er niveau. Parmi les enfants qui naissaient vivants dans ces conditions, 20% ne franchissent pas le cap du 1er mois de vie. Trois principales causes primaires concourent à cette situation.

- *Le Retard dans la prise de décision de recourir au service de santé* au niveau communautaire, il est lié aux barrières socio culturelles, à l'extrême pauvreté des ménages en milieu rural qui manquent de ressources financières, à la grande dépendance financière des femmes vis-à-vis de leurs époux.
- *Le retard d'acheminement vers un service de santé approprié.* Quand bien même la décision de recourir aux services de santé est vite prise par le ménage, il manque un moyen de déplacement rapide (véhicule, motos ...) pour transporter dans les meilleurs délais et conditions la femme en difficulté ; l'état dégradé des routes et l'éloignement des formations sanitaires est une autre difficulté qui freine le recours à temps de la parturiente.
- *Le retard à la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales après l'arrivée dans les services de santé*(la défaillance du système de référence).

A cela s'ajoute la faible prévalence contraceptive et l'état de santé précaire de la femme et de l'enfant.

Il faut aussi prendre en compte d'autres éléments dont :

- l'approche de formation classique qui n'a pas réussi à améliorer la performance des personnels de santé
- les professionnels sortis des écoles sont directement chargés de la gestion des urgences obstétricales néonatales dans les formations sanitaires sans la moindre notion des Soins Obstétricaux néonataux d'urgence (SONU).

La DDC, suite à l'analyse du contexte, a choisi de s'investir dans la santé de la mère et de l'enfant avec pour objectif fondamental la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Pour atteindre cet objectif, des stratégies et interventions ont été identifiées avec pour ligne directrice : l'amélioration de la qualité des soins et services de santé aux populations les plus défavorisées, (les plus pauvres et les plus vulnérables des régions les moins couvertes en soins de santé du pays) notamment aux femmes gestantes et parturientes, nouveau-nés et enfants des régions pauvres, éloignées ou enclavées.

Portes d'entrée du Volet « Appui à la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale

Les principales sont :

- l'amélioration de la qualité des prestations aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants de moins de cinq ans
- l'amélioration des conditions de travail et de vie des prestataires de soins maternels et néonataux
- le renforcement des infrastructures et équipements des formations sanitaires
- l'amélioration de la qualité de la gestion des bases de données relatives à la santé de la mère et de l'enfant en vue d'une prise de décision basée sur des évidences scientifiques.
- Le développement de stratégies novatrices et dont l'efficacité en matière de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale est démontrée.

Stratégies mises en œuvre

Notre approche est bien intégrée au terrain, elle est axée entre autres sur:

- la formation
- le renforcement des capacités par la mise à disposition d'assistants techniques en santé publique et en gestion, de proximité ou d'expertise ponctuelle.
- l'appui-accompagnement (communauté, des comités de gestion, prestataires de soins)
- l'appui financier et budgétaire

L'essentiel à retenir se présente comme suit :

La formation : Identification des besoins spécifiques de chaque Zone Sanitaire en formation en Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence (SONU/GATPA ; GATPA : Gestion active de la 3ème période d'accouchement ; SONU : Ce sont des soins destinés aux gestantes, aux parturientes, aux accouchées et aux nouveaux nés présentant des maladies ou complications gravidopuerpérales (de la grossesse ou des suites de grossesse). Ces soins exigent une démarche thérapeutique immédiate et permanente de 24 heures sur 24.)

Les agents de santé ont des besoins différents en matière de renforcement de compétence en SONU/GATPA. Il était nécessaire d'organiser des formations ciblées axées sur la performance pratique des prestataires en vue de mettre à niveau de manière efficace les prestataires de soins maternels et infantiles.

Renforcement de la supervision technique (Suivi post formation/coaching) : les performances acquises par les prestataires de soins et services de maternité devraient être maintenues, d'où la stratégie de renforcement de la performance des superviseurs locaux, en vue de la pérennité de l'intervention.

Normalisation des SOUB et SOUC : la qualité des soins Obstétricaux d'Urgence de Base (SOUB) et des Soins Obstétricaux et Néonataux Complémentaires (SOUC) est également basée sur la mise en place et le respect des bases théoriques de leur délivrance à savoir : les documents de normes et standards, et les outils appropriés pour la documentation des actes.

Assistance en gestion informatisée des données sanitaires : la stratégie d'assistance directe pratique et basée principalement sur l'informatique a été retenue pour améliorer la gestion des données statistiques des zones sanitaires en général et des données statistiques des maternités en particulier.

Construction/ réhabilitation d'infrastructures des zones les plus reculées et les plus pauvres et fourniture d'équipements médico-techniques : L'état des infrastructures tant de travail que de vie des prestataires de soins maternels et infantiles étaient des plus déplorables. Il a été retenu de régler rapidement ces problèmes par la réhabilitation/construction et équipement tant des maternités que des domiciles des professionnels de santé des zones les plus reculées et les plus pauvres.

Installation Réseaux aériens de communication (RAC) et gestion des références: Il s'est avéré urgent d'investir dans la mise en place d'un système de communication adéquat entre les services qui réfèrent et les hôpitaux de zone ainsi qu'un système de transport susceptible de

réduire les délais de route lors des références. Le dialogue politique a facilité la mise en place des ambulances prêtes à démarrer avec une parturiente référée vers l'hôpital de zone.

Le suivi personnalisé des prestataires de soins Obstétricaux et Néonataux

d'Urgence développe la dimension humaine dans la transmission du savoir et du savoir-faire à travers :

- la prise en compte des besoins de rapprochement de la formation des conditions réelles d'exercice des prestataires ;
- une quête permanente de la motivation de tous les acteurs ;
- l'implication de toutes les personnes ressources susceptibles de contribuer à l'amélioration de la qualité des prestations ;
- l'ancrage local de la stratégie à travers la mise en place d'équipes zonales de suivi ;
- le développement d'une proximité réelle entre les membres de l'équipe de « Suivi personnalisé » et les prestataires.

La maternité sans risque : c'est un produit d'assurance qui est offert aux villages, il couvre les prestations de consultation prénatales et l'accouchement. Il coûte 350 F CFA (0,7 CHF) par habitant du village par an. Il contribue à la réduction des retards en soins maternels et infantiles. Sa valeur ajoutée est la promptitude dans la prise en charge des femmes. **Médiation sociale en communauté et dans les Formations sanitaires** : les multiples conflits internes au sein des équipes de santé et dans les communautés ont été identifiés comme l'un des goulots d'étranglement qui influencent négativement la performance des équipes de santé, particulièrement celles des maternités. Un accent a été mis sur la stratégie de la médiation sociale directement au sein des équipes de santé et dans les communautés pour enrayer rapidement ce phénomène de l'intérieur des équipes de santé.

La médiation sociale est un élément moteur des Soins Obstétricaux et Néonataux

d'Urgence (SONU) Communautaires. Les SONU communautaires sont l'ensemble des mesures que doit prendre la communauté pour empêcher la survenue de l'urgence obstétricale et/ou de l'urgence néonatale et aider à mieux la gérer lorsqu'elle survient. Les communautés disposent de savoirs et de savoir-faire qui déterminent les pratiques quotidiennes en matière de gestion de la grossesse, de l'accouchement et du nouveau-né. La forte implication des communautés par l'approche « médiation sociale » a permis de faire le lien entre les savoirs et les pratiques à travers des séances de persuasion et de négociation.

L'analyse participative des perceptions, des représentations populaires et des pratiques conduit à l'identification des problèmes (nœuds de médiation), des dysfonctionnements (écart entre discours et pratiques par exemple) sur lesquels il faut agir pour l'amélioration de la situation et la promotion des bonnes pratiques. Dans ce cadre,

- les communautés ont été mises au centre de toutes les actions pour mieux les impliquer ;
- on tente l'identification des solutions locales aux problèmes. On a essayé d'apprendre d'elles, de ne pas apparaître comme un donneur de leçons ou un détenteur de savoirs

absolus ;

- l'accent est mis sur les aspects positifs de ce qui existe comme perceptions et pratiques ;
- on explore ensemble les aspects positifs à promouvoir ;
- on détermine ensemble les stratégies de promotion des bonnes pratiques ;
- on prend un engagement collectif pour la mise en œuvre des solutions ;
- on procède au choix des personnes proactives pouvant porter le changement.

Ces stratégies spécifiques au volet Appui à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale (ARMMN) sont soutenues par celles mises en œuvre par les autres volets programme Santé Bénin à savoir :

- la lutte contre les infections nosocomiales ;
- l'amélioration de la qualité des soins ;
- l'appui budgétaire direct aux Hôpitaux de Zone ;
- l'assistance à l'institutionnalisation et à la consolidation du travail en équipe ;
- la mise en place des mutuelles de santé ;
- des mesures incitatives pour que le personnel féminin soit disponible dans les zones défavorisées (primes négociées avec le Ministère de la santé suite au dialogue politique).

Dialogue Politique: le dialogue politique et stratégique avec le niveau central porte sur les problèmes et autres dysfonctionnements observés sur le terrain a été un élément transversal dans la mise en œuvre du volet.

Principaux résultats obtenus

Conditions de travail améliorées

- L'accès aux soins s'est amélioré sur le plan géographique par la construction et la réhabilitation de plus d'une trentaine de centres de santé ;
- le matériel médico-technique a été renforcé ;
- des logements construits et équipés ont permis de maintenir des responsables de formations sanitaires en poste notamment le personnel féminin.

Création de conditions-cadres

- Les procédures de prise en charge des SONU sont introduites et appliquées dans toute la zone d'intervention
- des sages femmes formées à l'approche SONU ont adhéré aux initiatives du volet ré
- réduction de la mortalité maternelle et infantile ;
- les informations relatives à la santé de la mère et de l'enfant sont disponibles ;
- le transfert de compétence est effectif : trois équipes de formateurs SONU ont été mises en place au niveau départemental et de zone et des directions techniques du ministère de la santé intègrent progressivement les acquis du programme dans leurs plans de travail

- les SONU/GATPA ont été introduits à l'Ecole Nationale des Infirmiers et Infirmières Adjoints du Bénin dans le cadre de la formation des formateurs ;
- l'audit clinique et communautaire des décès maternels a démarré dans les quatre hôpitaux du Borgou.

Systeme Référence et contre référence (RCR) renforcé

- Le réseau aérien de communication fonctionne dans les départements du Borgou (les zones sanitaires appuyées) et de l'Alibori et facilite les évacuations sanitaires. Le réseau actuel est entièrement GSM dans le Borgou ;
- les évacuations intra-zone sont gratuites dans le pays ;
- la prise veineuse est systématique chez toutes les parturientes évacuées ;
- des ambulances sont disponibles par commune mais le problème de maintenance se pose.

Evolution des indicateurs de performance du programme

- Le Taux de Mortalité Néo-natale Précoce (TMNP) intra-hospitalière est passé de 7,8 en 2010 à 5,5 pour 1'000 naissances vivantes en 2011.
- Le Ratio de mortalité maternelle intra hospitalière qui était de 161 pour 100'000 naissances vivantes (NV) en 2010 est passé à 184,7 pour 100'000 NV en 2011 (Annuaire des Statistiques sanitaires DPP/MS/ 2011)
- Le nombre de villages de mise en œuvre des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) communautaires est passé de 62 villages en 2010 à 108 villages en 2011 puis 128 villages (100%) en 2012. (Il s'agit de la zone sanitaire de Nikki-Kalalé-Pèrèrè dans le Borgou)
- Le leadership féminin est effectif dans les cellules villageoises de lutte contre la mortalité maternelle (les femmes décident d'elles mêmes le recours systématique aux centres de santé) ; 95 cellules de lutte contre les décès maternels sont dirigées par les femmes et 33 par les hommes soit 74% contre 26%. (C'est une preuve de la responsabilisation des femmes dans la gestion de leur état de santé surtout celle de la grossesse)
- Le coût moyen des accouchements est passé de 16'916 F CFA (34 CHF) en 2010 à 7'274 (15 CHF) en 2011 suite au processus de contractualisation avec les formations sanitaires soit une baisse de 57%. Mais il a connu une hausse en 2012 ; il est de 8'315 F CFA (17 CHF) compte tenu de la proportion élevée des cas d'accouchements dystociques.
- Le nombre de villages adhérents au produit Maternité Sans Risque passe de 7 en 2010 à 9 en 2011 avec un effectif de 840 bénéficiaires contre 742 en 2010 ; soit un accroissement de 29%.

Dialogue Politique:

il a permis :

- la gratuité des évacuations sanitaires des femmes enceintes dans les zones sanitaires appuyées par la DDC ;
- la mise à disposition du personnel féminin dans les formations sanitaires du Borgou

Difficultés, bonnes pratiques et leçons apprises

Les difficultés peuvent se résumer en trois points essentiels.

- L'instabilité du personnel rend difficile la pérennisation et la sauvegarde des acquis du volet.
- Le manque de cohésion, l'absence réelle de leadership, le faible empowerment et même les dysfonctionnements au sein des Equipes d'Encadrement de Zones Sanitaires (EEZS) ont constitué un handicap à la mise en œuvre du volet
- l'absence fréquente des médecins-coordonnateurs de zones sanitaires ne facilitent la mobilisation du personnel de santé.

Les bonnes pratiques du volet Appui à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale retenues, documentées et en cours de transfert aux équipes-cadres des Zone Sanitaires, de la Direction départementale de la santé du Borgou-Alibori et au ministère de la santé sont les suivantes :

- le suivi personnalisé des prestataires de Soins obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU/GATPA) ;
- l'audit systématique des décès maternels et néonataux et la mise en œuvre diligente et efficace des recommandations des audits ;
- la gestion concertée des références et contre-références des parturientes et gestantes ainsi que des nouveau-nés et enfants en détresse ;
- la gestion informatisée des bases de données statistiques des maternités périphériques et services de gynécologie du Centre Hospitalier Départemental du Borgou-Alibori ;
- le partage semestriel des expériences acquises entre toutes les zones sanitaires et la Direction Départementale de la Santé du Borgou-Alibori ;
- la recherche-action et la recherche opérationnelle au niveau de toutes les maternités en vue de la résolution immédiate des problèmes identifiés.

Les principales leçons apprises sont les suivantes :

- les communautés sont plus conscientes qu'on ne le croit de leurs problèmes de santé. Elles sont capables de les analyser et d'identifier les causes profondes si on les encadre bien ;
- les villages regorgent de leaders communautaires bien connus des populations, leurs talents n'attendent que de s'exprimer s'ils reçoivent un encadrement adéquat ;
- chaque village est un spécimen ; pour cela, il n'y a pas de superpositions en termes de démarche d'intervention au sein des communautés ;
- l'absence de communication entre prestataires et usagers est une source importante de non fréquentation des formations sanitaires.

Défis qui restent à relever pour répondre aux besoins

Le principal défi est d'être au rendez-vous des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD de santé) en 2015. En effet, la situation de la santé maternelle, néonatale et infantile révèle qu'avec toutes les interventions réalisées, on note sur le plan national une baisse annuelle de 4% du taux de mortalité infantile dont la cible fixée pour l'atteinte des OMD est de 65 pour 1000 naissances vivantes. Quant à la santé maternelle, la mortalité maternelle connaît une baisse annuelle de deux (2) points. La cible à atteindre en 2015 est de 125 pour 100 000 naissances vivantes. Pour accélérer les progrès vers l'atteinte des OMD 4 et 5, il est urgent de changer de paradigmes en renforçant et en réorientant les actions en prenant en compte les barrières socio-culturelles pour l'amélioration des indicateurs.

Pour ce faire, il est indispensable d'ici 2015 et au-delà de relever les défis suivants :

- **Assurer la pérennité des acquis de 10 ans d'intervention en matière de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale** : le Bureau de la Coopération suisse au Bénin et ses partenaires sur le programme ont capitalisé et transféré des acquis aux structures nationales mais la poursuite des actions sera déterminée par l'engagement des fonctionnaires de l'Etat et les disponibilités financières au niveau du secteur de la santé.
- **L'implication et la responsabilisation des populations à la base** et leur disponibilité à changer de comportements, de pratiques : comment réussir le changement de comportement au niveau des communautés par rapport à la pression des habitudes culturelles ?
- **La responsabilisation** des communes dans leurs compétences en matière d'autorité politique en charge de la santé au niveau de leurs communes respectives.

Conclusion

Le programme santé Bénin notamment le volet « Appui à la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale (ARMMN) » a pendant 10 ans, connu une évolution constante dans sa conception, en vue de s'adapter aux circonstances et contribuer à rapprocher le Bénin des OMD-santé 2015. En effet, les formes d'intervention les plus appropriées ont été établies ainsi que les mécanismes pour en suivre la performance et assurer l'atteinte des objectifs. Le principal défi est et demeure le maintien des performances atteintes et des acquis en vue d'assurer l'atteinte des OMD-Santé (4 et 5) en fin 2015 et au-delà.

**Agnès Adjou-Moumouni, sociologue-anthropologue. Depuis le 1^{er} janvier 2004, elle est chargée de programme santé au Bureau de la Coopération suisse à Cotonou. 1994 à 1997, elle a travaillé dans le secteur de l'eau en tant que Spécialiste en développement communautaire dans le Programme d'Assistance au Développement du Secteur de l'Alimentation en Eau Potable et de l'Assainissement en Milieu Rural (PADEAR) à la Direction de l'Hydraulique, Cotonou- Bénin. 1997 à 2003 : responsable de la mobilisation sociale et de l'aspect genre dans les projets d'Hydraulique Villageoise et d'assainissement pilotés par la Direction de l'Hydraulique, Cotonou – Bénin. De 2003 à 2003, elle a travaillé en tant que consultante au bureau de la Coopération suisse, à Cotonou (bénin) sur les programmes santé financés par la DDC. Contact : agnes.adjou-moumouni@sdc.net*

Bibliographie

- Bureau d'études et de soutien aux nouvelles technologies en santé et développement (BEST-SD), Capitalisation des acquis du programme « Appui Suisse à la Santé (ASSan) : les SONU communautaires : un mécanisme efficace de réduction du retard dans la prise de décision des femmes enceintes à recourir au centre de santé à temps pour la consultation et l'accouchement, novembre 2011
- Bureau d'études et de soutien aux nouvelles technologies en santé et développement (BEST-SD), Suivi personnalisé des prestataires de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence, une stratégie pour réduire la Mortalité Maternelle, (cas de la Zone sanitaire de Nikki : 2007- 2010), novembre 2011.
- Bureau d'études et de soutien aux nouvelles technologies en santé et développement (BEST-SD), Expérience du programme Socio-Sanitaire et du Programme Appui Suisse à la Santé en matière d'amélioration de la santé maternelle, 2002-2012, Août 2012
- Bureau de la Coopération suisse au Bénin, rapport annuels, 2009 à 2012
- Ministère e la Santé, Direction de la Programmation et de la Prospective, Annuaire des Statistiques sanitaires 2011
- Ministère de la Santé, UNICEF, Cartographie des interventions et intervenants en Santé Maternelle Néonatale et Infantile (SMNI), y compris la communication pour le développement au Bénin, rapport final, janvier 2011.



Kontakt

Deutschschweiz

Medicus Mundi Schweiz
Murbacherstrasse 34

Suisse romande

Medicus Mundi Suisse
Rue de Varembe 1

Bankverbindung

Basler Kantonalbank, Aeschen, 4002 Basel
Medicus Mundi Schweiz, 4056 Basel

CH-4056 Basel
Tel. +41 61 383 18 10
info@medicusmundi.ch

CH-1202 Genève
Tél. +41 22 920 08 08
contact@medicusmundi.ch

IBAN: CH40 0077 0016 0516 9903 5
BIC: BKBBCHBBXXX