



RAPPORT DES RESULTATS 2013

PROJET D'APPUI AU RENFORCEMENT DES ZONES ET DEPARTEMENTS SANITAIRES (PARZS)

BEN0902111



JANVIER 2014

ACRONYMES.....	4
1 APERÇU DE L'INTERVENTION.....	7
1.1 FICHE D'INTERVENTION	7
1.2 EXECUTION BUDGETAIRE.....	8
1.2.1 Contribution belge.....	8
1.2.2 Contribution nationale	8
1.3 AUTOEVALUATION DE LA PERFORMANCE.....	9
1.3.1 Pertinence.....	9
1.3.2 Efficacité.....	9
1.3.3 Efficience	9
1.3.4 Durabilité potentielle	9
1.4 CONCLUSIONS	10
2 MONITORING DES RESULTATS	11
2.1 ÉVOLUTION DU CONTEXTE	11
2.1.1 Contexte général	11
2.1.2 Contexte institutionnel.....	11
2.1.3 Contexte de gestion : modalités d'exécution	12
2.1.4 Contexte HARMO.....	12
2.2 PERFORMANCE DE L'OUTCOME	13
2.2.1 Progrès des indicateurs.....	13
2.2.2 Analyse des progrès réalisés	14
2.2.3 Impact potentiel.....	15
2.3 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 1	16
2.3.1 Progrès des indicateurs.....	16
2.3.2 État d'avancement des principales activités.....	19
2.3.3 Analyse des progrès réalisés	19
2.4 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 2.....	21
2.4.1 Progrès des indicateurs.....	21
2.4.2 État d'avancement des principales activités.....	22
2.4.3 Analyse des progrès réalisés	23
2.5 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 3.....	24
2.5.1 Progrès des indicateurs.....	24
2.5.2 Etat d'avancement des principales activités.....	25
2.5.3 Analyse des progrès réalisés	26
2.6 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 4.....	29
2.6.1 Progrès des indicateurs.....	29
2.6.2 État d'avancement des principales activités.....	30
2.6.3 Analyse des progrès réalisés	30
THEMES TRANSVERSAUX	32
2.6.4 Genre	32
2.6.5 Environnement.....	32
2.6.6 Droit des enfants	32
2.6.7 VIH/Sida	32
2.7 GESTION DES RISQUES	33

3	PILOTAGE ET APPRENTISSAGE	43
3.1	REORIENTATIONS STRATEGIQUES	43
3.2	RECOMMANDATIONS.....	44
3.3	ENSEIGNEMENTS TIRES.....	44
4	ANNEXES.....	46
4.1	CRITERES DE QUALITE.....	46
4.2	DECISIONS PRISES PAR LE COMITE DE PILOTAGE ET SUIVI.....	49
4.3	CADRE LOGIQUE MIS A JOUR	52
4.4	APERÇU DES MORE RESULTS	52
4.5	RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) »	53
4.5.1	<i>Exécution budgétaire : structure administrative du budget</i>	53
4.5.2	<i>Exécution budgétaire : budget cadre logique de l'intervention</i>	57
4.5.3	<i>Exécution budgétaire : contribution nationale</i>	60
4.6	RESSOURCES EN TERMES DE COMMUNICATION	62
4.7	ETAT D'AVANCEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS DE L'EVALUATION A MI-PARCOURS DU PARZS	63
4.8	MARQUEURS DE PROGRES (PALI).....	65
4.8.1	<i>DDS AD</i>	65
4.8.2	<i>EEZS AD</i>	67
4.8.3	<i>CHD AD</i>	69
4.8.4	<i>HZ AD</i>	70
4.8.5	<i>DDS MC</i>	72
4.8.6	<i>EEZS MC</i>	74
4.8.7	<i>CHD MC</i>	76
4.8.8	<i>HZ MC</i>	78
4.8.9	<i>Organes de cogestion</i>	80
4.8.10	<i>Mairies</i>	81
4.8.11	<i>Relais communautaires</i>	83
4.8.12	<i>Mutuelles de santé</i>	85

Acronymes

ABMS	Association Béninoise pour le Marketing Social
ACAD	Association des Communes de l'Atacora et de la Donga
AD	Atacora-Donga
ADBS	Association des Donneurs Bénévoles de Sang
ADD	Aplahoué-Djakotomey-Dogbo
AFBP	Approche de Financement Basé sur les Performances
AG	Administrateur Gestionnaire
AGR	Activités Génératrices de Revenus
AGC	Assemblée Générale Constitutive
AQ	Assurance qualité
AIMS	Appui Institutionnel au Ministère de la Santé
ANAM	Agence Nationale d'Assurance Maladie
ATI	Assistant Technique International
ATN	Assistant Technique National
ATR-C	Assistant Technique Régional – Chirurgie
ATR-GP	Assistant Technique Régional – Gestion de Projet
BLA	Bassila
BM	Banque Mondiale
BO	Bloc Opératoire
C	Couffo
CAC	Chargé d'Appui Conseil
CAD	Conférence Administrative Départementale
CDEEP	Comité Départemental d'exécution et de d'Evaluation des projets/Programmes
CDRS	Comité Départementale de la Recherche en Santé
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CMO	Convention de Mise en Œuvre
CODIR	Conseil de Direction
COGECS	Comité de Gestion des Centres de Santé
COGEHZ	Comité de Gestion de l'Hôpital de Zone
CONSAMAS	Concertation Nationale des Structures d'Appui aux Mutuelles et Assurances de Santé
COSA	Comité de Santé
CPN4	Consultation Pré-Natale Numéro Quatre
CRAMS	Chargé de Recherche et d'Appui à la Mobilisation Sociale
CS	Centre de Santé
CTB	Coopération Technique Belge (Agence belge de développement)
DBM	Déchets biomédicaux
DDS	Direction Départementale de la Santé
DGB	Direction Générale du Budget
DGD	Direction Générale du Développement
DHZ	Directeur de l'Hôpital de Zone
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DCO	Djougou-Copargo-Ouaké
DPP	Direction de la Prospective et de la Planification
DTF	Document Technique et Financier
EEZS	Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire
EMP	Evaluation à Mi-Parcours
FS	Formations Sanitaires
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FSI	Fonds Sanitaire des Indigents
FSS	Faculté des Sciences de la Santé
GdT	Groupe de Travail

GF	Groupement Féminin
GROPERE	Groupement pour la Promotion et l'Exploitation des Ressources de l'Environnement
GSM	Groupe de Suivi Mutuel
GTT	Groupes Thématiques de Travail
HZ	Hôpital de Zone
IB	Infirmier breveté
IDE	Infirmier diplômé d'état
IRSP	Institut Régional de Santé Publique
JIF	Journée Internationale de la Femme
KIT	Koninklijk Instituut voor de Tropen (Institut Royal des Tropiques d'Amsterdam)
KTL	Klouékanmé-Toviklin-Lalo
LQAS	Lot Quality Assurance Sampling
LASDEL	Laboratoire d'Etudes et de Recherche sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local
M	Mono
MC	Mono-Couffo
MCZS	Médecin Coordonnateur de Zone Sanitaire
ME	Monitoring et Evaluation
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MEO	Mise en Œuvre
MO	Maître d'Ouvrage
MP	Marché Public
MS	Ministère de la Santé
NA	Non Applicable
NC	Niveau Central
ND	Non Disponible
NI	Niveau Intermédiaire
NP	Niveau Périphérique
O/D	Offre/Demande
OBC	Organisations à Base Communautaire
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
OSC	Organisation de la Société Civile
PADS	Projet d'Appui au Développement du Système de santé
PAISSAN	Programme d'Appui Institutionnel au Secteur Santé
PALI	Partenaire Limitrophe
PAPDC	Projet d'Appui à la mise en œuvre des Plans de Développement Communaux
PARZS	Projet d'Appui au Renforcement des Zones et Départements Sanitaires
PASS	Programme d'Appui au Secteur Santé
PASTAM	Programme d'Amélioration de la Sécurité Transfusionnelle
PCA	Paquet Complet d'Activités
PEC	Prise En Charge
PEV	Programme élargi de vaccination
PF	Planification familiale
PF-RADC	Point Focal Recherche Action Documentation et Capitalisation
PIC	Programme Indicatif de Coopération
PIHI	Paquet d'Intervention à Haut Impact
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PRSS	Programme de Renforcement du Système de Santé
PSC	Plateforme Société Civile
PSE	Plan de Suivi-Evaluation
PSI	Programme Santé International
PSL	Produits Sanguins Labiles

PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PV	Procès-Verbal
RAMU	Régime d'Assurance Maladie Universelle
RC	Relais Communautaire
RCR	Référence et Contre-Référence
RH	Ressources Humaines
RR	Représentant Résident
SCRCP	Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
SGM	Secrétariat Général du Ministère
SFE	Sage-Femme diplômée d'Etat
SMCL	Structure Mixte de Concertation Locale
SONU-B	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONU-C	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SYLOS	Système Local de Santé
UGV	Unité de Gestion du Volet
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA	Fonds des Nations Unies d'Aide aux Populations
UP	Université de Parakou
UVS	Unité Villageoise de Santé
ZS	Zone Sanitaire

1 Aperçu de l'intervention

1.1 Fiche d'intervention

Intitulé de l'intervention	Projet d'Appui au Renforcement des Zones et Départements Sanitaires
Code de l'intervention	BEN 09 021 11
Localisation	Départements du Mono-Couffo et de l'Atacora-Donga
Budget total	9 380 185 100 F CFA ou 14 300 000 EUR
Institution partenaire	Ministère de la Santé
Date de début de la Convention spécifique	16/09/2010
Date de démarrage de l'intervention/ Comité de pilotage d'ouverture	01/10/2010
Date prévue de fin d'exécution	30/09/2014
Date de fin de la Convention spécifique	15/09/2015
Groupes cibles	- Les populations des zones sanitaires de Comé, ADD, KTL, DCO et Bassila avec une attention particulière aux groupes vulnérables : les femmes, les enfants de 0 à 5 ans, les personnes âgées et les indigents - Les 5 Equipes d'Encadrement des Zones Sanitaires (EEZS) et les 2 directions départementales de la santé (DDS) concernées ainsi que les organes de cogestion - Les services de santé dans les 5 zones sanitaires et les 2 centres hospitaliers départementaux de santé de Lokossa et de Natitingou - Les prestataires privés de ces zones sanitaires - Les ONG, les mutuelles de santé et autres organisations de la société civile œuvrant dans ces zones - Les Mairies et les autres services des communes de ces zones
Impact¹	L'état de santé de la population est amélioré dans les zones d'intervention du projet
Outcome	L'accessibilité des populations des zones sélectionnées, en particulier des groupes les plus vulnérables, à des soins de santé de qualité est améliorée
Outputs	1. L'offre des soins de santé de qualité dans les zones sanitaires de Comé, KTL, ADD, Bassila et DCO a été renforcée
	2. La gestion et la gouvernance des 5 zones sanitaires et 2 directions départementales de la santé appuyées ont été renforcées
	3. La contribution de la population à la structuration de la demande des soins de santé de qualité est mieux organisée
	4. Les liens de collaboration sont renforcés entre tous les acteurs concernés par la santé dans les zones sanitaires et directions départementales de la santé sélectionnées
Année couverte par le rapport	2013

Zones sanitaires appuyées par le PARZS

ZS Djougou-Copargo-Ouaké (DCO)
ZS Bassila (Bla)

ZS Aplahoué-Djakotomé-Dogbo (ADD)
ZS Klouékanmé-Toviklin-Lalo (KTL)
ZS Comé-Bopa-Houéyogbé-Grand Popo (Comé)

¹ L'impact se réfère à l'objectif général ; l'outcome se réfère à l'objectif spécifique ; l'output se réfère au résultat escompté

1.2 Exécution budgétaire

1.2.1 Contribution belge

Montants en euro

	Budget	Dépenses		Solde	Taux de déboursement à la fin de l'année 2013
		Année 2010-2012	Année 2013		
Total	14 300 000	6 957 900	4 206 422	3 135 678	78%
Output 1	1 817 011	963 115	191 917	661 979	64%
Output 2	1 090 207	559 474	138 629	392 104	64%
Output 3	646 048	364 309	336 024	-54 285	108%
Output 4	484 536	34 391	333 494	116 651	76%
Investissements	4 757 083	2 409 683	1 605 396	742 004	84%
Moyens généraux	5 505 115	2 626 928	1 600 962	1 277 225	77%

Montants en CFA

	Budget	Dépenses		Solde	Taux de déboursement à la fin de l'année 2013
		Année 2010-2012	Année 2013		
Total	9 380 185 100	4 564 083 210	2 759 231 956	2 056 869 934	78%
Output 1	1 191 881 085	631 762 026	125 889 300	434 229 759	64%
Output 2	715 128 913	366 990 887	90 934 663	257 203 364	64%
Output 3	423 779 708	238 971 039	220 417 295	- 35 608 626	108%
Output 4	317 834 781	22 559 017	218 757 724	76 518 040	76%
Investissements	3 120 441 893	1 580 648 432	1 053 070 744	486 722 718	84%
Moyens généraux	3 611 118 720	1 723 151 810	1 050 162 231	837 804 679	77%

1.2.2 Contribution nationale

Libellés	Budget CFA	Total exécution au 31/12/2013	Solde	% Exécution
Total de la contribution Béninoise	609 025 244	107 927 736	501 097 508	18%
Mise à disposition de locaux AT	62 971 872	62 969 736	2 136	100%
Salaires bruts cadres-clés impliqués directement (ZS et DDS)	188 915 616	-	188 915 616	0%
Participation des cadres nationaux aux diverses missions (y compris les SMCL)	106 614 659	44 958 000	61 656 659	42%
Prise en charge médicale des indigents	250 523 097	-	250 523 097	0%

Note : Il faut noter qu'en plus de ces rubriques couvertes par la contribution nationale, le projet a bénéficié d'une exonération de droits de douane et de TVA estimés à 117 807 195 FCFA.

1.3 Autoévaluation de la performance

1.3.1 Pertinence

	Performance
Pertinence	A

Les besoins par rapport aux groupes cibles sont toujours pertinents et l'intervention reste ancrée dans les politiques nationales. La logique d'intervention est claire, les résultats à atteindre et les indicateurs restent pertinents.

1.3.2 Efficacité

	Performance
Efficacité	C

Le faible score de l'efficacité se justifie par un contexte changeant non propice à une atteinte de l'outcome, en particulier pour l'accessibilité aux soins pour les plus vulnérables d'ici la fin de l'intervention. La prise en charge des plus vulnérables par le régime d'assurance maladie universelle (RAMU) n'est plus assurée. Ce n'est donc pas lié au management (voir annexe 4.1 point 3.1) mais plus à des orientations politiques. Des propositions d'action ont été formulées au cours de la SMCL, cf. propositions aux difficultés rencontrées (page 29 du document).

1.3.3 Efficience

	Performance
Efficience	B

Les résultats enregistrés sont nombreux et ont été atteints avec peu de moyens, dont la plupart ont été affectés aux activités.

1.3.4 Durabilité potentielle

	Performance
Durabilité potentielle	C

Les stratégies (« faire faire », « changement de comportement ») mises en œuvre par le projet s'inscrivent dans la continuité et nécessitent donc un appui soutenu aux bénéficiaires. Ainsi, la durabilité ne pourra être assurée à la fin de ce projet mais le sera à moyen terme. Une opportunité s'offre ainsi à ce caractère de durabilité avec l'intégration de ces aspects de changements de comportements dans les résultats à atteindre par le nouveau programme PASS SOUROU qui démarre en octobre 2014, ceci offre une période supplémentaire de 5 ans.

1.4 Conclusions

- Le projet a atteint de nombreux résultats et avance bien, il reste pertinent ;
- Les orientations prises par le Ministère de la Santé (MS) en matière d'assurance maladie universelle fragilisent la durabilité des résultats obtenus jusqu'à présent et leur contribution à l'amélioration de l'accessibilité aux soins pour les plus vulnérables. Des propositions d'action ont été faites lors de la SMCL, cf. page 29 du document.
- Le financement basé sur les résultats (FBR) a amorcé sa phase de démarrage. Il représente un très bon outil de gestion, permet d'améliorer la qualité des soins/services et d'asseoir un dialogue équilibré entre l'offre et la demande.

Fonctionnaire exécution nationale	Fonctionnaire exécution CTB
Dr NAMBONI K. Jacob	Dr EKAMBI NDEMA Armand
Dr DODOO Virgile 	Dr KASHALA ILUNGA Jean-Pierre 

2 Monitoring des résultats

2.1 Évolution du contexte

2.1.1 Contexte général

Influences positives
Signature du nouveau programme indicatif de coopération (PIC) 2013-2017 le 1 mars 2014, avec le secteur santé qui demeure l'un des deux secteurs prioritaires de la coopération bénino-belge, et la formulation du nouveau programme avec implication des acteurs des 3 niveaux de la pyramide sanitaire (central, intermédiaire et périphérique)
Organisation du forum national sur la santé communautaire
Stabilité du personnel au niveau intermédiaire et périphérique et moins de perturbations sociales en raison notamment du bon fonctionnement du cadre de concertation MS-partenaires sociaux. Cette situation a facilité la continuité de l'exécution de l'intervention

Point d'attention : les grèves dans le secteur de la santé depuis Janvier 2014 n'ont eu aucune influence sur les hôpitaux mais nécessitent un suivi au niveau des centres de santé

2.1.2 Contexte institutionnel

Influences positives	Influences négatives
Lancement officiel du RAMU qui indique une volonté politique d'une démarche vers la couverture universelle en santé	L'engagement politique toutefois n'est pas encore manifeste : l'opérationnalisation du RAMU non effective et peu cohérente avec les réalités du terrain. En particulier le manque de clarification par rapport à la place des mutuelles de santé dans le dispositif et la couverture des soins au bénéfice des indigents restent une préoccupation majeure
Prolongation du projet AIMS pour qu'il s'achève au même moment que le PARZS et fait le lien avec le nouveau programme santé	Planification ascendante n'est pas encore une réalité au sein de la pyramide sanitaire, ce qui entretient un taux élevé d'interférences et un manque de coordination entre les différents niveaux du secteur
Ancrage renforcé du projet dans les structures du MS et collaboration accrue entre les services déconcentrés du MS et le PARZS	Malgré l'appréciation par les bénéficiaires (populations et acteurs de terrain), l'appui technique en chirurgie ne sera pas reconduit dans le nouveau programme
Le MS joue son rôle de régulation en suscitant l'harmonisation des approches FBR (CTB et Banque Mondiale (BM)) vers l'émergence d'un modèle béninois	Difficulté dans la stratégie de facilitation ; le projet doit souvent se mettre en première ligne pour exécuter les activités communautaires, en réponse à la recommandation 13 de l'Evaluation à Mi-Parcours (EMP) d'avril 2013 ; cf. pages 64-66 du document
Contribution appréciable du PARZS à la préparation et au déroulement du forum national sur la santé communautaire	Difficulté à mobiliser les fonds de la contrepartie béninoise
Bonne représentativité des acteurs de la demande dans les comités de pilotage du FBR (mairies, organes de cogestion, médecin conseil)	Absence de masse critique autour des responsables (DDS/EEZS)
Emergence de réseaux communaux des activités communautaires	Mono-Couffo (MC) : réduction du personnel qualifié en périphérie due à la mutation sans remplacement du personnel de même niveau
Bonne collaboration avec les élus locaux à la base dans les activités communautaires (organes de cogestion des centres de santé (COGECS), actes de naissances, réseautage des acteurs)	Régression de 3,4% des ressources allouées sur Budget National (crédits délégués) pour l'exécution du PTA 2013 de la DDS Mono-Couffo

Influences positives	Influences négatives
	Malgré l'organisation des tests de recrutement des agents de l'Etat en vue du renforcement des ressources humaines en santé, le dispositif n'est pas arrivé à terme en 2013 et le déficit n'est comblé que par des initiatives locales ; ainsi, le recrutement du MS n'est pas encore effectif

2.1.3 Contexte de gestion : modalités d'exécution

Influences positives	Influences négatives
FBR est devenu le principal mode de gestion dans les ZS avec une plus forte implication des DDS et d'autres acteurs du système local de santé (SYLOS)	Transition d'une modalité de Termes de Référence (TDR) vers l'approche FBR pour le financement des activités a été difficilement accepté par les agents de santé d'où une consommation du budget dévolu inférieure à 50%
Les recommandations de l'évaluation mi-parcours (EMP) du PARZS ont permis de recentrer l'intervention sur les priorités définies par les équipes (unité de gestion du volet (UGV) + DDS/ZS)	Modalités de prise en charge de la CTB peu adaptées pour les activités communautaires
Meilleure communication au sein des différentes équipes du PARZS, tant au sein d'un département qu'entre les 02 sous-territoires, ce qui améliore l'exécution des stratégies opérationnelles (FBR, échange d'expériences, visites d'échanges entre ZS)	Non acceptabilité du personnel de santé des modalités de prise en charge lors des activités communautaires, d'où la suspension de certaines formations dans le cadre de l'appui aux relais communautaires (RC)
Contractualisation des 4 organisations non gouvernementales (ONG) pour l'accompagnement des acteurs communautaires	Pour l'Atacora-Donga (AD) : départ de l'Assistant Technique International -volet demande et du Point-Focal Recherche-Action-Documentation et Capitalisation, licenciement de l'Administrateur-Gestionnaire
Audit comptable et financier du PARZS effectué et suivi des recommandations en cours	
Disponibilité régulière des ressources financières pour les activités du projet	
Pour le Mono-Couffo (MC) : reprise de l'organisation des réunions techniques mensuelles au niveau du projet	
Elaboration des plans de travail annuel (PTA) 2013 plus réalistes et plus cohérents avec les stratégies du MS et avec les priorités définies par la DDS	

2.1.4 Contexte HARMO

Influences positives	Influences négatives
Répartition consensuelle des zones d'intervention pour l'identification active des indigents et la mise en place des mutuelles de santé entre les PTF présents dans la zone	AD : réticence des mutuelles du PADS à l'appui du PARZS, ce qui retarde l'exécution de la consolidation des mutuelles existantes et la mise en place de la faïtière
Formation et certification des acteurs du PARZS et des DDS sur la réparation des fistules vésico-vaginale sur base d'une initiative UNFPA	Réclamation de relever le prix d'achat des outputs quand les agents comparent les coûts unitaires des activités FBR BM plus élevé que ceux du FBR CTB
Le FBR mis en place dans les 5 ZS appuyées par la CTB a bénéficié de pré requis (réhabilitation des infrastructures, équipements médico techniques, formations...)	AD : la Table Ronde des partenaires au développement dans l'Atacora-Donga n'a pas siégé au cours de l'année 2013, ce qui a ralenti les efforts d'harmonisation entre les secteurs (santé et agriculture) : le microprojet (MIP) proposé par PARZS pour un COGECS très actif n'a pas été retenu par le CARDER et FAFA AD

Influences positives	Influences négatives
Efforts d'harmonisation entre les 02 approches FBR entre la CTB et la BM avec l'émergence d'une synergie opérationnelle	La construction des incinérateurs au sein des formations sanitaires dans l'AD ne suit pas une cartographie harmonisée et conjointe entre PARZS, GIZ, PPEA, les mairies et la DDS
Renforcement de la synergie opérationnelle des PTF dans le cadre de l'harmonisation des activités au niveau communautaire	
Elaboration d'une stratégie de communication entre le PARZS et PSI à travers la ligne verte dans le cadre de la gestion des conflits entre l'offre et la demande	
A l'initiative du PARZS, harmonisation des outils de gestion des mutuelles de santé au niveau national	
Le PARZS est le chef de fil départemental du groupe technique santé des PTF dans l'AD	

2.2 Performance de l'outcome

Remarque préliminaire : les indicateurs de 2013 représentent les résultats de 3 trimestres ; les valeurs globales de 2013 seront disponibles fin février 2014 après la validation par la DPP ; mais * = chiffre global pour 2013



Outcome : L'accessibilité des populations des zones sélectionnées, en particulier des groupes les plus vulnérables, à des soins de santé de qualité est améliorée

2.2.1 Progrès des indicateurs

Indicateurs	Valeur de la Baseline (2011)	Valeur année 2012	Valeur année 2013	Cible année 2013	Cible finale 2014
Taux de fréquentation des soins de santé (c'est plutôt le taux d'utilisation des soins qui est calculé)	MC : 24,9% --- AD : 36% DCO : 39,2% Bla : ND	MC : 32,6% ADD : 29,2% KTL : 22,4% CBGH: 44,4% --- AD : 46,1% DCO : 45,4% Bla : 63,4%	MC : 33,4% ADD : 28,8% KTL : 23,7% CBGH : 46,7% LA : 37,7% --- AD : 45% DCO : 48% Bla : 78%	70%	75%
Proportion d'enfants de moins de 12 mois complètement vaccinés	MC : 63% --- AD : ND DCO : 92% Bla : ND	MC : 102,9% --- AD : 94,9% DCO : 96% Bla : 94%	MC : 101% ADD : 106% KTL : 92% CBGH : 104% LA : 104% --- AD : ND DCO : 96,52%* Bla : 100,49%*	100%	100%

ZS Aplahoué-Djakotomé-Dogbo (ADD)
 ZS Klouékanmé-Toviklin-Lalo (KTL)
 ZS Comé-Bopa-Houéyogbé-Grand Popo (Comé)
 ZS Lokossa-Athiémié (LA)

ZS Djougou-Copargo-Ouaké (DCO)
 ZS Bassila (Bla)

2.2.2 Analyse des progrès réalisés

Output 1 : l'offre de soins de santé de qualité dans les ZS de Comé, KTL, ADD, Bassila et DCO a été renforcée

L'amélioration du plateau technique (infrastructures, incinérateurs, équipement biomédicaux, renforcement des ressources humaines (RH) sur fonds du projet et sur fonds propres des ZS et communes, amélioration de la disponibilité en eau potable et de l'énergie électrique), l'amélioration de la qualité des soins (paquet d'intervention à haut impact (PIHI), système de référence et contre référence, l'utilisation de critères dits de qualité aux différents niveaux de soins) ainsi que l'approche FBR comme stratégie d'amélioration de la performance de l'offre des soins nous permettent de conclure que l'output 1 contribue à l'amélioration de l'outcome.

Output 2 : la gestion et la gouvernance des 5 ZS et 2 DDS appuyées ont été renforcées

L'approche FBR introduite fin 2012 est devenue le mode de gestion des ZS avec un appui conséquent de l'équipe de la DDS. La stratégie d'accompagnement de la DDS aux ZS est devenue une réalité qui a facilité les liens de gestion. Les équipes des ZS ont compris leur rôle de gestion des aires de santé et de l'appui qu'ils doivent apporter aux formations sanitaires (FS) pour concourir à des résultats performants dans le FBR. Au cours de la période, les EEZS et les équipes de la DDS ont pu mobiliser les ressources nationales malgré les difficultés liées à l'utilisation du logiciel national (logiGRH). Les audits financiers au niveau des structures de santé et la mise en œuvre des recommandations par la DDS et les ZS renforcent le suivi et la transparence de la gestion. La multiplication et la systématisation des contrôles de gestion par niveau (centres de santé (CS) effectués par l'EEZS, Bureau de Zone et Hôpitaux effectués par la DDS), l'application de sanctions, les résultats des enquêtes de satisfaction qui révèlent les cas de corruptions, de rançonnements, de vente illicite de médicaments, ...concourent à une amélioration de la gestion du secteur. Tous ces résultats ont concouru au renforcement de la gestion et de la gouvernance, tant dans les ZS qu'à la DDS et à l'amélioration de l'accessibilité aux soins pour les populations. La DDS joue maintenant pleinement son rôle au sein de la pyramide sanitaire.

Output 3 : la contribution de la population à la structuration de la demande des soins de santé de qualité est mieux organisée

Le renforcement de la fonctionnalité et de la performance des COGECS, le renforcement des mutuelles, le réseautage des relais communautaires (RC) et des groupements féminins (GF) et la participation des autres acteurs du Système Local de Santé (SYLOS) aux activités communautaires concourent à la structuration de la demande. Toutes ces activités contribuent à la mise en place d'une faîtière de la demande au 1^{er} trimestre 2014. Parmi les grandes actions de ces organes, nous pouvons citer les activités de promotion de la santé et la gestion des plaintes, ce qui renforce l'interface entre les prestataires et les demandeurs de soins. Le processus d'identification des indigents est achevé dans certaines zones. Leur enrôlement est en cours et leur prise en charge sera concrète quand le RAMU sera opérationnel.

Tous ces éléments devraient permettre une amélioration de l'accessibilité aux populations, en particulier des personnes vulnérables, aux soins de santé de qualité.

Output 4 : les liens de collaboration sont renforcés entre tous les acteurs concernés par la santé dans les ZS et DDS sélectionnées

Les activités menées par les différents acteurs du SYLOS permettent une meilleure collaboration. Les mairies ont été impliquées dans toutes les étapes de la réalisation des infrastructures et ont facilité la déclaration des naissances ; elles ont également participé aux comités de pilote du FBR et au forum national sur la santé communautaire. Les PTF et ONG de développement actives dans la santé ont collaboré en vue d'une harmonisation des activités des RC et une répartition des responsabilités au sein du groupe technique santé pour les domaines d'intervention. Le renforcement du lien public/privé a permis une harmonisation des activités de santé dans les ZS. Ainsi, l'émergence de ces cadres de concertation entre les différents acteurs du SYLOS permet une efficacité dans les interventions, ce qui concourt à l'accessibilité aux soins pour les populations.

Outcome

Les progrès enregistrés dans les différents outputs se confirment à travers l'amélioration des indicateurs de l'outcome en termes de taux de fréquentation et les couvertures vaccinales. En effet, les normes nationales de 2014 ont été atteintes pour la vaccination complète de l'enfant de moins de 12 mois ainsi que pour le taux de fréquentation dans la ZS de Bassila. Toutefois, les ZS de ADD et CBGH ont atteint seulement la cible nationale de la couverture vaccinale alors que les ZS DCO et KTL sont encore en-dessous des cibles nationales (pour les deux indicateurs). Les efforts doivent donc être soutenus pour combler cet écart et tendre vers une meilleure accessibilité aux soins de toute la population.

Dans la ZS DCO, la commune de Copargo et la partie rurale de la commune de Djougou sont des endroits enclavés qui tirent la ZS vers le bas pour les 2 indicateurs ; les efforts d'amélioration en cours sont de 5 ordres : a) amélioration de la couverture physique avec la mise en service en 2013 de 2 nouveaux centres de santé (CS) à Copargo et 2 autres dans Djougou rural, b) le renforcement de la stratégie avancée avec l'implication active des acteurs communautaires et l'apport technique des chefs de centre voisins, c) le suivi trimestriel des indicateurs de vaccination, d) dans le cadre du FBR, la responsabilité de coaching technique des CS satellites par les CS leader pour une performance globale des centres de santé de l'aire et non plus seulement le CS leader, e) une meilleure fonctionnalité et de la performance des organes de cogestion qui participent à l'amélioration des 2 indicateurs.

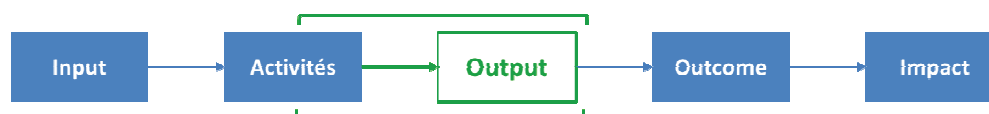
Dans les ZS du MC, la cible nationale du taux de fréquentation ne pourra pas être atteinte en 2014 malgré le dispositif mis en place pour l'améliorer. En effet, il est attendu une certaine amélioration grâce au FBR et aux autres initiatives développées dans le cadre du RAMU et de la prise en charge des indigents mais nous pensons qu'au cours du prochain programme, la cible pourra être atteinte si les obstacles à l'accessibilité sont levés.

De façon générale il existe encore des problèmes de fiabilité des données et de rationalisation des cibles fixées dans le plan de suivi-évaluation (PSE) du PARZS.

2.2.3 Impact potentiel

L'atteinte de l'outcome contribuera à celui de l'impact. Lorsque les soins sont de qualité et accessibles, le client reçoit une information / un traitement dès qu'apparaît un besoin en matière de santé. Dès lors, l'état de santé au sens large s'améliore.

2.3 Performance de l'output 1



Output 1 : L'offre de soins de santé de qualité dans les ZS de Comé, KTL, ADD, Bassila et DCO a été renforcée

2.3.1 Progrès des indicateurs

Indicateurs	Valeur de la Baseline (2011)	Valeur année 2012	Valeur année 2013	Cible année 2013	Cible finale 2014
Létalité du paludisme pour 1000 cas	MC : 0,1 --- AD : 1,6 DCO : 0,6 Bla : 1,9	MC : 2,38 ADD : 0,36 KTL : 2,15 CBGH : 5,48 --- AD : 1,5 DCO : 0,9 Bla : 0,7	MC : 1,49 ADD : 1,11 KTL : 1,17 CBGH : 2,95 LA : 0,4 --- AD : 1,6 DCO : 1,2 Bla : 0,8	ND	ND
Nombre de décès maternel intra hospitalier	MC : 35 --- AD : 57 DCO : 13 Bla : 6	MC : 24 KTL : 9 ADD : 9 CBGH : 6 LA (sans CHD): 0 --- AD : 53 DCO : 19 Bla : 6	MC : 41 KTL : 7 ADD : 12 CBGH : 9 LA (+ CHD): 13 --- AD : 32 DCO : 11 Bla : 5	ND	ND
Proportion de décès maternels audités par zone sanitaire	MC : ND --- AD : ND DCO : 13% Bla : 0%	MC : ND --- AD : 26,7% DCO : 10,5% Bla : 0%	KTL : 85% ADD : 100% CBGH : 100% CHD : 46% --- AD : 61% DCO : 38% Bla : 60%	80%	100%
Proportion de CS qui assurent les 7 fonctions SONU-B 24h sur 24 et 7 jours sur 7 par zone sanitaire	MC : ND C : 5% M : 2% --- AD : 3% DCO : 0% Bla : 0%	MC : 0% --- AD : 0% DCO : 0% Bla : 0%	MC : 0% --- AD : 0% DCO : 0% Bla : 0%	100%	100%
Proportion des HZ qui assurent les 9 fonctions SONU-C 24h/24h et 7j/7) dans les départements du MC et de l'AD	MC : ND --- AD : 2/6 DCO : 0/1 Bla : 0/1	MC : ND --- AD : 3/5 DCO : 1/1 Bla : 1/1	MC : 100% --- AD : 5/5 DCO : 1/1 Bla : 1/1	100%	100%
Proportion de zones sanitaires assurant de façon intégrée et continue les paquets d'interventions à haut impact	MC : 80% --- AD : ND DCO : 1/1 Bla : ND	MC : ND --- AD : 5/5 DCO : 1/1 Bla : 1/1	MC : 4/4 --- AD : 5/5 DCO : 1/1 Bla : 1/1	100%	100%

Indicateurs	Valeur de la Baseline (2011)	Valeur année 2012	Valeur année 2013	Cible année 2013	Cible finale 2014
Proportion de formations sanitaires couvertes en PTME (prévention de la transmission mère- enfant)	MC : 55% --- AD : ND DCO : 87% Bla : ND	KTL : 96% ADD : 95% CBGH : 40% CHD : 100% --- AD : 68% DCO : 87% (26/30) Bla : 43% (6/14)	KTL : 96% (25/26) ADD : 95% (23/24) CBGH : 50% (25/50) CHD : 100% --- AD : 83,5% (88/106) DCO : 94% (31/33) Bla : 86% (6/7)	100%	100%
Taux de couverture en CPN (consultations prénatales)	MC : ND --- AD : ND DCO : ND Bla : ND	MC : 90,7% --- AD : 93,2% DCO : 104,3% Bla : 116,7%	MC : 84,5% LA : 94,8% ADD : 82,1% KTL : 78,6% CBGH : 89,5% --- AD : 97% DCO : 105% Bla : 110%	96,5%	98%
Taux d'accouchements assistés par le personnel qualifié	MC : 78% --- AD : 63,9% DCO : 70,2% Bla : 78,8%	MC : 71,9% ADD : 64,7% KTL : 58,1% CBGH : 86,2% --- AD : 78,8% DCO : 87,2% Bla : 101,1%	MC : 70,7% ADD : 60,3% KTL : 57,8% CBGH : 83,5% LA : 104,0% --- AD : 68% DCO : 79% Bla : 80%	95%	97%
Taux d'accouchement par césarienne	MC : 4,9% --- AD : 4% DCO : 5,4% Bla : 5%	MC : 4,2% ADD : 2,3% KTL : 3,1% CBGH : 6,1% --- AD : 4,28% DCO : 5,35% Bla : 4,74%	MC : 6,2% ADD : 3,5% KTL : 3,3% CBGH : 5,5% LA : 15,6% --- AD : 4,7% DCO : 5% Bla : 6%	entre 5% et 15%	8%
Taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception	MC : 2,2% --- AD : 6,9 % DCO : 4,2% Bla : 7,3%	MC : 6,1% ADD : 4,6% KTL : 3,2% CBGH : 6% --- AD : 10,6% DCO : 8,8% Bla : 7%	MC : 6,6% ADD : 6,1% KTL : 6,3% CBGH : 6% LA : 10,1% --- AD : 11% DCO : 8% Bla : 12%	>13%	14%
Taux de satisfaction des demandes en produits sanguins de qualité dans les structures assurant la transfusion sanguine	MC : 88% --- AD : 96,05% DCO : 99,29% Bla : 99,67%	MC : 87,22% --- AD : 94,72% DCO : 94,8% Bla : 99,86%	MC : 82,77% KTL : 70,65% ADD : 70,00% CBGH : 93,68% --- AD : 95,81% DCO : 95,72% Bla : 99,79%	88%	88%
Taux d'occupation des lits hospitaliers dans les HZ et CHD	MC : 25,5%	MC : 40,2% CHD : 35% HZ ADD : 40,2% HZ KTL : 23,6% HZ CBGH : 58%	MC : 37,7% HZ Aplah : 20,3% HZ Comè : 45,5% HZ Klouék : 32,2% HZ Lokossa : 51,4%	ND	70%

Indicateurs	Valeur de la Baseline (2011)	Valeur année 2012	Valeur année 2013	Cible année 2013	Cible finale 2014
	--- AD : 66,04% DCO : 53,10% Bla : 62,07%	--- AD : 81,4% DCO : 84,4% Bla : 45,3%	--- AD : 131,2% DCO : 84% Bla : 284%		
Durée de séjour moyen dans les HZ et CHD	MC : 4 --- AD : 6 DCO : 3 Bla : 4	MC : 4 CHD : 7 HZ ADD : 5,2 HZ KTL : 3,5 HZ CBGH : 3,8 --- AD : 6 DCO : 4 Bla : 3	MC : 3,6 HZ LA : 2,9 HZ ADD : 4,4 HZ KTL : 3,7 HZ CBGH : 4 --- AD : 8 DCO : 4 Bla : 9	ND	4
Taux de satisfaction des utilisateurs de la qualité des soins	MC : 59% --- AD : ND DCO : ND Bla : ND	MC : ND --- AD : ND DCO : ND Bla : ND	MC : ND ADD : 67,4% CBGH : 65% KTL : 62,3% --- AD : ND DCO (CS) : 40% DCO (HZ) : 40% Bla : 44%	ND	ND

Marqueur de progrès lié à l'output 1 selon le DTF

Défi	Situation de départ	On s'attend à ce que	On souhaiterait que	On aimerait que
Les acteurs concernés au niveau de la ZS/DDDS comprennent le concept d'une ZS intégré (sans vides ou chevauchements dans l'offre des services et avec un flux optimal des patients et de l'information) et orienté vers l'utilisateur des services et organisent leurs activités suivant cette vision.		Une série de modules de formation par rapport au modèle de ZS, adapté au contexte béninois, est élaboré et utilisée pour former les différents acteurs	Les différents acteurs développent des stratégies opérationnelles pour mettre en œuvre le concept des ZS intégrée	Des centres d'excellence (en premier lieu au niveau des Centres de Santé, HZ) sont développés pour illustrer les principes du ZS et servir de lieu de stages ou peer-review
Situation inchangée (SI) de façon globale en 2013				

Le marqueur de progrès n'a pas connu une évolution positive notable pour plusieurs raisons. Si le concept d'une ZS intégrée est bien reconnu actuellement (EEZS intégrant les responsables de l'hôpital, redynamisation du système de R/CR pour la continuité des soins, régularité des supervisions médicales et paramédicales avec le FBR, monitoring semestriels réguliers, évaluation annuelle de la fonctionnalité et de la performance de la ZS en tant que sous-système intégré), il reste que le concept de ZS intégré n'est pas concret sur les documents et la stratégie des centres d'excellence envisagée en 2011 et proposée par le projet n'ont pas connu une acceptation des EEZS. L'espoir en 2014 est dans l'émergence des centres d'excellence FBR et la documentation de la stratégie de la gestion de l'aire, qui est actuellement en cours, d'obtenir des résultats en Q2 2014.

2.3.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités ²	État d'avancement :			
	A	B	C	D
L'achat des résultats FBR (y compris la vérification communautaire)		X		
La mise en place d'un système de référence fonctionnel			X	
L'amélioration du plateau technique (RH, équipement, infrastructures)			X	
La mise en œuvre du PIHI (paquet d'interventions à haut impact)		X		

2.3.3 Analyse des progrès réalisés

Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output

- Le recrutement des RH à l'hôpital de zone (HZ) de Bassila (spécialistes + infirmiers), l'appui de l'ATR-C au dit hôpital, l'amélioration du plateau technique (équipements biomédicaux), le renforcement du système de référence et contre-référence dans les 02 ZS et le fait que les hôpitaux soient SONU-C dans les 05 ZS AD ont contribué à l'amélioration de la qualité des soins. Cette meilleure prise en charge des cas se manifeste par une diminution des décès maternels intra hospitaliers et une augmentation de la fréquentation dans les 02 ZS ;
- Le problème d'insuffisance de sages-femmes a été comblé par les EEZS qui ont placé des infirmières (ers) brevetées pour couvrir les écarts avec des taux de couverture en agents qualifiés dans les maternités supérieurs à 95% dans les CS de la Donga ;
- Le recrutement de RH à l'HZ d'Aplahoué (3 médecins dont 1 à compétence chirurgicale, 1 sage femme diplômée d'état (SFE), 5 infirmiers brevetés, 4 autres techniciens) ;
- Le recrutement de RH à l'HZ de Comé (4 infirmiers, 2 anesthésistes et 2 autres) ;
- Par rapport au paquet d'intervention à haut impact (PIHI), on peut observer la même tendance positive qu'en 2012. Par contre dans le MC, certaines interventions du PIHI posent problème: prise en charge de la malnutrition aigüe sévère, le SONU-B et les activités à base communautaire ;
- De nouvelles initiatives dans la gestion de la référence/contre-référence (RCR) notamment un meilleur suivi des appels et une transmission effective de la contre référence ;
- La disponibilité des produits sanguins labiles (PSL) reste dans l'ordre de 80% dans tous les hôpitaux du MC et atteint 96% de moyenne dans les hôpitaux de l'Atacora-Donga (chiffres validés par les services de transfusion sanguine) ;
- Les exigences d'une mise en œuvre appropriée du FBR ont créé au sein des équipes des dynamiques nouvelles: autoanalyses périodiques pour s'aligner sur les critères de qualité et de validation de la quantité des outputs.

² A : Les activités sont en avance
 B : Les activités sont dans les délais
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

Facteurs d'influence positifs

- Le renforcement des ressources humaines par des mesures locales en attendant le recrutement promis par le MS ;
- L'implication des acteurs communautaires dans l'amélioration des indicateurs de l'output 1.

Difficultés

- Le fait que la majorité des centres de santé ne soient pas encore SONU-B représente une faiblesse importante dans l'amélioration de la qualité globale des soins. Cette préoccupation doit être prise en compte en 2014 dans le cadre du FBR et du renforcement du système de supervision médicale et paramédicale de proximité ;
- L'entièreté des équipements biomédicaux commandés n'a pas été reçue (inadéquation entre la commande et les équipements reçus). La commande initiale n'a pas été livrée de manière satisfaisante pour plusieurs raisons : 1) responsabilité d'exécution du marché public confié au MS selon les seuils ; 2) marché a connu des problèmes internes à la commission avec le changement de tous les membres de la commission ; 3) peu de pouvoir du projet à influencer les décisions de la commission de passation des marchés du MS, le spécialiste commis par le projet dans la sous-commission d'analyse des offres n'a pas terminé sa mission ; 4) livraison chaotique des équipements dans les 2 sous-régions avec une répartition non conforme au cahier de charges ; la SMCL de juillet 2013 saisi, a dû recommandé une redistribution de certains équipements ; ces derniers ont été redéployés et l'AD a bénéficié d'un financement pour l'acquisition du lot 2, la publication du marché est prévu la 1^{ère} semaine de mars.
- L'indicateur du taux d'accouchement assisté est en-dessous de la cible : les suivis des activités FBR ont montré que ces agents qualifiés s'occupent plus des activités de CPN, planification familiale et de gestion au détriment des accouchements qu'ils laissent aux aides-soignants. Ce constat s'est confirmé en 2013 et la disponibilité des personnels qualifiés devra s'améliorer avec l'achat des résultats FBR et l'analyse plus profonde des ressources humaines impliquées dans l'assistance aux accouchés ;
- Il n'est pas encore possible de mesurer le taux de satisfaction des utilisateurs de la qualité des soins ; pour l'instant, les chiffres donnés sont tirés de la vérification communautaire (FBR) ; mais les résultats ne permettent pas encore de tirer des résultats valables (utilisation de l'outil par les enquêteurs, qualité des supervisions). La vérification communautaire étant à ses débuts (seulement 2 vérifications jusqu'ici dans AD et 3 dans MC), les résultats de 2014 devraient pouvoir être utilisés pour renseigner cet indicateur ;
- Si globalement le FBR crée des dynamiques d'équipe, la non-introduction jusque-là de bonus liés aux vulnérabilités régionales est une difficulté à résoudre en 2014.

Résultats inattendus

- La dynamique de réseautage communautaire qui est en train d'être mise en place devrait réduire le nombre d'accouchements à domicile ce qui va de ce fait améliorer le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié ;
- L'indicateur de la planification familiale (PF) s'est considérablement amélioré et ce, grâce à la synergie opérationnelle entre les intervenants (UNFPA, PSI et PARZS) et aux interventions des COGECS. Cependant, cet indicateur reste lié à des campagnes plutôt qu'à des activités régulières.

2.4 Performance de l'output 2

Output 2 : La gestion et la gouvernance des 5 ZS et 2 DDS appuyées ont été renforcées

2.4.1 Progrès des indicateurs

Indicateurs	Valeur de la Baseline (2011)	Valeur année 2012	Valeur année 2013	Cible année 2013	Cible finale 2014
Taux de recouvrement des coûts de fonctionnement par ZS	MC : 1,03 --- AD : 1,1 DCO : 1,05 Bla : 1,03	MC : 1,1 ADD : 1,5 KTL : 1,0 CBGH : 1,1 LA : 0,9 --- AD : 1,04 DCO : 1,07 Bla : 1,05	MC : 1 ADD : 0,9 KTL : 1,07 CBGH : 1,0 LA : 1,02 --- AD : 1,06 DCO : 1,03 Bla : 1,03	1,05	1,05
Taux de disponibilité en MEG	MC : ND --- AD : 97% DCO : 100% Bla : 94%	MC : ND --- AD : 98% DCO : 98% Bla : 93%	ADD : 90,3% CBGH:96,5% KTL : 90,7% --- AD : 98%* DCO : 98%* Bla : 95%*	100%	100%
Proportion de zones sanitaires avec système de référence et de contre référence fonctionnel (fiches de référence, fiches de contre référence, fonctionnalité des ambulances, réunion périodique de synthèse du système)	MC : ND --- AD : ND DCO : 0/1 Bla : 0/1	MC : 0/4 ADD : 0/1 CBGH : 0/1 KTL : 0/1 --- AD : 1/5 DCO : 0/1 Bla : 0/1	MC : 4/4 ADD : 1/1 CBGH : 1/1 KTL : 1/1 --- AD : 5/5 DCO : 1/1 Bla : 1/1	90%	90%
Taux de consommation base engagement du budget santé (%)	MC : 68,6% --- AD : 30,9% DCO : 91% Bla : ND	MC : 99,4% ADD : 99,6% KTL : 99,9% CBGH : 99,9% LA : 99,9% --- AD : 95% DCO : 98% Bla : 95%	MC : 99,9% ADD : 99,9% KTL : 99,9% CBGH : 100% LA : 99,9% --- AD : 74,3% DCO : 98,1% Bla : 71,6%	100%	100%

Marqueur de progrès lié à l'output 2 selon le DTF

Défi	Situation de départ	On s'attend à ce que	On souhaiterait que	On aimerait que
Les différents acteurs concernés au niveau de la ZS/DDS s'engagent dans une démarche de qualité de gestion basée sur un processus d'analyse (auto-) critique et de réflexion concertée autour des questions-clé concernant le fonctionnement et le développement de la ZS. Par la suite, ces acteurs devraient	Disponibilité de manuels de procédures de gestion élaborés par le niveau national et à tester au niveau opérationnel. Formation a eu lieu pour la ZS de Bassila. Organiser le suivi et évaluer afin de proposer des amendements / améliorations	Chaque DDS instaure une série de groupes de travail thématiques fonctionnels autour des défis clés : (1) Points focaux pour l'accompagnement des ZS ; (2) Equipes DDS et ZS pour documentation systématique (3) Pool de formateurs pour	Chaque DDS met en place un manuel de gestion et des recommandations opérationnelles pour améliorer la qualité du fonctionnement de la ZS et les évaluer : (1) Evaluation de la fonctionnalité des ZS dans l'AD et KTL en utilisant des outils du MS ; (2) Auto-évaluation des EEZS dans le	Chaque DDS est en mesure de documenter le travail/analyse basée sur les évidences et faire remonter les produits de la réflexion suivant des critères de qualité conforme à la recherche-action Accompagnement de KIT : (1) compétences des équipes dans l'élaboration des protocoles de recherche ; (2) thèmes de recherche identifiés ; (3) protocoles en cours

<i>Défi</i>	<i>Situation de départ</i>	<i>On s'attend à ce que</i>	<i>On souhaiterait que</i>	<i>On aimerait que</i>
arriver à réaliser des manuels de gestion dans les différents domaines (planification, suivi-évaluation, gestion patrimoine, financière), et à tester et documenter des stratégies opérationnelles. Tous ces produits devront être remontés au niveau central pour la capitalisation et l'adaptation continue des politiques de santé aux besoins du niveau opérationnel		organes de cogestion (4) CDRS (5) Agents FBR (6) Groupe technique santé de la table ronde de l'AD (7) Equipe innovante KTL avec extension vers ADD	MC avec outil élaboré (3) Auto-évaluation et renforcement du fonctionnement des EEZS (AD) (4) Evaluation de la qualité des soins hospitaliers en 2013 (KTL) (5) Intensification des contrôles de gestion avec application des sanctions (6) Fonctionnement des pools de compétence DDS pour l'accompagnement des EEZS (en 2013 : FBR, monitoring + LQAS)	d'élaboration : 6 dans l'AD et 2 au MC Sortie du 1 ^{er} livret avec l'appui de KIT (mars 2013) Etudes en 2013 : - déterminants de l'accouchement assisté (ADD) - effectivité de la gratuité de la césarienne dans la Donga - tarification dans les CS de la Donga (en cours) Capitalisation avec l'IRSP des acquis du projet d'amélioration de l'interface entre les prestataires et les tradipraticiens (en cours dans Comé et KTL)
		2013 : augmentation de 3 groupes supplémentaires (points 5,6 et 7) par rapport à 2012	2013 : augmentation de 3 systèmes d'évaluation (points 4,5 et 6)	2013 : 3 études (dont une en cours) ; 1 capitalisation

2.4.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités ³	État d'avancement :			
	A	B	C	D
Mise en place d'un système de référence fonctionnel dans les ZS			X	
Mise en place du FBR comme mode de gestion principal dans les ZS avec l'appui de l'équipe de la DDS		X		
Accompagnement des ZS par l'équipe de la DDS (planification, gestion des ZS, évaluation des ZS, gestion des conflits)		X		
Activités de coordination (calendrier des grandes instances ZS/DDS, réunions de coordination, retraite bilan, revue des performances,...)		X		

³

A : Les activités sont en avance
B : Les activités sont dans les délais
C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

2.4.3 Analyse des progrès réalisés

Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output

- Le FBR comme mode de gestion a contribué au renforcement de la gestion et de la gouvernance au niveau du système ;
- Le FBR a stimulé les ZS à mettre en place un système de référence et contre référence fonctionnel, ce qui avait été difficile à mettre en place durant 2 ans ;
- Depuis 2012, la stratégie d'accompagnement des ZS par la DDS (tant dans la planification que la coordination, l'évaluation et la gestion des conflits) a renforcé le rôle de la DDS dans la pyramide sanitaire ;
- Les équipes des ZS ont compris leur rôle de gestion des aires de santé et de l'appui qu'ils doivent apporter aux FS pour concourir à des résultats performants dans le FBR ;
- Les efforts des équipes des ZS et des DDS à consommer les crédits à un taux élevé qui se rapproche de 100% malgré les difficultés du logiciel national.

Facteur d'influence positif

- L'introduction de l'approche FBR au sein du PARZS ;
- Le comité de pilotage FBR fonctionnant comme un cadre de concertation des acteurs de l'offre et de la demande pour un dialogue constructif pour l'amélioration de la qualité des soins.

Difficultés

- Fiabilité des données : non concordance des chiffres entre les ZS et la DDS ; l'appui de la DDS par rapport au système d'information sanitaire n'a pas encore permis à l'équipe des ZS de produire des informations fiables ;
- La gestion des MEG au niveau du dépôt répartiteur et des FS ne permet pas d'obtenir des chiffres fiables sur la disponibilité permanente de ces médicaments pour les bénéficiaires ;
- Le monopole de gestion des médicaments essentiels génériques au niveau départemental (la CAME) entraîne des ruptures de stock au niveau des FS.

Résultats inattendus

- Le FBR a été un facteur déclencheur dans l'amélioration de plusieurs aspects de la gestion (référence et contre/référence, appropriation de leurs rôles de gestion et l'accompagnement des FS) ; le FBR n'a donc pas seulement permis d'améliorer la qualité des soins, il a aussi amélioré la gestion ;
- Acceptation de l'accompagnement tant par l'équipe de la DDS que par les équipes des ZS dans l'amélioration de la gestion dans le système, tant au niveau intermédiaire que périphérique ;
- Grâce à l'introduction du FBR, on a constaté un accroissement sensible des activités de proximité et la présence des agents au poste.

2.5 Performance de l'output 3

Output 3 : La contribution de la population à la structuration de la demande des soins de santé de qualité est mieux organisée

2.5.1 Progrès des indicateurs

Indicateurs	Valeur de la Baseline (2011)	Valeur année 2012	Valeur année 2013	Cible année 2013	Cible finale 2014
Niveau de fonctionnalité des organes de cogestion	MC : très faible --- Donga : très faible	MC : 100% --- Donga : 100%	MC : 100% --- Donga : 100%	100%	100%
Niveau de performance des organes de cogestion (moyenne des scores)	MC : très faible --- Donga : très faible	MC : ND --- Donga : ND	MC : 71% --- Donga : 90,2%	70%	80%
Proportion d'organes de cogestion performants (score de >80%)	MC : très faible --- Donga : très faible	MC : ND --- Donga : ND	MC : 48% --- Donga : 100%	ND	70%
Un cadre formel ou informel d'accompagnement et de défense des utilisateurs des formations sanitaires est actif dans les zones d'intervention	MC : 1/4 --- AD : 0 DCO : 0 Bla : 0	MC : 1/4 --- AD : 0 DCO : 0 Bla : 0	MC : 4/4 --- AD : 4 DCO : 3/3 Bla : 1/1	MC : 4/4 --- AD : 4 DCO : 3/3 Bla : 1/1	MC : 4/4 --- AD : 4 DCO : 3/3 Bla : 1/1
Nombre de réseaux impliqués dans les cadres de concertation	MC : 5 --- AD : 0 DCO : 0 Bla : 4	MC : 5 --- AD : 0 DCO : 0 Bla : 4	MC : 8 --- AD : 26 DCO : 22 Bla : 4	MC : 8 --- AD : 26 DCO : 22 Bla : 4	MC : 9 --- AD : 26 DCO : 22 Bla : 4
Degré d'implication de la communauté dans le FBR (pourcentage des recommandations issues des sessions de comité de pilotage appliquées)	NA	NA	MD : 75% --- Donga : 66%	100%	100%
Nombre d'arrondissements ayant procédé à l'identification active des indigents	MC : 3 villages dans 3 arrondissements --- AD : 0 DCO : 0 Bla : 0	MC : 3 villages dans 3 arrondissements --- AD : 26 DCO : 22 Bla : 4	MC : 7 arrondissements + 6 villages --- AD : 26 DCO : 22 Bla : 4	MC : 7 arrondissements + 6 villages --- AD : 26 DCO : 22 Bla : 4	MC : 32 --- AD : 26 DCO : 22 Bla : 4
Niveau de fonctionnalité des mutuelles appuyées	MC : ND --- Donga : ND	MC : ND --- Donga : ND	MC : 34% --- Donga : 46,2%	40%	50%

Marqueur de progrès lié à l'output 3 selon le DTF

<i>Défi</i>	<i>Situation de départ</i>	<i>On s'attend à</i>	<i>On souhaiterait que</i>
Les différents acteurs au niveau de la ZS et de la DDS ont acquis de meilleures capacités d'écoute, de communication, de dialogue, de facilitation, de négociation, de travail en équipe, de gestion des conflits, de travail en réseau	Peu d'empathie des prestataires pour les utilisateurs et peu de satisfaction des usagers quant aux services de santé délivrés Absence de négociation entre prestataires et communautés	3 catégories d'acteurs ont acquis des capacités sur le dialogue valorisant (MC) 6 catégories formées pour une amélioration du dialogue entre l'offre et la demande au travers des organes de cogestion 2013 : AD : rajout d'une catégorie pour l'amélioration de l'interface par rapport à 2012 ; COGECS, RC, GF, mutuelles, mairies, ADBS	7 catégories d'acteurs formés sur le dialogue communautaire Au moins 2 facilitateurs par catégorie d'acteurs répondent aux critères d'un facilitateur/accompagnateur Nombre de prestataires ayant amélioré leurs pratiques dans la relation soignant/soigné 2013 : AD : 6 catégories formées sur la gestion des conflits et la promotion de la santé ; mise en place des réseaux communaux de RC/GF/COGECS dans les 4 communes de la Donga

Légende

F : Faible
M : Moyen
E : Excellent

2.5.2 Etat d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :			
	A	B	C	D
Renforcer et améliorer le fonctionnement des organes de gestion (COSA, COGEHZ, COGECS)		X		
Développer une dynamique de réseautage communautaire afin d'assurer une réelle participation et un pouvoir de négociation significatif		X		
Instaurer une attitude d'écoute et d'empathie vis-à-vis de la population au niveau des prestataires des services de santé et gestionnaires de la ZS pour renforcer la demande		X		
Appuyer des stratégies alternatives de financement des soins de santé		X		

2.5.3 Analyse des progrès réalisés

Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (AD)

- Organes de cogestion fonctionnels à 100% et performants à 60% ;
- Existence de cadre de concertation des COGECS (avec implication des élus locaux), implication de ces derniers dans l'identification des problèmes et dans l'approche de solutions, gestion des conflits entre les prestataires et les usagers, implication dans la gestion des CS et dans la promotion de la santé ; les COGECS font partie des acteurs qui auront une place au niveau de la faïtière de la demande qui sera mise en place au 1^{er} trimestre 2014 ;
- Concertation des acteurs principaux du SYLOS pour l'émergence d'une organisation communautaire ; cela renforce leur implication dans la structuration de la demande de soins ; ils ont ainsi une meilleure position pour renforcer l'interface offre/demande ;
- Effort de réseautage des différents acteurs pour l'émergence d'une faïtière de la demande au niveau de la ZS ;
- Renforcement des mutuelles de santé dans la gestion, la prise en charge des malades et la négociation entre les prestataires de soins et les demandeurs de soins ; amélioration de l'interface offre/demande ;
- Identification des plaintes dans la communauté et remontées vers le cadre de concertation de l'HZ et de la ZS pour trouver des solutions (COGECS,...). La satisfaction des utilisateurs par rapport à la qualité des soins est prise en compte dans la vérification communautaire (FBR) ;
- Le modèle d'identification des indigents a été validé par l'ANAM ;
- Le répertoire facilite l'enrôlement du RAMU et la prise en charge des indigents contribue directement à l'atteinte de l'outcome.

Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (MC)

Globalement : Le tableau montre les progrès induits par les activités en 2013 avec une nette amélioration des indicateurs pour atteindre l'output:

- Le niveau de fonctionnalité des organes des COGECS est passé de 49% en fin 2012 à 75% en fin 2013 pour un objectif final de 80% ;
- 4 cadres de concertation de la demande créés pour 4 attendus en septembre 2014 ;
- Le niveau de fonctionnalité des mutuelles de santé est passé de 34% à 40% pour une cible finale de 60% ;
- 8 types d'acteurs de la demande sont membres des cadres de concertations sur 9 attendus.

Les marqueurs de progrès ayant permis d'atteindre des indicateurs sont plus spécifiquement :

Axe 1 : Renforcement des COSA/COGECS

Le PARZS a poursuivi le renforcement des organes de cogestion avec pour principaux progrès :

- En 2013 les activités se sont davantage dirigées vers les COGECS alors qu'en 2012 les principaux bénéficiaires étaient les COSA ;
- En résultent une amélioration de la fonctionnalité des COSA (2012/2013), mais aussi des COGECS (2013) (voir tableau indicateurs) ;
- Les COSA ont adopté une attitude d'encadrement des COGECS.

Axe 2 : Réseautage

En 2013 les activités de réseautage se sont poursuivies, en résulte :

- Une amélioration significative de leur niveau de connaissance avec par exemple dans une commune : niveau de connaissance sur planning familial passé de 2,47% à 84,61% sur groupe cible et à 25% sur l'entourage du groupe cible ;
- Un intérêt accru des populations à s'intéresser à la gestion de leur santé et à s'organiser en commissions santé partant du niveau villages jusqu'à la commune ;
- Tous ces acteurs de la demande se sont organisés en plate-forme au niveau de la zone sanitaire dans le but d'ouvrir un dialogue avec l'offre et de contribuer de façon significative à l'amélioration de la qualité des soins.

Axe 3 : Empathie des prestataires vis-à-vis des utilisateurs

L'atteinte du résultat 3 a connu un grand « bond » en avant avec le démarrage du FBR au niveau des centres de santé.

- Le modèle « CTB » donne une place importante à la demande notamment dans la vérification communautaire. Ainsi, la satisfaction des utilisateurs de soins compte pour 27% de la prime des prestataires et est mesurée par la société civile elle-même ;
- Les résultats de l'enquête dont les points d'insatisfaction ou d'attention sont discutés au niveau du comité de pilotage où la représentativité de l'offre et de la demande est respectée. Des recommandations sont formulées à l'endroit des prestataires et des gestionnaires.

Axe 4 : Financement de la santé

Les mutuelles de santé en gestation depuis 2012 dans les communes de Grand popo, de Toviklin et de Djakotomey ont connus en 2013 les progrès suivants :

- Tenue des Assemblées Générales Constitutives (AGC) avec plus de 2500 bénéficiaires en ordre de cotisation ;
- L'importance de l'effectif des mutuelles de santé leur confère un pouvoir de négociation portant sur la qualité des soins ;
- Un problème majeur lié à l'accessibilité aux soins est l'identification des indigents. Ainsi, le projet a expérimenté l'identification active dont le modèle a été adopté au niveau national. Les indigents identifiés ont été enregistrés par l'ANAM.

Facteurs d'influence positifs

- Espace offre/demande pour la résolution des conflits et la promotion de la santé (AD) ;
- L'appui des ONG contractualisées aux activités communautaires (AD) ;
- Le répertoire des indigents a été validé par les acteurs du SYLOS et utilisé par l'ANAM pour l'enrôlement des indigents dans le RAMU (AD) ;
- Consensus au sein des PTF et de la DDS sur l'harmonisation des activités des relais communautaires sur les paquets d'activité (AD).

Difficultés

- Les mairies ne jouent pas encore leur rôle d'encadrement des acteurs communautaires afin de favoriser la promotion de la santé (AD, MC) ;
- Réticence des mutuelles du PADS à l'appui du PARZS, ce qui retarde l'exécution de la consolidation des mutuelles existantes et la mise en place de la faîtière (AD) ;

- Concernant le RAMU, les aspects institutionnels et politiques (médiatisation, lancement officiel, rencontres au niveau du MS et avec les PFT) prennent le devant par rapport aux activités opérationnelles (enrôlement, distribution des cartes, prise en charge clinique), de prise en charge des malades ; fin 2013, aucune prise en charge des indigents de l'AD n'avait encore eu lieu (AD) ;
- Le ralentissement de l'identification active des indigents par les procédures d'appel d'offres (MC) ;
- Système de per diem démotive voire démobilise certains acteurs communautaires (MC).

Résultats inattendus

- L'émergence rapide des réseaux malgré les difficultés de contractualisation avec les ONG ;
- La forte implication des élus locaux au niveau le plus décentralisé (chefs d'arrondissement, chefs de village et conseillers) dans les activités de promotion de la santé ;
- La prise en compte systématique du genre dans la mise en place des réseaux et des cadres de concertation au sein des acteurs communautaires ;
- L'adhésion sans condition des prestataires de soins à la cause des mutuelles de santé. Des agents de santé ont payé leurs cotisations dans les mutuelles de santé (MC) ;
- L'inertie des membres de la PSCS de Comé (MC).

En conclusion, nous pouvons dire que l'interface offre/demande est un espace de dialogue sectoriel et social pour la promotion de la santé ; dans cet espace, les acteurs communautaires se sont fortement impliqués pour jouer pleinement leur rôle et favorisent l'émergence d'une faïtière (COGECS, élus locaux, RC/GF, mutuelles de santé) : tous les acteurs du SYLOS contribuent ainsi à la structuration de la demande (output 3)

Propositions relatives aux difficultés

- Renforcer l'appropriation par tous du modèle national d'identification active des indigents et de la base de données unique ;
- Revoir le mode d'utilisation du FSI y compris les modalités de gestion, les adapter à l'identification active avec notamment :
 - o Un système de suivi de l'utilisation du fonds performant ;
 - o Conditionner le remboursement des dossiers indigents à la présence du nom sur la liste adoptée lors de l'identification active ;
- FBR : A l'instar de la Banque mondiale, réfléchir aux mécanismes qui favorisent la prise en charge des indigents dans les formations sanitaires (ex : le même indicateur est payé double si la prise en charge concerne un indigent) ;
- S'assurer du versement de la partie nationale pour la prise en charge des indigents et suivre son utilisation appropriée.

2.6 Performance de l'output 4

Output 4 : Les liens de collaboration sont renforcés entre tous les acteurs concernés par la santé dans les ZS et DDS sélectionnées

2.6.1 Progrès des indicateurs

Indicateurs	Valeur de la Baseline (2011)	Valeur année 2012	Valeur année 2013	Cible année 2013	Cible finale 2014
Proportion des formations sanitaires privées respectant les dispositions du cadre réglementaire d'exercice en clientèle privée	MC : ND --- AD : ND DCO : 25% Bla : 0%	MC : ND --- AD : ND DCO : 28% (13/47) Bla : 0%	MC : 8,6% (22/255) --- AD : 35% DCO : 28% Bla : 0%	100%	100%
Proportion de ZS dont les actions respectent le cadre réglementaire de gestion et de développement des actions de santé entre les zones sanitaires et les collectivités locales à la base	MC : ND --- AD : 0 DCO : 0 Bla : 0	MC : 4/4 --- AD : 5 DCO : 1 Bla : 1	MC : 4/4 --- AD : 5 DCO : 1 Bla : 1	100%	100%

Marqueur de progrès lié à l'output 4 selon le DTF

Défi	Situation de départ	On s'attend à	On souhaiterait que	On aimerait que
Les acteurs concernés au niveau de la ZS et de la DDS arrivent à entretenir des interactions constructives et exercer une influence pour améliorer la santé de la population	Niveau 0	Chaque acteur concerné comprend son rôle dans le système local de santé et celui des autres partenaires - Prestataires de services/soins : M - Mairies : F/M (2013 : F→F/M) - Organes/cogestion : E (2013 : M→E) - Mutuelles/santé : M - Sectoriels : F - PTF : E (2013 : M→E)	Les différents acteurs sont représentés dans des interfaces de concertation existantes ou nouvelles - CDEEP : oui - CAD : oui - Table ronde AD : oui - RAC : oui - Instances de coordination (DDS) : oui - CODIR élargi du MS : oui - Cadre de concertation inter-COGECS (2013)	La qualité du dialogue des interfaces de concertation en termes de préparation, conduite, outputs et suivi des outputs est bonne. CDEEP, RAC et instances de coordination, CODIR élargi : oui Des opportunités qui se présentent dans l'environnement des ZS sont saisies et exploitées ('quick wins') par les acteurs pour atteindre les objectifs de développement de ZS : pas encore

F : Faible
M : Moyen
E : Excellent

2.6.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités ⁴	État d'avancement :			
	A	B	C	D
Capitalisation des initiatives liées à la déclaration des naissances en collaboration avec les mairies		X		
Renforcement de la synergie opérationnelle entre les PTF intervenant dans la santé		X		
Améliorer le lien secteur public – secteur privé en termes de régulation, concertation, collaboration (synergie et complémentarité)		X		
Contribution appréciable du PARZS à la préparation et au déroulement du forum national sur la santé communautaire		X		
Elaboration de plans d'assainissement conjoints entre les communes et les formations sanitaires			X	

2.6.3 Analyse des progrès réalisés

Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output

- Implication de la mairie dans toutes les étapes de réalisations des infrastructures (réhabilitation/construction de bâtiments, d'incinérateurs et forages) ;
- Lors de l'état des lieux en 2012, la table ronde a identifié le PARZS pour assurer le leadership de la mise en place avec les mairies des mécanismes qui favorisent l'obtention des déclarations des naissances. La capitalisation a eu lieu en 2013 en vue de retenir les initiatives les plus porteuses et efficaces à disséminer dans l'AD et le Bénin ;
- Suite à un état des lieux, le PARZS a fait le plaidoyer pour une reconnaissance formelle des relais communautaire (RC). Par après, le groupe technique santé a identifié le PARZS pour assurer le leadership de la mise en œuvre de l'harmonisation des activités des RC avec les autres PTF. L'ensemble des PTF impliqués, autour du DDS, a pu développer une stratégie d'harmonisation dont les étapes ont été clairement définies ; une formation des acteurs aura lieu en 2014 qui devrait finalement aboutir à l'approche de financement basé sur les performances (AFBP) ;
- Le lien public/privé a été renforcé par l'identification des FS privées, la mise en place d'un calendrier de rencontres et l'identification de domaines de collaboration (système d'information, formation, renforcement du plateau technique et coordination, participation au COSA) ;
- Le forum national sur la santé communautaire, dont le but était d'harmoniser les interventions et de dégager un consensus sur le financement de la santé, a été un moment fort pour le PARZS. Le projet a pu présenter les initiatives en cours sur le renforcement des acteurs communautaires afin d'influencer les outputs du forum.

⁴ A : Les activités sont en avance
 B : Les activités sont dans les délais
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

Facteurs d'influence positifs

- Volonté des PTF intervenant dans la santé de travailler ensemble autour des équipes DDS et ZS ;
- Volonté du MS de rassembler les initiatives en cours en vue de dégager un consensus sur la politique en santé communautaire ;
- Contribution appréciable du PARZS au forum en santé communautaire ;
- Volonté de collaborer avec le secteur privé (renforcement de la collaboration intra-sectorielle).

Difficultés

- Existence de multiples formations sanitaires illégales avec comme conséquence une difficulté à collaborer dans certains domaines comme le système d'information et la formation/recyclage des agents ;
- Faible engagement des mairies d'une manière globale dans le renforcement du système de santé ; l'appui se limite à des aspects spécifiques ;
- Difficulté à établir un lien de collaboration efficace entre les cadres de concertation des mairies des communes de la Donga, l'Association des Communes de l'Atacora-Donga (ACAD), la DDS et le PARZS.

Résultats inattendus

- Organisation d'un forum national sur la santé communautaire avec une participation active du PARZS.

Thèmes transversaux

2.6.4 Genre

- Prise en compte systématique du genre dans la mise en place des réseaux et des cadres de concertation au sein des acteurs communautaires. Les femmes des réseaux font le recensement et le suivi des femmes enceintes (CPN, vaccination) ainsi que le suivi du calendrier vaccinal des enfants. Elles collaborent également avec les sages-femmes et participent aux séances de causeries éducatives au centre de santé. Leur participation et leur rôle de représentativité des femmes est effectif au sein des organes (y compris aux postes décisionnels). Elles participent à l'identification des enjeux genre et à la diffusion des bonnes pratiques.
- Auprès des populations, les actions de sensibilisation du forum Enoumaman ont entraîné des changements de comportement. Aujourd'hui, dans ces zones, il est accepté que les femmes prennent la décision de faire vacciner leurs enfants lors des stratégies avancées sans avoir l'autorisation préalable du mari ou d'un membre influent de la famille. Elles prennent spontanément des initiatives dans ce domaine.
- Les activités genre ont renforcé la confiance des femmes membres des organisations communautaires. Par exemple Mme Thérèse trésorière du COGECS du Centre de Santé témoigne : *«grâce aux différentes activités genre organisées par le projet, j'ai eu le courage d'affronter les barrières pour être élue comme trésorière et j'arrive à dialoguer avec la sage-femme, le major, les commis et les aides soignant sur ce qui ne va pas dans le centre de santé»*.
- Elaboration d'un répertoire d'indigents suite à leur identification selon un dispositif mis en place par le PARZS et validé par le niveau central ; le répertoire facilite l'enrôlement du RAMU et la prise en charge des indigents, ce qui contribue directement à l'atteinte de l'outcome.

2.6.5 Environnement

- Gestion de l'hygiène et l'assainissement par les COGECS : formation à l'entretien des incinérateurs, participation à la propreté du centre, organisation de campagnes de salubrité dans les quartiers de ville et villages, plantation d'arbres dans les environs des CS.
- Utilisation intégrée des incinérateurs par les formations sanitaires sous la supervision des services d'hygiène assainissement.
- Elaboration de plans d'assainissement conjoints entre les communes et les formations sanitaires dans 2 communes de la Donga (Copargo et Ouaké) ; cette activité a comme conséquence positive d'améliorer la gestion des déchets biomédicaux dans les CS des 2 communes.

2.6.6 Droit des enfants

- Initiatives pour faciliter la déclaration des naissances des nouveau-nés dans les 4 communes de la Donga ; effort d'identification des initiatives pour la capitalisation.

2.6.7 VIH/Sida

- Participation des membres du PARZS à la formation/réflexion sur le VIH/Sida (activité suscitée par le Siège de la CTB)

2.7 Gestion des risques

Légende :

A : risque acceptable, B : risque moyen, C : risque élevé, D : risque très élevé

Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	Etat d'avancement	Statut
Faiblesse dans l'élaboration et le suivi des PTA au niveau des zones sanitaires <u>effets</u> : faible exécution des activités (notamment supervision, suivi de la mise en œuvre des formations et des recommandations des différentes rencontres ; <u>conséquence</u> : l'atteinte des résultats est réduite)	Q2 2012	DEV	Moyenne	Moyen	B	Mise en place du système de bilan (évaluation) trimestriel et actualisation des PTA et suivi de l'exécution des plans trimestriels dans les ZS suite à l'élaboration conjointe d'une fiche	DDS	Continu	Satisfaisant ; à l'évaluation de Q3 2013 : taux d'exécution physique 56% et financière 58% (données de 2013 disponibles en mars 2014)	En cours
						Délégation des activités au sein des EEZS pour la continuité de service, même en l'absence du MCZS	MCZS			
						Mise en œuvre du FBR avec achats de certains résultats ont concouru à la réduction du risque comme la supervision médicale et paramédicale et taux d'exécution des plans de résolution des problèmes et des recommandations Le FBR a simplifié la planification au niveau des ZS car les activités financées par le PARZS sont dans les plans de résultats	DDS		Au niveau départemental, les réunions de planification conjointes permettent aux PTF de présenter leur planification; cela réduit mais n'enlève pas les interférences	
						Poursuivre les planifications mensuelles et suivi au niveau DDS en veillant aux besoins des partenaires et du niveau central	DDS			

Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	Etat d'avancement	Statut
Transmission hors délai des documents FBR par les partenaires (effet : retard dans l'organisation des évaluations ; conséquence : retard dans la tenue des comités de pilotage et par conséquent faible taux de consommation des financements liés au FBR)	Q2 2012	DEV	Faible	Moyen	A	Elaboration du protocole de contrôle des données FBR (EEZS, CS) + vulgarisation aux parties prenantes	PARZS	Q2 2013	Réalisé	En cours
						Elaboration d'une feuille de route consensuelle pour la mise en œuvre des activités par trimestre, transmission à toutes les parties prenantes et actualisation permanente	PARZS / DDS		Réalisé en continu	
						Elaboration de la grille de répartition des primes au niveau EEZS, CS et HZ et validation lors du CP (AD : Q4 2013, MC : Q3 2013)	CP		Réalisé	
Mauvaise gestion de l'information, de la vérification par les pairs et répartition des primes (effets : l'information générée par les différentes vérifications n'est pas utilisée pour résoudre les problèmes identifiés ; les accords de performance ne sont pas exécutés ; conséquences : mécontentement des agents ; réduction de la performance des ZS et donc effet contraire de ce qui est souhaité avec le FBR)	Q4 2013	DEV	Moyenne	Elevé	C	Assurer le bon déroulement de la prévalidation des données au niveau communal (Groupe de Suivi Mutuel)	DDS	Q1 2014	Peu satisfaisant	En cours
						Transmettre les calendriers des GSM via EEZS à la DDS / PARZS	Med Chef			
						Veiller à la validation des grilles par le comité de pilotage	CP	Q1 2014	MC : peu satisfaisant ; AD : réalisé	
						Renforcer les enquêteurs communautaires sur la sensibilité et la confidentialité des données	PARZS	Q1 2014	MC : peu satisfaisant	
						Bien former les enquêteurs pour obtenir des informations fiables lors de la vérification communautaire (recyclage des anciens + formation des nouveaux)	PARZS	Q1 2014	AD : en cours	

Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	Etat d'avancement	Statut
Faible maintenance des ouvrages et la sécurité des matériels et équipements (<u>effet</u> : détérioration rapide du patrimoine et des équipements ; <u>conséquence</u> : réduction de la qualité des soins d'où une réduction de confiance des demandeurs de soins et de l'accessibilité aux soins)	Q4 2013	DEV	Elevé	Elevé	D	Veiller à la prise en compte de la maintenance dans les PTA et budgets	DDS	Q1 2014	Peu satisfaisant	En cours
						Mettre en place un mécanisme d'inventaire périodique des matériels et équipements dans les CS	MCZS	Q1 2014	Peu satisfaisant	
						Suivre la mise en œuvre des mesures et recommandations des audits	DDS	Q1 2014		
						Faire des contrats de prestation de maintenance pour les HZ/CHD	D/HZ et D/CHD	Q1 2014	AD et MC : réalisé	
						Elaborer des plans de maintenance du patrimoine et des équipements avec l'appui du PARZS (+ suivi)	DDS	Q2 2014	Ebauche d'état des lieux + réalisation d'une feuille de route pour l'élaboration du plan de maintenance	
Faible appropriation du processus de mise en œuvre du FBR par les EEZS et agents CS (<u>effet</u> : faible qualité des soins ; <u>conséquence</u> : pas d'amélioration de la performance et donc de l'accessibilité aux soins)	Q4 2012	DEV	Faible	Elevé	B	Mettre en place des unités de maintenance dans les HZ/CHD	D/HZ et D/CHD	Q2 2014	AD : Réalisé pour le CHD-A ; peu satisfaisant pour les HZ de la Donga MC : réalisé	Clôturé
						Améliorer l'accompagnement des ZS afin d'améliorer l'acceptabilité de l'approche par les équipes	DDS	Q3 2013	Réalisé	
						Sensibiliser les acteurs: équipe DDS, EEZS, DHZ, MC, COSA	PARZS	Q3 2013	Réalisé	
						Rendre opérationnel le comité de pilotage	DDS	Q4 2013	Réalisé	

Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	Etat d'avancement	Statut
Déficit important de la synergie opérationnelle entre les PTF au niveau des ZS - agendas non consensuels (effet : chaque PTF agit séparément ; conséquence : inefficience dans les interventions)	Q2 2012	DEV	Moyenne	Moyen	B	Rechercher des solutions lors des sessions trimestrielles du groupe technique santé de la table ronde des partenaires au développement au niveau de l'AD	DDS	Q2 2013	Répartition des responsabilités selon les domaines d'intervention (ex: PSI/AMBS et FNUAP s'occupent de la PF et VIH/SIDA alors que le PARZS met le focus sur l'appui systémique)	En cours
						L'harmonisation des activités des RC et PF a été une opportunité pour renforcer la synergie	PARZS / DDS	Q2 2013	AD : pour les RC : organisation d'une formation conjointe ; pour la PF : amélioration des taux de couverture	
Tendance des chefs de service à privilégier des activités hors PTA au détriment des activités prioritaires de la DDS (effet : taux d'exécution en-deçà des prévisions) conséquence : réduction de la performance de l'équipe de la DDS; en particulier l'accompagnement des ZS)	Q2 2012	DEV	Moyenne	Moyen	B	Suivre l'exécution du PTA lors des CODIR mensuels + évaluation trimestrielle	DDS	En continu	Réduction des activités hors PTA Bilan trimestriel et feedback à l'équipe DDS + feedback du DDS aux EEZS	En cours
						Elaborer une fiche de suivi de l'exécution du PTA				

Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	Etat d'avancement	Statut
Peu de délégation des tâches comme moyen de fonctionnement au sein des DDS - dans les services et entre les services (effet : pas d'esprit d'équipe ; faible taux d'exécution des activités ; <u>conséquence</u> : réduction de la performance des services et de la DDS)	Q1 2012	DEV	Moyenne	Moyen	B	Rappel à l'ordre par les DDS et exercice de leadership	DDS	En continu	Amélioration dans la délégation des tâches ; meilleure organisation de la participation aux rencontres / séminaires / activités de proximité	En cours
						Mettre en place des lettres de mission des chefs de service et du D/CHD	DDS	Q1 2014	AD : Documents élaborés et validés MC : la faible délégation des tâches est réglée depuis 2012.	
Délocalisation des sites comme approche majeure d'exécution des activités (effet : mauvaise exécution des activités de routine et de suivi ; augmentation de 50% du coût des activités ; <u>conséquences</u> : mauvais suivi des recommandations issues des rencontres ; inefficience dans les activités du PARZS)	Q1 2012	DEV	Moyenne	Moyen	B	Envoyer une note de service de rappel sur l'organisation des activités sur le lieu de résidence de la plupart des participants	RR	2012	Réduction des cas de délocalisation d'au moins 50%, meilleure justification dans les TdR en cas de pertinence de la délocalisation, davantage maîtrisé grâce au FBR	En cours
						Simplifier fortement dans l'élaboration des TDR	PARZS	Q2 2012		
						Faire un plaidoyer auprès des responsables de la DDS/ZS pour réduire les délocalisations : conscientisation des partenaires sur les valeurs de la CTB, la consommation du budget et le risque de certaines activités sans ressources	DDS	En continu		
						Faire un plaidoyer auprès de la Représentation pour la prise en charge des participants sur site lors des activités	PARZS	2012	Pas de changement	

Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	Etat d'avancement	Statut
Déficit en personnel qualifié dans les formations sanitaires (effet : faible qualité des soins ; conséquence : réduction de confiance des demandeurs de soins et de l'accessibilité aux soins)	2011	DEV	Elevée	Elevé	D	Faire un plaidoyer auprès du MS et des élus locaux	DDS	En continu	MS : recrutement en cours ; élus locaux : recrutement de 2 personnes à Bassila	En cours
						Recruter sur fonds propres des ZS, FS	EEZS, D/FS		AD : effort propre des ZS ; Bassila : 20 personnels recrutés en 2013 parmi lesquels : 1 gynécologue, 2 généralistes, 2 infirmiers qualifiés, 1 anesthésiste, 1 sage-femme, 1 ingénieur en imagerie médicale et 1 CRAM ; Djougou : recrutement d'une dizaine de personnes (IDE, IB + technicien de laboratoire) MC : le même effort est fait dans les 3 HZ, certaines mairies ont recruté du personnel qualifié pour les CS ; recrutement : ZS ADD : 3 médecins, 1 SFE, 5 IB, 4 techniciens ; ZS CBGH : 4 infirmiers, 2 anesthésistes, 2 techniciens	
Le retard dans l'exécution de Marchés Publics (MP) de certaines infrastructures, de services et de fournitures (effet : retard dans l'amélioration des conditions de travail vers des soins de qualité ;	Q3 2012	DEV	Moyenne	Moyen	B	Assurer un suivi de proximité	RR / PARZS	Q4 2013	Réalisé	Clôturé
						Identifier des points focaux dans les ministères concernés (MS, Ministère de l'Economie et des Finances, Ministère du Développement)	AIMS / PARZS			

Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	Etat d'avancement	Statut
conséquence : retard dans la performance des équipes et donc réduction de l'accessibilité aux soins)						Recruter des ATN-MO et bureaux de contrôles afin d'améliorer le suivi, de minimiser les risques dans l'exécution des ouvrages	RR			
Faible implication des maires dans les activités du PARZS (effet : rôle non tenu dans l'accompagnement et de suivi des activités de promotion de la santé ; conséquence : faible appropriation ; durabilité des acquis post-projet n'est pas garantie)	Q3 2012	DEV	Elevée	Moyen	C	Faire un plaidoyer envers les mairies pour un meilleur engagement	PARZS	En continu	AD : Bonne implication du maire de Bassila et des élus locaux, mais insuffisant pour les maires de DCO MC : réalisé mais pas avec tous les maires	En cours
						Implication des préfets	PARZS		MC : action réalisée, notamment pour l'identification active des indigents	
						Nommer des points focaux PARZS au sein des mairies	Maires		Réalisé mais points focaux peu actifs	
						Impliquer les mairies dans l'encadrement des acteurs communautaires	PARZS		Une équipe de la mairie a été formée en même temps que les organes de cogestion (avec réalisation d'un plan d'actions) ; plan d'actions non suivi et faiblesse de l'accompagnement des acteurs communautaires	
						Participer aux rencontres de restitution des activités du projet et de la ZS ainsi qu'à la validation de certaines stratégies (ex: actes de naissance, RC)	PARZS		Bonne représentation des mairies	

Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	Etat d'avancement	Statut
						Responsabiliser les mairies au sein des comités de pilotage FBR	PARZS		Présidence du comité de pilotage FBR assurée par les mairies	
Indemnités proposées aux acteurs communautaires créent des tensions et démobilisent ces derniers (effet : démotivation des acteurs communautaires et parfois non participation à certaines activités ; conséquence : retard dans l'atteinte des objectifs du résultat 3)	Q3 2012	DEV	Moyenne	Moyen	B	Plaidoyer auprès de la Représentation pour l'instauration d'un système forfaitaire minimaliste équitable (et pas d'application des règles destinées à des agents sanitaires)	PARZS	En continu	Dérogation spéciale pour appliquer les directives nationales avec les acteurs communautaires	En cours
						Intégrer les organes communautaires dans le FBR	DDS	Q2 2014	Réflexion pour l'élaboration de sous-contrat avec les FS	
Retard dans la mise en oeuvre de la planification ascendante par le MS (effet : persistance d'un taux élevé d'interférences entre les différents niveaux de la pyramide ; conséquence : faible coordination des activités au sein du secteur)	2011	DEV	Elevée	Moyen	C	Former les EEZS et l'équipe DDS sur la planification ascendante	DDS		Réalisé en Q3 2013	En cours
						Elaborer les PTD	MCZS	Q2 2014	AD : Processus en cours dans les ZS pour l'élaboration des PTD : chaque ZS collecte des données et invite l'équipe de la DDS pour appui technique dans l'élaboration des documents ; fin 2013, aucune ZS n'avait terminé la collecte des données	

Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	Etat d'avancement	Statut
Insuffisance de volonté des acteurs de rationaliser les soins (effet : faible utilisation des protocoles de PEC ; conséquence : soins de mauvaise qualité, mauvaise gestion du système de soins de santé d'où une réduction de la performance)	2011	DEV	Elevée	Moyen	C	Inclure les indicateurs de la rationalisation des soins dans l'approche FBR	DDS	Q3 2013	AD : réalisé : amélioration du système de référence, augmentation de la fréquentation, synergie entre les 2 HZ de la Donga MC : réalisé : dotation des formations sanitaires en protocoles thérapeutiques (ordinogramme) qui n'en disposaient pas depuis 2012. Suivi de l'utilisation des protocoles lors des supervisions et audits.	En cours
Gestion des ressources humaines non-maîtrisée par les responsables en périphérie (effet : mouvement du personnel non contrôlé ; conséquence : indisponibilité du personnel au sein des FS d'où une mauvaise PEC des malades (par du personnel non qualifié)	2011	DEV	Elevée	Elevé	D	Faire le plaidoyer auprès du MS pour l'amélioration de la gestion partagée des ressources humaines Mettre en place du LogiGRH	DDS	En continu	Mise en place de cahiers de présence et de permission par certains COGECS ; logiGRH en place mais sans résultat concret	En cours
Réduction de la taille de l'UGV (effet : augmentation de la charge de travail d'où baisse de l'efficacité de l'équipe ; conséquence : réduction dans l'atteinte des résultats)	Q1 2013	DEV	Faible	Moyen	A	Procéder à la réorganisation des UGV suite au départ des agents au cours du mois Procéder au recrutement du personnel complémentaire éventuel	PARZS	Q3 2013	Réorganisation des tâches, coordination des 2 volets confiée à l'ATI DDS Recrutement d'un 2e CAC, PF-RADC et l'ATR-GP	Clôture

Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	Etat d'avancement	Statut
Dans l'AD et MC, pas encore de masse critique au sein des équipes DDS et EEZS en dehors de quelques responsables, le reste ne suit pas le rythme imprimé par le DDS	Q2 2012	DEV	Elevée	Elevé	D	Améliorer la responsabilité et la redévabilité des responsables	DDS	Q4 2013	AD : Feuilles de route pour les MCZS élaborées et évaluées trimestriellement (Q1 2013), finalisation de la lettre de mission des chefs service de la DDS (mise en œuvre à partir de Q1 2014), travail d'appui conseil de l'ATI et de l'AG aux différents services de la DDS; accompagnement des EEZS par les points focaux ; masse critique : de 3/11 à 5/11 au niveau de la DDS	En cours

3 Pilotage et apprentissage

3.1 Réorientations stratégiques

Nous sommes à la dernière année de l'exécution du projet. Les priorités et orientations stratégiques sont :

- Consolidation des stratégies majeures (FBR, réseautage communautaire, renforcement des organes de cogestion, RAMU, accompagnement des ZS par la DDS, planification ascendante, rationalisation du système de soins de santé) afin de démontrer l'effet sur le système de santé et concourir à les reverser vers le nouveau programme ;
- Renforcement des organisations communautaires créées dans le cadre du PARZS (cadre de concertation, commissions santé, faïtière etc.) ;
- Renforcement du partenariat entre les différents partenaires du secteur, accompagner les ZS et la DDS vers l'appropriation de l'approche FBR ;
- Renforcement d'un système de maintenance d'une manière globale au sein du système de santé. L'une des faiblesses a été l'absence de mécanismes concrets de maintenance du patrimoine (infrastructures, équipement biomédicaux et matériel). Cet aspect sera comblé dans le nouveau programme qui a identifié la maintenance comme un résultat spécifique ;
- Prise en compte des recommandations de l'évaluation à mi-parcours (voir annexe 4.7) : le projet a réorienté son intervention vers des priorités.

Concernant les recommandations faites au projet, on peut compter : une recommandation générale (R1), une recommandation spécifique au projet (R6), une recommandation spécifique au résultat 3 (R16), des recommandations internes aux UGV (R13 et R15) et des recommandations en lien avec les autres acteurs (R2-5 ; R7-12 ; R14). Trois recommandations n'ont pas été acceptées (R6, R12 et R14).

Le bilan du niveau de réalisation des recommandations faites au projet:

Réalisé	R1, R3, R5, R8, R9, R10, R13	44%
En cours	R2, R4, R15, R16	25%
Non accepté	R6, R12, R14	19%
Non réalisé	R7, R11	12%

Concernant les recommandations faites au MS : une recommandation sur cinq (1/5) a été réalisée (celle liée au maintien des crédits délégués).

Concernant les recommandations faites au MS/CTB : six recommandations sur neuf (6/9) ont été réalisées, deux ne l'ont pas été et une est non applicable à l'heure actuelle.

Concernant les recommandations faites au RAF : une recommandation (1/1) sur le suivi des marchés publics réalisée.

3.2 Recommandations

Tous les aspects décrits au point 3.1 ont été pris en compte dans le DTF du nouveau programme. La recommandation principale est donc de capitaliser les acquis du projet afin de faciliter leur intégration dans le nouveau programme.

Le nouveau programme d'appui au secteur santé devrait démarrer en octobre 2014.

Recommandations à soumettre auprès de la SMCL :

- Renforcer le rôle de suivi du projet par le MS (pilotage stratégique, utilisation « zones pilotes » ;
- Améliorer le double ancrage pour faire remonter les expériences du terrain en vue de la (re)-formulation de politiques et renforcer le rôle des GTT dans le suivi technique des initiatives mises en œuvre par le PARZS ;
- Accompagner le niveau périphérique et intermédiaire dans la documentation et capitalisation des expériences générées au cours de l'intervention (responsable : niveau central du MS et KIT : appui scientifique) ;
- Faciliter l'émergence d'un modèle FBR béninois par l'harmonisation des différentes expériences en cours (responsable : MS) ;
- Concrétiser la stratégie de la planification ascendante entre les 3 niveaux de la pyramide sanitaire (responsable : MS) ;
- Réduire le déficit en personnel qualifié dans les ZS et les DDS, en particulier au niveau du sous-système de soins de santé (responsable : MS) ;
- Mettre en œuvre les recommandations du forum national sur la santé communautaire (responsable : MS) ;
- Concrétiser la mise en œuvre opérationnelle du RAMU et clarifier le rôle des mutuelles de santé dans cette dernière ainsi que la prise en charge des indigents (responsable : MS) ;
- Promouvoir l'appui financier par le MS aux mutuelles de santé afin de tendre vers une autonomie fonctionnelle (responsable : SMCL) ;
- Dynamiser la Table Ronde des partenaires au développement de l'Atacora-Donga afin qu'il joue pleinement son rôle dans le renforcement de la collaboration intersectorielle et de la synergie opérationnelle entre les PTF (responsable : Préfet AD) ;
- Renforcer le rôle des mairies comme partenaires de 1^{er} ordre tel qu'énoncé dans le DTF, pour qu'elles s'impliquent plus dans la mise en œuvre des initiatives en cours dans les 2 sous-territoires du PARZS (responsable : SMCL).

3.3 Enseignements tirés

Enseignements tirés	Public cible
Le changement de comportement est un travail de longue haleine	CTB, PTF, ONG
Avec un bon encadrement et peu de moyen, les acteurs communautaires peuvent jouer un grand rôle dans la promotion de la santé et contribuer à l'atteinte des OMD	CTB, PTF, ONG, MS
Le FBR permet aux acteurs de se recentrer sur leurs fonctions et les priorités telles que définies dans le PNDS	CTB, PTF, ONG, MS
Le renforcement des RH sur fonds propres est une stratégie valable qui devrait être encouragée par le MS (décentralisation)	MS, CTB, PTF
La nécessité de prendre en compte les spécificités des acteurs communautaires dans les procédures d'organisation et de prise en charge de ces derniers lors des activités du projet	CTB

Enseignements tirés	Public cible
L'accompagnement des COGECS et COSA par les organisations de la société civile a permis d'améliorer leur degré de fonctionnalité. Ceci représente un indice que les membres COGECS seraient plus à l'aise dans leur rôle si leur encadrement était assuré par d'autres acteurs que l'offre	MS/PTF
La participation d'autres acteurs de la société civile lors des rencontres entre les COGECS permet d'enrichir les débats et facilite la gestion des tensions lors des réunions	MS/Membre COGES
La participation communautaire à la gestion de la santé dépend largement des connaissances des populations sur les différentes thématiques relatives à la santé ; un bénéficiaire s'exprime ainsi pour illustrer la résolution des problèmes liés à la santé « en s'attaquant aux racines d'un arbre indésirable, on peut être sûr de réussir à le détruire »	PTF / MS / Autorités locales / société civile
La vérification communautaire dans le cadre du FBR est un outil et un support très efficace pour améliorer le dialogue entre l'offre et la demande. Elle donne un pouvoir de négociation aux populations et fait prendre conscience aux prestataires des dysfonctionnements dans leur service	PTF / MS / RR / Autorités locales
L'engagement des prestataires de soins et leur présence lors des séances de sensibilisation accroît la confiance des populations au mouvement mutualiste	MS / Mutuelles / ANAM / PTF
Une stratégie d'appui partant d'une demande des organisations communautaires stimule une sorte de concurrence et crée une émulation positive en vue de réaliser les changements positifs.	CTB / PTF / OSC

4 Annexes

4.1 Critères de qualité

1. PERTINENCE : le degré dans lequel l'intervention est cohérente avec les politiques et priorités locales et nationales ainsi qu'avec les attentes des bénéficiaires.					
Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A ; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D					
Évaluation de la PERTINENCE : note totale		A	B	C	D
		X			
1.1 Quel est le degré de pertinence actuel de l'intervention ?					
X	A	Clairement toujours ancré dans les politiques nationales et la stratégie belge, satisfait aux engagements en matière d'efficacité de l'aide, extrêmement pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.			
	B	S'inscrit toujours bien dans les politiques nationales et la stratégie belge (sans être toujours explicite), relativement compatible avec les engagements en matière d'efficacité de l'aide, pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.			
	C	Quelques questions par rapport à la cohérence avec les politiques nationales et la stratégie belge, l'efficacité de l'aide ou la pertinence.			
	D	Contradictions avec les politiques nationales et la stratégie belge, les engagements en matière d'efficacité de l'aide ; la pertinence vis-à-vis des besoins est mise en doute. Des changements majeurs sont requis.			
1.2 La logique d'intervention, telle qu'elle est conçue actuellement, est-elle toujours la bonne ?					
	A	Logique d'intervention claire et bien structurée ; logique verticale des objectifs réalisable et cohérente ; indicateurs appropriés ; risques et hypothèses clairement identifiés et gérés ; accompagnement de sortie d'intervention mis en place (si cela est applicable).			
X	B	Logique d'intervention appropriée bien qu'elle puisse avoir besoin de certaines améliorations en termes de hiérarchie d'objectifs, d'indicateurs, de risques et hypothèses.			
	C	Les problèmes par rapport à la logique d'intervention peuvent affecter la performance d'une intervention et sa capacité à contrôler et évaluer les progrès ; améliorations requises.			
	D	La logique d'intervention est erronée et nécessite une révision en profondeur pour que l'intervention puisse espérer aboutir.			

2. EFFICIENCE DE LA MISE EN ŒUVRE JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel les ressources de l'intervention (fonds, expertise, temps, etc.) ont été converties en résultats de façon économe.				
Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins deux 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Deux fois un 'B', pas de 'C' ni de 'D' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D				
Évaluation de l'EFFICIENCE : note totale	A	B	C	D
		X		
2.1 Dans quelle mesure les inputs (finances, RH, biens & équipements) sont-ils correctement gérés ?				
	A	Tous les inputs sont disponibles à temps et dans les limites budgétaires.		
X	B	La plupart des inputs sont disponibles dans des délais raisonnables et ne nécessitent pas d'ajustements budgétaires considérables. Une certaine marge d'amélioration est cependant possible.		
	C	La disponibilité et l'utilisation des inputs posent des problèmes qui doivent être résolus, sans quoi les résultats pourraient courir certains risques.		
	D	La disponibilité et la gestion des inputs comportent de sérieuses lacunes qui menacent l'atteinte des résultats. Des changements considérables sont nécessaires.		

2.2 Dans quelle mesure la mise en œuvre des activités est-elle correctement gérée ?		
	A	Les activités sont mises en œuvre dans les délais.
X	B	La plupart des activités sont dans les délais. Certaines sont retardées, mais cela n'a pas d'incidence sur la fourniture des outputs.
	C	Les activités sont retardées. Des mesures correctives sont nécessaires pour permettre la fourniture sans trop de retard.
	D	Les activités ont pris un sérieux retard. Des outputs ne pourront être fournis que moyennant des changements majeurs dans la planification.
2.3 Dans quelle mesure les outputs sont-ils correctement atteints ?		
	A	Tous les outputs ont été et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps et de bonne qualité, ce qui contribuera aux outcomes planifiés.
X	B	Les outputs sont et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps, mais une certaine marge d'amélioration est possible en termes de qualité, de couverture et de timing.
	C	Certains outputs ne s(er)ont pas livrés à temps ou de bonne qualité. Des ajustements sont nécessaires.
	D	La qualité et la livraison des outputs comportent et comporteront plus que vraisemblablement de sérieuses lacunes. Des ajustements considérables sont nécessaires pour garantir au minimum que les outputs clés seront livrés à temps.

3. EFFICACITÉ JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel l'outcome (objectif spécifique) est atteint, tel que prévu à la fin de l'année N					
Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D					
Évaluation de l'EFFICACITÉ : note totale		A	B	C	D
				X	
3.1 Tel qu'il est mis en œuvre actuellement, quelle est la probabilité que l'outcome soit réalisé ?					
	A	La réalisation totale de l'outcome est vraisemblable en termes de qualité et de couverture. Les résultats négatifs (s'il y en a) ont été atténués.			
	B	L'outcome sera atteint avec quelques minimales restrictions ; les effets négatifs (s'il y en a) n'ont pas causé beaucoup de tort.			
X	C	L'outcome ne sera atteint que partiellement, entre autres en raison d'effets négatifs auxquels le management n'est pas parvenu à s'adapter entièrement. Des mesures correctives doivent être prises pour améliorer la probabilité de la réalisation de l'outcome.			
	D	L'intervention n'atteindra pas son outcome, à moins que d'importantes mesures fondamentales soient prises.			
3.2 Les activités et les outputs sont-ils adaptés (le cas échéant) dans l'optique de réaliser l'outcome ?					
	A	L'intervention réussit à adapter ses stratégies/activités et outputs en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. Les risques et hypothèses sont gérés de manière proactive.			
X	B	L'intervention réussit relativement bien à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. La gestion des risques est relativement passive.			
	C	L'intervention n'est pas totalement parvenue à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes de façon appropriée ou dans les temps. La gestion des risques a été plutôt statique. Une modification importante des stratégies s'avère nécessaire pour garantir à l'intervention la réalisation de son outcome.			
	D	L'intervention n'est pas parvenue à réagir à l'évolution des circonstances externes ; la gestion des risques a été insuffisante. Des changements considérables sont nécessaires pour réaliser l'outcome.			

4. DURABILITÉ POTENTIELLE : le degré de probabilité de préserver et reproduire les bénéfices d'une intervention sur le long terme (au-delà de la période de mise en œuvre de l'intervention).					
Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins 3 'A', pas de 'C' ni de 'D' = A; Maximum 2 'C', pas de 'D' = B ; Au moins 3 'C', pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D					
Évaluation de la DURABILITÉ POTENTIELLE : note totale		A	B	C	D
				X	
4.1 Durabilité financière/économique ?					
	A	La durabilité financière/économique est potentiellement très bonne : les frais liés aux services et à la maintenance sont couverts ou raisonnables ; les facteurs externes n'auront aucune incidence sur celle-ci.			
	B	La durabilité financière/économique sera vraisemblablement bonne, mais des problèmes peuvent survenir en raison notamment de l'évolution de facteurs économiques externes.			
X	C	Les problèmes doivent être traités en ce qui concerne la durabilité financière soit en termes de frais institutionnels ou liés aux groupes cibles, ou encore d'évolution du contexte économique.			
	D	La durabilité financière/économique est très discutable, à moins que n'interviennent des changements majeurs.			
4.2 Quel est le degré d'appropriation de l'intervention par les groupes cible et persistera-t-il au terme de l'assistance externe ?					
	A	Le Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes sont fortement impliqués à tous les stades de la mise en œuvre et s'engagent à continuer à produire et utiliser des résultats.			
	B	La mise en œuvre se base en grande partie sur le Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes impliqués eux aussi, dans une certaine mesure, dans le processus décisionnel. La probabilité d'atteindre la durabilité est bonne, mais une certaine marge d'amélioration est possible.			
X	C	L'intervention recourt principalement à des arrangements ponctuels et au Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes en vue de garantir la durabilité. La continuité des résultats n'est pas garantie. Des mesures correctives sont requises.			
	D	L'intervention dépend totalement des structures ponctuelles n'offrant aucune perspective de durabilité. Des changements fondamentaux sont requis pour garantir la durabilité.			
4.3 Quels sont le niveau d'appui politique fourni et le degré d'interaction entre l'intervention et le niveau politique ?					
	A	L'intervention bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra.			
	B	L'intervention a bénéficié, en général, de l'appui de la politique et des institutions chargées de la mettre en œuvre, ou à tout le moins n'a pas été gênée par ceux-ci, et cet appui se poursuivra vraisemblablement.			
X	C	La durabilité de l'intervention est limitée par l'absence d'appui politique. Des mesures correctives sont requises.			
	D	Les politiques ont été et seront vraisemblablement en contradiction avec l'intervention. Des changements fondamentaux s'avèrent nécessaires pour garantir la durabilité de l'intervention.			
4.4 Dans quelle mesure l'intervention contribue-t-elle à la capacité institutionnelle et de gestion ?					
	A	L'intervention est intégrée aux structures institutionnelles et a contribué à l'amélioration de la capacité institutionnelle et de gestion (même si ce n'est pas là un objectif explicite).			
X	B	La gestion de l'intervention est bien intégrée aux structures institutionnelles et a contribué d'une certaine manière au renforcement des capacités. Une expertise supplémentaire peut s'avérer requise. Des améliorations sont possibles en vue de garantir la durabilité.			
	C	L'intervention repose trop sur des structures ponctuelles plutôt que sur des institutions ; le renforcement des capacités n'a pas suffi à garantir pleinement la durabilité. Des mesures correctives sont requises.			
	D	L'intervention repose sur des structures ponctuelles et un transfert de compétences vers des institutions existantes, qui permettrait de garantir la durabilité, est improbable à moins que des changements fondamentaux n'interviennent.			

4.2 Décisions prises par le Comité de pilotage et suivi

Décision						Suivi	
N°	Décision	Période d'identification	Source	Acteur	Date limite	Etat d'avancement	Statut
1	Initier et/ou maintenir une communication permanente avec les différents acteurs locaux dans la mise en œuvre du PARZS afin d'obtenir l'appui de l'ensemble desdits acteurs à la mise en œuvre des actions du projet, notamment les élus locaux, maires, la CAD	févr-12	Rapports Q2	Coordinateur technique PARZS	En continu	Réalisé : au moins 10 forum de restitution aux élus locaux, implication des élus locaux et du préfet dans les activités du projet; présence des acteurs dans les comités de pilotage FBR, au forum national des activités communautaires et lors des supervisions des acteurs communautaires	ONGOING
2	Prendre en compte dans l'ensemble des projets le genre dans le cadre de l'exécution des activités programmées	févr-12	TDR et rapports d'activités	Direction PARZS	En continu	Réalisé : prise en compte systématique du genre dans la mise en place des réseaux et des cadres de concertation au sein des acteurs communautaires	ONGOING
3	Appliquer les recommandations des différentes missions d'audit par les équipes de projet concernées à travers une feuille de route dûment établie	févr-12	Rapports d'audit et EMP	Direction PARZS	En continu	Réalisé	ONGOING
4	Assurer la poursuite des visites de terrain de la mission conjointe MS-AIMS sur une base semestrielle	févr-12	Rapport SMCL	SG/MS	sept. 2013	Mission réalisée dans le MC en août 2013	ONGOING
5	Prendre en compte dans l'ensemble des projets le genre dans le cadre de l'exécution des activités programmées	févr-12	Rapport SMCL	Membres SMCL	En continu	Voir thème transversal sur le genre	ONGOING
6	Veiller à un rapportage succinct et cohérent de l'état d'avancement du projet en mettant l'accent sur les résultats à obtenir et les retards dans l'exécution	juil-12	Q3-Q4	Direction PARZS	En continu	Réalisé	ONGOING
7	Assurer la mobilisation des fonds de contrepartie nationale pour les 2 projets AIMS et PARZS	juil-12	Rapport SMCL	Membres SMCL	oct. 2012	Deux nouveaux régisseurs ont été nommés (un pour chaque projet) Les fonds ont été mobilisés pour les deux projets pour la période sous-revue	ONGOING

Décision						Suivi	
N°	Décision	Période d'identification	Source	Acteur	Date limite	Etat d'avancement	Statut
8	Documenter, diffuser et étendre l'approche "équipe innovante" aux autres ZS, aux organes de gestion et à la gestion des RH	févr-13	Rapport SMCL	PARZS DDS MC	En continu	Réalisé à ADD et documentation de l'activité à KTL. Rencontre d'échanges entre les ZS de KTL et DCO	ONGOING
9	Définir une stratégie de pérennisation des actions de formation en matière de planning familial dans les zones sanitaires	févr-13	Rapport SMCL	DDS MC		Pas de stratégie élaborée à proprement parler mais appropriation de l'activité par les ZS. Dans l'AD : répartition des responsabilités entre les PTF : engagement de PSI/ABMS et UNFPA à poursuivre la stratégie	ONGOING
10	Prendre en compte la contrepartie nationale dans les différents rapports des projets	févr-13	Rapport SMCL	AIMS/PARZS	En continu	Régisseur nommé, microplanification élaborée, dépenses effectuées	ONGOING
11	Mettre en place un mécanisme d'information/implication des préfets dans le suivi de l'exécution des marchés publics	févr-13	Rapport SMCL	PARZS		MC : réflexion en cours AD : comptes rendus réguliers par le DDS, puis transmissions de notes trimestrielles (pas en Q4)	ONGOING
12	Documenter, partager et étendre l'intégration du genre à d'autres partenaires et à l'offre accompagné des propositions pour le niveau central	févr-13	Rapport SMCL	PARZS (demande)		Prise en compte dans le cadre de la formulation du PASS	OPEN
13	Procéder au redéploiement immédiat des équipements biomédicaux en surplus dans les deux sous-territoires en tenant compte des besoins initiaux objets de la commande du lot 1 et du rapport de la DIEM	juil-13	Rapport SMCL	DDS MC et AD		Réalisé	CLOSED
14	Réduire les interférences notamment du niveau central et des partenaires dans l'exécution des plans de travail des niveaux déconcentrés (DDS, EEZS) en respectant le rôle régalién de chaque niveau	juil-13	Rapport SMCL	SGM/MS et DDS		Pas d'amélioration notée, pas d'avancée notable sur la stratégie de la planification ascendante	ONGOING
15	S'assurer de la synergie opérationnelle entre les PTF au niveau des ZS et des DDS	juil-13	Rapport SMCL	SGM/MS et DDS		AD : le PARZS est chef de file des PTF santé; envoi d'une note aux PTF sur les stratégies d'appui à la DDS et aux ZS, harmonisation des activités des RC et répartition des responsabilités entre PTF pour la formation des RC et les domaines d'activités de manière général	ONGOING

Décision						Suivi	
N°	Décision	Période d'identification	Source	Acteur	Date limite	Etat d'avancement	Statut
16	Organiser des supervisions conjointes SGM/AIMS/ DPP/GTT sur la base d'un calendrier consensuel négocié entre toutes les parties prenantes	juil-13	Rapport SMCL	AIMS/DPP et PARZS		Pas d'amélioration notée : pas encore de calendrier	ONGOING
17	La direction du projet au Mono/Couffo doit prendre le pilotage pour stimuler la concertation entre les PTF et les ONG intervenants dans la santé	juil-13	Rapport SMCL	DDS/MC		MC : réunion de concertation prévue en Q4 2013 n'a pas eu lieu et la dynamique doit-être relancée en 2014. Les ONG intervenant en santé sont identifiées mais le problème des PTF reste entier. En effet les PTF sont à Cotonou et ne disposent pas des représentants dans le MC et ils ne répondent pas aux invitations de la DDS préférant travailler directement avec les ONG contractés par eux	ONGOING
18	Assurer la planification à bonne date des activités à exécuter sur la contrepartie béninoise et le suivi de leur mise en œuvre effective	juil-13	Rapport SMCL	AIMS/PARZS		AIMS et les 02 DDS ont fait la planification ; suivi difficile au niveau des UG des 02 projets	ONGOING
19	Mettre davantage le focus sur les chantiers prioritaires et les changements clés visés dans les projets en dernière année de leur phase opérationnelle	juil-13	Rapport SMCL	AIMS/PARZS		Priorisation déjà réalisée dans le cadre de la mise en œuvre des recommandations de l'EMP et en cours d'exécution	ONGOING
20	Faire un suivi de l'exécution des plans de mise en œuvre des recommandations et en faire un compte rendu aux prochaines sessions de la SMCL	juil-13	Rapport SMCL	AIMS/PARZS		Suivi lors du Backstopping ; préparation d'un état d'avancement lors de la SMCL de février 2014	ONGOING
21	Présenter le plan de mise en œuvre des recommandations des audits aux prochaines sessions de la SMCL.	juil-13	Rapport SMCL	AIMS/PARZS	En continu	Plan de mise en œuvre élaboré. Sera présenté à la SMCL de février 2014	ONGOING
22	Documenter le processus des marchés publics afin d'identifier les goulots d'étranglement et les différents niveaux de responsabilité et proposer des mesures adéquates	juil-13	Rapport SMCL	AIMS/PARZS	Q1 2014	Réalisé par l'ATN-MO, rapport disponible	ONGOING

4.3 Cadre logique mis à jour

Pas de changement.

4.4 Aperçu des MoRe Results

Résultats ou indicateurs du cadre logique modifiés au cours des 12 derniers mois ?	Non
Rapport <i>Baseline</i> enregistré dans PIT ?	Oui
Planning de la MTR (enregistrement du rapport)	MTR réalisé en avril 2013 Rapport disponible
Planning de l'ETR (enregistrement du rapport)	07/2014 (estimation)
Missions de backstopping depuis le 01/01/2013	CTB siège : 02/2013 et 11/2013 KIT : 03/2013 et 11/2013

Exécution budgétaire au 31/12/2013							
Budget line	Description	Fin Mode	Budget Approuvé par SMCL Juillet 2013	Total dépenses au 31/12/2012	Total dépenses 2013	Total dépenses au 31/12/2013	% Exéc
A_03_01	Personnel local (comptable)	REGIE		0	0	0	0
A_03_02	Maintenance et entretien matériel roulant	COGEST	600	565	0	565	94%
A_03_03	Fonctionnement (incl missions, séminaires, formations)	COGEST	13 931	13 415	40	13 455	97%
A_03_04	Accords d'exécution ZS Basila	COGEST	257 701	66 849	33 350	100 199	39%
B	B Volet sous-projet Mono Couffo		2 893 581	1 518 379	621 560	2 139 940	74%
B01	L'offre des soins de santé de qualité (R1), la gestion et la gouvernance (R2) et les liens de collaboration (R4) sont renforcés au niveau su DDS du Mono-Couffo		990 471	573 682	293 494	867 175	88%
B_01_01	Personnel local (Staff UGV Lokossa : AG, secrétaire, 3 chauffeurs, ATN MO, 1 PF RA)	REGIE	216 245	88 437	72 151	160 588	74%
B_01_02	Maintenance et entretien matériel roulant	COGEST	30 200	5 205	25 781	30 985	103%
B_01_03	Fonctionnement (incl missions, séminaires, formations)	COGEST	494 374	295 046	149 716	444 763	90%
B_01_04	Fonctionnement CHD	COGEST	249 652	184 994	45 845	230 839	92%
B02	L'offre des soins de santé de qualité (R1), la gestion et la gouvernance (R2) et les liens de collaboration (R4) sont renforcés dans la ZS de Klouekanmè		603 083	284 199	124 012	408 211	68%
B_02_01	Personnel local (comptable)	REGIE			0	0	0
B_02_02	Maintenance et entretien matériel roulant	COGEST	5 000	2 978	1 616	4 594	92%
B_02_03	Fonctionnement (incl missions, séminaires, formations)	COGEST	35 212	35 175	0	35 175	100%
B_02_04	Accords d'exécution ZS Klouekanmè	COGEST	562 871	246 046	122 396	368 442	65%
B03	L'offre des soins de santé de qualité (R1), la gestion et la gouvernance (R2) et les liens de collaboration (R4) sont renforcés dans la ZS de Comé		695 058	358 401	110 063	468 464	67%
B_03_01	Personnel local (AG Fleur)	REGIE	60 695	33 476	15 292	48 768	80%
B_03_02	Maintenance et entretien matériel roulant	COGEST	0	-834	0	-834	834

Exécution budgétaire au 31/12/2013							
Budget line	Description	Fin Mode	Budget Approuvé par SMCL Juillet 2013	Total dépenses au 31/12/2012	Total dépenses 2013	Total dépenses au 31/12/2013	Solde budgétaire 31/12/2013
B_03_03	Fonctionnement (incl missions, séminaires, formations)	COGEST	3 164	7 031	-3 888	3 143	21
B_03_04	Accords d'exécution ZS Comé	COGEST	631 199	318 728	98 658	417 387	213 812
B04	L'offre des soins de santé de qualité (R1), la gestion et la gouvernance (R2) et les liens de collaboration (R4) sont renforcés dans la ZS de Alphahoué		604 969	302 097	93 992	396 090	208 880
B_04_01	Personnel local (comptable)	REGIE	39 989	33 758	7 105	40 864	-875
B_04_02	Maintenance et entretien matériel roulant	COGEST	1 700	1 617	0	1 617	84
B_04_03	Fonctionnement (incl missions, séminaires, formations)	COGEST	34 440	34 433	0	34 433	7
B_04_04	Accords d'exécution ZS Alphahoué	COGEST	528 840	232 290	86 887	319 177	209 663
C	C Volet sous-projet Facilités		1 643 668	708 789	570 590	1 279 379	364 289
C01	La contribution de la population par rapport à la demande des soins de santé de qualité est mieux organisée dans le département sanitaire de l'Atacora Donga (R3)		704 750	324 450	221 520	545 970	158 780
C_01_01	Personnel local (Staff UGV FC AD : 1 AG, 1 secrétaire, 1 CVA, 2 CAC)	REGIE	178 755	82 303	50 007	132 310	46 445
C_01_02	Maintenance et entretien véhicules	REGIE	14 100	8 197	4 119	12 316	1 784
C_01_03	Fonctionnement (incl missions, séminaires, formations)	REGIE	153 400	85 515	50 734	136 249	17 151
C_01_04	Accords d'exécution société civile + expertise	REGIE	358 495	148 435	116 660	265 095	93 400
C02	La contribution de la population par rapport à la demande des soins de santé de qualité est mieux organisée dans le département sanitaire du Mono-Couffo (R3)		938 918	384 340	349 070	733 409	205 509
C_02_01	Personnel local (Staff UGV FC MC : 1 AG, secrétaire, 2 CVA, 3 CAC)	REGIE	220 536	108 937	73 205	182 142	38 394
C_02_02	Maintenance et entretien véhicules	REGIE	17 000	11 305	3 887	15 192	1 808
C_02_03	Fonctionnement (incl missions, séminaires, formations)	REGIE	147 500	81 294	45 330	126 624	20 876

Exécution budgétaire au 31/12/2013							
Budget line	Description	Fin Mode	Budget Approuvé par SMCL Juillet 2013	Total dépenses au 31/12/2012	Total dépenses 2013	Total dépenses au 31/12/2013	% Exéc
C_02_04	formations) Accords d'exécution société civile + expertise	REGIE	553 882	182 804	226 648	409 451	74%
D	D Volet commun		4 757 083	2 479 066	1 647 410	4 126 476	87%
D01	Investissements directs ZS + Investissements équipes de gestion		4 757 083	2 479 066	1 647 410	4 126 476	87%
D0101	Constructions et réhabilitations ZS	COGEST	2 371 449	1 207 280	903 245	2 110 524	89%
D0102	Equipements médicaux ZS + centres de maintenance	COGEST	474 890	122 719	352 098	474 817	100%
D0103	Matériel roulant ZS	COGEST	0	944	0	944	-944
D0104	Informatique / Bureautique ZS	COGEST	166 500	144 981	28 861	173 842	-7 342
D0105	Equipements bureaux des DDS, ZS et Facilités	REGIE	137 384	137 033	2 218	139 251	-1 867
D0106	Véhicules DDS (2), ZS (5) et Facilités (2)	REGIE	362 630	311 088	38 572	349 660	96%
D0107	Matériel roulant ZS	REGIE	592 075	523 642	68 378	592 020	100%
D0108	Suivi et contrôle maîtrise d'œuvre des constructions	REGIE	62 700	31 378	15 793	47 171	75%
D0109	Installations Tech. Pour FS	REGIE	256 157		0	0	0%
D0110	Equipements médicaux ZS + centres de maintenance	REGIE	333 298		238 245	238 245	71%
X	Réserve budgétaire (max 5% total activités)				0	0	0
X01	Réserve budgétaire						0
X_01_01	Réserve budgétaire COGESTION	COGEST					
X_01_02	Réserve budgétaire REGIE	REGIE					
Z	Moyens généraux		3 348 710	1 559 621	898 739	2 458 361	73%
Z01	Assistance Technique		3 143 010	1 527 860	785 758	2 313 619	74%
Z_01_01	Assistants techniques DDS, Facilités	REGIE	2 122 899	1 035 294	502 274	1 537 568	72%
Z_01_02	Assistants techniques ZS et CHD (avec le RAF)	REGIE	1 020 111	492 567	283 484	776 051	76%
Z_01_03	Programme Junior	REGIE		4 017	-3 877	140	

Exécution budgétaire au 31/12/2013								
Budget line	Description	Fin Mode	Budget Approuvé par SMCL Juillet 2013	Total dépenses au 31/12/2012	Total dépenses 2013	Total dépenses au 31/12/2013	% Exéc	Solde budgétaire 31/12/2013
Z_01_04	Equipe technique expertise NEW (AP Florence, KIT, OSC, Application PTA, Audit hospitalier, structure coûts sang)	REGIE	129 800		95 987	95 987	74%	
Z02	Audit, suivi et évaluation		205 700	31 761	112 981	144 742	70%	60 958
Z_02_01	Evaluation (2 experts/mission) y compris baseline thèmes transversaux	REGIE	135 000	6 406	85 624	92 030	68%	42 970
Z_02_02	Audit	REGIE	39 000	14 498	11 520	26 018	67%	12 982
Z_02_03	Backstopping	REGIE	28 000	10 857	12 877	23 733	85%	4 267
Z_02_04	Communication for development	REGIE	3 700		2 960	2 960	80%	740
			REGIE 7 453 835	3 558 415	2 102 116	5 660 531	76%	1 793 304
			COGEST 6 846 165	3 399 548	2 102 580	5 502 128	80%	1 344 037
			TOTAL 14 300 000	6 957 963	4 204 696	11 162 659	78%	3 137 341

4.5.2 Exécution budgétaire : budget cadre logique de l'intervention

RAPPORT FINANCIER DES RESULTATS AU 31/12/2013							
Cur. €							
		Budget G01	Total dépenses au 31/12/2012	% Exec au 31/12/2012	Dépenses 2013	Total dépenses au 31/12/2013	% Exec budget au 31/12/2013
N°	RÉSULTATS ATTENDUS ET DOMAINES ACTIVITÉS						
R 1	L'offre de soins de santé de qualité dans les zones sanitaires de Comé, KTL, ADD, Bassila et DOC a été renforcée						
A1.1	Améliorer la couverture physique des services au 1 ° et 2 ° échelon.						
A1.2	Rationaliser les soins et de l'offre de santé (PMA, PCA) dans les centres de santé et à l'Hôpital de Zone (HZ) en y intégrant aussi les activités des programmes verticales là où c'est utile et faisable						
A1.3	Rationaliser les soins communautaires : maternités isolées, UVS, stratégie avancée, relais communautaires.						

RAPPORT FINANCIER DES RESULTATS AU 31/12/2013 Cur. €						
	Budget G01	Total dépenses au 31/12/2012	% Exec au 31/12/2012	Dépenses 2013	Total dépenses au 31/12/2013	% Exec budget au 31/12/2013
A1.4	Renforcer le système de référence et de contre-référence au niveau de la ZS et vers le CHD ; développer le rôle d'appui de l'hôpital de la ZS aux formations sanitaires de premier niveau.	75 766		14 117	89 884	
A1.5	Intégrer et/ou consolider les acquis du programme PASTAM au niveau de chaque ZS	39 334		6 456	45 790	
A1.6	Instaurer un système assurance globale de la qualité des soins au niveau de la ZS.	468 619		97 165	565 784	
A1.7	Mettre en place un système de gestion des déchets médicaux et non-médicaux au niveau des Centres de santé et l'HZ	204 113		31 678	235 790	
R 2	La gestion et la Gouvernance des 5 zones et des 2 DDS ont été renforcées	559 474	51%	138 629	698 103	64%
A2.1	Appuyer la réforme au niveau des organes de gestion au sein du DDS et ZS en clarifiant/actualisant/vulgarisant les textes et en testant des modes d'organisation interne alternatifs	49 385		1 142	50 526	
A2.2	Stimuler une dynamique de travail en équipe et la gestion style 'accompagnateur' d'une équipe au niveau des EEZS, DDS, COGES, COGEHZ, COSA	74 514		17 471	91 985	
A2.3	Clarifier le concept du développement de ZS, avec l'élaboration d'une vision stratégique à moyen terme au niveau de chaque ZS en tenant compte du rôle des communes (organiser l'intercommunalité)	1 335		418	1 753	
A2.4	Renforcer les capacités managériales des EEZS, notamment en planification	150 438		10 719	161 157	
A2.5	Développer des stratégies opérationnelles à la portée des ZS pour assurer la présence d'un personnel motivé et compétent	34 661		6 379	41 040	
A2.6	Améliorer la transparence et l'efficacité dans la gestion financière et la tarification	55 886		8 298	64 184	
A2.7	Mettre en place une stratégie (jusqu'au niveau départemental) par rapport à la maintenance et la gestion du patrimoine	6 310		2 029	8 339	
A2.8	Renforcer la disponibilité des MEG de bonne qualité au niveau de la ZS	6 002		-	6 002	
A2.9	Mettre en place un circuit documenté d'analyse, de réflexion et de capitalisation, basé sur de l'information fiable.	180 943		92 173	273 116	
R 3	La contribution de la population par rapport à la demande des soins de santé de qualité est mieux organisée	646 048	56%	336 024	700 333	108%
A3.1	Renforcer et améliorer le fonctionnement des organes de gestion	126 060		68 625	194 686	
A3.2	Développer une dynamique de réseautage communautaire afin d'assurer une réelle participation et un pouvoir de négociation significatif	132 435		111 545	243 980	
A3.3	Instaurer une attitude d'écoute et de redevabilité au niveau des prestataires des services de santé vis-à-vis de la population pour renforcer la demande	68 727		27 814	96 540	
A3.4	Appuyer des stratégies alternatives de financement des soins de santé	37 088		128 039	165 127	

RAPPORT FINANCIER DES RESULTATS AU 31/12/2013 Cur. €						
	Budget G01	Total dépenses au 31/12/2012	% Exec au 31/12/2012	Dépenses 2013	Total dépenses au 31/12/2013	% Exec budget au 31/12/2013
R 4						
A4.1	484 536	34 391	7%	333 494	367 885	76%
A4.2		16 638		4 160	20 798	
		5 873		397	6 270	
A4.3		-		-	-	
A4.4		7 976		-	7 976	
A4.5		131		1 146	1 277	
A4.6		3 772		327 791	331 563	
D	4 757 083	2 409 683	51%	1 605 396	4 015 079	84%
D_01_01	2 690 306	1 251 527	48%	910 459	2 161 986	80%
D_01_02	808 188	98 332	11%	590 343	688 676	85%
D_01_04	166 500	99 381	54%	28 861	128 242	77%
D_01_05	137 384	125 712	79%	2 218	127 930	93%
D_01_06	954 705	834 731	99%	73 516	908 246	95%
Z	5 505 115	2 627 451	48%	1 600 962	4 228 413	77%
A0.7	3 272 010	1 545 326	48%	882 096	2 427 422	74%
A0.1	986 704	470 336	48%	312 669	783 005	79%
A0.3	99 100	31 232	29%	31 267	62 499	63%
A0.5	940 801	550 958	55%	271 634	822 592	87%
A0.9	206 500	29 600	14%	103 296	132 896	64%
	14 300 000	6 958 423	49%	4 206 423	11 164 846	78%
TOTAL GENERAL						

4.5.3 Exécution budgétaire : contribution nationale

N°	Activités	Etat d'exécution	Indicateur de suivi	Taux d'exécution physique	Source de financement	Exécution financière en millions de F CFA			Localisation
						P	R	T	
1	Assurer le paiement des primes aux responsables et cadres techniques du projet	NE		0	BN	5	0	0%	Mono/Couffo et Atacora/Donga
2	Acheter les fournitures de bureau pour la coordination, les DDS et les ZS appuyées par le projet (complément)	E	DDS et ZS Fonctionnelles	100%	BN	7,5	7,5	100%	Mono/Couffo et Atacora/Donga
3	Acheter les produits d'entretien pour la coordination, les DDS et les ZS appuyées par le projet	E	DDS et ZS Fonctionnelles	100%	BN	5	5	100%	Mono/Couffo et Atacora/Donga
4	Acheter de carburant pour appuyer la gratuité des références et contre références pour les ZS appuyées par le projet	E	DDS et ZS Fonctionnelles	50%	BN	6	3	50%	Mono/Couffo et Atacora/Donga
5	Acheter de carburant pour appuyer les activités d'accompagnement des Zones Sanitaires par les DDS	E	DDS et ZS Fonctionnelles	50%	BN	8,5	2	24%	Mono/Couffo et Atacora/Donga
6	Réaliser des visites d'échange sur le FBR	E	Bon déroulement des activités	50%	BN	2	1,275	64%	Atacora/Donga
7	Assurer le paiement des compléments des frais de mission aux agents des zones sanitaires et des DDS pour leur participation aux différentes activités (complément PARZS)	E	Bon déroulement des activités	100%	BN	12	9,768	81%	Mono/Couffo et Atacora/Donga
7.1	Faire la Supervision des crédits délégués de 2012 et 1er semestre 2013 dans Atacora/Donga (1230500)								Atacora/Donga
7.2	Faire la Supervision de la gestion des financements communautaires dans Atacora/Donga (1238000)								Atacora/Donga
7.3	Faire l'inventaire du patrimoine de l'Etat au CHD Mono (1.035.000)								Mono/Couffo
7.4	Faire l'inventaire du patrimoine de l'Etat à la DDS MC (1.440.000)								Mono/Couffo
7.5	Faire l'audit administratif, financier et comptable de l'HZ de Lokossa (1.060.000)								Mono/Couffo
7.6	Faire la supervision médicale et paramédicale des FS de la ZS de Klouékanmey (1.006.000)								Mono/Couffo
7.7	Faire l'audit administratif, financier et comptable de l'HZ de Comé (1.188.500)								Mono/Couffo

N°	Activités	Etat d'exécution	Indicateur de suivi	Taux d'exécution physique	Source de financement	Exécution financière en millions de F CFA			Localisation
						P	R	T	
7.8	Faire la collecte de données pour l'élaboration de l'annuaire statistique 2012 de la ZS Comè (1.001.000)								Mono/Couffo
7.9	Faire le recensement des cabinets privés dans la ZS Comè (214.000)								Mono/Couffo
7.10	Participer à la remise officielle des cartes aux adhérents de RAMU ((355.000)								Cotonou
8	Assurer le règlement de frais de missions diverses	E	Bon déroulement des activités	100%	BN	4	2,855	71%	Mono/Couffo et Atacora/Donga
9	Acheter des pièces de rechanges automobiles aux DDS et ZS appuyées par le PARZS	E	DDS et ZS appuyées	100%	BN	0	13,56	-	Mono/Couffo et Atacora/Donga
	Totaux			72%		50	44,96	90%	

4.6 Ressources en termes de communication

- Utilisation des radios communautaires (relais communautaires, PF) ;
- Utilisation des médias (remise officielle des chèques pour le FBR,...) ;
- Participation au documentaire PASS ;
- Production de vidéos (activités PARZS, infrastructures, mutuelles,...) ;
- Mise à jour de la base de photos PARZS sur Picasa ;
- Réalisation d'un dossier de presse ;
- Réalisation de dépliants et brochures (Transfusion sanguine, PF, draft FSI) ;
- Réalisation d'affiches (mutuelles,...) ;
- Publication d'articles sur le site du MS ;
- Publication de 38 articles pour le clin d'œil ;
- Publication de 6 articles pour le bulletin CTB (thèmes : journée internationale de la femme rurale, gestion des DBM, organes de cogestion, FBR, mutuelles de santé, infrastructures) + participation aux dépliants genre et l'environnement ;
- Organisation d'une exposition, livret et film sur la médecine traditionnelle (2 sessions d'exposition d'un mois en Belgique et 3 sessions de visionnage du film) ;
- Publication de 4 articles sur le blog des juniors.

4.7 Etat d'avancement de la mise en œuvre des recommandations de l'évaluation à mi-parcours du PARZS

Période de l'évaluation à mi-parcours (EMP) : mars-avril 2013

N°	Thème	Intitulé	Niveau d'exécution	Taux d'exécution
1	Priorités	Eviter de disperser ses efforts et les orienter vers des priorités clairement définies, à savoir des problèmes importants et vulnérables à court terme OFFRE - bilan des activités de fonctionnement des PALI et bénéficiaires en général qui dépendent du financement du PARZS, pour définir dès à présent une « stratégie de sortie » et susciter une préoccupation d'autonomisation (autofinancement) des acquis	DDS: 3 axes (amélioration du fonctionnement, accompagnement des ZS, renforcement de la coordination) Priorités ZS: - Renforcer le fonctionnement d'EEZS, - gestion de l'Aire de Santé et de la ZS - FBR et AFBP - Qualité des soins y compris le système de R/CR (PIHI: SONUB, SONUC, audits décès maternels) - RAMU (indigents, MUSA) - Supervision intégrée, monitoring + - Gestion des DBM: incinérateurs, matériel d'hygiène /Assainissement, - Disponibilité et Sécurité transfusionnelle	Réalisée 100%
2	Financement alternatif de la santé	Initier des études complémentaires sur le financement alternatif de la santé, en examinant notamment les possibilités de mise en place d'une tarification par forfait, complémentaire aux mutuelles de santé	Etude sur la tarification des actes en cours: protocole validé, collecte des données en février 2014	En cours 50%
3	Bénévolat dans la cogestion	Entamer une réflexion bipartite (prestataires de soins – population) sur les limites du bénévolat dans les organes de cogestion et les solutions à y apporter, sans doute dans le prochain programme	Primes de performance accordées à Bassila en 2013, à DCO: processus en cours (évaluation de la performance en février 2014 sera suivie de remise de primes)	En cours 70%
4	FBR et organes de cogestion	Inclure les organes de cogestion dans les retombées financières du FBR	Intégration a démarré: tâches identifiées, dispositif élaboré, primes: 5% EEZS au COSA et 5% CS aux COGECS (depuis décembre 2013)	En cours (60% des organes) 60%
5	Coordination interne au projet	Organiser des réunions hebdomadaires de coordination entre Volet Offre et Volet Demande du projet et des réunions trimestrielles de concertation entre l'AD et le MC	Réunions hebdo des UGV, réunions mensuelles des 2 volets, Sessions trimestrielles encore irrégulières	Réalisée 70%
6	Rapports annuels	Repenser la manière de présenter les rapports annuels de façon à mieux expliquer aux lecteurs tiers l'atteinte des résultats concrets et des difficultés	Le PARZS suit les canevas élaborés par le Siège et s'adapte aux modifications, MEO peu vulnérable. Harmonisation des canevas avec la partie nationale n'est pas effective	Réalisée 100%

N°	Thème	Intitulé	Niveau d'exécution	Taux d'exécution	
				Non acceptée	
7	Récolte des résultats	Parachever l'exercice de « récolte des résultats » dans le but d'arriver à des décisions pour la suite du projet, et décider si l'utilisation de cette méthode est utile ou non jusqu'à la fin du projet	Recommandation non acceptée par l'ensemble du projet	Non acceptée	
8	Cadre logique	Recentrer le suivi du projet sur l'exécution du cadre logique (en utilisant au besoin les tableaux de l'EMP)	Outils disponibles pour le suivi de la planification et de la consommation budgétaire, analyse des résultats selon le cadre logique; rapport trimestriel suivant modèle CTB	Réalisée	70%
9	Analyse et suivi des risques	Actualiser la liste des « risques » identifiés par le DTF et les Rapports du projet et de voir exactement ce qu'il est possible d'entreprendre pour minimiser les risques le plus importants dans les 18 mois qui restent	Suivi mensuel des risques et des dysfonctionnements, puis adoption de mécanismes correcteurs et de réduction des risques, Formation sur la gestion des risques prévue en décembre mais renvoyée en Q2 2014 par causes d'interférence des activités	Réalisée	60%
10	Marqueurs de progrès	Bien définir la politique du projet concernant l'utilisation des marqueurs de progrès de l'Outcome Mapping et s'efforcer de présenter clairement l'évolution de ces marqueurs dans les rapports annuels	Politique du projet définie lors du backstopping de décembre 2012, marqueurs de progrès intégrés dans les rapports annuels, suivi trimestriel	Réalisée	100%
11	Partenaires du terrain	Avec les PTF de terrain, dépasser la coordination opérationnelle (cofinancement d'activités, etc.) pour engager une réflexion de fond sur ce qu'est le « développement d'une ZS »	Les PTF de terrain ne sont pas intéressés par cette stratégie car les équipes sont plus exécutantes que conceptrices, Un cahier de charge à remplir bien défini et des indicateurs à atteindre. Depuis Q4 2013, MEO de la stratégie de la gestion de l'aire avec le SYLOS	Non réalisée	
12	Expertise externe	Reprenre tous les documents d'études, d'ateliers, de consultation, d'expertise externe, etc. pour faire le bilan de leur utilité, du passage à la mise en œuvre, des idées qu'il est possible d'appliquer d'ici la fin du projet, en chiffrant le coût de ces études (étude coût-efficacité)	Recommandation non acceptée par l'ensemble du projet, car valeur ajoutée jugée peu suffisante au vu du contexte d'exécution peu évolutif (selon l'EMP)	Non acceptée	
13	Expertise interne	Réorienter les activités des AT au-delà du « conseil » et du « faire faire », en utilisant leurs compétences techniques pour des livrables concrets	AT engagés déjà dans des stratégies comme: renforcement des organes de cogestion, accompagnement des ZS, gestion de l'aire de santé, FBR, études en interne (AD: 3 études réalisées, 1 en cours; MC: 2 études réalisées)	Réalisée	100%
14	Voyages	Organiser des voyages d'étude vers des projets	MC: 2 voyages; AD: 1 préparé et annulé par manque de fonds, activité jugée non prioritaire en 2014)	Réalisée	50%
15	Rapports internes	Apprendre (en interne), à tous ceux que leurs fonctions obligent à présenter des rapports, à rédiger des rapports succincts, informatifs, datés, signés, et faciles à lire	Coaching dans l'élaboration des rapports par les ATI, accompagnement dans l'élaboration des présentations, exercice mensuel de rapportage	Réalisée	100%

N°	Thème	Intitulé	Niveau d'exécution	Taux d'exécution
16	Priorités	DEMANDE – Limiter à un suivi de routine (monitoring & évaluation) les activités des sous-résultats 1 et 2 : « Cogestion » et « Réseautage », pour pouvoir cibler les sous-résultats 3 et 4 : « Ecoute et empathie du Personnel de Santé » et « Stratégies alternatives de financement de la Santé », et y concentrer les activités	Recommandation non acceptée car ne correspond pas à la réalité : les stratégies sont encore fragiles et ont besoin d'être renforcées et non un suivi de routine; les résultats meilleurs de 2013 nous donnent raison (les organes de cogestion jouent mieux leur rôle, les réseaux sont déjà établis et leur fonctionnement se renforce,	Non acceptée

4.8 Marqueurs de progrès (PALI)

Echelle d'appréciation du niveau de réalisation:

- Situation Inchangée (SI) : Mise en œuvre non débutée, aucune initiative allant dans le sens du marqueur du progrès
- Faible (F) : Timides initiatives vers la réalisation du marqueur
- Moyen(M) : Quelques réalisations, des efforts du PaLi mais non suffisants pour induire les changements attendus
- Elevé (E) : Marqueur réalisé ou en voie de réalisation. Efforts substantiels des PaLi indiquant de forte progression vers le marqueur de progrès

4.8.1 DDS AD

Incidences visée :

La DDS renforce son fonctionnement interne et les mécanismes de suivi-évaluation des activités vis-à-vis de tous les acteurs du SYLOS. Elle apporte l'appui technique aux ZS et au CHD et assure la coordination de toutes les activités départementales dont le processus de planification ascendante. Elle joue son rôle de médiation entre le niveau central et la ZS en termes de clarification des textes et la capitalisation des initiatives porteuses.

Période de janvier à décembre 2013

Personne en charge de la collecte: ATI Coresponsable PARZS AD

N°	Marqueurs de progrès	Niv. de réalisat.	Principaux événements	Dates	Actions correctrices ou recommandation	Supports/ documents
On s'attend à ce que la DDS :						
1	Adopte un style d'accompagnateur des ZS (Points focaux, document d'accompagnement, les cahiers des charges des PF, description des postes, élaboration du calendrier des grandes instances....)	E	De l'identification à la planification budgétisée		- Continuer le processus en 2014 - Rédiger des mémos et des rapports à chaque intervention - Réaliser un calendrier des activités mensuelles	
2	Élabore un recueil de textes de référence actualisés et mis à la disposition des acteurs-clefs du SYLOS	E	Textes collectés		Validation, édition et dissémination reste à faire	

N°	Marqueurs de progrès	Niv. de réalisat.	Principaux événements	Dates	Actions correctrices ou recommandation	Supports/ documents
3	Organise la documentation systématique des bonnes pratiques et des initiatives	E	Equipes de documentation en place		Le PF-RADC doit travailler avec les centres de documentation	
4	Fasse un plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès des élus locaux, du MS et des PTF pour leur répartition équitable	E	Recrutement d'infirmiers sur fonds de la mairie à Bassila ; mobilisation des ressources auprès des partenaires allemands à Bassila, Ouaké et Copargo ; effort d'équipement du MS (120 jours, matériel d'exploitation)		Renforcer le plaidoyer, surtout pour les RH (décentraliser la gestion des RH aux communes)	
On souhaite que la DDS						
1	Elabore et mette en œuvre un plan de suivi-évaluation	E	Mis en œuvre du plan de suivi-évaluation par la DDS ; évaluation annuelle des indicateurs de fonctionnalité et performance des ZS ; organisation annuelle de revues de performance ; amélioration du suivi des recommandations des revues dans la Donga		- Améliorer la préparation des revues de performance (avec PF) - Etendre le suivi de la mise en œuvre des recommandations issues des revues de performance et des évaluations des ZS dans l'Atacora	
2	Appuie à l'élaboration et à la mise en œuvre des micro-plans et plans de résolution issus respectivement des monitorings et des supervisions	E	Plans élaborés ; mise en œuvre par les EEZS, feed-back semestriel à l'équipe de la DDS et vérification faite lors de l'évaluation des ZS		- Améliorer la micro-planification - Améliorer les taux de mise en œuvre - Améliorer l'adéquation entre les problèmes et les actions correctrices	
3	Fasse le contrôle de gestion financière, matérielle et administrative au niveau des CS, HZ, BZ et du CHD	M	Evaluation des crédits délégués chaque semestre		Rendre régulier les contrôles inopinés	
4	Organise annuellement une journée d'échange pour la capitalisation des bonnes pratiques	M	Elaboration d'articles (accompagnement, FBR, planification ascendante)		- Organiser une fois par semestre une journée de capitalisation - Prévoir dans le planning de la retraite bilan de la DDS la capitalisation des bonnes pratiques	
5	Forme les agents suivant un plan de formation préalablement élaboré	SI			- Elaborer un plan de formation/recyclage - Profiter de l'opportunité du programme bourse 2014	
6	Elabore et mette en œuvre un plan de maintenance des infrastructures et des équipements des FS	SI	Réflexion des SIEM et l'ATN-MO du MC et de l'AD sur un plan de maintenance des infrastructures et des équipements ; présence d'une unité de maintenance au CDH et d'un prestataire privé à Bassila (qui intervient aussi dans DCO)		Elaborer un plan de maintenance des infrastructures et des équipements	
On aimerait beaucoup que la DDS						
1	Coordonne l'élaboration des PTA/PTD uniques consolidés intégrant toutes les structures en utilisant la méthode de planification ascendante	M	Formation sur la planification ascendante ; élaboration des étapes par chaque ZS ; processus avancé dans certaines ZS (ex : Bassila)		Relancer le processus d'élaboration des PTD consolidé en 2014	

N°	Marqueurs de progrès	Niv. de réalisat.	Principaux événements	Dates	Actions correctrices ou recommandation	Supports/ documents
2	Tienne régulièrement les réunions statutaires départementales conformément au calendrier des grandes instances	E	Calendrier des instances élaboré par chaque niveau ; tenue régulière de ces instances et évaluation lors de chaque CODIR		- Respecter le calendrier - Améliorer le suivi des recommandations	
3	Retienne les initiatives porteuses pour alimenter les politiques nationales et les disséminer à l'interne	M	5 initiatives identifiées ; présentations et partages des initiatives aux CODIR du MS		Présenter l'initiative des renforcements des organes de COGECS au CODIR élargi du MS par le DDS et faire un plaidoyer pour un nouveau mandat de 3 ans pour consolider les acquis	
Description des réussites ('success story') ou des changements significatifs Stratégie d'accompagnement des ZS par l'équipe de la DDS (fonctionnement et développement) ; renforcement organisationnel et institutionnel : réduction significative (de 73.5 % des dysfonctionnements comparé à 2011 lors des états des lieux) dans la DDS et ses relations avec son environnement						

4.8.2 EEZS AD

Incidences visée :	
Les EEZS organisent régulièrement les réunions statutaires, assurent le suivi des décisions prises, réalisent la supervision et le monitoring, la planification ascendante conformément au manuel de procédures conçu à cet effet. Pour ce faire, elles renforcent le lien avec le sous-système du SYLOS.	
Période de janvier à décembre 2013	Personne en charge de la collecte: Chef Service Planification, Information et recherche en Santé (C/SPIRS)

N°	Marqueurs de progrès	Niv. de réalisat.	Principaux événements	Dates	Actions correctrices ou recommandation	Supports /document
On s'attend à ce que l'EEZS:						
1	Organise les réunions statutaires de coordination avec implication de tous les acteurs.	E	Comité de santé, réunions mensuelles EEZS, restitution aux élus locaux, comité de gestion HZ, CODIR communaux, calendrier des instances intégrant celles du MS et de la DDS		Rendre cela régulier selon la programmation	
2	Elabore un plan de gestion des déchets biomédicaux, le mette en œuvre, le suivre et l'évaluer	M	Analyse et formation des agents réalisées ; plan communal de gestion des déchets à Ouaké et Copargo		- Elaborer des plans de gestion urbain et rural dans la commune de Djougou et à Bassila - Suivre et évaluer les plans de gestion des déchets biomédicaux (ZS et DDS)	
3	Organise les supervisions/monitorings, élabore des micro-plans et plans de résolution issus respectivement des monitorings et supervisions ainsi qu'à leur mise en œuvre et fasse la restitution aux différents acteurs.	E	Monitoring et supervisions réalisés ; plans de résolution disponible ; restitutions aux élus locaux		Former l'EEZS de Bassila sur le LQAS	

N°	Marqueurs de progrès	Niv. de réalisation.	Principaux événements	Dates	Actions correctrices ou recommandation	Supports /document
4	Assure la disponibilité en médicaments essentiels, vaccins et produits sanguins	F	DCO, Bla : 89%		Disponibilité en MEG est réelle mais IOV pas calculé ni suivi	
5	Mette en place un système de référence et de contre référence fonctionnel	E	Outils élaborés, formation réalisée, supervision réalisée, corporate disponible, présence des ambulances, évaluation FBR		- Monitorer le système - Faire une évaluation trimestrielle du système - Organiser des réunions de concertation entre les HZ, les CS et les ZS	
On souhaite que l'EEZS :						
1	Fasse la restitution systématique des résultats des supervisions et monitorings aux acteurs dans les délais requis	E	Restitution pour les monitorings ; feedback de la supervision immédiat ; suivi		Veiller à la régularité des instances à date programmée	
2	Organise un inventaire périodique du dépôt répartiteur, des pharmacies de gros et de détails et fasse le suivi des activités du poste de transfusion sanguine (TS)	E	Inventaire réalisé, activités de TS suivi par le niveau supérieur		Faire connaître les indicateurs de la TS à la DDS, l'EEZS et le PTS	
3	Réalise des contrôles de gestion réguliers	M	Contrôle financier des CS, pas de contrôle régulier à l'HZ		Réaliser un contrôle régulier au niveau de l'HZ Bassila	
4	Analyse les données collectées avec rétro-information aux différents acteurs	E	Monitorings et inventaires, revue des performances, CDEEP, restitution aux élus locaux		Poursuivre l'analyse et documenter	
5	Analyse périodique des données collectées sur la référence et la contre référence avec rétro-information aux différents acteurs	E			- Monitorer le système - Faire une évaluation trimestrielle du système - Organiser des réunions de concertation entre l'HZ, les CS et la ZS	
6	Assure l'appui technique des formations sanitaires périphériques	E	CODIR, supervisions régulières		Etablir un lien fonctionnel entre les CS et l'HZ avec l'appui de l'EEZS	
On aimerait beaucoup que l'EEZS :						
1	Atteigne un niveau optimal de management des rencontres (Respect du calendrier des réunions statutaires, gère efficacement le temps, procède à des prises de décisions claires et participatives, communique efficacement, exécute les décisions et recommandations issues des réunions...)	M	Différentes rencontres gérées par les grilles FBR		Améliorer le management des rencontres	
2	Gère de façon intégrée les déchets biomédicaux	M	Utilisation des boîtes de sécurité ; construction d'incinérateurs, plan de gestion de déchets dans 2 communes, acquisition de matériel de gestion des déchets biomédicaux		- Impliquer les COGECS dans la gestion des déchets biomédicaux - Elaborer des plans de gestion urbain et rural dans la commune de Djougou et à Bassila	

N°	Marqueurs de progrès	Niv. de réalisé.	Principaux événements	Dates	Actions correctrices ou recommandation	Supports /document
					- Suivre et évaluer les plans de gestion des déchets biomédicaux (ZS et DDS)	
3	Que le monitoring soit couplé au LQAS et assure la mise en œuvre à temps des recommandations issues de toutes les activités de suivi au niveau de la ZS	M	Monitoring couplé au LQAS dans DCO		Former l'équipe de Bassila au LQAS	

4.8.3 CHD AD

Incidences visée :	
En sa qualité d'hôpital de deuxième niveau de référence, le CHD organise et gère correctement les références/contre-références, la prise en charge des cas obstétricaux-chirurgicaux, et assure l'accompagnement technique requis des HZ.	
Période de janvier à décembre 2013	Personne en charge de la collecte: Chef Service Planification, Information et recherche en Santé (C/SPIRS)

N°	Marqueurs de progrès	Niv. de réalisé.	Principaux événements	Dates	Actions correctrices ou recommandation	Supports/ documents
On s'attend à ce que :						
1	Les prestataires du CHD connaissent les normes éthiques et déontologiques en matière de soins et d'accueil.	M	Formation sur l'accueil, guide de bonnes pratiques disponible.			
2	Les prestataires du CHD sont à l'écoute des clients.	?				
3	Le CHD présente des rapports financiers transparents et à bonne date.	M	Rapports financiers disponibles			
4	Le CHD forme ses prestataires sur l'importance de la référence/contre-référence des urgences obstétricales et chirurgicales, et met à disposition de ses services les supports adéquats.	F			Imprégner les agents sur la référence et contre/référence	
On souhaite que :						
1	Les prestataires du CHD décrivent l'importance des normes éthiques et déontologiques en matière de soins.	F				
2	Les prestataires de soins du CHD assurent un meilleur accueil des usagers en général et dans les consultations en particulier.	F			Redynamisation des équipes sous l'impulsion de l'ATR-C	
3	Le CHD met en place un système d'analyse des plaintes et suggestions des clients.	F				
4	Le CHD assure une gestion efficace de ses services.	M				
5	Le CHD dispose d'un système de référence/contre-référence des urgences obstétricales et chirurgicales fonctionnel.	F			Redynamisation des équipes sous l'impulsion de l'ATR-C	

N°	Marqueurs de progrès	Niv. de réalisat.	Principaux événements	Dates	Actions correctrices ou recommandation	Supports/ documents
On aimerait beaucoup que :						
1	Les prestataires du CHD appliquent les normes éthiques et déontologiques en matière de soins.	SI				
2	Les prestataires de soins du CHD assurent un accueil satisfaisant des usagers.	SI				

4.8.4 HZ AD

Incidences visée :	
En sa qualité d'hôpital de référence, l'HZ organise et gère correctement les références/contre-références, assure la gestion des ressources, la prise en charge des malades et participe à l'accompagnement technique requis des CS.	
Période de janvier à décembre 2013	Personne en charge de la collecte: Médecin Coordinateur Zone Sanitaire (MCZS)

N°	Marqueurs de progrès	Niv. de réalisat.	Principaux événements	Dates	Actions correctrices ou recommandation	Supports /document
On s'attend à ce que :						
1	Les prestataires de l'HZ connaissent les normes éthiques et déontologiques en matière de soins et d'accueil.	M	Formation sur l'accueil ; guide de bonnes pratiques disséminés		- Vérifier que les agents maîtrisent les bonnes pratiques - Faire une enquête de satisfaction auprès des utilisateurs - Réaliser annuellement une enquête de satisfaction	
2	L'HZ met en place un système d'écoute client.	SI			- Mettre une cellule d'écoute client en place en collaboration avec le conseil de gestion de l'HZ - Mettre en place une ligne verte pour l'HZ qui recevra les plaintes	
3	L'HZ présente des rapports financiers transparents et à bonne date.	E	Rapports financiers disponibles à l'HZ Bassila		- Réaliser des contrôles de droit et inopinés - Exploiter les rapports financiers	
4	L'HZ forme ses prestataires sur l'importance de la référence/contre-référence des urgences obstétricales et chirurgicales, et met à disposition de ses services les supports adéquats	E	Formation réalisée, outils disponibles,		Rédiger un rapport trimestriel de toute la référence dans le département	
On souhaite que :						
1	Les prestataires de l'HZ décrivent l'importance des normes éthiques et déontologiques en matière de soins.	ND				

N°	Marqueurs de progrès	Niv. de réalisation.	Principaux événements	Dates	Actions correctrices ou recommandation	Supports /document
2	Les prestataires de soins de l'HZ assurent un meilleur accueil des usagers en général et dans les consultations en particulier.	M	Réaménagement des blocs de consultation pour assurer la confidentialité, présence du personnel, réduction du temps d'attente, enquête de satisfaction à l'HZ/DCO (satisfaction pour l'accueil : 24%), COGEHZ disponible à l'HZ Bassila		- Réaliser une enquête de satisfaction annuelle - Mettre en place un COGEHZ à l'HZ DCO - Intégrer l'HZ dans le plan de communication Mairie/représentant de la population	
3	L'HZ met en place un système d'analyse des plaintes et suggestions des clients.	M	Récolte des plaintes par le COGEHZ de l'HZ Bla ; rencontre du COGEHZ avec la direction ; gestion des plaintes		Le COGEHZ doit analyser les plaintes et de suggérer des solutions à l'HZ en transmettant les plaintes	
4	L'HZ assure une gestion efficace de ses services.	M	Amélioration de l'HZ de Bla en termes de gestion, recrutement du personnel, disponibilité des médicaments, gestion financière, équipement/matériel		- Renforcer le personnel (Etat) - Améliorer le plateau technique - Suivre la gestion de l'HZ (contrôle et supervision)	
5	L'HZ dispose d'un système de référence/contre-référence des urgences obstétricales et chirurgicales fonctionnel.	E	Système fonctionnel		Organiser des réunions de concertation entre l'HZ, les CS et la ZS	
On aimerait beaucoup que :						
1	Les prestataires de l'HZ appliquent les normes éthiques et déontologiques en matière de soins.	F	Formation sur l'accueil ; guide de bonnes pratiques disséminés		- Vérifier que les agents maîtrisent les bonnes pratiques - Faire une enquête de satisfaction auprès des utilisateurs - Réaliser annuellement une enquête de satisfaction	
2	Les prestataires de soins de l'HZ assurent un accueil satisfaisant des usagers.	M	Réaménagement des blocs de consultation pour assurer la confidentialité, présence du personnel, réduction du temps d'attente, enquête de satisfaction à l'HZ/DCO (satisfaction pour l'accueil : 24%), COGEHZ disponible à l'HZ Bassila		- Réaliser une enquête de satisfaction annuelle - Mettre en place un COGEHZ à l'HZ DCO - Intégrer l'HZ dans le plan de communication Mairie/représentant de la population	

4.8.5 DDS MC

Incidences visées : La DDS renforce son fonctionnement interne et les mécanismes de suivi-évaluation des activités vis-à-vis de tous les acteurs du SYLOS. Elle apporte l'appui technique aux ZS et au CHD et assure la coordination de toutes les activités départementales dont le processus de planification ascendante. Elle joue son rôle de médiation entre le niveau central et la ZS en termes de clarification des textes et la capitalisation des initiatives porteuses.	
Période de janvier à décembre 2013	Personne en charge de la collecte: ATI Coresponsable PARZS MC

N°	Marqueurs de progrès	Niv. de réalisat.	Principaux événements	Dates	Actions correctrices ou recommandation	Supports/ documents
On s'attend à ce que la DDS						
1	Adopte un style d'accompagnateur des ZS (Points focaux, document d'accompagnement, les cahiers des charges des PF, description des postes, élaboration du calendrier des grandes instances....)	M	- Mise en place de pool de compétences - Elaboration d'outils de suivi - Organisation des supervisions intégrées		- Continuer le processus en 2014 - Rédiger des mémos et des rapports à chaque intervention - Actualiser le cahier de charge des points focaux DDS - Réaliser un calendrier des activités mensuelles	
2	Élabore un recueil de textes de référence actualisés et mis à la disposition des acteurs-clefs du SYLOS	E	Textes collectés par la DDS		Validation, édition et dissémination reste à faire	
3	Organise la documentation systématique des bonnes pratiques et des initiatives;	M	- Equipes de documentation en place - Formations des PF - Elaboration des outils de suivi de la documentation - Appui à l'archivage et la documentation - Organisation des activités de capitalisation		Le PF-RADC doit travailler avec les centres de documentation	
4	Fasse un plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès des élus locaux, du MS et des PTF pour leur répartition équitable	E	Mobilisation des ressources auprès des partenaires allemands à KTL, CBGH et ADD; effort d'équipement du MS (120 jours, matériel d'exploitation)		Renforcer le plaidoyer, surtout pour les RH (décentraliser la gestion des RH aux communes)	
On souhaite que la DDS						
1	Elabore et mette en œuvre un plan de suivi-évaluation	E	Mis en œuvre du plan de suivi-évaluation par la DDS ; évaluation annuelle des indicateurs de fonctionnalité et performance des ZS ; organisation annuelle de revues de performance ; amélioration du suivi des recommandations des revues dans MC		Etendre la mise en œuvre du plan de suivi Evaluation du MS à toutes les ZS (28 indicateurs traceurs du PSE /PNDS)	
2	Appuie à l'élaboration et à la mise en œuvre des micro-plans et plans de résolution issus respectivement des monitorings et des supervisions	M	Plans élaborés ; mise en œuvre par les EEZS, et vérification faite lors de l'évaluation des ZS		Améliorer la complétude du calendrier de supervision/ d'accompagnement des ZS	

N°	Marqueurs de progrès	Niv. de réalisat.	Principaux événements	Dates	Actions correctrices ou recommandation	Supports/ documents
3	Fasse le contrôle de gestion financière, matérielle et administrative au niveau des CS, HZ, BZ et du CHD	E	- Evaluation des crédits délégués chaque semestre - Contrôles inopinés de la gestion financière		Continuer avec les contrôles inopinés	
4	Organise annuellement une journée d'échange pour la capitalisation des bonnes pratiques	F	- Elaboration d'articles - Elaboration des TDR pour la journée		Prévoir dans le planning de la retraite bilan de la DDS la capitalisation des bonnes pratiques	
5	Forme les agents suivant un plan de formation préétablement élaboré	SI			- Elaborer un plan de formation/recyclage - Profiter de l'opportunité du programme bourse 2014	
6	Élabore et met en œuvre un plan de maintenance des infrastructures et des équipements des FS	SI	Réflexion des SIEM et l'ATN-MO du MC et de l'AD sur un plan de maintenance des infrastructures et des équipements ;		Elaborer un plan de maintenance des infrastructures et des équipements	
On aimerait beaucoup que la DDS						
1	Coordonne l'élaboration des PTA/PTD uniques consolidés intégrant toutes les structures en utilisant la méthode de planification ascendante	F	Elaboration PTA PTD suivant les anciens protocoles		Relancer le processus d'élaboration des PTD consolidé en 2014	
2	Tienne régulièrement les réunions statutaires départementales conformément au calendrier des grandes instances	E	Calendrier des instances élaboré par chaque niveau ; tenue régulière de ces instances et évaluation lors de chaque CODIR		- Respecter le calendrier - Améliorer le suivi des recommandations	
3	Retienne les initiatives porteuses pour alimenter les politiques nationales et les disséminer à l'interne	M	- Initiatives identifiées ; présentations et partages des initiatives aux CODIR du MS - Alternative de financement communautaire - Appui des services chirurgicaux - Auto évaluation			
Description des réussites ('success story') ou des changements significatifs Stratégie d'accompagnement des ZS par l'équipe de la DDS (fonctionnement et développement) ; renforcement organisationnel et institutionnel : réduction significative (au moins 70%) des dysfonctionnements par rapport à 2011 lors des états des lieux) dans la DDS et ses relations avec son environnement : les CODIR passé de 3 à 12 par an, les supervisions de 0/4 à 3 /4, les bilans trimestriels réalisés)						

4.8.6 EEZS MC

Incidences visée : Les EEZS organisent régulièrement les réunions statutaires, assurent le suivi des décisions prises, réalisent la supervision et le monitoring, la planification ascendante conformément au manuel de procédures conçu à cet effet. Pour ce faire, elles renforcent le lien avec le sous-système du SYLOS.	
Période de janvier à décembre 2013	Personne en charge de la collecte: Assistant Technique Régional Santé Publique

N°	Marqueurs de progrès	Niv. de réalisat.	Principaux événements	Dates	Actions correctrices ou recommandation	Supports /document
On s'attend à ce que l'EEZS:						
1	Organise les réunions statutaires de coordination avec implication de tous les acteurs.	E	Comité de santé, réunions mensuelles EEZS, restitution aux élus locaux, comité de gestion HZ, CODIR communaux, calendrier des instances intégrant celles du MS et de la DDS		Rendre cela régulier selon la programmation	
2	Elabore un plan de gestion des déchets biomédicaux, le met en œuvre, le suivre et l'évaluer	M	Un plan d'analyse de situation et plans stratégiques 2013-2015 de gestion des déchets biomédicaux pour les 3 ZS ADD, CBGH & KTL ont été élaborés en 2012		Suivre et évaluer les plans de gestion des déchets biomédicaux (ZS et DDS)	
3	Organise les supervisions/monitorings, élabore des micro-plans et plans de résolution issus respectivement des monitorings et supervisions ainsi qu'à leur mise en œuvre et fasse la restitution aux différents acteurs.	M	Monitoring et supervisions réalisés ; plans de résolution disponible ; restitutions aux élus locaux		- Briefing des EEZS de ADD, CBGH & KTL sur le monitoring plus - Formation sur le LQAS des EEZS ADD, CBGH	
4	Assure la disponibilité en médicaments essentiels, vaccins et produits sanguins	M	MEG : ADD : 90,33%, CBGH : 96,48%, KTL : 90,75% ; demande de PSL : MC : 82,77%			
5	Mette en place un système de référence et de contre référence fonctionnel	E	Outils élaborés, formation réalisée, supervision réalisée, corporate disponible, présence des ambulances, évaluation FBR Atelier sur la gestion des RCR fait		- Monitorer le système - Faire une évaluation trimestrielle du système - Organiser des réunions de concertation entre le CHD, les HZ, les CS et les EEZS - Application de la feuille de route de l'atelier sur la RCR	
On souhaite que l'EEZS :						
1	Fasse la restitution systématique des résultats des supervisions et monitorings aux acteurs dans les délais requis,	M	Restitution pour les monitorings ; feedback de la supervision immédiat ; suivi		Veiller à la régularité des instances à date programmée	
2	Organise un inventaire périodique du dépôt répartiteur, des pharmacies de gros et de détails et fasse le suivi des activités du poste de transfusion sanguine (TS)	E	Inventaire réalisé, activités de TS suivi par le niveau supérieur		Faire connaître les indicateurs de la TS à la DDS, l'EEZS et le PTS	

N°	Marqueurs de progrès	Niv. de réalisat.	Principaux événements	Dates	Actions correctrices ou recommandation	Supports /document
3	Réalise des contrôles de gestion réguliers	E	Contrôles financiers périodiques des CS, des HZ par la DRFM et les comptables de zone		Outils les médecins chefs à réaliser les contrôles	
4	Analyse les données collectées avec rétro-information aux différents acteurs	M	Monitorings et inventaires, revue des performances, CDEEP, restitution aux élus locaux		Poursuivre l'analyse et documenter	
5	Analyse périodique des données collectées sur la référence et la contre référence avec rétro-information aux différents acteurs	E	KTL fait très bien déjà l'analyse hebdomadaire de la gestion des références et contre références.		- Poursuivre le monitoring du système de RCR - Faire une évaluation trimestrielle du système et feed back à tous les acteurs - Organiser des réunions de concertation entre e CHD, les HZ, les CS et les EEZS	
6	Assure l'appui technique des formations sanitaires périphériques	E	CODIR, supervisions régulières		Etablir un lien fonctionnel entre les CS et l'HZ avec l'appui de l'EEZS	
On aimerait beaucoup que l'EEZS :						
1	Atteigne un niveau optimal de management des rencontres (Respect du calendrier des réunions statutaires, gère efficacement le temps, procède à des prises de décisions claires et participatives, communique efficacement, exécute les décisions et recommandations issues des réunions...)	M	Des efforts sont mis pour améliorer l'efficacité des rencontres (grilles de qualité FBR) mais ceci peut encore être amélioré.		Améliorer le management des rencontres	
2	Gère de façon intégrée les déchets biomédicaux	M	Utilisation des boîtes de sécurité ; construction d'incinérateurs, plan stratégiques de gestion de déchets dans les 3 ZS du MC, acquisition de matériel de gestion des déchets biomédicaux		- La CSHB doit accompagner les ZS à élaborer les plans opérationnels hygiène assainissement (HA) - Suivre et évaluer les plans de gestion des déchets biomédicaux (ZS et DDS) - Promouvoir un plan de maintenance préventive et curative des installations d'HA.	
3	Que le monitoring soit couplé au LQAS et assure la mise en œuvre à temps des recommandations issues de toutes les activités de suivi au niveau de la ZS	M	Monitoring couplé au LQAS dans KTL		Former es EEZS de ADD & CBGH au LQAS	

4.8.7 CHD MC

Incidences visées :	
En sa qualité d'hôpital de deuxième niveau de référence, le CHD organise et gère correctement les références/contre-références, la prise en charge des cas obstétricaux-chirurgicaux, et assure l'accompagnement technique requis des HZ.	
Période de janvier à décembre 2013	Personne en charge de la collecte: Assistant Technique Régional Chirurgie

N°	Marqueurs de progrès	Niveau de réalisation	Principaux événements	Dates	Actions correctrices ou recommandation	Supports/ documents
On s'attend à ce que :						
1	Les prestataires du CHD connaissent les normes éthiques et déontologiques en matière de soins et d'accueil.	M	Formation sur l'accueil, guide de bonnes pratiques disponible.			
2	Les prestataires du CHD sont à l'écoute des clients.	?	Une cellule « écoute-client » a été mise en place par note administrative du CHD MC. Elle bénéficie de l'appui technique du volet demande du PARZS MC			
3	Le CHD présente des rapports financiers transparents et à bonne date.	M	Rapports financiers disponibles			
4	Le CHD forme ses prestataires sur l'importance de la référence/contre-référence des urgences obstétricales et chirurgicales, et met à disposition de ses services les supports adéquats.	F	Rapports de formation sur la RCR disponibles		Imprégner les agents sur la référence et contre/référence	
On souhaite que :						
1	Les prestataires du CHD décrivent l'importance des normes éthiques et déontologiques en matière de soins.	F			Redynamisation des équipes sous l'impulsion de l'ATR-C Il y a eu sensibilisation de la population à l'utilisation des boîtes à images à travers des émissions radios	
2	Les prestataires de soins du CHD assurent un meilleur accueil des usagers en général et dans les consultations en particulier.	F	Dix (10) boîtes de suggestions ont été confectionnées et positionnées pour la collecte des plaintes des clients. Le dépouillement se fait deux fois par mois. L'analyse se fait à travers l'appui technique du volet demande		Il y aura en 2014 une enquête d'image auprès des utilisateurs (anciens comme nouveaux) et au sein des ménages avec l'élaboration du référent des clients du CHD Mono	
3	Le CHD met en place un système d'analyse des plaintes et suggestions des clients.	F	Idem			
4	Le CHD assure une gestion efficace de ses services.	M	Les CODIR sont systématiquement tenus une fois par mois au CHD Mono. Tous les services y sont représentés pour la programmation des activités du mois.			
5	Le CHD dispose d'un système de référence/contre-	F	Le renforcement du plateau technique des prestataires		Redynamisation des équipes sous	

	référence des urgences obstétricales et chirurgicales fonctionnel.		(BO et SFE) par les différentes formations, l'instauration d'un planning de garde et de permanence au BO, l'existence de la flotte, le recrutement d'un chirurgien en temps plein, l'affectation d'un gynécologue par le MS ont contribué largement à l'amélioration de la prise en charge des urgences obstétricales et chirurgicales au CHD Mono		l'impulsion de l'ATR-C	
On aimerait beaucoup que :						
1	Les prestataires du CHD appliquent les normes éthiques et déontologiques en matière de soins.	SI	La lutte contre le rançonnement, l'existence d'une permanence avec garde du staff de l'administration du CHD Mono et qui assure la ronde des services pour vérifier la présence des agents à leur poste, le paiement des ristournes sur acte et des primes de garde avec le concours des CODIR ...ont aidé beaucoup les prestataires à appliquer les normes éthiques et déontologiques en matières de soins			
2	Les prestataires de soins du CHD assurent un accueil satisfaisant des usagers.	SI	Recrutement de trois jeunes femmes positionnées au hall d'entrée du CHD Mono et qui assurent l'accueil des clients en les guidant vers les services appropriés			
Description des réussites ('success story') ou des changements significatifs : existence d'une unité fonctionnelle de maintenance Suppression des ventes illicites des fils de suture au Bloc Opératoire du CHD Mono depuis la dernière rencontre pour l'évaluation des réformes le 30/09/2012. Ils sont mis désormais à la disposition des aides chirurgiens qui les servent en retour aux chirurgiens pendant les interventions chirurgicales. Le malade ou son parent se ne rend à la caisse que pour honorer l'ordonnance qui lui a été remise. En compensation le D/CHD paie aux prestataires les ristournes sur les actes opératoires.						

4.8.8 HZ MC

Incidences visée :	
En sa qualité d'hôpital de premier niveau de référence, l'HZ organise et gère correctement les références/contre-références, assure la gestion des ressources, la prise en charge des malades et participe à l'accompagnement technique requis des CS.	
Période de janvier à décembre 2013	Personne en charge de la collecte: Assistant Technique Régional Santé Publique

N°	Marqueurs de progrès	Niv. de réalisat.	Principaux événements	Dates	Actions correctrices ou recommandation	Supports /document
On s'attend à ce que :						
1	Les prestataires de l'HZ connaissent les normes éthiques et déontologiques en matière de soins et d'accueil.	E	Formation sur l'accueil ; guide de bonnes pratiques disséminés		- Supervisions et contrôles périodiques des bonnes pratiques par les prestataires - Rendre fonctionnel le poste de gestion des plaintes - Renforcer les enquêtes périodiques de satisfaction auprès des utilisateurs	
2	L'HZ met en place un système d'écoute client.	SI			- Mettre en place une cellule d'écoute client au niveau de l'HZ avec l'appui des volets Offre et Demande - Promouvoir en partenariat avec les radios locales l'utilisation de la ligne verte	
3	L'HZ présente des rapports financiers transparents et à bonne date.	E	Audit financier de l'HZ Comé Contrôle périodique de la gestion financière des 3 HZ		- Réaliser des contrôles de droit et inopinés - Exploiter les rapports financiers - Auditer les autres HZ	
4	L'HZ forme ses prestataires sur l'importance de la référence/contre-référence des urgences obstétricales et chirurgicales, et met à disposition de ses services les supports adéquats	E	Formation réalisée, outils disponibles, Analyse de situation et recommandations sous forme d'atelier ayant réuni les acteurs du CHD, des HZ, des CS, des EEZS et de la DDS		- Voir feuille de route de l'atelier sur les RCR. Il y a déjà une base de données disponible ; il faut faire une analyse mensuelle des données de RCR avec les acteurs du SYLOS et adresser des recommandations - Assurer le suivi de la mise en œuvre des recommandations	
On souhaite que :						
1	Les prestataires de l'HZ décrivent l'importance des normes éthiques et déontologiques en matière de soins.	ND			- Le premier défi est la pratique des normes déontologiques et éthiques et seulement après ils pourront l'enseigner et sensibiliser les pairs. - Evaluations périodiques du suivi des normes - Briefings périodiques des équipes et programmation des présentations, des causeries débats, des sketches sur l'éthique et la déontologie médicale	

N°	Marqueurs de progrès	Niv. de réalisat.	Principaux événements	Dates	Actions correctrices ou recommandation	Supports /document
2	Les prestataires de soins de l'HZ assurent un meilleur accueil des usagers en général et dans les consultations en particulier.	M	Réaménagement des blocs de consultation pour assurer la confidentialité, présence du personnel, réduction du temps d'attente, enquête de satisfaction à l'HZ/KTL (satisfaction pour l'accueil : 71%) ⁵ .		- Réalisation périodiques d'enquêtes de satisfaction - Evaluations du temps d'attente	
3	L'HZ met en place un système d'analyse des plaintes et suggestions des clients.	SI				
4	L'HZ assure une gestion efficace de ses services.	M	Amélioration de la gestion, recrutement du personnel, disponibilité des médicaments, gestion financière, équipement/matériel dans les trois HZ du MC		- Renforcer le personnel (Etat) - Améliorer le plateau technique - Suivre la gestion de l'HZ (contrôle et supervision)	
5	L'HZ dispose d'un système de référence/contre-référence des urgences obstétricales et chirurgicales fonctionnel.	E	Système fonctionnel		Cf feuille de route de l'atelier sur RCR Organiser des réunions de concertation entre l'HZ, les CS et les acteurs non santé du SYLOS	
On aimerait beaucoup que :						
1	Les prestataires de l'HZ appliquent les normes éthiques et déontologiques en matière de soins.	F	Formation sur l'accueil ; guide de bonnes pratiques disséminés		- Evaluations périodiques du suivi des normes - Briefings périodiques des équipes et programmation des présentations, des causeries débats, des sketches sur l'éthique et la déontologie médicale	
2	Les prestataires de soins de l'HZ assurent un accueil satisfaisant des usagers.	M	Réaménagement des blocs de consultation pour assurer la confidentialité, présence du personnel, réduction du temps d'attente, enquête de satisfaction à l'HZ/KTL (satisfaction pour l'accueil : 71%)		- Réalisation périodiques d'enquêtes de satisfaction - Evaluations du temps d'attente	

⁵ Rapport d'enquête de satisfaction des clients sur la qualité de soins à l'HZ de Klouekammé. IRSP Juin 2013

4.8.9 Organes de cogestion

N°	Marqueurs de progrès	Stratégies	Appréciation de l'efficacité						Besoins en stratégies d'appui						Observations
			F	M	E	F	M	E	F	M	E	F	M	E	
On s'attend à ce que les organes de cogestion :															
1	Décrivent leur rôle de représentant des communautés (connaissance des textes, connaissance du contenu du dialogue social, compréhension des rapports qui les lient aux formations sanitaires, Compréhension de l'importance de rendre compte aux populations de leurs activités)	- Organiser un atelier sur la définition du contenu et les techniques de conduite du dialogue social. - Organiser des visites d'échange entre organes de cogestion (intra ou extra zones) - Susciter les EEZS, les HZ et les FS à impliquer régulièrement les membres organes sur la mise en œuvre des grandes décisions.													
2	Saisissent l'importance du genre dans l'organisation et le fonctionnement des organes.	- Renforcer les capacités des membres des organes sur le concept genre. - Appuyer les membres à la définition des enjeux et stratégies genre.													
3	Mènent des actions de plaidoyer envers des personnalités, des associations de développement, en vue de la mobilisation des ressources pour le bien-être des populations.	- Former et coacher les membres des organes sur les techniques de plaidoyers.													
On souhaite que les organes de cogestion															
1	Elaborent leur plan d'action de façon participative en recueillant les attentes des groupes organisés aux phases préparatoires et de validation (émission radiophonique, compte rendu aux populations)	- Renforcer les capacités des membres des organes de cogestion dans l'élaboration de leur plan d'action - Appuyer les COSA à mettre en œuvre les activités de leur plan d'action axées vers la demande (émission radiophonique, compte rendu aux populations)													
2	Mettent en place un mécanisme de recueil et d'analyse des plaintes des usagers, les remontent au niveau du cadre de concertation de la demande et intègrent dans	- Appuyer les organes de cogestion à l'élaboration des outils de recueil et d'analyse des plaintes													

N°	Marqueurs de progrès	Stratégies	Appréciation de l'efficacité			Besoins en stratégies d'appui			Observations
			F	M	E	F	M	E	
	les discussions avec les responsables des structures de soins concernées	- Mettre en place des boîtes à suggestions pour le recueil des plaintes							
3	Sachent utiliser les outils genre pour définir les enjeux et stratégie à mettre en place	Appuyer les organes de cogestion à la réalisation de dialogue valorisant et de mini focus groupes dans les communautés en vue de l'identification des bonnes pratiques			x (AD, MC)			x (AD, MC)	
On aimerait bien que les organes de cogestion :									
1	Les organes de cogestion jouent pleinement leur rôle d'interface entre le système de santé et la communauté, soient autonomes, afin de pouvoir participer efficacement au dialogue social et sectoriel.	Accompagner les organes de cogestion vers la fonctionnalité et la performance.			x (MC)			x (MC)	MC : COSA adopte rôle accompagnement des COGECS : résultats encourageants.

4.8.10 Mairies

N°	Marqueurs de progrès	Stratégies	Appréciation de l'efficacité			Besoins en stratégies d'appui			Observations
			F	M	E	F	M	E	
On s'attend à ce que la mairie :									
1	Intègre les activités de santé de manière harmonisée dans les PTA.	Appuyer la mairie pour l'organisation d'un atelier au cours duquel tous les PTF qui interviennent dans le domaine de la santé se retrouvent et partagent les activités qu'ils souhaitent mettre en place au cours de l'année (septembre 2012 et septembre 2013) - Appuyer la mairie pour la formation des élus et des chefs service (affaires sociales et planification) de la mairie sur les questions de santé (mesures de gratuité, identification et PEC des indigents, mutuelles de santé, déclaration des naissances et des décès, ...)				x (AD, MC)			AD : les différentes harmonisations entre PTF sont en cours, afin d'impliquer les mairies.
2	Prenne conscience de l'importance de leur rôle dans l'information, la sensibilisation des populations, les questions de santé et l'animation de deux cadres de concertation des acteurs de la demande d'une part et des acteurs de la demande et de l'offre d'autre part (niveau commune et ZS)					x (AD, MC)			Fortement impliquée dans l'identification des indigents, consolidation des mutuelles, dans la déclaration des naissances, la MEO FBR. L'opération zéro naissance non déclarée est une réalité à Dogbo (MC). Les chefs affaires sociales et états civils ont participé à une visite d'échange sur l'AFBP à Malanville (AD)

N°	Marqueurs de progrès	Stratégies	Appréciation de l'efficacité			Besoins en stratégies d'appui			Observations
			F	M	E	F	M	E	
		- Appuyer à l'organisation d'une visite d'échange sur les cadres de concertation demande et demande/offre							
On <u>souhaite</u> que la mairie :									
1	S'implique dans l'élaboration et l'exécution du PTA du PARZS.	- Inviter le chef service planification de la mairie et le maire à participer à l'atelier d'élaboration du PTA du PARZS - Inviter le chef service planification de la mairie et le maire à participer aux ateliers d'évaluation des activités du PARZS	x (AD, MC)						
2	Élabore et met en œuvre un plan de communication pour l'information et la sensibilisation des populations sur les questions de santé (élaboré avec l'appui des EEZS)	- Appuyer la mairie pour la réalisation d'un plan de communication pour la sensibilisation des populations sur les questions de santé - Apporter un appui aux activités d'information et de sensibilisation des populations	x (AD MC)						Impliquées dans le cadre de la validation du plan de communication des mutuelles de santé. Elles sont également associées lors des séances de causeries éducatives ou autres dans la communauté sur des problèmes de santé.
3	Crée/redynamise les cadres de concertation sectoriels de santé avec des représentants éclairés de la demande + demande/offre en tenant compte de l'équité genre (niveau commune et ZS)	- Appuyer les mairies pour la désignation d'un point focal santé au sein de la mairie - Inviter la mairie à la séance de restitution de l'étude baseline sur les OSC, OBC et RC - Mettre la liste des OSC, OBS et RC à la disposition de la mairie - Appuyer les mairies pour l'organisation d'un atelier de réflexion sur la mise en réseau des différents représentants de la demande (mairie, coordination de la société civile, COSA); commune et ZS - Appuyer la mise en place du cadre sectoriel demande (commune et ZS) - Appuyer la mairie pour les réunions des cadres de concertation (commune et ZS)	x (AD, MC)						Leur implication effective dans les cadres de concertation reste encore à renforcer. dans le Mono couffo l'implication des mairies dans les cadres concertation est bonne
On <u>aimerait bien</u> que la mairie :									
1	Mobilise les ressources pour les activités de santé	Appuyer l'organisation d'une formation des élus sur les techniques de mobilisation des ressources	x (MC)	x (AD)					

N°	Marqueurs de progrès	Stratégies	Appréciation de l'efficacité				Besoins en stratégies d'appui			Observations
			F	M	E		F	M	E	
2	Intègre les attentes et les préoccupations des populations dans ses actions de santé	- Appuyer les mairies à renforcer leur capacité de négociation et de gestion de conflits - Appuyer les mairies à assurer le suivi des décisions prises au niveau des cadres de concertation			x (AD, MC)					Activité continue
3	Facilite un dialogue permanent et constructif entre les prestataires et la demande	- Appuyer les mairies à définir leur rôle dans l'implantation du FBR - Appuyer les mairies à assurer leur rôle dans le comité de pilotage du FBR			x (AD, MC)					Les maires sont souvent absents aux réunions de comité de pilotage, mais se font représenter par leurs adjoints ou CA. MC, les maires membres du comité de pilotage participent en personnes à la plupart des réunions du CP FBR.

4.8.11 Relais communautaires

N °	Marqueurs de progrès	Stratégies	Appréciation de l'efficacité			Besoins en stratégies d'appui			Observations
			F	M	E	F	M	E	
On s'attend à ce que :									
1	Les RC comprennent leur rôle, responsabilité et l'intérêt de s'organiser en réseau	Former les RC : - sur le paquet complet et promotionnel (avec un accent particulier sur les SONU communautaires, la déclaration des naissances et des décès maternels ainsi que sur la référence et la contre-référence); - sur l'intérêt de s'organiser en réseau		x (MC, AD)					MC : des actions de sensibilisation ont permis de susciter au niveau des RC l'intérêt de se mettre en réseau. Les représentants de RC au sein des réseaux sont déjà élus. L'installation des réseaux et les formations sont prévues pour 2014. AD : identification des RC complémentaire ; mapping des RC ; harmonisation des PTF autour de la formation des RC qui aura lieu en Q1 2014 ; formation des maîtres formateurs sur les paquets d'activités des RC ; les RC ont été mis en réseaux (niveau d'arrondissement et communal)
2	Les femmes se sentent capables d'assurer le rôle de relais communautaire	- Organiser une campagne d'information et de sensibilisation à l'endroit des femmes et des hommes - Organiser des campagnes d'alphabétisation fonctionnelle (français) à l'endroit des femmes		x (AD)	x (MC)				Prise en compte systématique du genre dans la mise en place des réseaux et des cadres de concertation au sein des acteurs communautaires ; les femmes acceptent de jouer pleinement le rôle de RC ; les GF, qui sont également RC, ont des plans d'actions et mènent des actions de lutte contre la mortalité maternelle et infantile ;

N°	Marqueurs de progrès	Stratégies	Appréciation de l'efficacité			Besoins en stratégies d'appui			Observations
			F	M	E	F	M	E	
On souhaite que :									
1	Les RC assurent les services liés à la déclaration des naissances, des décès maternels, le SONU communautaire, la référence et la contre référence	- Appuyer la contractualisation des RC avec les PTF - Mettre en œuvre un mécanisme de suivi-évaluation des activités des RC et veiller à leur motivation périodique	x (MC)	x (AD)					MC : les réseaux à mettre en place en 2014 s'occuperont de la contractualisation avec tous les acteurs pour leur service AD : discussion en cours ; certains RC bénéficient déjà de la motivation d'autres PTF
2	Les RC s'organisent en réseau	Mettre les RC en réseau - Faire le plaidoyer à l'endroit des acteurs du SYLOS ; - Procéder au découpage géographique calqué sur le découpage administratif ; - Actualiser le recensement des hameaux et des villages par aire de santé et recenser les relais dans chaque unité de regroupement - Procéder à la mise en association des réseaux à différents niveaux.		x (MC, AD)					MC : Des actions de sensibilisation ont permis de susciter au niveau des RC l'intérêt de se mettre en réseau. La base est deux relais par village administratif Les représentants de RC au sein des réseaux sont élus. L'installation des réseaux au niveau communal et les formations sont prévues pour 2014. Tous les acteurs du SYLOS soutiennent l'initiative de réseautage. AD : réalisé : les RC ont été mis en réseaux (niveau) arrondissement et communal ; ils collaborent avec les réseaux des GF
3	Les hommes et les femmes acceptent que les femmes assurent le rôle de relais communautaires.	- Mener des actions de plaidoyer auprès des maris ; - Mettre en œuvre l'approche genre dans l'identification de nouveaux relais.			x (MC, AD)				
On aimerait bien que :									
1	Les RC initient et entretiennent des relations fonctionnelles et fructueuses avec les acteurs du SYLOS	Organiser des revues semestrielles des activités avec les acteurs du SYLOS		x (MC)	x (AD)				MC : le processus de réseautage en cours des RC implique tous les acteurs du Sylos
2	Les RC participent au plaidoyer et au lobbying auprès des prestataires afin que le système de référence et contre référence soit opérationnel et efficace.	- Former le bureau du réseau sur les techniques de plaidoyer et de lobbying ; - Appuyer les actions de plaidoyer et de lobbying - Evaluer les actions de plaidoyer et de lobbying.	x (MC)		x (AD)				
3	Les femmes occupent des postes de décision dans le réseau	Mettre en œuvre le genre dans la mise en place du bureau du réseau		x (MC)	x (AD)				MC : parmi les élus pour siéger au sein des réseaux figurent des femmes notamment aux postes de décision

4.8.12 Mutuelles de santé

N°	Marqueurs de progrès	Stratégies	Appréciation de l'efficacité				Besoins en stratégies d'appui				Observations	
			F	M	E	F	M	E	F	M	E	
On s'attend à ce que les MUSA :												
1	Travaillent et s'organisent en union	- Harmoniser les pratiques ; - Organiser des séances d'information sur la loi UEMOA et amener les MuSa à se conformer à la loi.			X (MC, AD)							Appui au CONSAMUS pour l'harmonisation des outils de gestion des Musa. MC : la Musa promu par PARZS dans la commune de Grand popo est en réseau avec les autres Musa de la Zs CBGH
2	Comprennent la nécessité de se professionnaliser	- Faire l'état des lieux des MuSa (diagnostic) - Restituer l'état des lieux et expliquer la nécessité de se professionnaliser.			X (MC, AD)							
3	Instaurent un dialogue avec l'offre.	Créer/renforcer les cadres locales de dialogue entre l'offre et la demande.		X (AD)	X (MC)							MC : les MuSa sont représentées au CP FBR par leur Médecin Conseil. Toutes les MUSA promus par PARZS dans MC sont en convention avec les Centres de santé AD : les mutuelles de Bassila et les prestataires ont été formés sur les techniques de négociation entre l'offre et la demande
On souhaite que les MUSA :												
1	S'organisent en union	- Appuyer la mise en place de l'union des mutuelles - Appui processus - Appui institutionnel - Appui logistique		X (AD)	X (MC)							Activité en cours
2	Soient fonctionnelles, gèrent les risques, appliquent les techniques efficaces pour augmenter leur effectif, diversifient leurs produits en fonction des cibles	- Former les MuSa sur le marketing social ; - Appuyer la mise à disposition du personnel qualifié au sein de l'exécutif ; - Appuyer l'élaboration des outils de gestion performante ; - Organiser des formations sur les techniques de sondage adaptées.		X (MC, AD)								
3	Communiquent autour des services offerts et diverses activités de la mutuelle et défendent les intérêts de leurs membres	- Appuyer l'organisation des campagnes promotionnelles ;		X (MC, AD)								

N°	Marqueurs de progrès	Stratégies	Appréciation de l'efficacité			Besoins en stratégies d'appui			Observations
			F	M	E	F	M	E	
		- Appuyer l'organisation des campagnes de prévention (Paludisme, IST/VIH, hygiène et assainissement) - Renforcer la capacité des comités de contrôle : • gestion comptable • étude des attestations de soins ; • planification des activités • élaboration des rapports ; - Mener des réflexions sur la motivation des membres d'organes.							
4	Le comité de contrôle joue efficacement son rôle			x (AD)	x (MC)				MC : Des formations ont été organisées à l'endroit des membres d'organes des MuSa (CA et CC)
5	Les femmes occupent des postes dans les mutuelles et unions de mutuelles	Mettre en œuvre le genre dans la mise en place du bureau de la mutuelle et du réseau			X (MC, AD)				
On aimerait bien que :									
1	L'union des mutuelles apporte un appui technique aux MUSA et identifie les services qu'elle peut offrir de façon complémentaire (gros risques...)	- Appuyer le recrutement des gestionnaires du réseau et d'un médecin-conseil ; - Appuyer la mise en place d'un logiciel de gestion administratif comptable et financier ; - Appuyer la mise en œuvre de différents sondages de satisfaction.	x (MC)	x (AD)					MC : Le réseau de CBGH vient d'être mis en place. Il est prévu de lui donner en 2014 le soutien nécessaire pour lui permettre d'assurer un appui technique aux MuSa AD : mise en place d'un logiciel de gestion administratif comptable et financier
2	Les MUSA assurent la prise en charge efficace de leurs membres en leur offrant des services de qualité	- Renforcer les capacités de négociation des MuSa au sein des cadres de concertation locale ; - Appuyer la mise en place d'un système de collecte efficace des plaintes.		x (AD)	x (MC)				AD : Renforcement des capacités de négociation des MuSa au sein des cadres de concertation locale ;
3	Les MUSA acquièrent progressivement leur autonomie financière vis-à-vis des PTF	- Appuyer les mutuelles à élaborer un planning de désengagement ; - Appuyer les mutuelles à diversifier leur produit à travers les risques sociaux (décès, mariage, naissance) ; - Appuyer les MuSa à mettre en place et à développer des AGR	x (MC, AD)						