



COOPERATION BENINO-BELGE

**Projet d'Appui à la Zone sanitaire de Comé -
Phase II
(PAZS-C II)**

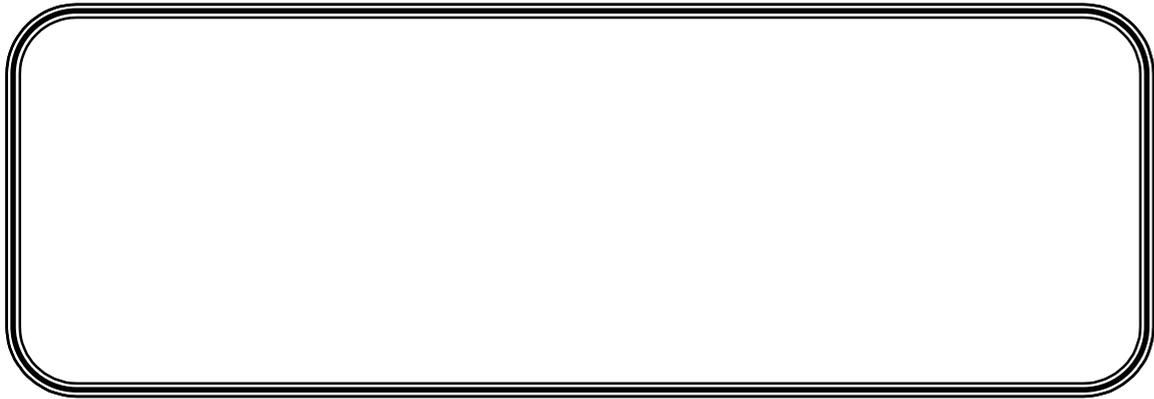


Table des matières

Liste des acronymes	5
Résumé	6
1. Fiche Projet	8
2. Etat de mise en œuvre des recommandations	10
3. Situation actuelle en bref	Error! Bookmark not defined.
4. Bilan de l'exécution des activités	21
4.1. Aperçu de la mise en œuvre des grands dossiers	21
4.2. Détails des activités réalisées.....	24
4.3. Analyse de la planification des activités	63
5. Bilan des finances (Jan.- Déc. 2009)	64
5.1. Aperçu des dépenses par rapport au planning financier (Jan-Déc. 2009).....	64
5.2. Commentaires sur le bilan financier.....	67
5.3. Analyse du planning financier (Jan-Déc 2009)	68
6. Suivi des indicateurs	70
6.1. Objectif spécifique	70
6.2. Résultats	70
<i>Résultat R1 : la population bénéficie d'une réelle représentation et d'un pouvoir de négociation significatif</i>	<i>70</i>
<i>Résultat R2 : La population de la ZS Comé bénéficie d'une protection contre les risques et coûts maladie via des mécanismes de financement solidaire appropriés.....</i>	<i>70</i>
<i>Résultat R3 : La qualité des soins dans les structures supportées est supportée</i>	<i>71</i>
<i>Résultat R4 : La capacité de l'EEZS de gérer la ZS et ses interrelations avec le niveau central est renforcée.</i>	<i>71</i>
<i>Résultat R5 : Une politique de gestion des ressources humaines rationnelle qui promeut la compétence et la motivation des agents de santé est mise en place</i>	<i>72</i>
<i>Résultat R6 : L'expérience de la ZS Comé alimente les débats sur les politiques de santé au niveau central.....</i>	<i>72</i>
Conclusion.....	73

Liste des acronymes

AT	Assistant Technique
CS	Centre de Santé
COGECS	Comité de Gestion des Centres de Santé
CTCS	Comité Technique de Coordination et de Suivi
CONSAMAS	Concertation des Structures d'Appui de la Micro-Assurance Santé
CMO	Convention Mise en Oeuvre
CTB	Coopération Technique Belge
DDS	Directeur Départemental de la Santé
DDZS	Direction du Développement des Zones Sanitaires
DTF	Dossier Technique et Financier
EDS	Enquête Démographique de Santé
EEZS	Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire
FIT	Financial Information Tool
FI	Fonds d'Indigence
FSI	Fonds Sanitaire d'Indigence
HZ	Hôpital de Zone
ONG	Organisation Non-Gouvernemental
OSC	Organisation Société Civile
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PTF	Partenaires Technique et Financier
PPS	Plan de Promotion de la Santé
PSCS	Plateforme Société Civile et Santé
PEV	Programme Elargie de Vaccination
PIC	Programme Indicatif de Coopération
PAZS	Project d'Appui à la Zone Sanitaire
RH	Ressources Humaines
SMCL	Structure Mixte de Concertation Locale
SYLOS	Système Local de Santé
TDR	Termes de Référence
ZS	Zone Sanitaire
ZSC	Zone Sanitaire de Comé

Résumé

L'année 2009 devait être, un an après le démarrage et lancement opérationnel, une année décisive, où, grâce à une équipe au complet, le projet allait adopter un rythme de croisière dans la mise en œuvre des activités.

Malheureusement, le projet n'a connu ni la stabilité, ni la sérénité qui auraient permis de remplir les conditions d'une telle mise en œuvre. La zone sanitaire a en effet connu en 2009 d'importants mouvements de grèves. Les audits menés en cours d'année vont, par ailleurs, révéler des difficultés imprévues dans l'application des procédures financières, particulièrement en ce qui concerne le volet d'exécution directe de l'axe 2 du projet. Cette situation a provoqué une attitude de méfiance et d'excessive prudence qui ont souvent constitué un frein à la mise en œuvre des activités.

L'équipe de la PSCS complétée avec retard a connu des perturbations importantes. L'Assistante Technique a quitté le projet en décembre 2008 et son remplaçant n'a pris fonction qu'au dernier trimestre 2009; son intérim par l'AT/EEZS n'aura pas été une formule heureuse. Un nouvel Administrateur gestionnaire a pris service en mai 2009 suite à la démission de son prédécesseur. L'Assistant Technique EEZS est parti en cours de dernier trimestre 2009.

L'attente prolongée d'une décision des ordonnateurs suite aux audits et l'incertitude qu'elle a suscitée aura été indéniablement un facteur défavorable à l'atteinte des objectifs fixés pour l'année.

En dépit de ces contraintes, le projet a pu réaliser une part importante des activités planifiées, atteignant dans l'ensemble un taux d'exécution financière globale de 38% (14% au 31.12.2008). S'il est vrai qu'une bonne partie de ces dépenses correspond à des frais de fonctionnement et salaires, les grands chantiers du projet ont néanmoins indiscutablement avancé au cours de l'année 2009.

C'est ainsi que sur l'axe 1 (renforcement de la demande), des réalisations essentielles ont vu le jour :

- Démarrage effectif de la prise en charge des indigents grâce à un système communautaire d'identification (CLIVI) conçu et mis en place par le projet ;
- Identification de ressources nationales pour renforcer la dynamique des mutuelles de santé ;

- Mobilisation des OSC avec constitution d'un organe décisionnel représentant la société civile capable de jouer un rôle de négociation auprès de l'offre de soins ;
- Etude sur la perception de la qualité des soins et lancement de la prime à la performance qui a pu être payée au dernier trimestre 2009.

Concernant l'axe 2 (renforcement de l'offre), les résultats suivant ont été obtenus :

- Actualisation et rationalisation du mode de fonctionnement de l'EEZS ;
- Mise au point du guide de supervision, ordinogrammes et protocoles de soins ;
- Organisation d'audits cliniques et para cliniques ;
- Renforcement du système de référence et contre référence ;
- Introduction des cercles de qualité dans les CS pilote et HZ ;
- Elaboration et dissémination d'un plan de promotion de la santé.

Toujours concernant cet axe, on peut noter une légère amélioration des indicateurs de base (taux de fréquentation et occupation des lits, vaccinations etc.).

L'axe 3 (capitalisation et contribution à la politique de santé au niveau national) n'a pas connu d'activités au cours de l'année 2009. Ce n'est qu'à partir de 2010 que les résultats obtenus fin 2009 pourraient contribuer à cet objectif.

L'année 2009 a donné lieu à deux missions de suivi scientifique. La dernière de ces missions a introduit une approche socio anthropologique des interactions et conflits entre acteurs. Ceci a permis de mettre en évidence le caractère très novateur du projet et la nécessité de l'évaluer autant en termes de processus (l'action de la demande sur l'offre implique une dimension conflictuelle) que de résultats au sens classique, tel que c'est le cas dans les programmes traditionnels d'appui aux districts sanitaires.

L'évaluation à mi-parcours menée en fin d'année a été d'une grande utilité. Elle aura permis de prendre du recul par rapport aux objectifs et stratégies fixées par le DTF et à certaines incohérences dans les attentes formulées soit par ce dernier, soit par les missions de suivi scientifique. Ses analyses permettront un recentrage et une approche plus réaliste surtout en ce qui concerne l'axe 1 à qui elle a recommandé de se rapprocher d'avantage de

la société civile (la nouvelle formule adoptée reposant plus sur les maires et les OSC est déjà un résultat visible de cette évaluation).

L'évolution de la mise en œuvre du projet a bénéficié d'un appui particulier des autorités du Ministère de la Santé avec l'implication personnelle du Ministre de la santé qui a effectué deux visites de travail avec les acteurs locaux du PAZS COME II. Dans ce même cadre les ordonnateurs du PAZS COME II ont été très actifs dans le règlement des différents conflits et difficultés des acteurs.

Le PAZS-COMEII demeure pertinent et les défis à relever sont essentiels pour le système de santé. Ainsi, en vue de mettre en œuvre les recommandations issues de l'évaluation à mi-parcours et de permettre d'atteindre au maximum les objectifs réajustés d'ici fin 2010, les Responsables du projet, dans le cadre du PTA 2010 ont soumis aux Membres de la SMCL un ensemble de réaménagements budgétaires. Ceci en cohérence avec la faisabilité des différentes priorités de l'année 2010.

1. Fiche Projet

Le Projet d'Appui à la Zone Sanitaire de Comé, Phase II (PAZS-Comé II) est un projet de recherche action de 3 ans démarré en janvier 2008, il rentre dans le cadre de la mise en œuvre du Programme Indicatif de Coopération 2004-2007. Ci-dessous la chronologie des évènements :

Date	Chronologie des évènements
16 février 2010	5 ^e SMCL : réorientation du PAZS-Comé II
Janvier 2010	Départ du Directeur PSCS /intérim par le Médecin conseil et du Directeur de l'Hôpital de Zone, nomination du nouveau d
Novembre 2009	Evaluation à mi-parcours du PAZS-Comé II
Octobre 2009	Prise de fonction du nouvel AT-PSCS, coresponsable du PAZS-Comé 3 ^e mission de suivi scientifique
16/09/2009	Organisation de la 4 ^e SMCL
07/05/2009	Désignation d'un nouvel Ordonnateur du PAZS-Comé II
27/04/2009	Prise de fonction d'un nouvel AG
04/02/2009	3 ^e SMCL : réaménagement budgétaire
Décembre 2008	Vacance du poste d'AT-PSCS coresponsable du PAZS-Comé II (intérim)
17/11/2008	Autorisation de la signature de la convention « Gestion directe des fonds par l'EEZS » Phase transitoire
23/06/2008	Lancement officiel du PAZS Comé II par le Ministre de la Santé
19/06/2008	2 ^e SMCL
31/01/2008	SMCL de démarrage
08/01/2008	Notification de l'Echange de lettres entre Royaume de la Belgique et le Bénin, dans le cadre du démarrage du projet.

08/01/2008	Notification à la CTB de la Convention de Mise en Œuvre signée
28/12/2007	Signature de la CMO
08/03/2007	Approbation du DTF par la SMCL
17/01/2006	Notification à la CTB de la Convention Spécifique signée
02/12/2005	Signature de la Convention Spécifique

Objectif général

La santé de la population de la Zone Sanitaire de Comé est améliorée

Objectif spécifique

L'accessibilité, plus particulièrement des groupes les plus pauvres, aux soins de qualité est améliorée.

Axes du projet et résultats attendus

PAZS Comé II comprend trois axes répartis en 6 résultats attendus

- *Axe 1 : Structuration de la demande à travers la création d'une Plate Forme société Civile et Santé (3 résultats)*
 - R1 : La population bénéficie d'une réelle représentation et d'un pouvoir de négociation significatif
 - R2 : La population de la ZS bénéficie d'une protection contre les risques et coûts maladie via des mécanismes de financement solidaires appropriés
 - R3 : La qualité des soins dans les structures de santé est supportée

- *Axe 2 : Amélioration de l'offre de soins à travers le renforcement de l'EEZS et la rationalisation des soins dans les formations sanitaires (2 résultats)*
 - R4 : La capacité de l'EEZS de gérer la ZS et ses interrelations avec le niveau central est renforcée
 - R5 : Une politique de gestion des RH rationnelle qui promeut la compétence et la motivation des agents de santé est mise en place

- *Axe 3 : Appui aux politiques de santé (1 résultat)*
 - R6 : L'expérience de la ZS Comé alimente les débats sur les politiques de santé au niveau central

Localisation géographique

Département de Mono-Couffo, ZS de Comé (1107 km²) regroupant 4 communes : Bopa, Comé, Houéyogbé et Grand-Popo.

Groupes cibles

Bénéficiaires directs du projet :

- 274 798 habitants de la Zone Sanitaire de Comé (Source: Bureau de Zone, ZSC)

- Les plus pauvres (15%), cibles du fonds d'indigence afin de briser le cercle vicieux maladie-pauvreté (Source: EDS)
- Le *personnel de santé des formations sanitaires supportées* via l'amélioration des conditions de travail, du processus de prise de décision participatif et des formations.
- Les *Organisations de la Société Civile et les Mutuelles de Santé* renforcées à travers la Plateforme Société Civile et Santé (PSCS)
- Les *décideurs et institutions du niveau central* par les leçons apprises qui alimenteront les débats sur la politique de santé

Bénéficiaires indirects : populations des zones avoisinantes, des *institutions* et populations d'autres zones et la communauté internationale.

Budget

Coût total du projet	5.133.600 €
Contribution Bénin	2.145.000 €
Contribution Belge	2.989.561 €

2. Etat de mise en œuvre des recommandations

2.1 SMCL de septembre 2009

Issues de la SMCL de Septembre 2009	RESPONSABLE	NIVEAU DE REALISATION	CE QUI RESTE A FAIRE
Prendre les dispositions utiles pour mettre en place une base de données pour la gestion directe, conformément au modèle retenu par le MS	UGP	Non réalisé (le MS peine à identifier un outil)	
Régler définitivement, en concertation avec les acteurs impliqués dans la gestion de la PSCS, le problème de logement de la PSCS	UGP	Nouveau logement de la PSCS disponible	Déménagement en cours

Remplir dans les délais les tableaux d'exécution et des indicateurs en faisant ressortir les comparaisons pertinentes (autres zones sanitaires, département/pays)	UGP	Non réalisé (les dernières crises du quatrième trimestre au niveau du projet et les multiples missions externe, y compris la suspension du financement pour l'EEZS)	Révision des indicateurs (processus vs résultat)
Finaliser le recrutement du consultant pour les mutuelles		Voyage d'étude effectué dans le nord - Bénin Dossier réorienté après l'évaluation à mi-parcours et voyage d'étude	Obtenir de la SMCL l'autorisation pour une assistance technique de proximité à partir des personnes ressources des mutuelles du nord
Dégager clairement les problèmes du projet assortis de propositions de solution	UGP	Voir rapports EMP et Suivi scientifique et le présent rapport en son annexe accompagnement nécessaire à la réussite en 2010	
Saisir la Direction Générale du Budget pour donner son appui à la cellule de passation des marchés publics du MS afin d'accélérer le processus d'acquisition de l'ambulance	UGP	Offre déclaré infructueux	Obtenir l'autorisation de la SMCL pour l'acquisition de l'ambulance en régie
Intensifier le partenariat entre le secteur public et le privé, notamment sur la couverture et la qualité des services offerts	UGP	Cadre de partenariat signé avec le secteur privé de la ZS Implication des acteurs du secteur privé de la ZS dans les formations et supervisions	Poursuivre la mise en œuvre du cadre de partenariat

		<p>Implication du secteur privé dans le processus de la prime à la performance</p> <p>Collecte donnée effectuée en vue de leur implication dans la gestion des FSI</p>	
<p>Procéder à la régularisation des dépenses (taux de consommation supérieur à 100%) et améliorer la qualité de la gestion financière (respect des procédures) sur la base des recommandations du dernier audit financier du projet</p>	<p>UGP</p>	<p>Processus en cours</p>	

2.2 Suivi scientifique

- a. La **seconde mission** du suivi scientifique s'est déroulée du 17 au 26 mars 2009. Elle a été menée par Pr Bart Criel (enseignant à l'IMT d'Anvers) et M. Matthieu Noirhomme (Economiste de la santé et consultant indépendant pour le compte de l'IMT d'Anvers). Les activités organisées au cours de cette mission comprenaient : le Briefing des responsables au niveau de la Représentation de la CTB et du Ministère de la Santé, la tenue des séances de travail avec les différents acteurs au niveau de la Zone sanitaire de Comé, de la DDZS à Cotonou et à la DDS du Mono et du Couffo à Lokossa, des visites de terrain dans la zone sanitaire de Comé et deux sessions de restitution (l'une avec l'équipe locale à Comé et la seconde avec le MS et la CTB à Cotonou).
- b. La **troisième mission** du suivi scientifique qui s'est déroulée du 12 au 17 octobre 2009 a été menée par Pierre Huygens socio anthropologue de l'Université Libre de Bruxelles (ULB), Mathieu Noirhomme et Bruno Dujardin médecin de santé publique (ULB). Cette mission avait initialement pour but d'accompagner le projet dans l'analyse critique des stratégies mises en œuvre pour une meilleure capitalisation des acquis, apprécier le niveau d'avancement du projet et appuyer les

différents acteurs dans la structuration de la demande et l'amélioration de l'offre de soins.

Cependant, eu égard à la situation de crise qui prévalait au moment de la mission, cette dernière a eu, en accord avec les partenaires, y compris le MS et la CTB, à réorienter en grande partie ses objectifs en vue de permettre une meilleure compréhension des causes institutionnelles de cette crise. Ceci a été fait à travers une trentaine d'interviews menées à Cotonou, au niveau central et dans la zone du projet. La mission a également apporté son soutien dans la mise en œuvre de l'atelier de Sé sur la définition consensuelle de la qualité des soins. Une restitution a eu lieu à l'issue de l'atelier ainsi qu'une restitution à la CTB à Cotonou.

Cette mission a donné l'occasion d'introduire une approche socio anthropologique en complément aux approches santé publique et économie de la santé développées au cours des deux premières missions. L'approche utilisée est l'analyse sociotechnique d'un processus d'innovation en réseau qui permet de mettre en évidence les champs de tensions entre acteurs et d'analyser les incidents critiques rencontrés dans la mise en œuvre du projet.

Les deux tableaux ci-dessous résument l'état de mise en œuvre des principales recommandations de ces missions.

✓ **Deuxième mission**

Recommandations issues du Suivi Scientifique de mars 2009	Responsable	Niveau de réalisation	Ce qui reste à faire
Poursuivre la dynamique actuelle de division du travail	UGP	Répartition des tâches, établissement des priorités et soutien mutuel dans l'action (PSCS, EEZS, CTCS)	Documenter le processus de dynamisation des relations fonctionnelles entre les différents acteurs et au sein des organes cités
S'accorder sur un modèle plutôt participatif de fonctionnement de la PSCS	PSCS	Mobilisation sociale des potentiels membres de du CA de la PSCS, et vulgarisation des documents produits sur le modèle institutionnel de la	Mise en place des organes de la PSCS

Recommandations issues du Suivi Scientifique de mars 2009	Responsable	Niveau de réalisation	Ce qui reste à faire
		PSCS	
Documenter le programme et partager les résultats	UGP / CTCS	Stratégie de documentation en cours finalisation	Adoption des documents stratégiques et planification du suivi de la mise en œuvre en 2009 – 2010
Accélérer le processus de rationalisation de l'HZ et des CS	EEZS	Processus en cours: supervision, ordinogrammes, protocoles de soins, visites aux hospitalisés, etc.	Introduction des cercles de qualité
Lancer les enquêtes nécessaires à la documentation du PAZS	UGP	Etudes sur la qualité, la tarification et sur le circuit du malade initiées	Organisation des ateliers de consensus / validation

✓ **Troisième mission**

Recommandations issues du Suivi Scientifique de novembre 2009	Responsable	Niveau de réalisation	Ce qui reste à faire
Assurer un accompagnement (formatif, préventif et évaluatif) à la gestion directe	CTB / RESBEN / AT	Non réalisé	
Renégocier le manuel des procédures	EEZS / CTB Egalement PSCS (cogestion)	Deux propositions ont été faites par l'UGP : la première suite à l'audit financier (mai) et la seconde remise à l'équipe EMP	La SMCL se prononce sur la question (dossier technique en annexe)
Développer un système de suivi évaluation de proximité avec ajustement	UGP / EEZS / PSCS	Non réalisé (les différentes crises ont empêché l'équipe	Réviser le plan intégré de suivi-évaluation en

Recommandations issues du Suivi Scientifique de novembre 2009	Responsable	Niveau de réalisation	Ce qui reste à faire
d'indicateurs (processus > résultats)		d'avoir la paix psychologique pour réunir tous les acteurs et on a eu très peu de temps après la mission)	mettant l'accent sur les processus
Relancer l'atelier de Sé pour une définition mutuellement négociée de la qualité	PSCS/ UGP	Processus en cours mais à travers une autre approche : paiement de la première prime 2009 (motivation) avec préparation d'un système de mesure de la performance plus élaboré (mission de consultance nationale –appel d'offres lancé)	critères validés plus contrat de performances signé <i>et paiement des primes 2010 aux prestataires</i>
Faire mener à moindre coût des enquêtes légères et former les acteurs	PSCS / UGP	Une formation en recueil et analyse de données qualitatives est planifiée et sera organisée par la PSCS au 1 ^{er} trimestre 2010	Mener des enquêtes auprès des bénéficiaires et acteurs et faire mener certaines enquêtes dans le cadre de travaux de fin d'études, stage, etc. La SMCL devra se prononcer sur l'utilisation des personnes ressources hors contrat de consultance.

2.3 Evaluation à mi-parcours

La mission d'évaluation à mi-parcours (EMP) du projet s'est déroulée au Bénin du 2 au 20 novembre 2009. L'équipe de l'EMP, composée de Marc Réveillon –économiste et chef de mission- et de Adolphe Kpatchavi –socio-anthropologue- agissant pour le compte de SHER Ingénieurs-associés sa – HERA belgium.

L'équipe d'évaluation a rencontré les différents responsables au niveau central (CTB, Ambassade de Belgique et MS), au niveau départemental (Préfecture et Directions départementales), et au niveau de la Zone de santé (ZS) de Comè (équipes du Projet, Maires et organisations de la société civile de la zone de Comè dans laquelle la mission a passé 10 jours. Une première restitution a eu lieu à Comé avec les équipes du projet. Deux restitutions ont été faites à Cotonou : l'une à la CTB et l'autre (restitution nationale) au Ministère de la Santé.

Le tableau ci-dessous résume l'état de mise en œuvre des principales recommandations opérationnelles de la mission d'évaluation à mi-parcours.

Recommandations issues de l'EMP	Responsable	Niveau de réalisation	Ce qui reste à faire
Formation de l'AG à l'utilisation du logiciel FIT	RAF Santé/CTB	réalisé	
Accompagnement managérial de l'EEZS pour la gestion directe (et pour la gestion des autres sources de financement)	AG Projet + AT/EEZS (voir ci-dessous) +EEZS (CAR)	Non réalisé (les crises qui ont succédé l'audit ont trop traîné dans leur résolution et aucune mesure n'a été prise)	

Recommandations issues de l'EMP	Responsable	Niveau de réalisation	Ce qui reste à faire
Politique de défraiement des participants et facilitateurs lors d'ateliers/séminaires ; forfaits communications GSM ; règles d'utilisation des véhicules	SMCL ; UGP	Une proposition est faite, puis une seconde aux ordonnateurs mais aucune réponse à ce jour	
Recrutement d'un AT (EEZS) et d'un consultant pour la relance de la mise en œuvre après EMP		Disposition en cours pour l'AT EEZS mais le consultant aucune disposition n'est prise encore	
Ancrage communautaire PSCS : comité restreint de concertation	PSCS	Une Plate-forme représentative de la société civile a été constituée (Maires, mutuelles, cosa, gogec HZ, ONG, patronat)	Mise en place officielle de la PSCS en tant qu'organe décisionnel représentatif de ma société civile
Fonds d'indigence : simplification du montage (CLIVI au niveau Arrondissement et composition ramenée à 3 personnes), simplification des procédures	PSCS	Non applicable (l'équipe locale estime que l'initiative est trop récente pour une telle conclusion, le choix de se donner plus de recul pour réévaluer) En plus cette formule proposée demande des ressources que nous n'avons pas du fait des limites de procédures	
Mutuelles de santé : extension du paquet de bénéficiaires aux hospitalisations et inclusion	PSCS ; mutuelles de santé ; secteur privé ; SMCL	Non réalisé (défaut de temps pour la réalisation à ce niveau, le volet a	

Recommandations issues de l'EMP	Responsable	Niveau de réalisation	Ce qui reste à faire
du secteur privé agréé	(pour la ligne budgétaire)	peine démarré)	
Primes de performance (aspects techniques) : adaptation des monitorages semestriels pour servir de critères d'allocation des primes	EEZS (avec avis de la PSCS)	Non applicable	
Primes de performance (aspects qualité perçue par la population)	PSCS (avec avis de l'EEZS)	Sera pris en compte dans le cadre de la consultation sur la prime à la performance	
Documenter les difficultés/ impasses relatives à l'augmentation de la qualité des services (causes de l'inertie du système) et rationalisation de l'EEZS (plaidoyer + raisons de certaines impossibilités)	EEZS	Non réalisé (faute de temps, sera fait dans le cadre de la documentation prévue en 2010)	
Former, vulgariser ou mettre les outils de recherche à la disposition des prestataires et des membres de la PSCS ; former à comment documenter des processus et des résultats	UGP	Non réalisé (faute de temps, sera fait dans le cadre de la documentation prévue en 2010)	

3. Situation actuelle en bref

Le présent Rapport dresse le bilan et analyse les résultats des activités du PAZS-Comé II au cours de l'année 2009. Ce projet, qui vise l'amélioration de l'accessibilité des populations¹ de la zone sanitaire de Comé aux soins de qualité, parie sur le développement et le renforcement organisationnel des institutions, sur le développement des capacités des acteurs, afin de les rendre aptes à répondre aux défis futurs. Il faut souligner que suite aux

¹ Population estimée à 292 085 habitants en 2009, **Source: SSD-MS/BZ-C/SS**

constats et recommandations de la mission d'évaluation à mi-parcours du projet des aménagements sont proposés pour une insertion plus cohérente de l'intervention du PAZS-Comé comme pépinière du programme belge de santé du Bénin.

Les taux de réalisation du PAZS-Comé II demeurent faibles. Le taux d'exécution financière au 31 décembre 2009 est de **38%**. Cette situation est la résultante d'une série de trois principales difficultés : difficultés d'ordre méthodologique, difficultés liées à la mise en œuvre des procédures (phase transitoire de la gestion directe), problèmes structurels et fonctionnels.

L'ensemble des actions du PAZS-Comé II, menées en 2009, a contribué à la prise en charge **3.695** patients dont **3.439** hospitalisations à l'hôpital de zone de Comé parmi lesquels on pouvait compter **82 indigents**. Selon les statistiques de la zone sanitaire², le taux d'occupation des lits était de **24%** avec une durée moyenne de séjour de **3 jours**. Dans l'ensemble des 34 centres de santé la situation se présentait comme suit : taux moyen d'utilisation des services curatifs : **37%** (contre **36%** en 2008), taux moyen d'utilisation des services prénataux : **102%** (contre **100%** en 2008) et taux moyen d'accouchement assisté : **85%** (contre **83%** en 2008). La couverture vaccinale pour le vaccin *anti rougeoleux* était de **96%**.

Concernant le volet renforcement des capacités de négociation des population, les nombreuses activités ont permis l'installation et la formation des **1.400** membres des Comité Locaux d'Identification et de Validation des Indigents (CLIVI) dans les 204 villages de la zone sanitaire de Comé.

L'état d'avancement actuel du projet, qui peut être qualifié de préoccupant a donné lieu à des analyses critiques sur les facteurs limitant, goulots d'étranglement et autres pesanteurs de la part, tant de l'équipe de gestion du projet que par la mission d'évaluation à mi-parcours.

L'année 2009 aura été marquée par :

- (a) la nomination d'un nouvel Ordonnateur³,
- (b) l'arrivée de nouveaux collaborateurs : un nouvel AT/PSCS, coresponsable du PAZS-Comé II, d'un nouvel AG et le Médecin Conseil à la PSCS,
- (c) la tenue des 3^e et 4^e sessions de la SMCL,
- (d) l'organisation des 2^e et 3^e missions de suivi technique continu du PAZS-Comé,
- (e) l'organisation d'un audit de la gestion de la période octobre 2008 à mars 2009,
- (f) l'organisation de l'évaluation à mi-parcours du projet,

² SNIGS et Monitoring de la ZSC, au cours de la même période en 2008, il y avait eu 1 531 hospitalisations pour 1 785 consultations, le taux d'occupation annuel de lits était de 23% avec une durée de séjour de 04 jours

³ Il y a eu changement au poste de SG du Ministère de la Santé : Dr Benoît FAIHUM a été remplacé par Dr Valère GOYITO en début mai 2009.

- (g) la résolution de la crise (aussi bien l'UGP que l'EEZS et la PSCS) qui a participé à accentuer (au cours du 4^e trimestre 2009) le retard déjà accusé par le projet ;
- (h) le paiement de la première prime à la performance du personnel
- (i) le départ du Directeur de la PSCS ainsi que du Directeur de l'Hôpital de Zone.

La mise en œuvre de ces activités aura nécessité de nombreuses réunions au niveau de l'UGP, du CTCS et des diverses institutions en charge de ses différents axes (EEZS, PSCS et CTCS), des ateliers, des études et des prises de décisions. Au cours de la période, la ZS de Comé n'a pas été épargnée par les grèves (plus de 6 mois dans l'ensemble du secteur santé⁴) et des interférences des programmes verticaux (notamment les formations en PCIME, prise en charge du Paludisme grave, les campagnes de vaccination de masse contre la poliomyélite, la rougeole et la fièvre jaune).

Des principales réalisations on peut retenir, en ce qui concerne :

- a. l'amélioration de la représentation et d'un pouvoir de négociation significatif de la population : l'adoption du **Cadre institutionnel sur un modèle participatif et l'organisation de la mobilisation sociale des OSC potentiels membres de la PSCS**. Constitution d'une Plate-forme, **instance décisionnelle** représentant la société civile et indépendante de la cellule technique du projet ; cette structure constituée en décembre 2009 sur base des recommandations de l'évaluation à mi-parcours devrait jouer son rôle à partir du premier trimestre 2010 ;
- b. l'opérationnalisation des mécanismes de financement solidaire appropriés pour assurer à la population de la ZS Comé d'une protection contre les risques et coûts maladie : l'opérationnalisation du nouveau mécanisme de gestion du **Fonds Sanitaire des Indigents (FSI)**, la mise en place des **structures communautaire d'opérationnalisation** dudit mécanisme (CLIVI), le remboursement **via la PSCS aux formations sanitaires** des frais engagés au titre de la **prise en charge des indigents** à partir d'un **compte spécial local** pour la gestion de la contribution belge au fonds d'indigence (FI) et l'adoption du rapport de l'**étude sur la tarification** dans la zone sanitaire de Comé. L'année 2009 a vu le démarrage de la prise en charge effective des indigents pour lesquels 120 dossiers ont été traités par la PSCS et permis le remboursement des frais relatifs aux soins qui leur ont été donnés ;
- c. l'accompagnement de la mise de la qualité dans les structures de santé : d'une part la **réalisation d'une étude sur la qualité** des soins

⁴ La grève a repris en fin novembre 2009.

développée par les formations sanitaires de la zone de Comé, l'organisation d'un atelier d'**adoption d'une définition consensuelle et des critères d'appréciation de la qualité (perçue et délivrée)**, et d'autre part l'organisation de la **première** réunion de concertation EEZS - PSCS. L'année 2009 a connu au cours de son dernier trimestre la mise en place de la prime de performance qui a pu être payée en décembre au personnel des CS (publics et privés) et Hôpital de Zone ;

- d. le renforcement de la capacité de l'EEZS de gérer la ZS et ses interrelations avec le niveau central : l'**actualisation** des modalités de fonctionnement en vue d'une meilleure **construction de l'équipe et rationalisation du travail** au sein de l'EEZS, le renforcement des capacités des membres de l'EEZS sur le travail en équipe, la mise en œuvre du **plan de promotion de la santé**, la concrétisation de la **collaboration entre le privé et le public** et l'introduction des **cercles de qualité** au sein des formations sanitaires ;
- e. la mise en place d'une politique de RH rationnelle, qui promeut la compétence et la motivation des agents : l'opérationnalisation du **plan global de formation** de la zone sanitaire de Comé, du nouveau **Guide de la supervision**, l'introduction des **Instructions opérationnelles actualisées** (protocoles de soins à l'HZ et ordinogrammes pour les CS), le renforcement du système de **référence** et de **contre référence**, l'organisation des **audits cliniques et para cliniques**, l'amélioration de **l'organisation des services** de l'hôpital de zone.
- f. la place de l'expérience de la ZS Comé dans les débats sur les politiques de santé au niveau central : l'organisation des **2^e et 3^e missions** de suivi technique et continu du projet.

4. Bilan de l'exécution des activités

4.1 Aperçu de la mise en œuvre des grands dossiers

Grands dossiers	NIVEAU D'AVANCEMENT	RESTE A FAIRE	CONSTRAINTES/ SITUATION A NOTIFIER
Amélioration de la gestion	Un modèle d'amélioration de la	Réduire les réticences/résistances	Impunité au niveau des

de la PEC des indigents à partir des Fonds Indigents	gestion antérieure est vulgarisé, les acteurs ont commencé la mise en œuvre, la PSCS a reçu 106 dossiers de prise en charge dont 80 sont remboursés à hauteur de 4329285 F CFA sur 10 millions F CFA de disponibles, le coût moyen de la prise en charge par indigent est entre 39357,42 et 655967 F CFA	au niveau des prestataires, mobiliser d'avantage les acteurs communautaires et financer la collecte de données sur le statut à partir des CPS Inclure les prestataires privés	offreurs Inadaptation de l'organisation des soins en cas d'exemption La capacité des autorités de l'offre au niveau local à garantir la qualité des soins aux niveau des prestataires privés
Promotion des mutuelles	Une équipe conjointe offre, demande et acheteurs s'est enrichie par l'expérience des réseaux de mutuelles du Nord Bénin et ce pool est apte à piloter la promotion des mutuelles dans la zone	Obtenir l'accord de la SMCL/ordonnateurs pour utiliser directement l'assistance technique des deux réseaux de mutuelles de santé du borgou/Alibori dans le cadre du choix des scénarii, du développement des mutuelles et du réseautage	
Paiement de prime sur base de la performance aux prestataires	Le dossier est lancé au quatrième trimestre 2009 et une prime de motivation a été payée aux prestataires publics et privés en décembre passé (11130490 F CFA)	le recrutement d'un consultant chargé d'assoir une méthodologie plus élaborée Veiller à une bonne adhésion des différentes parties	
Mise ne place d'une plate forme société civile et santé fonctionnelle	Les partenaires potentiels membres de la PSCS sont mobilisés	Installer officiellement la PSCS comme organe de représentation de la population Assurer l'appui technique et financier de la PSCS	Les risques de conflits de leadership entre les membres composant la PSCS
Rationalisation des soins à	Elaboration du plan de rationalisation, des	Etendre la rationalisation dans	

l'hôpital et dans les centres de santé pilotes	ordinogrammes et protocoles de soins, formation des acteurs sur l'Assurance qualité, introduction des cercles de qualité dans les FS Etude sur les coûts de prise en charge à l'HZ et dans les CS	10 CS complémentaires Finaliser le processus de définition d'une tarification consensuelle entre offre et demande	
Amélioration de la qualité des soins offerts aux patients	Renforcement du modèle de supervision, mise en œuvre du plan de formation, réalisation des audits cliniques ou ciblés	Poursuivre la mise œuvre du plan de formation et de supervision Mettre à contribution les audits et la prime à la performance	Adaptation du manuel de procédures financières aux réalités de la ZS

4.2 Détails des activités réalisées

Projet BEN 06 012 12
Tableau Opérationnel de Suivi pour la période : 2009

Action prévue	Sous-activités	Indicateurs de résultats	Résultat attendu	Résultat obtenu	Problème rencontré	Solution envisagée	Prévision prochaine période
Résultat R1: La population bénéficie d'une réelle représentation et d'un pouvoir de négociation significatif							
Mettre à jour l'inventaire des organisations de la société civile	Poursuivre la collecte des données sur les organisations de la société civile	Nombre d'OSC ayant les données à jour dans la base de données	Base de données OSC disponible à la PSCS	L'équipe technique de la PSCS a continué la collecte des données en saisissant des opportunités au niveau communautaire, les TDR pour le recrutement d'un consultant sont élaborés	Les facilitateurs communautaires étaient sollicités sur d'autres activités	Recrutement d'un consultant pour la collecte des données sur les OSC	La mission sera réalisée au 1 ^{er} trimestre 2010
	Diffuser un rapport sur les OSC de la ZS	Nombre d'accusé de réception /Nombre de participants aux réunions	Rapport sur les OSC disponible et diffusé, 4 séances de restitution organisées	activité non encore exécutée			

	Mettre à jour un fichier des OSC de la ZS	Nombre d'OSC ayant les données à jour dans la base de données	> 01 mise à jour par OSC au cours de l'année	Quelques données déjà collectées et/ou actualisées intégrées au classement Index File.			
	Animer l'unité de documentation (promotion de la santé, les OSC, participation communautaire, financement de la santé, HBC, EBM, mutuelles) au sein de la PSCS	Nombre de visiteurs pendant la période	> 40 visiteurs/se maine dans l'année (soit >2080 par an), nombre de documents disponibles	Mise en place d'un back up	Cadre inadéquat	Dans le cadre du déménagement de la PSCS, un local adéquat sera disponible	
Accord des parties autour d'un format de PSCS	Organiser un atelier sur le montage institutionnel de la PSCS	Nombre de documents disponibles	PV atelier d'élaboration du montage institutionnel, de la réunion de validation, Acte de création, modalités	Activité prévue et totalement réalisée au cours du premier trimestre 2009		Il y a une réorientation sur la forme de la PSCS	

			de fonctionne ment				
	Organiser le plaidoyer à l'endroit des OSC en vue de leur adhésion à la PSCS	Nombre d'OSC rencontrées devenues membres de la PSCS	> 50% des OSC rencontrées devenues membres de la PSCS	Plaidoyer, initié en Q1, s'est poursuivi. Il a été particulièrement axé sur les actions visant une plus grande implication des décideurs au niveau local (maires, chefs d'arrondissement, ONGs ...). Suite aux recommandations de l'évaluation à mi parcours.	Indicateur non suivi, activité réorientée	Finaliser le processus de mise en place de la PSCS/organisme de décision	

	Accompagner les OSC (renforcement institutionnel et organisationnel)	Nombre d'OSC appuyées qui sont devenues membres de la PSCS	>80% d'OSC appuyées devenues membres de la PSCS	Appui aux OSC retenues dans le cadre du programme MIP (suivi)	Indicateur non suivi, activité réorientée		
	Organiser l'assemblée générale	Nombre de réunions tenues	1 réunion d'adoption du cadre institutionnel de la PSCS organisée	activité réorientée	Lourdeur et trop de formalisation	Accélérer le processus de mise en place de l'organe de décision	
	Organiser les réunions du conseil d'administration	Nombre d'OSC appuyées qui sont devenues membres de la PSCS	> 2 réunions organisées	non réalisée	Idem		
	Développer un partenariat avec les comités de gestion des centres de santé	Nombre d'accord de partenariat signés	Au moins 13 accords de partenariat sont signés	Pas d'accord signé, mais Implication des COGECS dans le processus de prise en charge des indigents et de mise en place de		Lever l'ambiguïté selon laquelle la PSCS remplacera le comité de gestion.	

				la PSCS			
Doter la PSCS de son staff national et d'un assistant technique	Payer les salaires et charges du personnel	% de Personnel PSCS opérationnel , Charges salariales et autres régulièrement couvertes	100% des salaires et charges payés	Personnel régulièrement payé			
	Organiser des réunions de coordination de la PSCS	Nombre de réunion hebdomadaire organisée dans la période	1 réunion hebdomadaire organisée	26 staffs hebdomadaires tenues avec PV et archivées, nombreuses réunions techniques	Toutes les réunions n'ont pas été Sanctionnées par un PV.		

	Organiser les missions sur le terrain (paiement de frais de missions, etc.)	% de missions planifiées réalisées	100% des missions planifiées réalisées	213 missions réalisées	Insuffisance de programmation rigoureuse et de suivi des réalisations		
	Suivre le plan de développement du personnel de la PSCS	Taux de réalisation du plan de développement individuel du personnel de la PSCS	100% de cercle de développement disponible	activité non réalisée		Prévue pour 2010	
Doter la PSCS de ses moyens de fonctionnement	Payer le loyer du bureau de la PSCS	Nombre de mois de loyers payés	12 mois de loyers payés	Loyer versé pour toute l'année	local inapproprié aux activités de la PSCS	Déménager le siège	
	Acquérir le matériel et équipement complémentaires pour le fonctionnement	% de matériels et équipements complémentaires planifiés acquis	100% de matériel et équipement complémentaires planifiés disponibles	Achat d'équipement (04 ordinateurs dont 02 portatifs, 02 coffres forts, 02 onduleurs, 03 imprimantes).	l'équipement tombe rapidement en panne pour des raisons de qualité et de maintenance	Veiller sur la qualité des appareils au cours de l'achat et programmer la maintenance pour les appareils	

	Acquérir les accessoires (casques, extincteurs, trousse, radio) y compris les frais d'assurance pour les matériels roulants	% d'accessoires acquis, %matériels roulants assurés sur l'année	100% d'accessoires planifiés disponibles & 100% de matériel roulant assuré	renouvellement assurance pour le matériel roulant (02 voitures et 05 motos), Achat de 05 casques et 04 sacs de terrain..			
	Organiser les activités d'entretien et de maintenance (y compris la dotation en carburant du matériel roulant)	Nbre de jour de disponibilité de chaque matériel roulant, Consommation moyenne en carburant / matériel roulant	100% d'entretien et de maintenance planifiés exécutés	Les véhicules, les motos et le groupe électrogène sont régulièrement approvisionnés et entretenus. Les consommations moyennes pour 100km (pour le matériel roulant) ainsi que par heure de travail (groupe électrogène) fait l'objet d'un monitoring mensuel da	groupe tombe souvent en panne et sa capacité n'alimente pas assez tout le bureau		
	Payer les frais liés au fonctionnement de la PSCS: eau, électricité	Taux de consommation des frais de fonctionnement	100% de facture de services cités	Fonctionnement du local de la PSCS, eau, électricité, téléphone assuré			

	électricité, téléphone, assurance bureau, consommables et autres y compris les frais de réunion et de représentation	nt	réglées	téléphone assurés régulièrement			
	Organiser le suivi de la réalisation des études complémentaires: perception sur la représentativité des composantes des OSC, itinéraire thérapeutique, perception de l'indigence et de sa gestion, perception de l'activité de la PSCS	Nbre d'études réalisées	04 études réalisées et les résultats restitués	Activité supprimée			

	Mettre en œuvre un mécanisme de financement de la PSCS et d'achat des soins	Mécanisme de financement et d'achat de soins (prime, mutuelle, fonds d'indigence, etc.) disponible & mis en œuvre, Taux de disponibilité des fonds prévus pour la PSCS, taux de consommation des fonds disponibles, % fonds extra mobilisés	Mécanisme de financement et d'achat de soins (prime, mutuelle, fonds d'indigence, etc.) disponible & mis en œuvre, Taux de disponibilité des fonds prévus pour la PSCS, taux de consommation des fonds disponibles, % fonds extra mobilisés	démarrage effectif de la mise en œuvre du mécanisme de financement d'achat de soins par rapport au fonds des indigents			
--	---	---	---	--	--	--	--

	Organiser les audits de gestion de la PSCS	Nbre d'audit est réalisé	Au moins 1 audit est réalisé	Le projet reçoit régulièrement un feedback sur les comptabilités mensuelles. Mais ceux-ci ne font pas l'objet d'un examen systématique par les responsables du projet et aussi par l'UGP. Un audit financier est réalisé au premier semestre 2009.			
Tous les ménages sont tenus informés du projet de développement de la zone modèle du Bénin (de Comé via le PAZS-C), ses objectifs et activités	Organiser la mise en œuvre du plan intégré de communication	Taux de réalisation du PIC	>80% des activités planifiées réalisées	Un comité ad hoc a été mis sur pied par l'UGP pour booster les actions de communication aussi bien au niveau communautaire que des médias (journaux, radio et télé).	Lenteur dans la mise en œuvre et suspension des comptes de la gestion directe.		

	Organiser le réseau de relais communautaires	Nbre de relais communautaires actifs dans le réseau, taux de réalisation des activités du cahier de charge, nbre d'initiatives pertinentes (théâtre, sensibilisation ...) prises par les RC du réseau	>80% des activités du réseau des relais communautaires réalisées	la vision du réseautage communautaire de la PSCS a été élaborée et partagée. Son protocole de mise en œuvre est aussi élaboré.	Réorientation sine die pour des raisons de simplification et d'utilisation de l'existant.	Se baser sur l'existant.	
--	--	---	--	--	---	--------------------------	--

Résultat R2: La population de la ZS bénéficie d'une protection contre les risques et coûts maladie via des mécanismes de financement solidaires appropriés

<p>Développement d'une gestion plus efficiente et mieux ciblée du FI sous la PSCS</p>	<p>Mettre en œuvre le modèle de gestion du fonds d'indigence : adoption du modèle, briefing des acteurs, démarches administratives pour transfert du FI Béninois à la PSCS</p>	<p>Modèle de gestion du fonds d'indigence adopté disponible, nombre d'acteurs informés sur le modèle, FI disponible à la PSCS</p>	<p>Modèle de gestion du fonds d'indigence adopté disponible, nombre d'acteurs informés sur le modèle, FI disponible à la PSCS</p>	<p>Vulgarisation du nouveau modèle d'opérationnalisation du Fonds Sanitaire des Indigents (FSI), à tous les acteurs (communautaires, prestataires et managers), plaidoyer, communication de masse, collecte des données sur la perception et la gestion de l'indigent.</p>	<p>Réticence/résistance aux changements</p>	<p>Poursuivre la mobilisation et opérer des ajustements sur le processus.</p>	
	<p>Mettre à jour le fichier des indigents de la ZS</p>	<p>% d'indigents enregistrés dans le fichier avec données à jour</p>	<p>>80 % des indigents identifiés ont des données à jour dans le fichier</p>	<p>Elaboration et mise à jour d'un fichier sur les indigents pris en charge</p>			

	Payer les soins offerts aux indigents par la contre partie Belge	Proportion d'indigents dont les soins sont payés via la PSCS, taux d'exécution du FI, Nombre d'indigents pris en charge, Nbre d'indigents traités à l'HZC, taux de référence d'indigents, coût moyen de traitement par indigent au niveau CS et HZC	≥90% de consommation des fonds planifiés sur la période	Remboursement à l'HZC et dans trois CS des frais de prise en charge des indigents vus entre octobre 2008 et novembre 2009, soit 4.329.285 de francs CFA soit 43% (environ, 82,62€/ indigent).	Très peu de dossiers envoyés par les centres Beaucoup d'incidents critiques relevés dans la prise en charge.	Utiliser l'alternative de l'implication des CS privés.	
	Payer les soins offerts aux indigents sur le FI Béninois	Idem	Idem	Aucun paiement			

Financer via la PSCS une assistance technique externe pour soutenir le développement des mutuelles	Réaliser l'étude sur la promotion des mutuelles de santé	Une assistance technique béninoise pour le développement des MS est disponible, Etude réalisée, un plan de développement des mutuelles est élaborée	Plan stratégique de promotion des mutuelles de santé disponible	Voyage de prospection et d'échanges des acteurs des mutuelles sur les mutuelles de santé du Nord Bénin réalisé.	Indisponibilité des acteurs du projet liée aux deux dernières missions externes et aux conséquences de l'audit financier.	Simplifier l'implémentation et utiliser l'appui technique de proximité à partir des réseaux du nord.	
	Mettre en œuvre le plan de développement des mutuelles de santé dans la ZS	Taux de pénétration des MS, nbre de nouvelles mutuelles créées, nombre d'adhérents, nombre de visite d'échanges est organisée dans une zone de MS performante	≥5% de la population mutualisée	1 visite d'échange des mutuelles est réalisée.			

Appuyer le développement des mutuelles par la création d'un environnement plus propice	Organiser le plaidoyer pour le financement d'AGR au profit des populations (groupements, associations...)	Nombre d'AGR financées	≥1 AGR mise en place par groupement / association accompagnés	Des financements MIP décrochés pour AGR Suivi de la mise en œuvre conjointement avec la CTB.		Diversifier les sources de financement	
Développer une politique de tarification transparente et compréhensible par la population	Introduire une nouvelle politique de tarification dans les formations sanitaires: étude, atelier, diffusion de la tarification, monitoring	Nouveaux tarifs négociés et adoptés	100% des Fs appliquent la nouvelle tarification ; >80% des ménages informés sur la nouvelle tarification	Le calcul des coûts par prestation au sein des commissions mises en place à cet effet se poursuit pour la préparation de l'atelier d'adoption d'une tarification consensuelle	Processus suspendu entre temps	Relancer le dossier pour le compte de la défense des intérêts de la demande de soins.	
Résultat 3: La qualité des soins dans les structures de santé est supportée							
Développer une définition consensuelle des notions de performance et de qualité	Organiser une étude sur les déterminants de la qualité des soins et la performance (acteurs, prestataires et population)	Indicateurs et critères de mesure de la qualité et de performance disponibles	Indicateurs et critères de mesure de la qualité et de performance disponible	une étude est organisé sur les déterminants de la qualité des soins et la performance et le rapport final est disponible			

			s				
	Organiser un atelier d'élaboration et de validation des indicateurs et outils pour mesurer la qualité des soins délivrés dans les CS et l'HZ et la performance	Indicateurs et outils disponibles pour mesurer la qualité des soins	Indicateurs et outils disponibles pour mesurer la qualité des soins	L'atelier d'élaboration et de validation des indicateurs et outils pour mesurer la qualité des soins délivrés dans les CS et l'HZ et la performance est organisé	l'atelier organisé à cet effet au Pôle Nord de Sè n'a pu s'achever pour des raisons d'insatisfaction des participants	Relancer l'atelier sur la définition de la qualité des soins	
	Organiser les Réunions de consultation / concertation	Nombre de réunions de consultations tenues sur nombre de réunions planifiées	> 12 réunions de consultation / concertation organisées	Une première réunion EEZS-PSCS s'est tenue,	Les participants n'ont pu s'entendre sur certains aspects des modalités de fonctionnement du cadre de concertation EEZS-PSCS.	Privilégier la base des initiatives déjà en cours	
Mettre en place un système de prime à la	Organiser le paiement de primes à la	Nombre de structures impliquées	100% d'équipes performantes	Une première prime à la performance d'un			

performance (axe qualité & travail collectif)	performance HZ et CS	dans le processus à la performance	tes reçoivent la prime à la performance	montant de 11.130.490 francs CFA, soit 74% payé aux prestataires de soins publics et privés de la Zone Sanitaire.			
	Suivre le système de paiement de primes à la performance	Nombre de FS dont les performances sont reconnues satisfaisantes par les utilisateurs, proportion des membres du personnel de la ZS qui perçoivent la prime à la performance	Idem	En cours			

<p>Animer l'interface entre PSCS et services de santé, gérer et prévenir les conflits potentiels</p>	<p>Organiser les réunions de concertation entre PSCS - Services de santé à tous les niveaux</p>	<p>Nbre de réunions de concertation PSCS et FS à tous les niveaux, contenu des débats</p>	<p>> 12 réunions de concertation organisées</p>	<p>Plusieurs séances de travail sont tenues au sein des FS (HZ et CS) pour la mobilisation des acteurs au profit d'une meilleure gestion des FSI et des incidents critiques y afférents Dans le même sens plusieurs réunions de concertation ont eu lieu entre la PSCS et l'EEZS.</p>			
	<p>Organiser des visites terrain et de travail conjointes EEZS et PSCS</p>	<p>Nombre de visites terrain conjointes effectuées, nombre de décisions consensuelles exécutées</p>	<p>> 4 réunions conjointes EEZS & PSCS organisées</p>	<p>Visite préparatoire conjointe EEZS-PSCS sur les mutuelles au Nord. Visite d'échange conjointe EEZS-PSCS sur les mutuelles de santé au Nord La mise en place des cercles de qualité dans les CS pilotes et à l'hôpital de zone.</p>			

	Développer une stratégie de gestion constructive des conflits potentiels (diagnostic précoce, médiation et règlement)	Nombre de conflits potentiels identifiés et réglés	Nombre de conflits potentiels identifiés et réglés	Une réunion de résolution des conflits internes à la PSCS tenue + une retraite du personnel de la PSCS + une supervision de l'AT/AIMS aux responsables du projet à l'effet de renforcer l'esprit de cohésion au sein des équipes de travail (UGP, EEZS & PSCS), mise en place d'un système d'information et de gestion des incidents critiques.			
Accompagner le processus de rationalisation des intrants humains, matériels et méthodologiques	Accompagner le processus de rationalisation des 13 CS prioritaires et de l'HZ	Nombre de CS rationalisés, nbre d'unités fonctionnelles rationalisées, Ratio prestataire de soins	13 CS rationalisés et HZ renseignent les indicateurs de suivi (Ratio prestataire de soins	Processus de rationalisation accompagné au niveau de 3 CS pilotes (Adjaha, Honhoué, Possotomé)	lenteur dans l'augmentation du nombre de centre de santé.		

		qualifiés population, Taux d'occupatio n moyenne des lits; Taux d'utilisation	qualifiés population , Taux d'occupat ion moyenne des lits; Taux d'utilisation)				
--	--	---	---	--	--	--	--

Code activités	activités	Sous activités	Résultats obtenus	Contraintes ou situations à notifier	Solution envisagées
Résultat 4 : La capacité de l'EEZS de gérer la ZS et ses interrelations avec le niveau central est renforcée					
R4/A1	A1/1 Organiser des réunions de travail (staff BZ & staff HZ) en vue de la gestion intégrée du système zone sanitaire	a) Des réunions de travail organisé (staff BZ&HZ) en vue de la gestion intégrée du système de zone sanitaire.	39 réunions du staff du Bureau de zone, 30 réunions du staff de l'HZ tenus, 5 réunions conjointes BZ/HZ, 15 missions de suivi dans les CS pilotes (Planification et mise en œuvre). Les points ayant fait objet de discussion au cours des réunions sont entre autre la gestion des médicaments et consommable au dépôt répartiteur, la gestion du système de maintenance la gestion du parc automobile, l'organisation des contrôles de gestion dans les FS, l'organisation des contrôles de présence dans les FS	Persistance de la grève jusqu'à la fin du mois de juin. Changement du directeur de l'HZ ;Difficultés d'appropriation de tous les aspects des réformes engagées. Ce qui entraîne parfois des incompréhensions, des retards voire des blocages ⁵ dans la mise en œuvre des actions à l'HZ	

⁵ La situation s'est améliorée et l'ambiance de travail est de plus en plus cordiale

Code activités	activités	Sous activités	Résultats obtenus	Contraintes ou situations à notifier	Solution envisagées
	A1/2Elaborer le plan d'action et le budget de la ZS Comé (Chaque CS, HZ)	b) toutes les FS ont un plan d'action annuel	Le PTD 2009-2011 a été élaboré et validé par le comité de santé. De même, 100% des FS disposent d'un plan d'action pour l'année 2010 , dont le suivi-évaluation se fera au cours de l'année .	RAS	

Code activités	activités	Sous activités	Résultats obtenus	Contraintes ou situations à notifier	Solution envisagées
	A1/3 Organiser le monitoring semestriel des Formations sanitaires prioritaires dans le cadre de la mise en œuvre de la prime à la performance	le rapport de monitoring des CS est disponible	<p>Quelques indicateurs de santé : utilisation des services curatifs : 37%,</p> <p>Consultation prénatale (CPN) : 102%.</p> <p>Accouchement assisté : 85%</p> <p>Vaccination infantile : BCG 96%, Penta3 91%, VAR 96%, VAA 96%, VAT2+ :63%</p> <p>Statistiques hospitalières : 3695 nouvelles consultations (soit 10 nouvelles consultations par jours), pour nouvelles hospitalisations 3439 (soit 9 nouvelles hospitalisations par jour),</p> <p>durée moyenne de séjour : 3 jours, Taux d'occupation des lits :24%</p>	RAS	

Code activités	activités	Sous activités	Résultats obtenus	Contraintes ou situations à notifier	Solution envisagées
R4/A2	A2/1 Suivre la mise en œuvre du plan intégré de communication: élaboration, mise en place des conditions de réalisation, mise en œuvre, suivi et évaluation	Taux de réalisation du plan	Elaboration et dissémination du plan de promotion de la santé de la ZS; organisation de l'atelier d'élaboration et de validation du synopsis, signature de contrat de partenariat avec les radios privées (Mono FM& FM Ahémé), diffusion des messages sur le paludisme et les maladies diarrhéiques sur les radios. Organisation des émissions radiophoniques sur: <ul style="list-style-type: none"> • le processus d'amélioration de la qualité des soins dans les CS pilotes (HZ, Adjaha Honhoue & Possotomè) • l'allaitement maternel • les avantages de la vaccination • l'organisation de la 	Retard dans la mise en œuvre des activités de proximité au niveau communautaire du fait d'une faible coordination entre les deux volets d'exécution du projet au niveau local (PSCS et EEZS) pour la mise en œuvre des activités de communication	

Code activités	activités	Sous activités	Résultats obtenus	Contraintes ou situations à notifier	Solution envisagées
			<p>zone sanitaire et des services disponibles dans les CS & HZ</p> <ul style="list-style-type: none"> • la gestion du fonds sanitaire des indigents 		

Code activités	activités	Sous activités	Résultats obtenus	Contraintes ou situations à notifier	Solution envisagées
R4/A3	A3/1 Actualiser les modalités de fonctionnement de l'EEZS (composition efficiente, organisation du travail)	Modalités de fonctionnement de l'EEZS disponible.	<p>On note une ambiguïté dans l'interprétation et la compréhension de l'Arrêté N°10845/MSP/DC/SGM/CTJ/DDZS/SA du 8 novembre 2005 portant attribution, composition, organisation et fonctionnement de l'EEZS.</p> <p>Les modalités de fonctionnement de l'EEZS ont été actualisées et ont mis l'accent sur la répartition des tâches. De même les jobs descriptions ont été rédigées pour chaque membre de l'EEZS. Plusieurs données ont été collectées sur la dynamique de groupe au sein de l'EEZS et aussi sur les difficultés de mise en œuvre des modalités de fonctionnement adoptées.</p>	<p>Composition de l'équipe est toujours lourde et rend complexe la coordination.</p> <p>De plus faible appropriation de la plupart des acteurs aux nouvelles options proposées.</p>	Prendre la zone pour expérimenter le nouvel organigramme des ZS

Code activités	activités	Sous activités	Résultats obtenus	Contraintes ou situations à notifier	Solution envisagées
	A3/2 Suivre l'exécution des instructions du tableau des effectifs et des compétences des membres de l'EEZS.	Taux de satisfaction des besoins (effectifs & compétence)	Actualisation des effectifs et compétences disponibles, tableau synoptique du personnel est disponible, dossier administratif du personnel régulièrement mis à jour. 80% des formations sanitaires disposent du personnel conformément aux normes du MS. Mais il est à noter que cette norme reste désuète car la charge de travail n'est plus en adéquation		
		Niveau de satisfaction des agents	Le niveau de satisfaction des agents reste mitigé car certaines activités (prime à la performance, formation) n'ont pu être mises en œuvre conformément à la programmation.	Difficultés dans l'application du manuel de procédure, Blocage des comptes de la gestion directe suite à l'audit financier	Négocier la flexibilité dans l'application du manuel de

Code activités	activités	Sous activités	Résultats obtenus	Contraintes ou situations à notifier	Solution envisagées
R4/ A4	A4/1 Doter l'EEZS en frais de carburant & entretien véhicules y compris ambulances	Taux de consommation par véhicule, taux de disponibilité des véhicules	Au total, 20957 litres de carburant consommés par les 07 véhicules (04 pour la supervision & 03 ambulances) pour une distance de 233161 km pour l'ensemble des véhicules, soit une consommation moyenne de 9l/100km par véhicule. Au cours de la période, 713 malades ont été transportés ou transférés entre les différents CS, l'HZ, le CHD Lokossa et l'hôpital d'Aneho.	La gestion en pool des véhicules n'est pas acceptée par les médecins-chefs	

Code activités	activités	Sous activités	Résultats obtenus	Contraintes ou situations à notifier	Solution envisagées
	A4/2Doter l'EEZS en support pour le paiement de frais de missions de terrain	Nbre de missions réalisées	20 missions réalisées par 247 agents pour un coût 7607500 FCFA soit 30.000 FCFA /personne et par mission.	Selon le manuel de procédures, les prestataires ainsi que les acteurs communautaires, considérés comme «bénéficiaires du projet », ne sont pas éligibles au paiement de frais de mission ce qui rend difficile leur mobilisation et implication dans la réalisation des missions à l'intérieur de la zone de santé.	

Code activités	activités	Sous activités	Résultats obtenus	Contraintes ou situations à notifier	Solution envisagées
	A4/3Organiser des réunions de l'EEZS et la participation des membres de l'EEZS aux réunions, fora et autres activités de représentation	Nbre de réunions de l'EEZS, nbre de membres de l'EEZS ayant participé à ces réunions	11 des 12 réunions planifiées de l'EEZS tenues, taux participation des membres 96%. Principaux sujets abordés au cours du semestre : organisation du travail au sein de l'EEZS, Formation des membres de l'EEZS et du personnel , utilisation des véhicules en pool, rationalisation et gestion de l'AQS dans les CS pilotes & HZ , organisation des services de l'HZ, gestion de la référence et contre référence, plan de communication au sein de la ZS, organisation des supervision du personnel des u public et privés, cadre de partenariat avec le secteur privé, organisation de la collaboration avec le secteur privé, Rencontre conjointe EEZS-PSCS, motivation des membres de l'EEZS	La question de la motivation financière non résolue constitue l'un des principaux freins à l'engagement de certains membres de l'EEZS. Les activités de l'EEZS continuent d'être perturbées par les interférences des programmes verticaux et surtout que lesdits programmes offrent de meilleures conditions de prise en charge (perdiem, transport, etc.) au cours des activités.	

Code activités	activités	Sous activités	Résultats obtenus	Contraintes ou situations à notifier	Solution envisagées
	A/4 Doter l'EEZS en frais pour l'investissement (matériel et petit équipement de travail) et frais de fonctionnement	Nbre de matériel et équipement acquis	Acquisition de fournitures de bureau et mobiliers pour les centres de santé et le BZ pour une valeur de 11.511.210		
R4/A5	A5/1 Mettre à disposition un budget "formation continue" EEZS	Plan de formation des membres EEZS élaboré et validé	Participation d'01 membre de l'EEZS au cours sur les politiques de santé à l'IMT/Anvers, du DPSCS au cours de formation des formateurs sur la VIPP ⁶ à Freiburg en Allemagne, Participation de 3 membres de l'EEZS et de 02 membres du personnel de la PSCS à la formation en Excel, Participation du point focal genre du MS à l'atelier international genre à Niamey au Niger.		

⁶ VIPP : Visualisation Intégrée aux Programmes Participatifs

Code activités	activités	Sous activités	Résultats obtenus	Contraintes ou situations à notifier	Solution envisagées
R4/ A6	Organiser les études ad hoc : notamment sur les causes de décès dans les FS de Comé, circuit du malade, tarification	Nbre d'études réalisées	Organisation d'une étude sur la tarification et le circuit du patient, le rapport de cette étude a été validée.	RAS	
	Suivre la mise en œuvre des instructions opérationnelles de délivrance du PMA et du PCA	Proportion des prescriptions respectant les protocoles de soins et ordinogrammes adoptés	Validation des ordinogrammes et protocoles de soins actualisés pour les CS et l'HZ, Edition de la version « zéro » devant servir pour les formations en cours. Introduction des ordinogrammes et protocoles dans les CS pilotes et à l'hôpital de zone	Réticence des médecins pour l'utilisation des protocoles de soins à l'hôpital de zone	
	Acquérir les matériels, équipements et service pour la mise en œuvre du Plan Intégré de Communication	Nbre d'équipement , matériel, supports, services acquis	Passation du marché en cours		

Résultat 5 : Une politique de gestion des RH rationnelle qui promeut la compétence et la motivation des agents de santé est mise en

Code activités	activités	Sous activités	Résultats obtenus	Contraintes ou situations à notifier	Solution envisagées
place					
R5/A1 : Stimuler une affectation consensuelle des recettes non allouées	Suivre la mise en œuvre du système de prime (y compris à la performance) au personnel à l'HZ et dans les CS	Nbre de personne ayant bénéficié de la prime à la performance	Etude sur la perception de la qualité par les prestataires et les bénéficiaires validée Paiement de la première prime d'incitation à la performance sur la base des indicateurs du monitoring conformément aux recommandations de l'évaluation à mi-parcours	Atelier sur la définition consensuelle de la qualité non abouti	
R5/A2 : Mettre en place les reformes pour la participation du personnel à la prise de décision	Appuyer l'organisation des réunions d'équipe à tous les niveaux dans les formations sanitaires (réunions personnel de l'HZ, des FS au niveau communal et CS)	Nbre d'équipes performantes, taux de satisfaction des agents	120 /408 rapports d'activités des COGECS, 35/48 rapports de concertation au niveau communal reçu au bureau de zone. Appui en fourniture de bureau et matériel de conférence aux 4 communes, aux CS pilotes et l'HZ 15 missions d'appui et de suivi aux cercles de qualité (analyse des problèmes et rédaction		

Code activités	activités	Sous activités	Résultats obtenus	Contraintes ou situations à notifier	Solution envisagées
			des plans de résolution des problèmes)		
R5/A3 : Développer une politique de formation globale, pertinente et flexible	Organiser la formation des agents de santé au niveau de l'HZ et des CS selon le plan de formation de la ZS		66 agents de la ZS ont été formés en PCIME, 18 en management SSP et travail en équipe, 10 sur la prise en charge de la TB & co-infection) 81 agents formés sur la riposte de la grippe 50 agents formés sur l'Assurance qualité 111 agents formés sur la gestion des médicaments et consommables	Manuel de procédure n'autorisant pas paiement de perdi em pour les activités exécutées dans la zone sanitaire, a rendu difficile la mise en œuvre du plan de formation	
	Organiser la supervision des agents de santé au niveau des CS, les visites hebdomadaires des patients à l'HZ, les audits SIO et le contrôle de gestion des FS prioritaires		Elaboration d'un nouveau guide et des outils de supervision, changement de stratégies de supervision (supervision mensuelle, affectation d'un pool de superviseur par CS) 7 missions de supervision ont été réalisées dans les CS publics et privés et ont concerné 305 personnels	Manuel de procédure n'autorisant pas paiement de perdi em pour les activités exécutées dans la zone sanitaire, a rendu difficile la mise en œuvre du plan de supervision	

Code activités	activités	Sous activités	Résultats obtenus	Contraintes ou situations à notifier	Solution envisagées
			<p>de santé .Les supervisions ont porté sur la prise en charge du paludisme, la diarrhée, la gestion des médicaments la gestion financière, le cadre et les conditions de travail.</p> <p>90 agents qualifiés des CS et HZ ont participé à l'exercice de l'audit SIO et des décès maternels. Organisation de la revue des principaux indicateurs, élaboration du bulletin de retro-information.</p>		
R5/A4 : Rationaliser l'allocation du personnel de santé en fonction des besoins réels	Organiser la revue trimestrielle du plan de développement des ressources humaines (HZ et CS)		32/34 CS disposent du nombre d'agents qualifiés selon les besoins	<p>Normes du MS ne sont plus en adéquation avec la charge de travail</p> <p>De nouvelles structures sont en construction</p>	

Code activités	activités	Sous activités	Résultats obtenus	Contraintes ou situations à notifier	Solution envisagées
R5/A5 : Donner un support budgétaire des activités de maintenance, investissement, formation	Suivre la mise en œuvre du plan de maintenance de la ZS	80% des équipements ont bénéficié d'une maintenance préventive	Environ 40% du matériel et équipement de la ZS (chaîne de froid, véhicule & moto) ont bénéficié d'une maintenance préventive. Plan de maintenance en cours de finalisation		
	Organiser le système d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels au niveau des CS et de l'HZ	Liste de matériel acquis et disponible.	Draft du rapport d'analyse du système d'approvisionnement des médicaments disponible		

Code activités	activités	Sous activités	Résultats obtenus	Contraintes ou situations à notifier	Solution envisagées
	Renouveler le matériel et les équipements d'exploitation au niveau de l'HZ et des CS		<p>Inventaire du matériel réalisé pour toute la ZS. Renouvellement des équipements disponibles : tensiomètres, tables d'accouchement, boîte d'accouchement et de pansement, aspirateurs, pour les CS pilotes (pour une valeur de 12 000 000 F CFA) acquis</p> <p>Procédure d'acquisition du matériel pour l'HZ en cours. Acquisition de matériel pour la gestion des déchets biomédicaux et ménagers pour les CS & HZ</p> <p>Construction d'un (1) incinérateur de type Montfort à l'hôpital de zone</p>		

Code activités	activités	Sous activités	Résultats obtenus	Contraintes ou situations à notifier	Solution envisagées
R5/A6 : Doter la Zone Sanitaire des investissements nécessaires à l'activité	Acquérir 4 véhicules tout-terrain: paiement facture des 02 de 2008 + acquisition des 02 de 2009		Acquisition de 2 nouveaux véhicules Pickup	Gestion en pool des véhicules non partagée par les médecins-chefs	Analyse de l'utilisation des véhicules en place, élaboration d'un manuel de procédures de gestion des véhicules, début de consolidation de planification des activités.
	Acquérir une nouvelle ambulance pour l'HZ		Appel d'offre infructueux,	Budget insuffisant	
	Acquérir 25 motos pour le BZ et les CS: paiement des 05 de 2008 et acquisition des 20 de 2009		18 motos acquis pour les CS & HZ		
	Suivre les travaux de réhabilitation des Formations Sanitaires prioritaires	Plan de couverture disponible	Travaux de réfection des CS d'Adjaha, Possotomè et Honhoue réalisés		

Code activités	activités	Sous activités	Résultats obtenus	Contraintes ou situations à notifier	Solution envisagées
Résultat 6 : L'expérience de la ZS Comè alimentaire les débats sur les politiques de santé au niveau central					
R6/A1 Documenter de façon continue et systématique les changements mis en place et les résultats		Plan intégré de suivi et évaluation disponible.	Un plan intégré de suivi et évaluation a été élaboré...	... mais pas encore validé par le CTCS.	
R6/A2 Partager les connaissances générées avec les teneurs d'enjeu au niveau central	A2/1 Assurer les frais de réunion de travail avec ministères, PTF...		Au total 6 réunions ont été organisées dans le cadre des échanges avec la DDZS, la définition du programme bénino-belge, du CTCS dont le règlement intérieur a été validé par la SMCL.		
	A2/2 Concevoir, rédiger et diffuser une newsletter trimestrielle aux acteurs & personnes-clé		Non réalisé		

4.3 Analyse de la planification des activités

Après une première année (2008) d'un projet qui peinait à commencer les actions concrètes, les acteurs ont en 2009 nourri beaucoup d'ambitions qu'on peut voir dans cette planification. Il est à souligner qu'au cours de l'année plusieurs facteurs ont entraîné le retard dans la mise en œuvre du plan de travail, il s'agit notamment : de l'audit financier et ces corollaires, les différents conflits au niveau du contexte social du projet, le départ des AT/ PSCS et EEZS. Par ailleurs, cette planification posait aussi des problèmes de compréhension et d'adhésion de certains acteurs clefs de la mise en œuvre. Des erreurs à ne pas reprendre dans le cadre de la planification 2010.

Malgré ces difficultés, l'équipe du projet avait réussi à amorcer certains grands dossiers que sont : la rationalisation des centres pilotes et de l'hôpital, l'amélioration de la qualité des soins, l'achat des soins aux patients indigents, et la mise en œuvre du plan de promotion de la santé.

La phase après la mission d'évaluation à mi parcours est à distinguer des autres mais il ne s'agissait que du mois de décembre 2009. Pendant ce mois la PSCS a beaucoup travaillé dans le sens des grands dossiers mais malheureusement l'EEZS était en suspension de financement et n'a pu opérer l'émergence souhaitée.

Enfin le retard dans le recrutement du médecin conseil et les intérim successifs au poste d'AT PSCS ont été à l'origine d'un retard non négligeable.

5. Bilan des finances (Jan.- Déc. 2009)

5.1 Aperçu des dépenses par rapport au planning financier (Jan-Déc. 2009)

Résultats	Budget global	dépensé 2008	Budget 2009 réaménagé	Planifié 2009	Dépensé 2009	Taux			
						Global	2009 réaménagé	2009 Planifié	global 2008_2009
A La population bénéficiaire d'une réelle représentation et d'un pouvoir de représentation significatif	323 000	131 716	502 440	172 130	164 020	51%	33%	95%	59%
01 Doter la PSCS de son staff national	138 000	26 125	307 336	129 120	121 380	88%	39%	94%	48%
02 Doter la PSCS de ses moyens de fonctionnement	185 000	105 591	195 104	43 010	42 640	23%	22%	99%	76%
B La population de la ZS bénéficie d'une protection contre les risques et coûts maladies via des mécanismes de financement solidaire approprié	266 666	297	228 576	40 580	33 330	12%	15%	82%	15%
01 Développement d'une gestion plus efficiente et mieux ciblée du FI	135 000	0	135 000	28 580	24 930	18%	18%	87%	18%
02 Soutenir le développement des mutuelles	131 666	297,28	93 576	12 000	8 400	6%	9%	70%	9%

C La qualité des soins dans les structures de santé est supporté	337 500	2 082	292 500	26 070	24 050	7%	8%	92%	9%
01 Développer une définition consensuelle des notions de performance et de la qualité	37 500	2 082	37 500	10 830	15 050	40%	40%	139%	46%
02 Mettre en place un système de prime à la performance (axe qualité)	300 000	0	255 000	15 240	9 000	3%	4%	59%	4%
D La capacité de L'EEZS de gérer la zone sanitaire et ses interrelations avec le niveau central est renforcée	287 500	0	729 050	196 360	196 360	68%	27%	100%	27%
01 Doter l'EZZS de soutien	110 000	0	729049,91	196 360	196 360	179%	27%	100%	27%
02 Doter l'EZZS de leviers financiers	90 000	0	0,01	0	0	0%	0%	#DIV/0!	0%
03 Accompagner l'EEZS	87 500	0	0,03	0	0	0%	0%	#DIV/0!	0%
E Une politique de gestion des RH rationnelle qui promeut la compétence et la motivation des agents de santé est mise en place	766 900	123 529	221 000	83 410	89 340	12%	40%	107%	96%
01, Stimuler une affectation	22 500	68 602	0,01	70	70	0%	700000%	100%	686720600%
02, Réforme sur la participation	22500	53357,16	0,01	170	170	1%	1700000%	100%	535271600%
03. Développer une politique	100 000	0	0,01	0	0	0%	0%	#DIV/0!	0%
04. Support Budgétaire	258 000	0	0,02	0	0	0%	0%	#DIV/0!	0%
05 Doter la zone sanitaire des investissements nécessaires à l'activité	363 900	1 570	221 000	83 170	89 100	24%	40%	107%	41%

F L'expérience de la ZS Comé alimente les débats sur les politiques	40 234	0	40 234	1 880	1 460	4%	4%	78%	4%
01 Partager les connaissances générées avec les teneurs d'enjeu au niveau	6 500	0	6 500	1800	1 380	21%	21%	77%	21%
02 Participer activement aux débats sur les politiques de santé au Benin	33 734	0	33 734	80	80	0%	0%	100%	0%
Z Moyens généraux	970 761	166 704	978 761	162 990	189 260	19%	19%	116%	36%
01 Fournir l'assistance technique terrain	696 000	154 083	696 000	126 610	134 760	19%	19%	106%	42%
02 Organiser un suivi scientifique de proximité	207 500	7 762	207 500	26 630	47 600	23%	23%	179%	27%
03 Organiser des voyages d'études pour les partenaires béninois	51 300	2 208	51 300	4520	1720	3%	3%	38%	8%
04 Effectuer des audits annuels	15 961	2 651	23 961	5230	5 180	32%	22%	99%	33%
Montant planifié au démarrage (février 2009)				174 000					
TOTAL	2 992 561	424 328	2 992 561	857 420	697 820	23%	23%	81%	37%
Ligne budgétaire ATJunior PIET	3 000	675 220	4 903 947	1 350 790	1 191 750	39725%	24%	88%	38%
TOTAL FINAL	2 989 561	842 228	5 688 861	1 447 920	1 299 640	43%	23%	90%	38%

5.2 Commentaires sur le bilan financier

Résultats	Budget global	dépensé 2008	Budget 2009 réaménagé	Planifié 2009	Dépensé 2009	Taux			
						Global	2009 réaménagé	2009 Planifié	global 2008_2009
A- La population bénéficie d'une réelle représentation et d'un pouvoir de représentation significatif	323 000	131 716	502 440	172 130	164 020	51%	33%	95%	59%
B -La population de la ZS bénéficie d'une protection contre les risques et coûts maladies via des mécanismes de financement solidaire approprié	266 666	297	228 576	40 580	33 330	12%	15%	82%	15%
C- La qualité des soins dans les structures de santé est supporté	337 500	2 082	292 500	26 070	24 050	7%	8%	92%	9%
D -La capacité de L'EEZS de gérer la zone sanitaire et ses interrelations avec le niveau central est renforcé	287 500	0	729 050	196 360	196 360	68%	27%	100%	27%
E- Une politique de gestion des RH rationnelle qui promeut la compétence et la motivation des agents de santé est mise en place	766 900	123 529	221 000	83 410	89 340	12%	40%	107%	96%
F- L'expérience de la ZS Comé alimente les débats sur les	40 234	0	40 234	1 880	1 460	4%	4%	78%	4%

politiques									
Z -Moyens généraux	970 761	166 704	978 761	162 990	189 260	19%	19%	116%	36%
Montant planifié au démarrage (février 2009)				174 000					
TOTAL	2 992 561	424 328	2 992 561	857 420	697 820	23%	23%	81%	37%
Ligne budgétaire ATJunior PIET	3 000	675 220	4 903 947	1 350 790	1 191 750	39725%	24%	88%	38%
TOTAL FINAL	2 989 561	842 228	5 688 861	1 447 920	1 299 640	43%	23%	90%	38%

De façon générale le taux d'exécution financière par rapport à la planification 2009 est acceptable (90%). La lecture de ce taux suggère quelques réflexions sur la planification 2009 : était-elle en adéquation avec les exigences (défis) à cette phase du projet ? En réalité lorsqu'on sait que le retard accusé en 2008 porte sur les grands chantiers du projet et la mise en place tardive du personnel de la PSCS, on comprend que ce retard sera difficile à rattraper. C'est ce qu'on lit sur le taux d'exécution globale 2008_2009 qui est de 38% avec une forte participation des frais de fonctionnement au niveau de la PSCS et de l'EEZS. Il faut souligner que la non adaptation des procédures financières aux exigences du DTF a fortement contribué à ce retard. A cet effet, des lignes budgétaires sont entièrement intactes ou à peine entamées à cause de cette difficulté de procédure : A0207 (frais de réunion forum, A0103 (per diem mission intra zone : situation levée partiellement à la SMCL de septembre 2009) ; C0102 (réunion de consultation concertation).

5.3 Analyse du planning financier (Jan-Déc 2009)

Trimestre 1 (Q1) en euros			Trimestre 2 (Q2) en euros			Trimestre 3 (Q3) en euros			Trimestre 4 (Q4) en euros		
Demandé	Reçu	dépendé	Demandé	Reçu	dépendé	Demandé	Reçu	dépendé	Demandé	Reçu	dépendé
238 140	0	81 970	151 100	70 000 (régis)	47 750	169 320	177 000 (co gestion)	111 210	211 420	90 000 (régis)	225 570

La comparaison des deux phases (Q1 à Q3) et Q4 montre que avant Q4 le projet n'a jamais réussi à consommer les fonds qu'il demande et qu'on rend disponible. En effet la source de cette difficulté se retrouve dans les raisons déjà évoquées dans l'analyse de la planification et du bilan financier : insuffisance dans la connaissance du DTF au niveau des instances locales et centrales du projet, insuffisance dans l'appropriation par certains acteurs clefs des activités de la planification, blocage des procédures, défaut de pro activité dans la résolution des problèmes de gestion et des conflits internes, retard dans la mise en place du personnel de la PSCS et les départs d'AT.

Le Q4 est particulier parce que la mission d'évaluation à mi parcours a ouvert les yeux aux acteurs sur plusieurs situations opérationnelles qui ont favorisés la mise en œuvre rapide des activités planifiées.

6. Suivi des indicateurs

6.1 Objectif spécifique

L'accessibilité, plus particulièrement des groupes les plus pauvres, aux soins de qualité est améliorée.

6.2 Résultats

Les principaux indicateurs du cadre logique sont résumés dans les tableaux ci-après :

Résultat R1 : la population bénéficie d'une réelle représentation et d'un pouvoir de négociation significatif

Indicateurs Objectivement Vérifiables	Niveau
PSCS créée et population totale de la zone sanitaire informée sur le projet	La réorientation est faite après la mission d'évaluation à mi parcours Tous les membres visés sont mobilisés La PSCS nouvelle formule arrêtée en décembre 2009 sera installée en février 2010 Les populations de la zone sont partiellement informées (non évaluée)
Statuts, règlements d'ordre intérieur de la PSCS définis	La réorientation opérée rend non applicable cet indicateur
Personnel PSCS opérationnels	Tout le personnel est en place mais le médecin conseil est entré en avril 2009 L'AT PSCS intérim n'était pas choisi de façon cohérente avec le DTF
Financement PSCS disponible	Disponible
Une dynamique sociopolitique « émancipatoire » émerge au sein de la communauté de la zone	Connaissance des fonds indigents, remontée des incidents critiques au bureau exécutive de la PSCS et à l'EEZS pour résolution Faible participation des élus locaux et des COGECs

Résultat R2 : La population de la ZS Comé bénéficie d'une protection contre les risques et coûts maladie via des mécanismes de financement solidaire appropriés

Indicateurs Objectivement Vérifiables	Niveau
Fonction d'achat de soins par PSCS effective La fonction d'achat de soins pour les patients indigents à partir de	La prise en charge des indigents dans les structures de soins publiques a démarré sous un modèle amélioré avec la contribution financière de la Belgique. L'alternative des

Indicateurs Objectivement Vérifiables	Niveau
fonds publics béninois est opérationnelle La fonction d'achat de soins pour les patients indigents à partir de fonds belges est opérationnelle	mutuelles de santé n'a pas démarré dans le fond
Une assistance technique béninoise pour le développement des mutuelles de santé est disponible	Disponible PrOMUSAF et Réseau Alliance Santé_AIMS CIDR
Coût moyen de traitement par patient au niveau des CS et de l'HZ	En cours
Nombre de patients traités par le fonds d'indigence	120

Résultat R3 : La qualité des soins dans les structures supportées est supportée

Indicateurs Objectivement Vérifiables	
Une définition consensuelle de la notion de qualité des soins existe & la rationalité de cette définition consensuelle est sauvegardée	Une étude est faite et le rapport disponible
Cette définition est traduite en des mesures et indicateurs spécifiques	En cours
Ces mesures et indicateurs montrent une amélioration de la qualité	En cours
L'utilisation des services augmente	Taux d'utilisation moyen des CS 36% en 2008 et 37 % en 2009 Taux d'occupation des lits : 23% en 2008 et 24% en 2009
La satisfaction des utilisateurs augmente	Non évaluée
Taux de pénétration des mutuelles	Non évalué
Tarifs forfaitaires négociés et appliqués	En cours
Nombre de rencontres entre la PSCS et l'EEZS	Plusieurs dont une formalisée soldée par un échec ; toutes les rencontres non formelles ont été très contributives à la défense des intérêts des demandeurs de soins
Nombre de visites de la PSCS à l'HZ	Multiplés dans le cadre des soins aux indigents (attention PSCS bureau exécutif)

Résultat R4 : La capacité de l'EEZS de gérer la ZS et ses interrelations avec le niveau central est renforcée.

Indicateurs Objectivement Vérifiables	Niveau
L'EEZS fonctionne de façon rationnelle, efficiente et intégrée dans sa gestion du système local de santé de la ZS de Comé (gestion du système <i>en aval</i>).	Modalités de fonctionnement de l'EEZS disponible
Une attention particulière est donnée au développement d'une politique globale de communication avec le grand public.	PPS disponible
Nombre de réunion de l'EEZS par an	11/12
Nombre de supervisions de CS réalisées avec un rapport.	7 visites de supervision dans les CS
Nombre de formations continues offertes aux agents de santé par l'EEZS.	6 sessions de formation à l'attention des agents

Résultat R5 : Une politique de gestion des ressources humaines rationnelle qui promeut la compétence et la motivation des agents de santé est mise en place

Indicateurs Objectivement Vérifiables	Niveau
Distribution rationnelle des ressources humaines dans les différentes structures de santé de la zone.	32 CS disposent du personnel qualifié
Satisfaction professionnelle des agents de santé selon des normes nationales	Non évalué
Existence de mécanismes de promotion d'un travail en équipe au niveau de l'HZ et au niveau des CS.	Cercle de qualité installé
Développement de modalités de définition des besoins en termes de formation.	Plan de formation disponible
Mise en place d'une méthodologie de supervision des CS, conçue comme un outil de formation continue.	Nouveaux outils de supervision disponibles
Instructions opérationnelles disponibles (CS & HZ)	Ordinogrammes et protocoles de soins disponibles
Plan de couverture, y compris les RH disponibles	Plan de couverture disponible

Résultat R6 : L'expérience de la ZS Comé alimente les débats sur les politiques de santé au niveau central

Indicateurs Objectivement Vérifiables	Niveau
Les processus de changement au niveau de la gestion de la zone sanitaire, et les résultats auxquels ils mènent, sont documentés de façon systématique.	Non réalisé un plan de suivi évaluation intégré est disponible et reste à être actualisé sur la base des remarques de la mission d'évaluation à mi parcours
Les connaissances et enseignement générés par les processus de changement au niveau de la Zone Sanitaire de Comé sont incorporés dans la politique de santé du pays.	Activités non réalisées
Nombre de séminaires nationaux organisés.	
Nombre de papiers sur la politique sanitaire produits.	
Nombre de rapports sur des résultats de recherche.	

7. Conclusion

L'année 2010 aura été une année pendant laquelle tous les grands dossiers ont été entamés malgré les multiples difficultés. C'est en même temps une année qui aura mis en exergue les insuffisances structurelles du montage de ce projet :

- Au niveau de l'appropriation du contenu du DTF par les différents niveaux de gestion du PAZS COME II
- Les limites de la procédure financière et administrative au niveau de la Cogestion et de la gestion directe
- La fonctionnalité et l'efficacité des différents organes de gestion
- Les insuffisances au niveau des ressources humaines au niveau local
- Les limites des missions de suivi scientifique

Enfin, la mission d'évaluation à mi parcours qui a beaucoup contribué à crever les différents abcès est à remercier à cette occasion de bilan 2009. Pour la période prochaine nous souhaitons un réajustement collectif pour qu'enfin les populations puissent tirer un plus grand bénéfice de ce projet ambitieux, innovant et pertinent aux yeux de tous les acteurs.

