



**CTB**



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

**RAPPORT DES  
RESULTATS 2016  
PROGRAMME D'APPUI AU SECTEUR  
DE LA SANTE (PASS) SOUROU  
BEN 1302511**

<b>ACRONYMES.....</b>	<b>4</b>
<i>Service Availability and Readiness Assessment</i> .....	5
<b>1 APERÇU DE L'INTERVENTION (MAX. 2 PAGES).....</b>	<b>6</b>
1.1 FICHE D'INTERVENTION.....	6
1.2 EXECUTION BUDGETAIRE.....	7
<i>Contribution belge</i> .....	7
<i>Contribution nationale</i> .....	8
1.3 AUTOEVALUATION DE LA PERFORMANCE .....	10
1.3.1 <i>Pertinence</i> .....	10
1.3.2 <i>Efficacité</i> .....	11
1.3.3 <i>Effcience</i> .....	11
1.3.4 <i>Durabilité potentielle</i> .....	12
1.4 CONCLUSIONS .....	12
<b>2 MONITORING DES RESULTATS.....</b>	<b>14</b>
2.1 ÉVOLUTION DU CONTEXTE.....	14
2.1.1 <i>Contexte général</i> .....	14
2.1.2 <i>Contexte institutionnel</i> .....	14
2.1.3 <i>Contexte de gestion : modalités d'exécution</i> .....	15
2.1.4 <i>Contexte HARMO</i> .....	16
2.2 PERFORMANCE DE L'OUTCOME .....	17
2.2.1 <i>Progrès des indicateurs</i> .....	17
2.2.2 <i>Impact potentiel</i> .....	18
2.3 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 1 .....	24
2.3.1 <i>Progrès des indicateurs</i> .....	24
2.3.2 <i>État d'avancement des principales activités</i> .....	26
2.3.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	26
2.4 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 2.....	35
2.4.1 <i>Progrès des indicateurs</i> .....	35
2.4.2 <i>État d'avancement des principales activités</i> .....	37
2.4.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	37
2.5 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 3.....	45
2.5.1 <i>Progrès des indicateurs</i> .....	45
2.5.2 <i>État d'avancement des principales activités</i> .....	45
2.5.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	45
2.6 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 4.....	47
2.6.1 <i>Progrès des indicateurs</i> .....	47
2.6.2 <i>État d'avancement des principales activités</i> .....	47
2.6.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	48
2.7 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 5.....	51
2.7.1 <i>Progrès des indicateurs</i> .....	51
2.7.2 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	54
2.8 THEMES TRANSVERSAUX.....	57
2.8.1 <i>Genre</i> .....	57

2.8.2	<i>Environnement</i> .....	59
2.8.3	<i>Autre</i> .....	60
2.9	GESTION DES RISQUES.....	61
<b>3</b>	<b>PILOTAGE ET APPRENTISSAGE.....</b>	<b>65</b>
3.1	REORIENTATIONS STRATEGIQUES .....	65
3.2	RECOMMANDATIONS.....	66
3.3	ENSEIGNEMENTS TIRES .....	67
<b>4</b>	<b>ANNEXES.....</b>	<b>68</b>
4.1	CRITERES DE QUALITE .....	68
4.2	DECISIONS PRISES PAR LE COMITE DE PILOTAGE ET SUIVI.....	72
4.3	CADRE LOGIQUE MIS A JOUR .....	82
4.4	APERÇU DES MORE RESULTS .....	82
4.5	RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) » .....	82
4.6	RESSOURCES EN TERMES DE COMMUNICATION.....	82

## Acronymes

AD	Atacora Donga
ANTS	Agence Nationale de Transfusion Sanguine
APEFE	Association pour la Promotion de l'Education et de la Formation à l'Etranger
AT	Assistants Techniques
CDTS AD	Centre Départemental de Transfusion Sanguine Atacora/Donga
CDTS MC	Centre Départemental de Transfusion Sanguine Mono/Couffo
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CNEEP	Comité National d'Exécution et d'Evaluation des Projets/Programmes
CODIR	Comité de Direction
CSC	Cahier Spécial des Charges
CSP	Comité Spécial des Partenaires
CTB	Agence Belge de Développement
DCT	Directions Centrales et Techniques
DDS	Direction Départementale de la Santé
DHIS	District Health Information System
DIEM	Direction des Infrastructures, de l'Equipement et de la Maintenance
DIP	Direction de l'Informatique et du Pré-archivage
DNH	Direction Nationale des Hôpitaux
DNSP	Direction Nationale de la Santé Publique
DPP	Direction de la Programmation et de la Prospective
DSME	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
DTF	Dossier Technique et Financier
EEZS	Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FEC	Fonds d'Etudes et de Consultance
GMAO	Gestion de la Maintenance Assistée par Ordinateur
GTT	Groupe Thématique de Travail
IFSIO	Institut de Formation en Sciences Infirmières et Obstétricales
MNT	Maladies Non Transmissibles
MS	Ministère de la Santé
OOAS	Organisation Ouest-Africaine pour la Santé
OPP	Organe Paritaire de Partenariat secteur public-secteur privé
PAORC	Projet d'appui aux organisations béninoises de renforcement des compétences des ressources humaines
PASS	Programme d'Appui Secteur de la Santé
PASTAM	Projet d'Amélioration de la Sécurité Transfusionnelle dans les départements de l'Atacora-Donga et du Mono-Couffo
PF	Planification familiale
PGDBM	Plan de Gestion des Déchets Bio-Médicaux
PGSSE	Plan de Gestion des Sources sécurisées d'eau
PDS	Plan de Développement Sanitaire

PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PTA	Plan de Travail Annuel
PITA	Plan Intégré de Travail Annuel
PSL	Produits Sanguins Labiles
PTD	Plan Triennal de Développement
PTS	Poste de Transfusion Sanguine
PUSS	Plateforme des Utilisateurs des Services de Santé
RAC	Revue Annuelle Conjointe
RSS	Renforcement du Système de Santé
SARA	Service Availability and Readiness Assessment
SGM	Secrétariat Général du Ministère
SMCL	Structure mixte de concertation locale
SNIGS	Système National d'Information et de Gestion Sanitaire
SYLOS	Système Local de Santé
ZS	Zone Sanitaire

# 1 Aperçu de l'intervention (max. 2 pages)

## 1.1 Fiche d'intervention

<b>Nom du projet</b>	Programme d'Appui au Secteur de la Santé-PASS Sourou
<b>Code du projet</b>	BEN 13 025 11
<b>Emplacement</b>	Niveaux central : Ministère de la santé Niveau intermédiaire et opérationnel : DDS Atacora/Donga : ZS Djougou,-Oualké- Copargo et Mono/Couffo : ZS Klouekanmè-Toviklin-Lalo, Aplahoué-Djakotomè-Dogbo et Comè-Houryogbe-Grand Popo-Bopa Volet demande : Comé
<b>Budget</b>	22.780 000 € : Contribution belge : 20.000.000 € + 980.000 € <sup>1</sup> = 20.980.000 € ; contribution nationale 1 800 000 €.
<b>Institution partenaire</b>	Ministère de la Santé
<b>Date de la Convention de mise en œuvre</b>	23 mai 2014
<b>Durée (mois)</b>	72 mois (Projet 60 mois)
<b>Groupes cibles</b>	Cadres des services centraux du MS, des niveaux intermédiaire et opérationnel, et les prestataires de soins des formations sanitaires des départements appuyés, bénéficiaires des soins.
<b>Impact<sup>2</sup></b>	Contribuer à l'amélioration de la performance du système de santé au Bénin.
<b>Outcome</b>	Augmenter l'accessibilité des populations à des soins de santé de qualité, grâce à un appui au Ministère de la Santé en vue d'une efficience accrue des structures opérationnelles.
<b>Outputs</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. L'offre globale de soins de santé de qualité est renforcée dans les départements et zones sanitaires appuyés.</li><li>2. La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des zones de santé est améliorée.</li><li>3. Une stratégie cohérente et concertée d'appui à la mise en œuvre du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) est développée.</li><li>4. La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des équipements et des infrastructures sont améliorées.</li><li>5. Les capacités de coordination, de planification et de suivi-évaluation du PNDS sont renforcées, dans le cadre d'un processus participatif, déconcentré et décentralisé.</li></ol>
<b>Année couverte par le rapport</b>	2016

<sup>1</sup> Avenant N°1 à la Convention Spécifique du 23 mai 2014 : Budget supplémentaire de 980.000 € puisé dans la réserve du PIC (Programme Indicatif de Coopération) pour l'extension du FBR en 2016.

<sup>2</sup> L'impact équivaut à l'objectif général, l'outcome à l'objectif spécifique et l'output au résultat  
CTB, Agence belge de développement  
Rapport des résultats 2016  
BEN 13 025 11 PASS-

## 1.2 Exécution budgétaire

### Contribution belge

Montants en euro

	Budget	Dépenses			Solde	Taux de déboursement au 31/12/2016
		Année 2014	Année 2015	Année 2016		
<b>A. Activités</b>	<b>10.519.911</b>	<b>155.352</b>	<b>1.750.734</b>	<b>2.470.192</b>	<b>6.143.632</b>	<b>42%</b>
<b>Output 1 - L'offre globale de soins de santé de qualité est renforcée dans les départements et zones sanitaires appuyés</b>	5.790.000	39.658	1.287.383	1.615.360	2.847.599	51%
<b>Output 2 - La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des zones de santé est améliorée</b>	1.542.900	109.295	266.046	365.384	802.175	48%
<b>Output 3- Une stratégie cohérente et concertée en appui à la mise en place du RAMU</b>	690.000	-612	-843	7.787	683.668	1%
<b>Output 4 - La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des équipements et des infrastructures sont améliorées.</b>	1.081.011	0	53.848	203.852	823.311	24%
<b>Output 5 - Les capacités de coordination, de planification et de suivi-évaluation du PNDS sont renforcées, dans le cadre d'un processus participatif, déconcentré et décentralisé.</b>	1.416.000	7.011	144.300	277.809	986.879	30%
<b>B. Frais communs liés aux résultats</b>	<b>7.397.589</b>	<b>159.366</b>	<b>1.333.235</b>	<b>1.241.669</b>	<b>4.663.319</b>	<b>37%</b>
<b>X. Réserve budgétaire</b>	<b>7.000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>7.000</b>	<b>0%</b>
<b>Z. Moyens généraux</b>	<b>3.055.500</b>	<b>114.515</b>	<b>678.331</b>	<b>683.289</b>	<b>1.579.365</b>	<b>48%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>20.980.000</b>	<b>429.233</b>	<b>3.762.300</b>	<b>4.395.150</b>	<b>12.393.316</b>	<b>41%</b>

Montants en milliers de CFA

	Budget	Dépenses			Solde	Taux de déboursement au 31/12/2016
		Année 2014	Année 2015	Année 2016		
<b>A. Activités</b>	<b>6.901.609</b>	<b>101.904</b>	<b>1.148.406</b>	<b>1.620.340</b>	<b>4.029.958</b>	<b>42%</b>
<b>Output 1 - L'offre globale de soins de santé de qualité est renforcée</b>	3.797.991	26.014	844.468	1.059.607	1.867.902	51%

<i>dans les départements et zones sanitaires appuyés</i>						
<b>Output 2</b> - La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des zones de santé est améliorée	1.012.076	71.693	174.515	239.676	526.192	48%
<b>Output 3-</b> Une stratégie cohérente et concertée en appui à la mise en place du RAMU	452.610	-401	-553	5.108	448.457	1%
<b>Output 4</b> - La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des équipements et des infrastructures sont améliorées.	709.097	0	35.322	133.718	540.057	24%
<b>Output 5</b> - Les capacités de coordination, de planification et de suivi-évaluation du PNDS sont renforcées, dans le cadre d'un processus participatif, déconcentré et décentralisé.	928.835	4.599	94.655	182.231	647.350	30%
<b>B. Frais communs liés aux résultats</b>	<b>4.852.500</b>	<b>104.537</b>	<b>874.545</b>	<b>814.481</b>	<b>3.058.937</b>	<b>37%</b>
<b>X. Réserve budgétaire</b>	<b>4.952</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4.592</b>	<b>0%</b>
<b>Z. Moyens généraux</b>	<b>2.004.277</b>	<b>75.117</b>	<b>444.956</b>	<b>448.208</b>	<b>1.035.996</b>	<b>48%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>13.761.978</b>	<b>281.558</b>	<b>2.467.907</b>	<b>2.883.029</b>	<b>8.129.482</b>	<b>41%</b>

Le taux d'exécution au 31 décembre 2016, après 27 mois de mise en œuvre est de 41% ce qui est parfaitement en ligne avec le taux d'exécution théorique (soit 45%) du programme dont la durée prévue est de 60 mois.

Par rapport à 2015, l'année 2016 se caractérise par une nette augmentation des dépenses liées aux activités (+41%) tout en ayant des dépenses en moyens généraux stables et en diminuant même les frais communs.

## Contribution nationale

### Montants en euro

RUBRIQUES	Budget total €	Exécution 2014	Exécution 2015	Exécution 2016	Solde	Taux de déboursement au 31/12/2016
<b>Total de la contribution Béninoise dans PASS</b>	<b>1 800 000</b>	<b>10 500</b>	<b>144 825</b>	<b>81 385</b>	<b>1 563 290</b>	<b>13%</b>
<b>Contribution en nature</b>	<b>375 000</b>	<b>10 500</b>	<b>75 500</b>	<b>75 500</b>	<b>213 500</b>	<b>43%</b>
1. Mise à disposition de locaux conseillers techniques	210 000	10 500	42 000	42 000	115 500	45%
a. Mise à disposition de locaux niveaux des 2 DDS (1000x2x60)	120 000	6 000	24 000	24 000	66 000	45%



<i>b. Mise à disposition de locaux pour le pool de CTI au MS (1500x60)</i>	90 000	4 500	18 000	18 000	49 500	45%
2. Salaires bruts des cadres-clés impliqués directement toute charge comprise	165 000		33 500	33 500	98 000	41%
ZS (1FTE x 20% x 5ZS)	60 000		12 500	12 500	35 000	42%
DDS (1FTE x 20% x 2)	25 000		5 000	5 000	15 000	40%
MS (1FTE et 2 x 10% FTE)	80 000		16 000	16 000	48 000	40%

<b>Contribution en numéraire</b>	<b>1 425 000</b>	<b>0</b>	<b>69 325</b>	<b>5 885</b>	<b>1 349 790</b>	<b>5%</b>
1. Participation des cadres nationaux aux diverses missions (y compris les SMCL) (Participation de 20 cadres par année)	130 000		4 498	5 885	119 617	8%
2. Maintenance infrastructures et équipements	700 000	0	0	0	700 000	0%
ZS Mono-Couffo	450 000	0	0	0	450 000	0%
ZS Atacora-Donga	250 000	0	0	0	250 000	0%
MS Cotonou						
3. Autres contributions	595 000	0	64 827	0	530 173	11%
Maintenance véhicules (1000/an/véhicule x 30)	150 000	0	0	0	150 000	0%
Assurance véhicules (30)	180 000	0	0	0	180 000	0%
Exonération (TVA, douane) pour les investissements	265 000	0	64 827	0	200 173	24%

#### Montants en milliers de CFA

RUBRIQUES	Budget total en milliers CFA	Exécution 2014	Exécution 2015	Exécution 2016	Solde	Taux de déboursement au 31/12/2016
<b>Total de la contribution Béninoise dans PASS</b>	<b>1 180 723</b>	<b>6 888</b>	<b>94 999</b>	<b>53 385</b>	<b>1 025 451</b>	<b>13%</b>
<b>Contribution en nature</b>	<b>245 984</b>	<b>6 888</b>	<b>49 525</b>	<b>49 525</b>	<b>140 047</b>	<b>43%</b>
1. Mise à disposition de locaux conseillers techniques	137 751	6 888	27 550	27 550	75 763	45%
<i>a. Mise à disposition de locaux niveaux des 2 DDS (1000x2x60)</i>	78 715	3 936	15 743	15 743	43 293	45%
<i>b. Mise à disposition de locaux pour le pool de CTI au MS (1500x60)</i>	59 036	2 952	11 807	11 807	32 470	45%

2. Salaires bruts des cadres-clés impliqués directement toute charge comprise	108 233		21 975	21 975	64 284	41%
<i>ZS (1FTE x 20% x 5ZS)</i>	39 357		8 199	8 199	22 958	42%
<i>DDS (1FTE x 20% x 2)</i>	16 399		3 280	3 280	9 839	40%
<i>MS (1FTE et 2 x 10% FTE)</i>	52 477		10 495	10 495	31 486	40%

<b>Contribution en numéraire</b>	<b>934 739</b>	<b>0</b>	<b>45 474</b>	<b>3 860</b>	<b>885 404</b>	<b>5%</b>
1. Participation des cadres nationaux aux diverses missions (y compris les SMCL) (Participation de 20 cadres par année)	85 274	0	2 950	3 860	78 464	8%
2. Maintenance infrastructures et équipements	459 170	0	0	0	459 170	0%
<i>ZS Mono-Couffo</i>	295 181	0	0	0	295 181	0%
<i>ZS Atacora-Donga</i>	163 989	0	0	0	163 989	0%
<i>MS Cotonou</i>						
3. Autres contributions	390 294	0	42 524	0	347 771	11%
Maintenance véhicules (1000/an/véhicule x 30)	98 394	0	0	0	98 394	0%
Assurance véhicules (30)	118 072	0	0	0	118 072	0%
Exonération (TVA, douane) pour les investissements	173 829	0	42 524	0	131 305	24%

Sur les 100 millions de FCFA inscrits au PIP 2016 de la contrepartie béninoise, seuls 3,8 millions CFA ont effectivement été libérés pour le remboursement des avances effectuées pour la tenue des deux SMCL.

Au 31 décembre 2016, le taux d'exécution pour la contribution en numéraire s'élève à 5% contre 43% pour la contribution en nature.

## 1.3 Autoévaluation de la performance

### 1.3.1 Pertinence

	<b>Performance</b>
<b>Pertinence</b>	A

« Améliorer l'accès des populations aux soins de santé de qualité » est l'objectif spécifique du PASS Sourou. Il demeure la priorité du secteur de la santé qui a réaffirmé son ambition d'assurer une couverture sanitaire universelle à plus de quatre millions de béninois à l'horizon 2021 (Programme d'Action du Gouvernement (PAG) 2017-2021). Etant donné la centralité de la qualité de l'offre de soins de santé à tout mécanisme de

couverture universelle en santé, l'appui du PASS Sourou à la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins, globale systémique et dont les activités sont alignées aux priorités nationales reste pertinente et fondamentale. Ainsi, les principaux axes d'appui du PASS Sourou au secteur tels que le développement des ressources humaines suffisantes et qualifiées, la gestion efficiente des investissements et de la maintenance, le renforcement d'une planification stratégique et opérationnelle performante sont une contribution essentielle à la construction d'un système de santé performant, offrant des services et soins de qualité aux populations.

### 1.3.2 Efficacité

	<b>Performance</b>
<b>Efficacité</b>	B

De façon générale, la plupart des outputs attendus au cours de l'année sous-revue ont été obtenus. La démarche d'amélioration continue des soins a été mise en route dans quatre formations sanitaires (FS) pilotes, avec le renforcement des capacités des équipes de ces FS sur la démarche et le démarrage de divers processus qualité soutenus par des plans d'amélioration et des mécanismes de suivi. Les zones sanitaires appuyées ont également bénéficié de renforcement de capacités en SONU, en personnels qualifiés et en équipement, ce qui a contribué à améliorer la qualité de la prise en charge des mères et nouveau-nés. Des résultats ont été obtenus en ce qui concerne la référence et la contre-référence avec une meilleure couverture en besoins de référence et en contre-référence, une participation plus structurée des communautés au dialogue avec l'offre à travers les PUSS dans les structures de gestions de plaintes des FS et le Comité de pilotage du FBR. Dans le cadre de la construction d'un modèle FBR pérenne, soutenable et adapté sur les plans institutionnels, organisationnels et financiers ; des adaptations nécessaires ont été opérées pour la réalisation de l'ensemble des activités prévues à cet effet. Néanmoins, un engagement plus fort de la partie nationale est requis en termes de priorisation, de prise de décisions adéquates et de mise en place de structures pertinentes pour soutenir le FBR aux niveaux national et opérationnel.

En ce qui concerne la planification et le suivi évaluation du secteur, l'appui du PASS Sourou a permis au MS d'apprendre des six ans de mise en œuvre du PNDS et de définir des orientations claires pour le développement du secteur pour les cinq prochaines années. Il faut cependant souligner que l'absence de cohérence entre les réformes entreprises par le nouveau Gouvernement et les documents stratégiques en cours d'élaboration ou en vigueur est de nature à réduire l'efficacité du PASS Sourou, en témoigne le statu quo en matière d'appui à une couverture sanitaire universelle (Résultat 3 du PASS).

### 1.3.3 Efficience

	<b>Performance</b>
<b>Efficience</b>	B

La plupart des livrables attendus au cours de la période sous revue ont été obtenus dans les délais prévus conformément au planning du programme. La recherche de synergie dans la mise en œuvre de certaines activités avec d'autres partenaires a amélioré l'efficience du programme. Le renforcement des capacités pour les SONU a bénéficié de ce type de synergie entre le PASS Sourou, le PAORC et l'AFD de même que la recherche sur les MNT en vue de l'élaboration d'un plan de réponse pour une prise en

charge globale (collaboration avec le PNLMNT). Le non aboutissement de certains autres processus est lié à des lourdeurs administratives (procédures de marchés publics : acquisition d'équipements, marchés de services, etc.). La non disponibilité des fonds de contrepartie dans les délais a également été à l'origine de retards dans la réalisation d'activités programmées sur ces ressources.

L'efficience pourrait notamment être augmentée par :

- L'accélération ou la simplification des procédures de marchés publics en cogestion (avis de non-objection, relance du marché si moins de trois offres sont soumises) ; ces mesures sont hors de portée du programme.
- Une meilleure disponibilité du partenaire notamment pour la mobilisation des fonds de contrepartie et leur utilisation.

### 1.3.4 Durabilité potentielle

	<b>Performance</b>
<b>Durabilité potentielle</b>	B

L'utilisation des ressources humaines, des mécanismes en place, des processus de soutien et la construction d'approches s'intégrant dans les processus et mécanismes systémiques est un facteur potentiel de durabilité si les acquis sont renforcés. Le PASS Sourou s'efforce dans son appui à renforcer le système en place, dans les processus opérationnels du FBR avec l'utilisation des pairs et des PUSS dans les vérifications, contre-vérifications et enquête communautaires. Il faut toutefois noter plusieurs contraintes à la durabilité de l'appui du PASS Sourou. Ce sont :

- la poursuite du financement de certains coûts récurrents comme les vérifications dans le cadre du FBR, du fonctionnement des PUSS et de certains aspects du fonctionnement des DDS et des cadres de concertations au niveau intermédiaire et opérationnel,
- l'absence d'un plan clair à moyen et long termes du financement du FBR par le Gouvernement du Bénin du FBR,
- la non appropriation du processus d'évaluation des journaux de changements, comme mécanismes d'apprentissage organisationnel par les partenaires limitrophes,

Le processus d'amélioration continue de la qualité des soins et services de santé en cours dans les formations sanitaires qui a démarré en 2016 et sera étendue à une quinzaine en 2017 a été piloté par les acteurs du MS et ceux du niveau opérationnel. Par ailleurs, l'appui logistique et technique du PASS Sourou est conçu pour que le processus soit intégré au système en place, toute chose qui est gage d'une durabilité de la démarche.



De même, la disponibilité de RH qualifiées suffisantes dans les FS est essentielle pour garantir la durabilité de l'appui, ce qui n'est pas encore acquis, à mi-parcours du programme.

## 1.4 Conclusions

- Le PASS a effectivement appuyé l'opérationnalisation de plusieurs initiatives d'amélioration de la qualité des soins, en vue d'atteindre l'objectif spécifique du programme. Ce sont entre autres : démarche qualité basée sur les indicateurs, amélioration de l'offre de qualité en SONU à travers le renforcement des capacités des FS en personnel qualifié et en plateau technique.
- La Consolidation de la structuration de la demande des soins a été effective, avec une plus grande capacité des communautés dans le dialogue avec l'offre,

notamment l'expérience des PUSS dans la gestion des plaintes des bénéficiaires de soins, la vérification communautaire dans le FBR.

- Dans le cadre de l'appui du PASS Sourou au développement des ressources humaines en santé, les conditions logistiques d'une bonne formation en Master et en licence en sciences infirmières et obstétricales sont en place avec 29 étudiants en Master et environ 250 en licence. L'amélioration de la gestion des RH par la mise en place d'outils informatique (iRHIS), n'est pas encore effective. Des études préliminaires ont toutefois démarré par un voyage d'étude au Sénégal afin d'inspirer les réflexions en cours. Les Parcours d'acquisition des compétences (PAC) ont démarré au cours de l'année sous revue avec le concours du PAORC et ont bénéficié aux acteurs chargés de la gestion des RH, les prestataires de soins et les acteurs communautaires.
- Le PASS Sourou est le seul partenaire à fournir un appui institutionnel à la maintenance. Au cours de l'année sous-revue, l'appui a permis entre autres de doter le secteur d'un référentiel des normes en matières d'infrastructures et équipements des FS de 1<sup>er</sup> échelon et un état des lieux des équipements suite à un inventaire exhaustif a été fait. L'opérationnalisation de la Gestion de la Maintenance Assistée par Ordinateur (GMAO), dont les deux éléments ci-dessus cités sont des intrants, permettra d'optimiser la gestion de la maintenance dans le secteur.
- Il existe un risque sur la poursuite de l'appui au FBR. En effet, les efforts d'harmonisation et de rationalisation pour la mise en place de mécanismes de pérennisation n'ont pas pu aboutir au cours de l'année sous-revue, alors que le financement s'achève au cours en 2017 pour la CTB, la Banque Mondiale et le Fonds Mondial qui financent ensemble cette initiative dans 32/34 ZS
- Le PNDS 2009-2018 a fait l'objet d'évaluation à mi-parcours avec l'appui du PASS Sourou. Cette évaluation est exploitée pour l'élaboration du Plan de Développement Sanitaire (PDS) dont le processus est en cours;
- En 2017, le PASS Sourou mettra un focus particulier sur la poursuite et la consolidation des actions d'amélioration de la qualité des soins, la digitalisation des processus et la communication pour le développement.

Fonctionnaire exécution nationale	Fonctionnaire exécution CTB
 Coffi AGOSSOU	 Mohamed Lamine DRAME

## 2 Monitoring des résultats<sup>3</sup>

### 2.1 Évolution du contexte

#### 2.1.1 Contexte général

L'année 2016 a été marquée par l'élection présidentielle au premier trimestre suivie par la mise en place d'un nouveau gouvernement avec de nouvelles priorités définies dans le Programme d'Action du Gouvernement (PAG). Pour le secteur de la santé, on peut noter :

- Une vision plus large de la couverture universelle santé (Régime Assurance Maladie Universelle-RAMU) ;
- La création de quatre agences (Médecine hospitalière, protection sociale, assurance qualité, soins de santé primaires) ;
- La mise en place d'une commission technique chargée des réformes du secteur.

En outre, plusieurs autres décisions importantes ont été prises par le gouvernement. Ce sont notamment :

- Le découpage territorial qui a abouti à la création de six (6) départements supplémentaires, ce qui donne un total de douze (12) départements avec la désignation des chefs-lieux ;
- La nomination de 12 préfets avec une incidence sur la configuration de la Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL) qui comptera dorénavant plus de deux préfets ;
- La suspension de certaines dépenses publiques pendant l'audit général des structures publiques aux deuxième et troisième trimestres ;
- L'abattement de 50% des fonds de la contrepartie nationale au niveau de tous les projets/programmes.

En lieu et place d'une redéfinition d'une stratégie pour le reste de la période du PNDS (2009-2018), il a été décidé par le gouvernement d'élaborer un Plan de Développement Sanitaire quinquennal pour la période de 2017-2021 actuellement en cours d'élaboration.

Le contexte sanitaire a également été marqué par la survenue de deux épidémies, à savoir la fièvre hémorragique Lassa au premier trimestre et le choléra au troisième trimestre de cette année doublée d'une longue période de grève du personnel de santé tant au niveau central qu'au niveau départemental.

#### 2.1.2 Contexte institutionnel

Le changement de gouvernement a eu pour conséquence la nomination d'un nouveau Ministre de la Santé qui a renouvelé les membres de son cabinet au cours du deuxième trimestre. Il est à noter que certains responsables de structures centrales et départementales du ministère ont été remplacés, à savoir le Secrétaire Général du Ministère, le Directeur des Infrastructures des Equipements et de la Maintenance (DIEM), la Directrice de l'ex-Direction des Ressources Humaines (DRH). Le DPP a été confirmé dans ses fonctions avec la nomination d'une adjointe.

---

<sup>3</sup> L'impact se réfère à l'objectif général ; l'outcome se réfère à l'objectif spécifique ; l'output se réfère au résultat escompté  
CTB, Agence belge de développement  
Rapport des résultats 2016  
BEN 13 025 11 PASS-

Suite à la prise d'un nouveau décret portant Attributions, Organisation et Fonctionnement du Ministère de la Santé, les départements des Ressources Humaines et des Ressources Financières et Matérielles ont été fusionnés en une Direction Administrative et Financière (DAF) avec un Service chargé des Ressources Humaines et du Dialogue Social (SDRHDS).

La création d'une commission chargée des réformes dans le secteur de la santé et le temps pris par les travaux de ladite commission (5 mois) a créé un sentiment d'incertitude pour le personnel de santé et une lenteur dans la prise de décisions.

L'ancrage institutionnel du PASS SOUROU est toujours "approprié", en considérant :

- le fait que l'intervention est ancrée à la fois aux niveaux du SGM (stratégique) et des DDS (opérationnel). Ce double ancrage facilite la contribution à la définition des politiques et stratégies et l'accompagnement de leur mise en œuvre, de même que la documentation et la remontée des expériences ;
- le dialogue entre l'offre et les utilisateurs des services de santé a été renforcé (actions de la Demande).

### 2.1.3 Contexte de gestion : modalités d'exécution

Par rapport à la gestion administrative et financière, il y a eu un audit externe du PASS qui a reconnu la bonne santé administrative et financière du programme. Le contrôle interne a été systématisé avec le recrutement d'un contrôleur interne des interventions.

Le PASS a poursuivi la mise en œuvre des décisions issues de l'analyse organisationnelle du programme réalisée en 2014. Dans ce cadre ont été régulièrement tenues les instances prévues :

- Comités de coordination ;
- Sessions de la SMCL ;
- Atelier MoRe.

Le document de stratégies de mise en œuvre du programme et le manuel opérationnel en cours de finalisation complètent le dispositif organisationnel.

Il y a des difficultés de gestion au niveau certaines structures avec l'abattement de 50% des crédits alloués par l'Etat. D'autres difficultés sont liées à l'introduction de compteurs électriques à carte de la SBEE à la DDS, au CHD et d'autres structures de soins dans le Mono.

La mise à disposition des ressources sur la contrepartie nationale, destinées principalement à la construction de bâtiment du PASS-BEC, n'a pu être possible au cours de l'année en raison de la fermeture prolongée du SIGFIP, ce qui n'a pas permis la mise en œuvre de certaines activités prévues.

Les modalités de gestion sont 'appropriées'. Les modalités d'exécution de pilotage (SMCL) et financière (Régie et Cogestion) sont appropriées et facilitent la transparence des processus.

Dans le cadre de la convention de subsides APEFE-CTB pour l'appui à la mise en place d'un master en SIO à l'INMeS, un avenant a été signé pour procéder à un aménagement budgétaire et prolonger la durée de la convention de 4 mois jusqu'au 31 mars 2017. Comme le prévoit la convention, un contrôle des dépenses sur pièces comptables a été effectué ainsi qu'une restitution à l'équipe administrative et dirigeante de l'APEFE le 20 septembre 2016.

## 2.1.4 Contexte HARMO

L'harmonisation des interventions des PTF au sein du secteur reste un défi. Plusieurs initiatives du programme ont contribué à la synergie et la coordination des intervenants. Il y a eu dans ce cadre :

- La mise à disposition d'une expertise pour appuyer le processus de relance des GTT et des structures, instances et mécanismes de coordination du secteur ;
- La tenue de la Table Ronde des Partenaires au niveau départemental (dans l'Atacora-Donga) autour du Préfet (Mini-Compact) ;
- La collaboration avec d'autres acteurs : PAORC, Médecins Sans Vacances et APEFE ;
- La Collaboration avec Banque Mondiale (PRPSS) sur l'harmonisation des normes et standards de maintenance : CTB au niveau des Centres de Santé et Hôpitaux de Zone. BM au niveau des Hôpitaux Départementaux ;
- La collaboration avec le projet ANCRE (USAID) au niveau opérationnel dans le cadre de la démarche qualité des soins ;
- Le financement et l'appui technique de l'organisation de la Revue Annuelle Conjointe (RAC) ;
- Partenariat MSV/HZ (Bassila) : Trajet de renforcement de capacités annuel, basé sur 4 domaines prioritaires : missions chirurgicales semestrielles, appui en hygiène hospitalière, réorganisation des urgences pédiatriques et adultes, formation en imagerie médicale (SONUB et échographie). Invitation du CTI-AD et D/HZ Bassila pour présenter aux journées des volontaires à Malines ;
- Le processus d'harmonisation et de pérennisation vers un modèle béninois du FBR impliquant tous les acteurs qui appuient le Financement Basé sur les Résultats (FBR) tout en incluant d'autres secteurs comme le ministère des finances, le ministère du plan et le ministère de la décentralisation ;
- Les échanges entre le PASS et deux projets à savoir le projet ANCRE et le Projet d'Appui aux Soins Maternels et Infantiles (PASMI) en vue de l'utilisation des centres de formation SONU développés par le PASS, d'une part, et des modalités communes de coaching des prestataires, d'autre part ;
- Les échanges avec l'UNICEF sur les possibilités d'appui harmonisé à la politique sur la maintenance et au processus d'évaluation du PNDS ;
- L'appui conjoint PASS-OMS au Programme National de Lutte contre les Maladies Non-transmissibles(PNLMNT) pour la réalisation de l'enquête nationale STEPS ;
- L'invitation d'autres PTF à la session de monitoring des résultats du PASS et du PTA 2016 ;
- Les échanges entre CTB, PASS, Ambassade de Belgique et la Banque Mondiale pour un plaidoyer sur la protection sociale y inclus la prise en charge des indigents.
- En ce qui concerne le Programme d'Intervention à Haut Impact (PIHI) communautaire, le PASS collabore, dans le cadre d'une concertation nationale avec l'USAID à travers les ONGs AFRICARE et ARM3 dans les domaines de la formation, la supervision, la qualité des données et du paiement des primes.



## 2.2 Performance de l'outcome



### 2.2.1 Progrès des indicateurs

<b>Outcome: Augmenter l'accessibilité des populations à des soins de santé de qualité, grâce à un appui aux fonctions régaliennes du MS en vue d'une efficacité accrue des structures périphériques » (en particulier celles des zones sanitaires sélectionnées dans l'Atacora Donga et le Mono Couffo)</b>						
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Progrès année 2015	Progrès année 2016	Cible année 2016	Cible finale	Commentaires
1. Taux d'utilisation des soins curatifs*	<b>Donga: 60,2%</b>	46,4%	43,6%	<b>80%</b>	<b>85%</b>	
	<b>Mono: 52%</b>	Tot: 39,80% H: 33,27% F: 46,11%	T : 45,16% H : 40,06% F: 49,98%			
	<b>Couffo : 28%</b>	Tot: 24,79% H: 21,72% F: 27,5%	T: 28,84% H: 25,93% F: 31,39%			
2. Taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié	<b>Donga 96,2%</b>	97,6%	91,1%	<b>80%</b>	<b>80%</b>	
	<b>Mono: 94,9%</b>	79,9%	82,9%			
	<b>Couffo : 62%</b>	50,7%	49,5%			
3. Taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception (%)	<b>Donga: 8,6%</b>	7,4%	10,1%	<b>ND</b>	<b>15%</b>	
	<b>Mono: 16,9%</b>	9,32%	8,56%			
	<b>Couffo: 5,3%</b>	3,72%	<b>3,24%</b>			

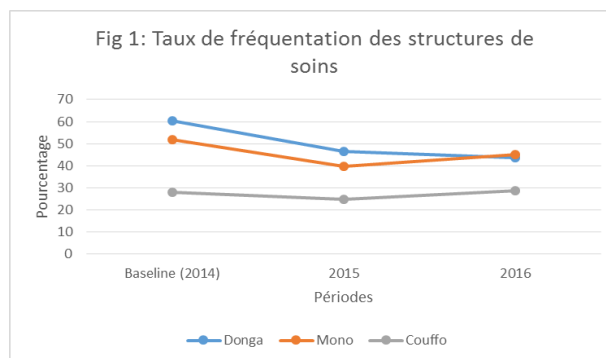
## 2.2.2 Impact potentiel

L'appui du PASS Sourou vise à « augmenter l'accessibilité des populations à des soins de santé de qualité » dans les zones d'intervention et ainsi « contribuer à l'amélioration de la performance du système de santé au Bénin ». Dans sa conception, les axes d'intervention (résultats intermédiaires) du Programme sont alignés sur les cinq domaines prioritaires du PNDS. Hormis le résultat 3 concernant la couverture universelle en santé déclinée au Bénin sous l'appellation RAMU, pour lequel au niveau politique le contexte n'a pas évolué de manière à permettre un déploiement de l'appui du PASS Sourou, le programme a poursuivi et/ou entrepris des initiatives pour contribuer à l'amélioration de la performance du système de santé du Bénin.

Au niveau stratégique, sur demande du MS et des PTF, le PASS Sourou a assuré l'appui technique et logistique à l'évaluation à mi-parcours du PNDS 2009-2018. Cette évaluation a offert l'opportunité d'opérer un examen critique et réflexif des axes prioritaires du PNDS plus en phase avec les OMD et d'analyser leur pertinence par rapport aux priorités sanitaires actuelles du Bénin, pour lesquelles le renforcement du système en vue d'une offre globale et systémique de soins semble plus approprié.

Le PASS Sourou est également très impliqué dans l'élaboration du nouveau Plan de Développement Sanitaire (PDS) pour la période 2017-2021. Le nouveau PDS sera l'occasion de prendre en compte les évolutions enregistrées en vue d'une approche systémique, globale et intégrée de la santé dans le cadre des ODD, le renforcement du système local de santé, une réponse globale aux maladies chroniques non transmissibles, etc.

Dans le domaine de l'amélioration de la qualité des soins, le PASS Sourou a poursuivi le renforcement des initiatives déjà enclenchée en 2015. C'est le cas notamment de la mise en œuvre du FBR au niveau opérationnel avec comme principe conducteur le renforcement des capacités fonctionnelles et opérationnelles des structures de soins et des équipes de gestion. A ce niveau, la plupart des indicateurs ont connu de façon régulière une amélioration soutenue. La persistance de la faible fréquentation des services de soins (figure 1) demeure cependant une préoccupation et questionne les dimensions de la qualité prise en compte par cette stratégie.

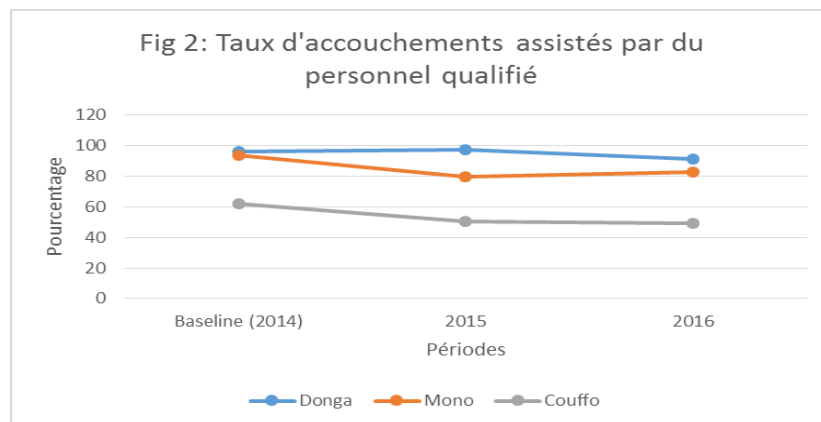


Le processus d'harmonisation et de pérennisation du FBR démarré en 2015 s'est poursuivi au cours de l'année sous-revue avec des résultats appréciables mais n'a pas abouti à l'harmonisation souhaitée entre les approches mises en œuvre, ni à la mise en place des mécanismes de pérennisation préconisés par les acteurs. A ce sujet, la fin prochaine de l'appui de la CTB et de la BM à cette stratégie demeure une préoccupation.

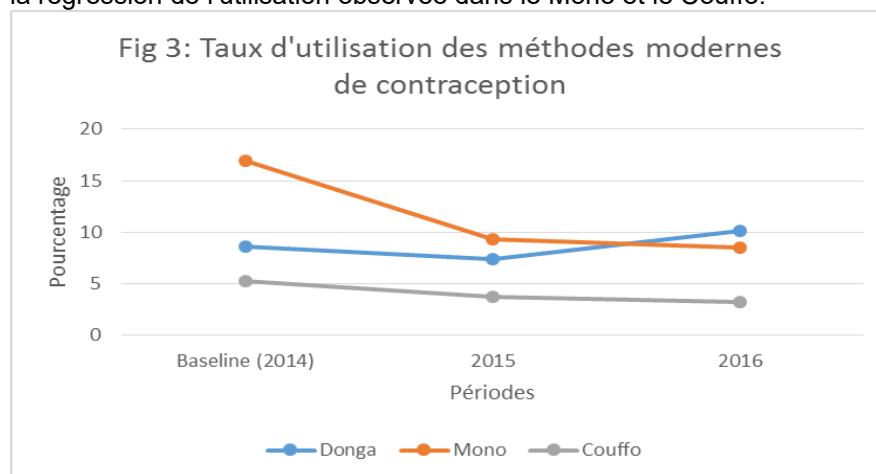
L'entrée dans sa phase opérationnelle de l'approche d'amélioration continue de la qualité des soins appuyée par le PASS Sourou à la Politique Nationale d'Amélioration de la Qualité (PNAQ) offre quant à elle les bases systémiques pour améliorer la qualité de l'offre des soins. Les premiers audits réalisés dans les hôpitaux et centres de santé pilotes ont révélé des insuffisances structurelles, organisationnelles et opérationnelles pour la qualité des soins. La dynamique engendrée par ce processus et les plans d'amélioration de la qualité offrent des perspectives encourageantes pour l'amélioration continue de la qualité des soins dans les formations sanitaires. Les domaines couverts par l'approche de l'amélioration de la qualité des soins dont les soins cliniques, la sécurité des patients, les infrastructures et la maintenance, la demande et le personnel, et le management sont intégrés et complémentaires et permettent la couverture des dimensions de la qualité qui échappent aux approches classiques d'amélioration de la qualité. L'amélioration de la qualité des soins à travers l'ensemble de ces dimensions requiert l'implication de l'ensemble des acteurs du SYLOS et une intégration de tous les systèmes et processus support tels que la référence et la contre-référence, la supervision formative et le monitoring.

Trois indicateurs sont destinés à décrire le progrès du programme vers l'augmentation de l'accessibilité des populations aux soins de santé de qualité (outcome). Il s'agit du taux de fréquentation des services de soins (préféré au taux d'utilisation des soins, indicateur non renseigné par le système d'information national), le taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié et le taux d'utilisation des méthodes de contraception moderne. L'évolution des indicateurs montre:

- Pour ce qui concerne le taux de fréquentation, une amélioration dans l'ensemble des sous-territoires de la zone d'intervention du PASS Sourou en 2016 par rapport à 2015, en dépit du fait que les données considérées en 2016 portent sur les trois premiers trimestres de l'année. Le taux de fréquentation reste toutefois globalement faible (moins de 50%) notamment dans le Couffo (voir figure 1). Une analyse approfondie de cette situation mérite d'être faite pour en identifier les causes-racines. Toutefois, la reprise des grèves dans le secteur de la santé, le manque de ressources humaines qualifiées sont des facteurs explicatifs potentiels. Le non recouvrement des créances liées aux différentes politiques de gratuité notamment la césarienne, le paludisme chez les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes, et la prise en charge des indigents constituent également des contraintes.
- Le taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié ou en institution se maintient au-dessus des 80% dans le Mono et la Donga au cours des trois dernières années. Mais dans le Couffo il stagne autour des 55 à 58%. Néanmoins, le fait que dans le Couffo, les données des structures de soins privées, très fréquentées, ne sont pas prises en compte peuvent expliquer ce faible taux. Une meilleure collaboration avec le privé dans le cadre du renforcement du SYLOS doit être fait par les équipes cadre des zones sanitaires pour corriger cette situation ;



- Une nette évolution du taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception dans la Donga qui a franchi les 10% pour la première fois (figure 3). Ce résultat encourageant résulte probablement du fait de la stratégie de gratuité des services d'offre de contraception (y compris les produits) mise en place par la zone sanitaire concernée depuis le début de l'année sous revue. L'approche adoptée par la Donga pourrait être une solution à la stagnation voire la régression de l'utilisation observée dans le Mono et le Couffo.



### Changements organisationnels et institutionnels

Des changements organisationnels sont attendus de l'appui du PASS Sourou aux différentes structures partenaires, dans la perspective d'une pérennisation des acquis.

Trois domaines de changements sont ciblés et évalués deux fois l'an au niveau d'une dizaine de partenaires limitrophes du programme à l'aide de journaux des incidences (ou journaux de changements). Les changements visés concernent : (i) l'apprentissage institutionnel avec la promotion d'une culture de prise de décision basée sur les évidences, (ii) l'intégration et articulation des activités des différents acteurs du secteur et, (iii) une approche centrée sur la personne (valorisation de la personne).

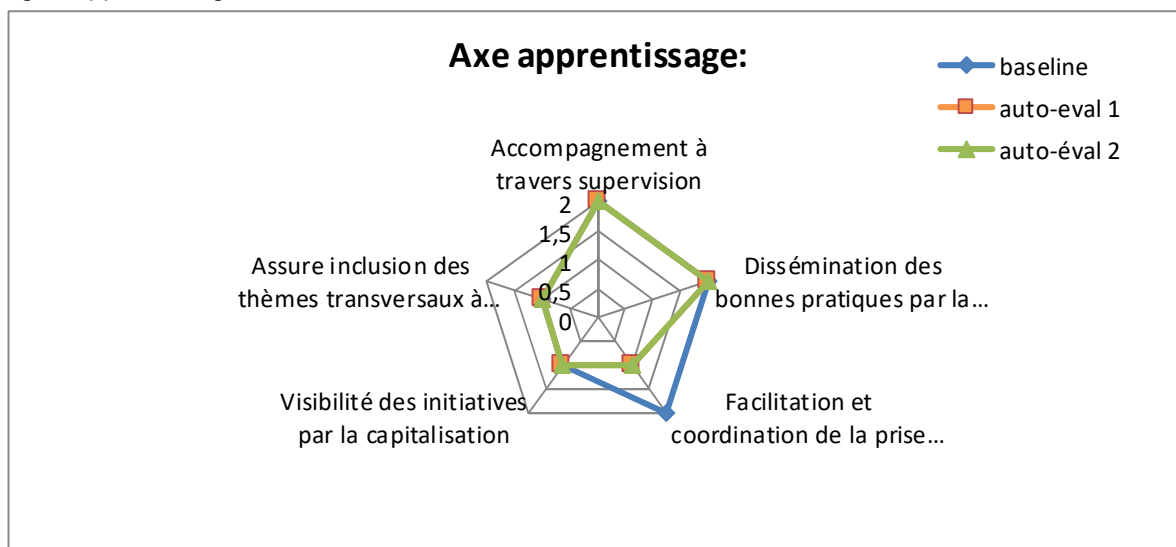
Les principaux changements observés au cours de la période sous-revue par rapport au précédent semestre sont les suivants :

- Pour ce qui concerne l'apprentissage institutionnel :
  - o L'ANTS a poursuivi l'institutionnalisation des évaluations externes de la qualité (EEQ) des processus de production du sang (ANTS). Lesdites évaluations débouchent sur des plans d'amélioration des insuffisances

relevées, qui orientent les supervisions et alimentent les plans d'actions des différentes structures;

- L'évolution enregistrée par la DDS est illustrée par la figure ci-dessous:

Fig 4: Apprentissage institutionnel au niveau de la DDS MC

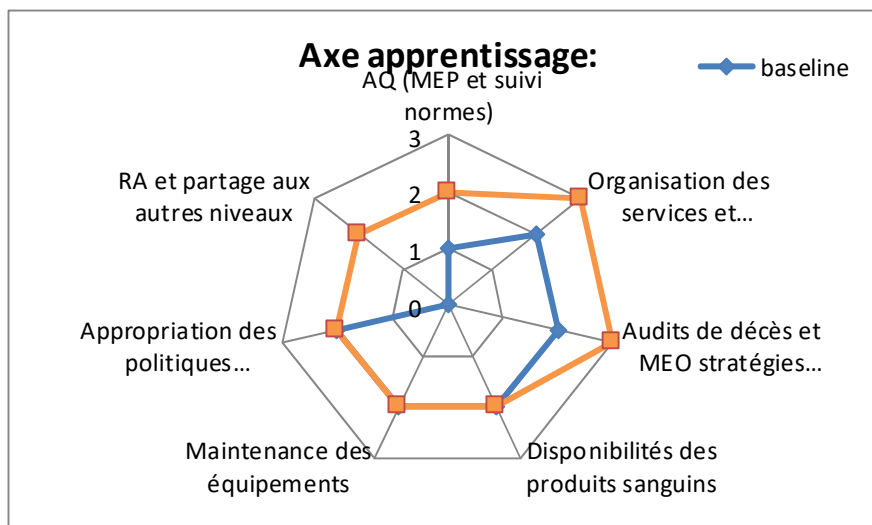


On remarque que les dimensions de l'apprentissage telles que la prise de décisions sur des bases factuelles (recherche action), la prise en compte des thèmes transversaux dans les supervisions et les efforts de capitalisation demeurent faibles.

En ce qui concerne les PUSS, plusieurs progrès ont été enregistrés. Ce sont entre autre l'organisation de supervision conjointe et séance de débriefing aux enquêteurs après l'enquête, le recueil des difficultés rencontrées sur le terrain et la formulation de recommandations, de leçons apprises et des bonnes pratiques

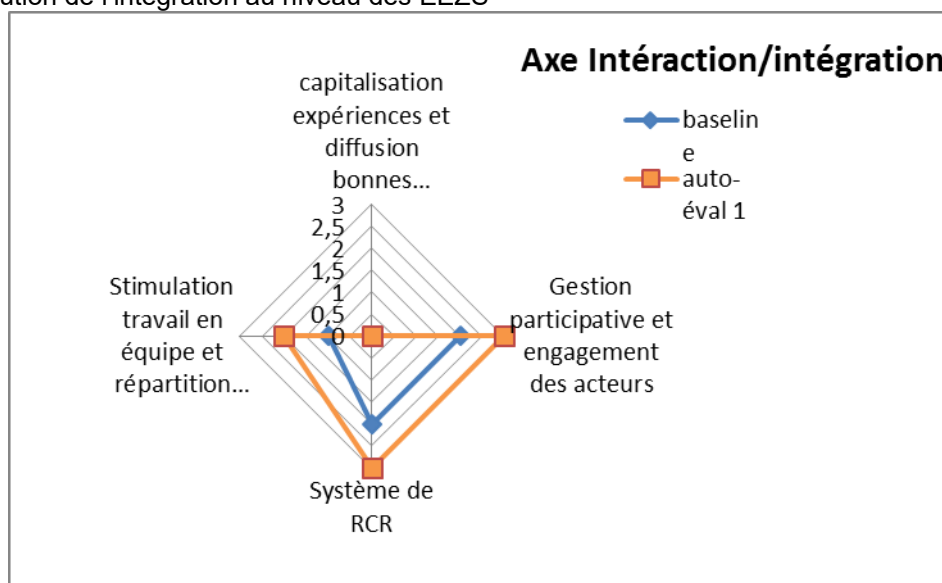
Au niveau des équipes d'encadrement de la zone sanitaire on note comme l'indique la figure ci-dessous que lesdites équipes ont amélioré leur capacité d'apprentissage les audits des décès maternels pour améliorer la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés, dans la mise en œuvre des normes et protocoles.

Fig 5: Evolution de l'apprentissage institutionnel au niveau des EEZS



- Pour ce qui concerne l'intégration et articulation des activités des différents acteurs du secteur, on note:
  - o Pour ce qui concerne les EEZS

Fig 6 : Evolution de l'intégration au niveau des EEZS



- Une amélioration du travail en équipe prenant en compte tous les acteurs du Sylos
- Une amélioration de la référence et de la contre référence impliquant tous les acteurs y compris la communauté.

On note également,

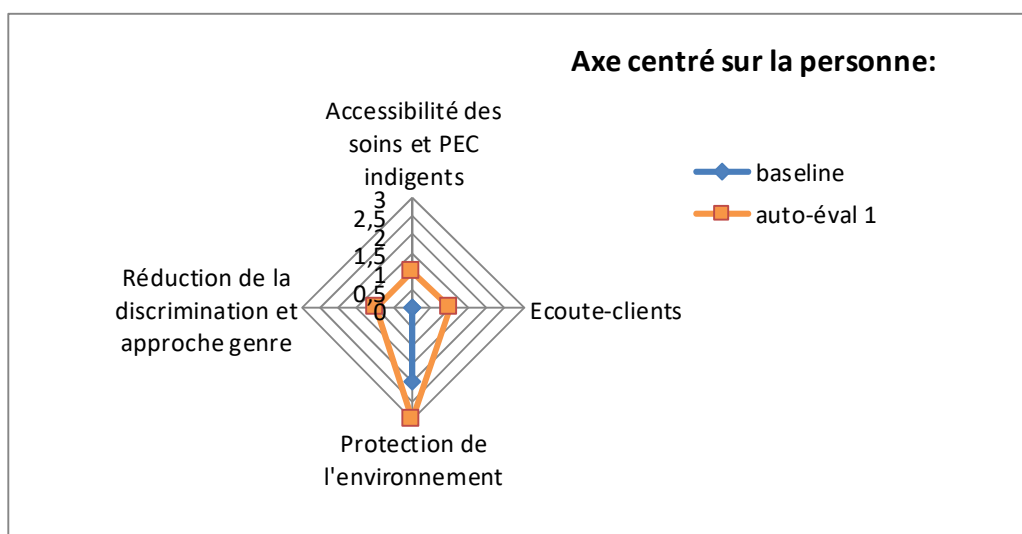
- o Un planning intégré et consolidé des activités de 2016 prenant en compte tous les acteurs du département (DDS MC)
- o La Collecte conjointe et multisectorielle (MS, ministère des enseignements secondaires, Plan Bénin, ANCRE) des données sur la

santé reproductive des jeunes dans le cadre de la revue annuelle conjointe de performance départementale (DDS MC)

- Les réunions de concertation entre les associations des donneurs de sang, les Postes de transfusion sanguine et impliquant les collectivités locales pour une action concertée en vue d'une disponibilité permanente de produits sanguins (ANTS)

- En ce qui concerne l'approche centrée sur la personne

Fig 7: Evolution des changements relatifs à l'approche centrée sur la personne à la DDS



Comme l'indique la figure ci-dessus, on note qu'au niveau des zones sanitaires, les processus d'écoute clients dans les FS, l'accessibilité des indigents aux soins et la réduction des discriminations basées sur le genre restent un défi.

Malgré le processus encourageant des journaux de changement, il reste encore des progrès à faire par rapport à l'outil :

- l'outil n'est pas encore approprié par tous les PaLi pour des raisons diverses (nouvelle approche et dynamique, perception chez certaines personnes comme un instrument de contrôle probablement à cause du 'scoring')
- on glisse parfois vers 'un bilan d'activités' ('le quoi') au lieu de réfléchir sur 'le pourquoi et le comment' des activités.
- Les fiches et le scoring ne permettent pas encore de façon systématique de mettre le doigt sur ce qui marche réellement ou pas dans la réalité.
- le lien entre l'outcome et les progrès cités dans la colonne en dessous n'est pas toujours clair.

## 2.3 Performance de l'output 1



### 2.3.1 Progrès des indicateurs

Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année 2015	Progrès année 2016*	Cible année 2016	Cible finale	Commentaires
<b>Output 1 : L'offre globale des soins de santé de qualité est renforcée dans les départements et zones sanitaires appuyés</b>						
1.1. Taux de satisfaction des utilisateurs de la qualité de soin.	Donga: 90% Mono: 78% Couffo: 75%	CS Donga: 87,8% CS MC: 82,5%  HZ Bassila : 31% HZ Djougou : 26% HZ Comè : 19% HZ KTL : 15% HZ ADD : 27%	CS Donga: 88,5% CS <b>MC</b> : 81,87%  HZ Donga: 43,5% HZ MC: 44,66%	Progrès de 7%/an pour chacune des formations sanitaires	90% dans les CS 50% dans les hôpitaux	
1.2. Proportion d'hôpitaux respectant les normes en matière de soins (%)	Bassila : 76% DCO : 74% MC: 54%	Bassila : 88,6% DCO: 86% CHD AD: 80,6% Comé : 79,3% CHD MC: 80,4% HZ Klouékamè: 78% HZ Aplahoué: 73,8%	HZ Bassila : 52,4% HZ Klouék : 55,5%	80%	90%	Données de l'indicateur en 2016 collectées via un audit qualité, plus fiable et plus holistique que l'approche utilisée lors de la baseline et en 2015 (où les données ont été collectées par une évaluation des pratiques professionnelles (EPP)).
1.3. Proportion d'institutions de soins ayant reçu leur subvention FBR dans les délais (%)	AD : 100% MC : 0%	AD : 100%	MC : 46% AD : 100%	100%	100%	
1.4. Pourcentage des appels pour référence satisfaits (%)	ZS DCO 50% ZS Bassila 32% ZS KTL : 75% ZS ADD : 57% ZS CBGH : ND	ZS DCO 43,5% ZS Bassila: 75% ZS KTL : 81% ZSADD : 63,3% ZS CBGH: 97%	Bassila: 53% DCO: 67% KTL: 95% ADD: 87% CBGH: 93%	ND	ND	



Indicateurs	Valeur de la Baseline	Progrès année 2015	Progrès année 2016*	Cible année 2016	Cible finale	Commentaires
<b>Output 1 : L'offre globale des soins de santé de qualité est renforcée dans les départements et zones sanitaires appuyés</b>						
1.5. Proportion de contre-références acheminées vers le centre de santé par l'EEZS (%)	ZS DCO 84% ZS Bassila 32% ZS ADD: 56% ZS KTL: 47% ZS CBGH: 28%	ZS DCO : 54 ZS Bassila : 86 ZS ADD: 61 ZS KTL: 40 ZS CBGH: 38	Bassila 85% DCO: 88% KTL: 100% ADD: 100% CBGH: 100%			
1.6. Proportion d'organes de cogestion performants dans les zones sanitaires appuyées (%)	<u>Donga:</u> Cosa : 65% Cogecs : 48% <u>MC:</u> Cosa : 53% Cogecs : 48%	<u>Donga:</u> Cosa : 72,5% Cogecs : 55% <u>MC:</u> Cosa : 55% Cogecs : 65%	<u>Donga:</u> -COSA: 60% -COGECS:60% <b>MC:</b> -COSA : 76,66% -COGECS :63%	<u>Donga:</u> Cosa : 80% Cogecs : 70% <u>MC:</u> Cosa : 70% Cogecs : 75%	<u>Donga:</u> Cosa : 80% Cogecs : 75% <u>MC:</u> Cosa : 75% Cogecs : 75%	
1.7. Proportion de PUSS performantes dans les zones sanitaires appuyées (%)	Donga : 10% MC : 25%	Donga : 25% MC : 27,3%	Donga :35% MC : 46,66%	Donga : 45% MC : 50%	Donga : 50% MC : 60%	
1.8. Taux de satisfaction de la demande en produits sanguins labiles (%)	Donga 93% MC : 82%	Donga : 96,1% MC : 87,9%	Donga : 94,39 MC : 93,52	Donga 90% MC : 85%	Donga 95% MC : 90%	
1.9. Pourcentage de nouveau-nés enregistrés dans les centres de santé et officiellement déclarés auprès de l'état-civil	Bassila : 100%  Dogbo : ND	Bassila : 100%  Dogbo: 100%	Bassila : 100%  Dogbo: 100%	Bassila : 85%  Dogbo : 85%	Bassila : 90%  Dogbo : 90%	Le défi reste le retrait des actes : Dogbo :51,56 ; Bassila 51,59 <b>KTL (communes d'extension)</b> Naissances Enregistrées : N/D Retrait des actes : -Klouékanmé: 41,47% -Toviklin : 41,26% -Lalo : N/D
Marqueurs de progrès (voir en annexe)						

\*Les indicateurs sont calculés sur base des données disponibles au 3<sup>ème</sup> trimestre 2016.

### 2.3.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>4</sup>	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1 Appui au développement d'un modèle de FBR adapté au Bénin, équitable et pérenne		X		
2 Appui à la MEO de la politique nationale de l'AQ des soins et des services de santé		X		
3 Appui aux acteurs du SYLOS pour un rôle complémentaire et synergique		X		
4 Appui à la stratégie de référence et de contre-référence		X		
5 Consolider la stratégie nationale de la transfusion sanguine		X		

### 2.3.3 Analyse des progrès réalisés

L'année sous revue a permis de renforcer les dynamiques initiées depuis le début de l'intervention en vue du renforcement de l'offre globale des soins de santé de qualité dans les départements et zones sanitaires appuyés. Des progrès notables ont été enregistrés et concernent:

#### L'appui au développement d'un modèle de FBR adapté au Bénin, équitable et pérenne

Dans ce cadre, le processus d'harmonisation démarré en 2015 s'est poursuivi à travers quatre (04) missions d'une équipe de consultants qui a appuyé les principaux acteurs concernés par la thématique sous l'égide du MS. A l'issue de ces 4 missions, des avancées ont été enregistrées dans le domaine de l'harmonisation technique des modèles de FBR mis en œuvre. Par ailleurs, deux décisions principales ont été prises à savoir la création d'une cellule technique chargée de la coordination du FBR au Bénin et la réalisation d'études en vue de tirer des leçons afin d'alimenter les réflexions devant conduire au modèle unique.

Des points d'attention majeurs méritent cependant d'être soulignés, qui sont susceptible de constituer une contrainte à cette initiative. Il s'agit de:

- Faible leadership national dans ce domaine, ce qui se caractérise par l'absence d'une structure nationale de coordination. La création envisagée d'une cellule technique nationale pourrait corriger cette situation, mais elle n'est pas encore acquise.
- Inexistence du financement national à l'heure actuelle, alors que les financements extérieurs aux deux principaux modèles prennent fin au second semestre de 2017 (juin et septembre 2017 pour la Banque Mondiale et la Coopération Belge respectivement). Aucune décision n'est encore prise quant à

<sup>4</sup> 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.

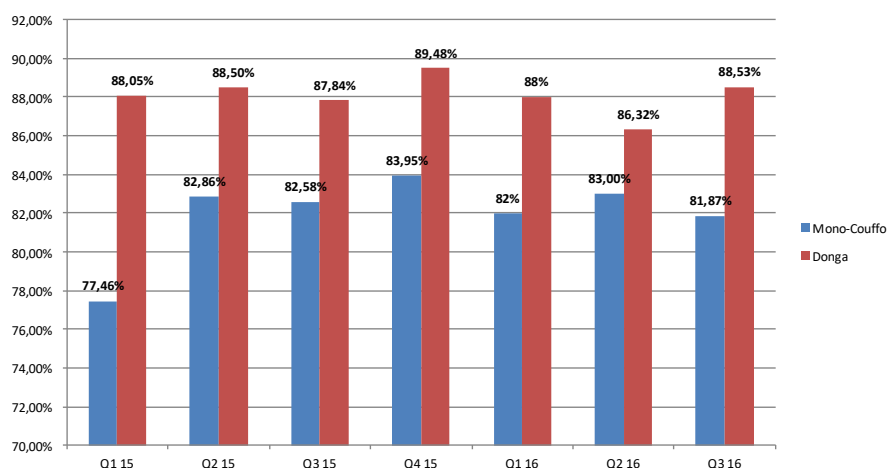
- la poursuite desdits financements du FBR.
- Manque de clarté par rapport à la place du FBR comme priorité nationale dans les réformes en cours au niveau du secteur.

Sur le plan opérationnel, l'année sous revue a été marquée par

**Mise en œuvre du FBR : volet communautaire.**

La réalisation des enquêtes de satisfaction des par des acteurs communautaires représentants les populations à savoir les PUSS a été poursuivie. Les produits de cette initiative vont au-delà de la simple mesure de la satisfaction des usagers des services de soins. Ils concernent aussi et surtout i) la capacité des communautés à mener elles-mêmes ces enquêtes avec un retrait progressif de l'appui du PASS et ii) l'utilisation des données afin d'améliorer le dialogue entre l'offre et la demande et la qualité des soins.

- En ce qui concerne la satisfaction des usagers, elle est d'au moins 80% dans le Mono/Couffo et de 85% dans la Donga comme le montre le graphique ci-dessous, niveau qui a connu une progression régulière au cours de l'année. Un léger fléchissement a été enregistré en 2016 par rapport à 2015 qui pourrait s'expliquer par l'adoption d'une nouvelle grille aux exigences plus élevées qui est entrée en vigueur en 2016.



En ce qui concerne les hôpitaux on note cependant un écart important entre la qualité technique et la qualité perçue. En 2017, une étude sera réalisée pour comprendre cet écart et prendre les dispositions en vue de rapprocher l'offre de la demande.

- Le processus a aussi permis de renforcer les capacités des acteurs de la demande, qui ont assuré la régularité de la réalisation des enquêtes (100% des enquêtes) de satisfaction des patients au titre de la vérification communautaire du FBR. Ceci a permis au fil du processus, l'amélioration de la qualité et la fiabilité des données liées à la vérification communautaire. Les actions ayant permis d'atteindre ce résultat consistent essentiellement en l'amélioration de la supervision des enquêteurs avec l'élaboration d'un guide et d'une grille de supervision, l'instauration de supervisons conjointes (PUSS, Mairie, PASS Bureau Demande du PASS), plus de responsabilités données aux PUSS par leur implication dans le dispositif de contrôle des fraudes, vérification de qualité systématique, débriefing systématique avec tous les acteurs impliqués dans le \*processus de vérification communautaire. Le niveau élevé (100%) de mise en œuvre des recommandations formulées par le Comité de pilotage par les

PUSS par rapport aux autres illustre l'autonomisation plus croissante des PUSS comme le montre le graphique ci-dessous.

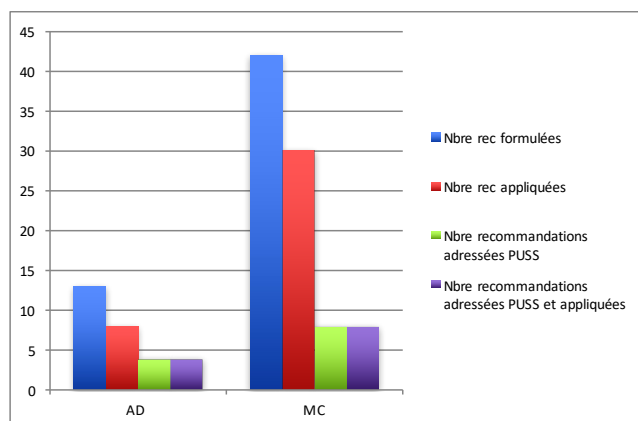


Figure 2 : Nombre de recommandations formulées et effectivement appliquées

- iii. L'objectivité des données obtenues et leur analyse conjointe par les différents acteurs du système local de santé crée un cadre propice au dialogue responsabilisant entre l'offre et la demande et à un certain rééquilibrage de l'influence des acteurs en présence dans la prise de décision que constitue le comité de pilotage. Ce dernier est appréhendé non seulement comme l'instance décisionnelle en matière de FBR mais aussi comme une instance de concertation et de redevabilité entre les différents acteurs du SYLOS. Sur base de nombreux exemples, il apparaît que ce dialogue a permis de lever bon nombre de contraintes à l'amélioration de la qualité des soins, grâce notamment à la restitution des données issues de la vérification communautaire dans les centres de santé, en particulier les moins performants. La restitution est généralement suivie de la prise de mesures d'amélioration.

Toutefois, le nombre élevé de formations sanitaires ne permet pas une restitution systématique. Une mesure alternative pourrait être la prise en compte des informations dans les supervisions par les médecins coordonnateurs.

### Appui à la MEO de la politique nationale de l'AQ des soins et des services de santé

Le processus d'amélioration continue de la qualité des soins démarré en 2015 est entré dans sa phase opérationnelle au cours de l'année sous-revue. Avant le déploiement de l'approche, une série d'actions ont été réalisées et ont abouti à la validation des domaines et indicateurs de mesure de la qualité, et l'élaboration de cinq outils d'évaluation de la qualité que sont le questionnaire patient, le questionnaire personnel, l'auto-évaluation, la check-list du facilitateur et le guide d'entretien.

L'introduction de l'approche dans 4 formations pilotes a été marquée par le briefing des acteurs sur l'approche et la formation des facilitateurs des différentes structures de soins sur la réalisation des audits qualité a été appuyée par une expertise externe internationale. Le Ministère de la santé, a assuré le leadership de l'activité à travers la participation active de l'ensemble des directions centrales et techniques concernées par la thématique. Il s'agit de la Direction Nationale des Hôpitaux avec son service en charge de la qualité des soins, la Direction de la Planification et de la prospective (DPP) avec son service en charge de l'information sanitaire, la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME) et la Direction de l'Informatique et du Préarchivage (DIP). Suite à la

réalisation des audits qualité, un feedback aux acteurs est organisé suivi de l'élaboration des plans d'amélioration de la qualité, facilité par une application informatique (Visotool) qui permet le calcul des indicateurs qualité de la structure concernée et les comparaisons avec les scores qualité des autres structures de soins qui sont dans la démarche qualité. Les sessions de feedback et d'élaboration des plans d'amélioration ont connu la participation des prestataires et des autres acteurs du SYLOS (élus locaux, membre de COGECS, représentants des PUSS). Ceci a permis le partage de l'information sur les points forts et les potentiels d'amélioration de la qualité des soins avec lesdits acteurs, mais aussi l'identification des actions d'amélioration impliquant tous les acteurs.

L'option de faire faire les audits qualité dans les formations sanitaires par les pairs-facilitateurs repose sur les avantages en termes d'efficacité (faible coût de transaction) et pérennisation. Par ailleurs, l'utilisation des pairs-facilitateurs a montré tout le potentiel de benchmarking en termes de partage et d'apprentissage des bonnes pratiques pour l'amélioration de la qualité des soins. En effet, les bonnes pratiques identifiées par les facilitateurs dans la structure de soins auditée sont analysées et implémentées dans la structure d'origine desdits facilitateurs, ce qui a déjà constitué pour les structures de soins impliquées un outil d'apprentissage et d'amélioration de la qualité des soins.

Par ailleurs, à l'issue de la phase d'élaboration des plans d'amélioration de la qualité, les équipes des formations sanitaires ont consolidé l'ensemble des plans dans le but de mutualiser les efforts et les ressources pour les actions d'amélioration conjointes. L'occasion a aussi permis de partager les expériences au sujet des mécanismes de suivi intégré de la mise en œuvre des plans d'amélioration de la qualité.

L'extension de la démarche qualité à une quinzaine de formations sanitaires est prévue pour 2017.

### **Amélioration de l'offre de soins de qualité en soins obstétricaux et néo-nataux d'urgence (SONU)**

Dans le but de contribuer à réduire la mortalité maternelle et néo-natale, dont le niveau toujours élevé reste une préoccupation majeure pour le secteur, le PASS a poursuivi au cours de la période sous-revue, le renforcement des capacités des prestataires de soins (sage-femme et infirmiers notamment) en SONU. Une série de formation suivant les normes en vigueur sur base des modules validés par la DSME du MS a été mise en œuvre dans les deux sous-territoires d'intervention du PASS, 187 sages-femmes et infirmier/ères à des CS, des HZ et des CHD ont bénéficié de la formation. Conformément à l'approche de parcours d'acquisition de compétence (PAC) du PAORC qui a piloté lesdites formations, une phase de coaching et de supervision est prévue pour consolider les acquis. Avec cette série de formation, la couverture de personnel qualifié et formé en SONU a augmenté. Un atelier de capitalisation des leçons apprises est planifié pour le premier trimestre 2017.

Par ailleurs, le PASS Sourou a procédé à l'acquisition des équipements SONU pour renforcer les plateaux des centres de santé de commune dans le Mono et le Couffo pour une bonne prise en charge des cas SONU dans les maternités. Cette initiative mérite toutefois d'être étendue aux autres centres de santé de commune de la Donga et éventuellement aux centres de santé d'arrondissement au risque que les connaissances acquises par les prestataires desdits centres se perdent en l'absence d'équipements pour leur valorisation.

## **Appui à la prise en charge des maladies non transmissibles (MNT)**

Concernant les MNT, il y a eu réalisation de deux types d'enquêtes. Un rapport en 2 parties est disponible : partie épidémiologique et qualité (MC et AD), la restitution a eu lieu. 2017 a été proposée comme l'année des MNT au Bénin.

Un plan de réponse globale est en cours d'élaboration. Plan de réponse doit être global, intégré avec une forte participation de la communauté.

On sent qu'il y a une prise de conscience de l'importance des MNT. Trois articles issus de l'enquête STEPS ont été rédigés.

En 2015, le PASS Sourou a appuyé la réalisation d'une enquête STEPS nationale sur les facteurs de risque des MNT. Une enquête plus approfondie dans les zones d'intervention du programme a été également réalisée, comprenant la spécificité d'une évaluation de la qualité de la prise en charge des MNT dans les formations sanitaires. La restitution de ces études a été faite aux acteurs de différents secteurs dont l'implication dans la gestion des maladies non transmissibles s'avère pertinente en juillet 2016.

La finalité de l'appui du PASS Sourou à la lutte contre les MNT est la qualité de la prise en charge globale et intégrée desdites affections. Les actions entreprises et poursuivies au cours de la période sous-revue visent cette finalité et se sont traduites par l'analyse des résultats des différentes enquêtes réalisées et des rapports et articles. Ces documents décrivent les aspects épidémiologiques et ceux relatifs à la qualité de la prise en charge. Ils constituent des bases factuelles et des évidences devant soutenir l'élaboration d'un plan de réponse systémique, globale et intégrée et qui couvre tous les niveaux de soins y compris la communauté.

Le plan de réponse, suivi de l'élaboration des modules de formation et la formation des acteurs de santé et de la communauté, le renforcement du plateau technique des centres de santé en petits équipements pour la prise en charge de qualité des MNT constituent les actions à réaliser au cours de l'année 2017 dans ce domaine.

## **Appui aux acteurs du SYLOS pour un rôle complémentaire et synergique**

Les différents acteurs affirment de plus en plus leur responsabilité et jouent leur rôle dans une perspective synergique dans le fonctionnement du SYLOS. Au cours de l'année sous revue, on a enregistré des initiatives concrètes des collectivités locales suivantes :

- Recrutement de personnel sur fonds propres au profit des CS et HZ : aides-soignants (mairie de Dogbo), gynécologue et chirurgien à l'HZ d'Aplahoué (Mairie d'Aplahoué)
- Mise à disposition d'une ambulance à l'HZ de Klouékanmè par la mairie de Toviklin,

Par ailleurs, différents acteurs du SYLOS (mairies, PTF, PASS, DDS) se sont associés dans la Donga au sein d'une plateforme départementale pour la gestion plus efficiente des infrastructures. Dans la même dynamique, le responsable du service départemental de l'hygiène, assainissement de base (CD/HAB) va intégrer la composante eau environnement de la table ronde des partenaires de l'Atacora. On espère par ce biais, une mobilisation de ressources pour la construction et l'entretien des incinérateurs, des forages, et une meilleure synergie dans la gestion des déchets biomédicaux

### **1. Appui aux organes de cogestion**

Les performances des COSA et COGECS, respectivement en charge de la co-gestion des EEZS et des formations sanitaires restent variables. Certains s'améliorent, d'autres pas. L'appui du PASS en 2016 s'est limité à la revue du cadre réglementaire qui régit

lesdits organes. Les textes ont été révisés et adoptés, avec comme innovation la double tutelle (Ministère de la santé et Ministère de la décentralisation) des organes de cogestion. Ils sont en attente de signature par le ministre de la santé avant leur application. Dans ce contexte le renouvellement des organes (en fin de mandat) n'a pas été effectué. Le PASS Sourou a également élaboré les grilles de performance pour une répartition objective de la partie (5%) des subsides FBR octroyés aux FS.

## 2. L'autonomisation des communautés au sein du système local de santé

Le développement d'un système local de santé nécessite de progressivement i) amener l'offre de soins à accepter d'intégrer les communautés dans la prise de décision ii) de renforcer les communautés pour jouer ce rôle et iii) de susciter un esprit collaboratif et constructif.

Dans ce cadre, la mise en œuvre d'une démarche qualité vise à donner aux communautés une place progressivement plus forte dans la coproduction des soins de santé et à les renforcer pour jouer ce rôle. Afin de disposer d'une information pertinente, un système de gestion des plaintes inclusif a été initié dans le cadre de l'appui à la demande de soins.

Sur les 427 plaintes formulées en 2016, 57 ont été traitées soit à peine 14%, ce qui indique que le processus n'est pas encore optimal. Le processus de gestion de plaintes est complexe, comprenant entre autres la vérification de la véracité de la plainte, son analyse, son traitement une rétro information au plaignant après celui-ci. Il a permis de constater que:

- les motifs amenant les clients des services de santé à déposer une plainte sont dans 32% des cas liés au mauvais accueil, 24% au rançonnement, 21% à la vente illicite de médicaments et 10% à l'absence au poste.
- dans 45% des cas, les pratiques sont liées au rançonnement et à la vente illicite des médicaments, toute chose qui aggrave la pauvreté des familles déjà éprouvée par la maladie.

Ces éléments montrent la pertinence d'un tel dispositif dans le système de santé et la nécessité de le consolider.

En dehors de la gestion des plaintes, l'appui du PASS en 2016 a permis d'enregistrer une progression dans la construction du SYLOS qui se traduit par un rôle accru de la demande dans un grand nombre d'activités réalisées d'ordinaire, de façon unilatérale par l'offre de soins. Ces actions contribuent à i) prendre les préoccupations des différents acteurs en compte dans l'identification des actions à mener ii) renforcer l'esprit collaboratif mentionné plus haut iii) révéler le potentiel de chaque acteur dans la gestion de la santé pour finalement aboutir à une amélioration des pratiques et de réels changements de comportement. On peut citer :

- L'intégration des représentants des communautés au travers de la vérification communautaire et du comité de pilotage dans le cadre du FBR. Aujourd'hui, ce dernier est considéré comme un espace d'échange et de redevabilité et non comme simple cadre exclusivement lié à la validation des primes FBR. Ceci entraîne un effet tant sur la qualité technique que sur la qualité perçue ;
- En matière d'assurance qualité, les communautés, au travers des Plates-formes des Utilisateurs des Services de Santé, assurent l'enquête liée à l'assurance qualité auprès des patients. A l'image de certains COSA, elles jouent également un rôle de facilitateur.
- Les comités de concertation pour le suivi de la mise en œuvre des plans d'amélioration (aspects concernant les communautés) intègrent la communauté

et les élus aboutissant à un ensemble de décisions liées par exemple à la planification d'activités visant l'amélioration de la sécurité des patients (KTL) ou la mise en place d'un comité conjoint pour la gestion des plaintes (KTL et Bassila)

- La mise en place de cellules d'écoute client au CHD Lokossa et HZ Djougou associant les prestataires et les acteurs de la demande.
- L'inclusion des PUSS dans les supervisions intégrées (pool de compétences dans le MC) afin d'utiliser les données issues de la gestion des plaintes et de la vérification communautaire pour améliorer la qualité des soins.
- La mise en place de cadre de concertation au niveau communal dans les communes de KTL. Les priorités et les chantiers d'amélioration sont déterminés en fonction des préoccupations de chacun des acteurs.
- Le resserrement des liens avec les gouvernements locaux
- L'accompagnement de la planification ascendante dans le Mono Couffo

Des points d'attention à prendre en compte dans le renforcement du SYLOS incluent :

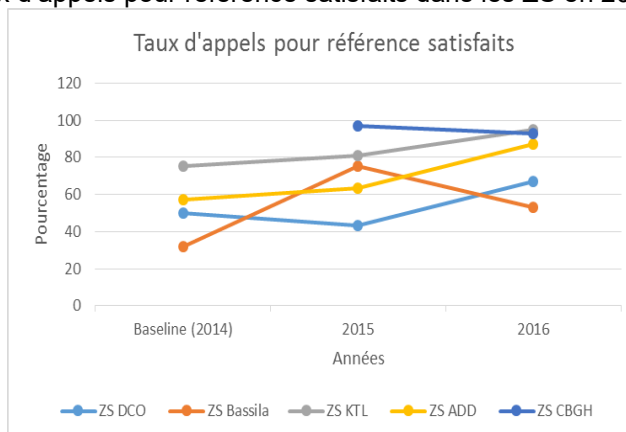
- La réticence de certains prestataires à s'engager dans un dialogue constructif avec les acteurs et notamment avec les maires afin que ceux-ci jouent pleinement leur rôle.
- La faible fonctionnalité de nombre d'interfaces de concertation.
- Les faibles capacités des collectivités locales décentralisées qui ne sont pas encore suffisamment outillées pour jouer leur rôle.

### Appui à la stratégie de référence et de contre-référence

Le système de référence et de contre-référence a connu une amélioration dans la plupart des zones sanitaires, notamment les aspects suivants :

- augmentation du taux de référence ;
- augmentation du taux de contre référence ;
- augmentation des appels satisfaits ;
- références accompagnées par du personnel qualifié.

Fig 8 : Evolution du taux d'appels pour référence satisfaits dans les ZS en 2016



Comme l'indique le graphique ci-dessus, les appels pour référence satisfaits ont connu une amélioration régulière depuis 2014 (Baseline) sauf dans la ZS de Bassila. La même tendance à l'amélioration s'observe pour ce qui concerne la contre-référence comme l'indique la figure ci-dessous, où on observe une hausse importante en 2016 avoisinant



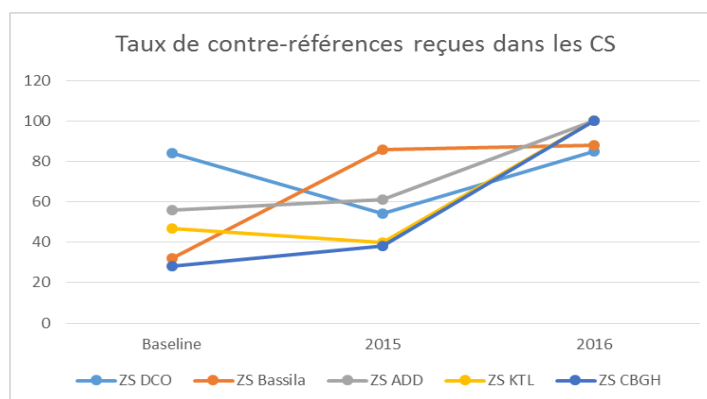
les 100% dans les trois ZS couvertes dans le MC. Les facteurs en faveur de cette tendance positive sont surtout la gratuité intra-zone de référence dans le MC et l'effet du FBR lié à l'achat des indicateurs relatifs à la référence.

La tendance à la baisse dans la ZS de Bassila et dans une moindre mesure dans la ZS DCO pourrait s'expliquer par :

- l'insécurité croissante dans la région qui rend difficile les références nocturnes
- la vétusté des ambulances (véhicules acquis en 2011) : actuellement deux ambulances sur trois ne sont pas fonctionnelles dans la Donga (Ouaké et Copago). Cette situation touche l'ensemble des zones d'intervention du PASS Sourou, mais elle est moins marquée dans le MC où les distances à parcourir sont moins grandes. En l'absence d'un renouvellement des ambulances, et plus globalement d'un plan de renforcement du système de référence (et de financement alternatif), il y a un risque de voir une augmentation de la mortalité

Par ailleurs, dans les deux ZS de la Donga (Bassila et DCO), les références médico-chirurgicales sont payantes (10 000FCFA), alors qu'elles sont gratuites dans le MC.

Fig 9 : Evolution des contre-références vers les CS dans les ZS



En dépit de cette nette amélioration de la contre-référence, il est important de souligner qu'il existe une marge importante d'amélioration en termes de contenu technique. C'est pourquoi, des efforts sont en cours pour que les fiches de contre-référence soient remplies par des personnes qualifiées (médecins) afin que la contre-référence serve réellement à la formation des destinataires. La tenue régulière des revues trimestrielles y contribuera également.

### Consolider la stratégie nationale de la transfusion sanguine

L'appui du PASS Sourou à la transfusion se décline essentiellement en une assistance à la maintenance des installations solaires et des équipements bio-médicaux d'une part et au fonctionnement des équipes opérationnelles du circuit de la transfusion dans les départements.

La satisfaction des besoins en transfusion sanguine mesurée par le taux de satisfaction de la demande en produits sanguins labile demeure élevée, 94% dans la Donga 85% dans le MC, soit en moyenne 5% plus élevée que la moyenne nationale.

Le point d'attention majeur ici, reste le fait que l'antenne de l'ANTS du MC ne fait plus de fragmentation à cause de l'irrégularité de la source d'énergie électrique. Ainsi le CHD n'est plus approvisionné en dérivés sanguins (culots globulaire, plasma frais congelé, plaquettes) qui contribuent à la rationalisation de l'utilisation du sang.

Il convient également de souligner la faible collaboration entre les établissements de transfusion et les Communes pour la mobilisation des populations en faveur du don de

sang. Cette situation se traduit par le nombre de plus en plus réduit de donneurs de sang bénévoles, en dehors des élèves des collèges et lycées qui représentent des cibles 'faciles'.

### **Appui à la CAME**

Dans le domaine de la gestion des médicaments, l'appui du PASS Sourou a permis de :

- Améliorer la disponibilité des médicaments traceurs dans les formations sanitaires en général, avec des taux de disponibilité d'au moins 85% lors des évaluations trimestrielles du FBR, grâce notamment à une meilleure gestion du circuit des médicaments ;
- Elaborer un document sur la prévention de la péremption des médicaments ;
- Réaliser l'état des lieux sur les mécanismes existants de clarification des actes et des médicaments ;
- Appuyer la mise en place de certains kits (accouchements, CPN, paludisme, pansements, suture,...) à titre expérimental dans certaines FS dans la Donga.

Certaines contraintes sont toutefois notées dans ce domaine. Il s'agit de :

- Rupture de certains médicaments à partir de la CAME depuis janvier 2016. 14 produits dont certains de 1<sup>ère</sup> nécessité sont manquants à la CAME (fer foldine, sulfate de magnésium,...). La situation de monopole de la CAME explique cette situation, qui risque de se répéter.
- Non maîtrise des indicateurs de gestion des médicaments traceurs par certains gestionnaires des dépôts de médicaments et des formations sanitaires.

## 2.4 Performance de l'output 2

### 2.4.1 Progrès des indicateurs

Output 2 :					
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Valeur année 2015	Valeur année 2016	Cible année 2016	Cible finale 2019
Fonctionnalité de l'Observatoire des RH Santé (GTT RH et Comité d'orientation)	0	Respect des critères 1 et 3	Respect critère 3	1. Régularité tenue des réunions des instances (comité technique : 4/4, comité d'orientation 2/2) 2. Représentativité multisectorielle dans les réunions (tous les secteurs membres) 3. Existence d'une matrice de suivi de la mise en œuvre des recommandations 4.Évaluation de chaque réunion des comités (technique et orientation) par les participants	Idem 2016
Existence d'un tableau de bord précisant le nombre de personnels de santé par spécialité exerçant dans les structures des deux DDS appuyées	0	MC : 3 critères AD : 1critère Niveau Central : critère 1	MC : 3 critères AD : 3 critères Niveau Central : critère 1	1. Disponibilité d'un fichier du personnel dans chaque CHD et HZ; 2. Mise à jour tous les six mois du fichier 3. Complétude de l'information	3 critères plus prises de décisions adaptées
Nombre d'étudiants diplômés en licence en soins Infirmiers et Obstétricaux (SIO) de Parakou	0	0	0	0	100
Nombre d'étudiants diplômés en Master en SIO de l'INMeS de Cotonou	0	0	0	0	60
Nombre d'étudiants médecins spécialistes de 3e année ayant	11 HZ Comé : 2 HZ KL 5 CHD MC :2	10 HZ Comé 6 HZ KL 4 CHD MC : 0	ND	11	14

<b>Output 2 :</b>					
<b>Indicateurs</b>	<b>Valeur de la Baseline</b>	<b>Valeur année 2015</b>	<b>Valeur année 2016</b>	<b>Cible année 2016</b>	<b>Cible finale 2019</b>
réalisé un stage dans les HZ des deux DDS appuyées, par spécialité	Bla : 2 DCO : 0 CHD A : 1	Bla : 0 DCO : 0 CHD A : 0			
Intégration du genre dans la mise en œuvre de la politique RHS (% de femmes dans les effectifs des agents bénéficiaires des formations appuyées par le PASS Sourou et le PAORC)	<b>ND</b>	<b>50%</b>	<b>53%</b>	<b>ND</b>	<b>50%</b>

## 2.4.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>5</sup>	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1 Acquisition d'équipements pour l'observatoire des RH			X	
2 Appuyer le Groupe technique de travail dans la valorisation des RH			X	
3 Appuyer la tenue des sessions annuelles de l'Observatoire des RH				X
4 Appuyer la dissémination du cadres organique et du plan de formation du MS		X		
5 Développer et implémenter le logiciel de gestion du personnel (IRHIS)			X	
6 Réaliser un audit institutionnel et organisationnel de la fonction RH du MS			X	
7 Appuyer les activités dans le cadre du transfert de compétence (Décrochage)			X	
8 Construire les locaux de l'école de formation médico-sanitaire cycle licence université de Parakou (IFSIO)		X		
9 Appuyer les missions d'enseignements au niveau master SIO (INMeS)		X		
10 Acquérir du matériel médico-technique pour la salle de démonstration master (INMeS)	X			
11 Suivi de la mise en œuvre des parcours d'acquisition de Compétences avec le PAORC		X		

## 2.4.3 Analyse des progrès réalisés

Les progrès réalisés en 2016 sont à lire dans le contexte de réforme institutionnelle du MS qui fait passer le statut de la Direction des Ressources Humaines à un service de la DAF.

### Renforcement de la gouvernance des RHS aux niveaux central et déconcentré

Suite à l'atelier de formation des gestionnaires des ressources humaines et l'atelier de partage des bonnes pratiques en matière de gestion des carrières tenu en novembre 2015, le PASS en collaboration avec le PAORC a appuyé la DAF-SRH dans la conduite de l'amélioration de plusieurs chantiers porteurs tels que la gestion des carrières, l'amélioration des processus de description des postes et profils et l'amélioration des capacités de formation.

La dissémination du Plan de formation 2015-2017 aux différents niveau de la pyramide sanitaire tous les agents retenus vise à améliorer le taux de mise en œuvre du plan de

<sup>5</sup> 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.

formation et la transparence au regard des leçons apprises du plan précédant. Elle a aussi contribué à une meilleure compréhension des mécanismes au niveau DDS qui permet d'espérer une meilleure adéquation de la disponibilité de personnel compétent

Le cadre organique, document élaboré en 2015 avec l'appui du PASS présente tous les postes nécessaires pour le bon fonctionnement du MS et dégage les besoins réels de la structure. Sa dissémination a permis aux responsables des structures de maîtriser non seulement les profils mais aussi la description des postes pour l'atteinte des résultats. L'élaboration accélérée du cadre organique dans un contexte d'ultimatum de la fonction publique comme condition pour la certification du plan de formation justifie les principales lacunes observées lors de l'état des lieux réalisée par le PAORC. Il sera nécessaire de l'améliorer en 2017

L'Observatoire des ressources humaines en santé est un Cadre de concertation multisectoriel de tous les acteurs intervenant dans le développement des RHS. Aucune session du comité d'orientation de l'observatoire des ressources humaines en santé ne s'est tenue en 2016. Le suivi de la mise en œuvre des recommandations issues de la dernière session tenue en 2015, n'a pas été effectif. Parmi les raisons évoquées à cette faible performance figurent les changements intervenus au niveau institutionnel suite aux élections et aussi un besoin des participants de recevoir des jetons de présence lors des sessions. La prise d'un arrêté portant définition des modalités de participation aux sessions est à l'étude.

### **GTT Valorisation des ressources humaines (VRH)**

Malgré une moindre performance par rapport à 2015, il s'agit d'un des GTT du MS ayant le mieux fonctionné (réunion de partage des expériences sur le transfert des compétences, identification et validation des parcours d'acquisition des compétences : fiches de poste, élaboration et suivi-évaluation des plans de formation ; un agent responsabilisé est mieux motivé à son poste).

Le GTT VRH est systématiquement consulté dans le cadre de la définition, la mise en œuvre et les restitutions des missions de suivi techniques du PAORC. Cette disposition vise à faciliter la mise en œuvre des recommandations et une prise en compte des changements au plan institutionnel.

En matière de partenariat pour le renforcement des ressources humaines, le PASS n'a pas encore suffisamment exploité les opportunités d'apprentissage avec le Réseau Vision Tokyo (RVT) 2010<sup>6</sup> et le programme prioritaire sur les ressources humaines de l'Organisation Ouest Africaine de Santé (OOAS).

### **Améliorer la déconcentration, la distribution et la motivation des personnels de santé**

La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des zones de santé est une condition nécessaire à la couverture santé universelle (CUS). Malgré les efforts déployés par le MS, la situation de la disponibilité des RH reste préoccupante dans les formations sanitaires du pays et particulièrement dans celles de la zone d'intervention du PASS. Le programme a institué un système d'alerte par un monitoring régulier des mouvements

---

<sup>6</sup> Le RVT 2010 est une organisation de 9 pays francophones de la Sous-région africaine et le Burundi, le Gabon, la RDC. C'est un outil qui permet de définir des orientations régionales et de partager des expériences en matière de RH. Il est parrainé par la JICA

des RH dans les formations sanitaires. En effet, sur les 31 formations sanitaires fonctionnelles du Mono-Couffo, aucune ne remplit les conditions des normes en RH du Ministère de la santé (6 agents qualifiés) et 28 dispensaires et maternités ne disposent pas de personnel qualifié, la situation n'est pas très différente dans le département de l'Atacora et la Donga avec seulement une couverture des formations sanitaires selon les normes de 20% dans la ZS DCO et 25% dans la ZS de Bassila. La mise en œuvre du bonus d'équité dans le cadre du FBR en fin 2015 donne un espoir de renforcer le maintien en poste des RH dans les ZS enclavées.

Ce dispositif a été un instrument de dialogue lors des SMCL et du comité des Partenaires en novembre 2016.

Pour réduire le déficit en ressources humaines il est nécessaire de définir des choix stratégiques nationaux assortis de plan de mise en œuvre pour réduire les gaps. L'exigence de la mise en place d'une base de données des ressources humaines fiable afin de suivre la carrière du personnel et faciliter la planification et la gestion des RH en santé connaît un retard notable. Le non aboutissement de la requête du MS pour la mobilisation d'un expert de l'OMS pour accompagner le processus, et le contexte de mutation situationnelle sont des explications possibles. Afin de débloquent la situation, le PASS a facilité une mission de partage de l'expérience de mise en œuvre de la base de données IHRIS au Sénégal afin de permettre l'élaboration par la DAF-SRH d'une requête dans la perspective d'un appui à la mise en œuvre via le Contrat E-health du siège de la CTB. Ce choix pour sa mise en œuvre exigera les aménagements administratifs pour le transfert des ressources de la cogestion vers la régie.

Il y a également eu plusieurs expériences de motivation des agents de santé méritants et la mise en œuvre d'un fond d'équité dans les zones défavorisées dans le cadre du FBR.

### **Vers un transfert des compétences effectif de la gestion des carrières au MS**

Le **décret 2015-318 du 03 juin 2015** consacre le transfert de certaines compétences du Ministère en charge de la Fonction Publique au Ministère de la Santé en matière de gestion des carrières.

- **Objectif du transfert** : rendre autonome le Ministère de la Santé dans la prise des actes de carrière des professionnels de santé
  - Cibles : Agents Publics de l'Etat (APE) et Agents Contractuels de l'Etat (ACE) du secteur (Personnel médical, paramédical) ;
  - Effectif concerné : **Plus de 75% de l'effectif du secteur**
- **Bénéfices attendus pour le secteur** :
  - Le raccourcissement du circuit d'élaboration des actes ;
  - Le développement de l'approche collaborative ;
  - Le meilleur suivi dans la production des actes ;
  - L'amélioration de la motivation et de la satisfaction des agents.
- **Défis à relever** :
  - Améliorer, grâce au transfert, le pourcentage des agents dont les actes de carrière sont à jour ;
  - Former les acteurs du système de gestion des carrières (étapes de carrière, rôles et responsabilités) ;
  - Mobiliser à temps les dossiers requis pour les prises des actes ;
  - Produire les actes de carrière en cohorte ;
  - Suivre et évaluer périodiquement les résultats obtenus.

La collaboration avec le PAORC a permis l'organisation d'un atelier avec la fonction

publique et le Ministère de l'éducation en vue du démarrage effectif du processus. La dynamique a été ralentie en attendant la prise de textes portant attribution et organisation et fonctionnement de la nouvelle DAF.

Dans le but d'améliorer les performances des personnels cadres du MS, le processus d'utilisation des lettres de mission par le MS a été évalué. Il ressort des défis quant à leur utilisation effective, l'absence de contrat d'objectif, l'amélioration des descriptions de postes et de profils.

### **Renforcement de la production et la formation continue des personnels de santé qualifiés :**

Le soutien à la mise en œuvre de la formation des infirmiers (ères) et de sage-femmes dans le nord du Bénin à Parakou est un résultat notable de l'appui du PASS en 2016. L'ouverture de l'IFSIO permet d'améliorer l'offre de formation et des perspectives de favoriser la rétention de personnel dans les régions septentrionales, les plus démunies en ressources humaines au Bénin. On note aussi la consolidation de la formation en Master en soins infirmiers et obstétricaux à l'INMeS.

Dans le cadre de la formation initiale du personnel, le PASS a contribué aux avancées suivantes avec les deux institutions de formations nationales en soins infirmiers et obstétricaux (SIO).

#### ***Au niveau de l'INMeS de Cotonou :***

- L'appui à la réforme de la formation en SIO et son alignement sur le système LMD. Cette activité a été facilitée par la mise en œuvre de la convention de subsides entre l'APEFE et la CTB effective depuis fin 2015. Trois spécialités : santé mentale, gynécologie-obstétrique, puériculture-pédiatrie sont dispensées par l'INMeS.
- La collaboration avec l'APEFE dans le cadre de la convention de subsides a amélioré la qualité de la formation par : i) la réalisation de plusieurs missions d'enseignement locales et 02 missions internationales : ces missions ont contribué à assurer le programme des unités d'enseignements (UE), les évaluations. ii) l'amélioration de la synergie des appuis à l'INMeS avec les appuis de la coopération néerlandaise via CINOP. Il apparaît cependant un certain décalage entre la maîtrise technique et la mise en œuvre effective des mesures d'encadrement des stages sur le terrain par les encadreurs de stage. Des mesures correctrices s'imposent en 2017.

L'effectif des étudiants en master1 à la rentrée académique 2015-2016 est de 16 dont 7 de sexe féminin. Ce faible taux par rapport aux attentes (40) pourrait s'expliquer non seulement par le fait que le plan de formation du MS n'a pas pris en compte l'opportunité de formation offerte par l'INMeS, mais aussi par les contraintes financières des candidats et une stratégie de communication inadaptée. Le taux de succès au Master 1 des 13 étudiants ayant pu poursuivre leur formation en 2016 est de 100%.

L'effectif des étudiants en master 1 à la rentrée académique 2016-2017 est de seize (16). Parmi eux, on compte 07 femmes et 09 hommes. Cet effectif est encore en deçà des attentes (30 étudiants/an).

Les principaux défis de la formation en Master tiennent à

- Pérennité de la formation en question en raison des frais élevés de fonctionnement (missions locales d'enseignement) ;
- Amélioration de la qualité des stages des étudiants notamment du fait du manque de personnel d'encadrement des stages ;



- Stages non organisés dans les sites d'intervention du PASS et faible implication des acteurs au niveau DDS et le DAF SRHDS.

La direction de l'INMeS envisage les actions suivantes pour améliorer la situation :

- L'invitation des Médecins-Chefs de ZS sur l'encadrement de stage communautaire des étudiants du master ;
- Plaidoyer auprès du Ministre de la santé afin que les professionnels de santé retenus pour des formations de master soient orientés vers l'INMeS ;
- L'extension prochaine des offres de formation au niveau du cycle master, prioritairement l'anesthésie-réanimation. En effet, il est de plus en plus démontré un manque criard de spécialistes dans ce domaine qui est d'une importance capitale ;
- Plaidoyer auprès du Ministre de la Santé et des PTF afin que des possibilités d'octroi de bourses soient offertes aux personnels infirmiers(ères) et sages-femmes en exercice et qui sont méritants ;
- La création du portail web de l'INMeS. Ce qui contribuera à mieux faire connaître les opportunités de formation à l'INMeS ;
- Les campagnes de communication sur les médias pour les offres existantes et à venir.

Les axes de réflexions pour le renforcement du Master en 2017 sont les suivants :

- Mener des réflexions pour le développement d'un parcours d'acquisition de compétence au profit des IDE et SFE de l'ex-INMES (BEPC + 3 ans + expériences professionnelles) pour accéder à une licence ;
- Définir des thématiques de stages et de mémoire en lien avec les chantiers du PASS respectant les standards de formation universitaires. Des échanges entre le PASS Sourou, la Direction de l'INMeS et l'enseignant en charge de la Santé communautaire à l'INMeS pourraient permettre de convenir des modalités opérationnelles ;
- Orienter la convention de subsides vers plus d'intervention sur le contrôle et suivi de la qualité des stages et enseignement dans la perspective des mécanismes d'accréditation des structures de formation de l'Organisation Ouest Africaine de Santé (OOAS).

### ***Au niveau de l'IFSIO de Parakou***

La décision d'ouverture à Parakou d'un cursus de formation de personnel infirmier et sage femmes du niveau Licence à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers et Obstétricaux (IFSIO) a été prise au dernier trimestre de l'année 2015 après un plaidoyer du programme.

L'institution a décidé de débiter la formation de la première promotion au premier trimestre de l'année 2016 dans un contexte d'infrastructures vétustes, en nombre limité et mutualisées avec la faculté de médecine.

L'effectif d'étudiants à la rentrée 2016 est de 138.

Les hypothèses de mise en œuvre de l'appui à la Licence de Parakou à la page 60 du DTF du PASS sont les suivantes :

- Signature d'une convention de partenariat avec l'ONG Belge APEFE pour la mise en œuvre
- Capitalisation de l'expérience de mise en œuvre de la licence à l'INMeS appuyée par l'APEFE (première promotion diplômés en 2013)
- Coaching Tutorat de l'équipe de Parakou par celle du Master de l'INMeS de Cotonou renforcée (après sortie de la première promotion Master, actuellement 2018).

Sur la base d'une entente non formelle avec l'APEFE certaines activités ont été planifiées

par le PASS avec l'approbation de l'équipe de l'IFSIO. Ce sont :

- Renforcement des capacités du personnel : formation des formateurs et des encadreurs de stage ;
- Acquisition de documentation technique ;
- Renforcement des infrastructures et équipements ;
- Appui à l'amélioration de la qualité des stages pratiques de terrain.
- Mise à profit par l'APEFE de l'expérience de formation de trois (03) promotions d'infirmiers et de sages-femmes pour la conduite académique des enseignements.

Les travaux de construction des salles de cours et la mise en place du mobilier ont été finalisés en fin décembre 2016 de même que la livraison des équipements bureautiques et informatiques.

Le marché pour l'identification d'une équipe de formateur est resté infructueux malgré plusieurs relances. Les prestataires de la Haute école Condorcet en Belgique et de Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval au Canada partenaires de longue date de la formation à l'INMeS pourront être sollicités dans le cadre de la future convention de subside.

Il importe de relever que le taux de réussite scolaire de Licence 1, de 52% (71 admis en Licence 2 sur 138) est bas avec en plus 4 exclusions et 4 abandons de scolarité pour des raisons économiques.

Les principaux défis pour la mise en œuvre de la licence à Parakou de façon efficace sont les suivants :

- Le renforcement de la disponibilité et des compétences des enseignants et des encadreurs de stage. L'objectif de cette formation est de faire acquérir aux bénéficiaires les notions de base fondamentales de la pédagogie universitaire selon le référentiel LMD en matière de formation et d'encadrement en soins infirmiers et obstétricaux ;
- Le renforcement de l'organisation des stages ;
- L'acquisition des équipements pédagogiques permettant de donner des travaux pratiques de qualité ;
- Effectif pléthorique qui ne garantit pas la qualité de la formation. Il serait indiqué de réduire les effectifs lors de la rentrée 2017 pour garantir une qualité optimale de la formation.

Par ailleurs, certaines contraintes restent à lever par le PASS pour un appui optimal à l'IFSIO. Ce sont notamment :

- La mobilisation de ressources pour renforcer la ligne budgétaire pour l'achat des équipements des laboratoires de travaux pratiques. Situation due à l'ampleur des travaux exécutés dans la réhabilitation de l'IMNeS et la décision d'une nouvelle construction pour l'IFSIO.
- La collaboration renforcée avec l'Organisation Ouest Africaine de Santé (OOAS) pour prendre en compte les directives communautaires de la CEDEAO en matière d'institution de formation médicale.

Dans les perspectives pour 2017, il est nécessaire de mener des actions suivantes :

- Mener des réflexions pour réduire les barrières financières d'accès de la formation aux étudiants ;
- Réaliser un état des lieux sur la qualité de la formation en vue de mettre en place un processus d'amélioration continue. Le PASS pourrait profiter de l'expertise du

PAORC dans ce domaine.

Une convention de subside sera négociée avec l'APEFE dans le cadre de la synergie des actions avec le PASS dans le cadre de son programme d'action 2017-2021.

### **Formation continue**

En vue de soutenir la mise en œuvre du plan stratégique national de développement des ressources humaines de la santé, le PASS intervient en collaboration avec le PAORC dans le but améliorer la qualité des formations usuelles inscrites dans les plans d'actions des DDS et ZS ainsi que celles exigées par les besoins de renforcement institutionnel des structures ciblées.

Le PAORC procède par la mise en place de Parcours d'Acquisition des Compétences (PAC) au bénéfice des Organisations Bénéficiaires (OB) des secteurs tant étatiques que non étatiques, aussi bien au niveau central que déconcentré.

L'année 2016 a été caractérisée par le début effectif de la plupart des appuis du PAORC et les actions de renforcement de la synergie entre le PASS et le PAORC basée sur les priorités définies dans le plan stratégique des ressources humaines 2009-2018 du MS et les principes énoncés dans la stratégie de formation du PASS (mars 2015).

Les priorités définies de manière consensuelle avec la pleine participation des parties prenantes et concernent :

- L'amélioration de la qualité des soins : appui au programme national d'assurance qualité, l'amélioration des processus pour la disponibilité et la qualité des produits sanguins par l'appui à l'ANTS et l'association des donneurs de sang au Bénin, le développement des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) l'amélioration de l'hygiène et l'assainissement de base.
- L'amélioration des capacités des membres des plates formes des utilisateurs des services de santé (PUSS) pour la négociation et de lobbying.
- Le renforcement des capacités managériales des responsables à différents niveaux sur les thématiques de la formation, du tutorat et de la recherche action.
- L'amélioration des compétences en gestion des Ressource humaines (description de postes et de profils, évaluation de la performance des ressources humaines, élaboration suivi et évaluation des plans de formation, démarché qualité chez les prestataires de formation dont l'INMeS, la formation des formateurs, la production d'outils et supports pédagogiques. Ces chantiers sont en parfaite concordance avec les objectifs d'amélioration de la gouvernance des RH du secteur.

Au cours de l'année 2016, suites aux décisions de réduction budgétaires de la coopération, le PAORC a vu son budget réduire de 30% avec pour conséquence, une réduction du nombre de PAC. A titre d'illustration, les PAC concernant le renforcement des capacités des acteurs des mairies, la planification ascendante, la pérennisation du FBR ont été abandonnés et ceux au bénéfice des PUSS ont connu une réduction sensible.

Un succès incontestable de cette collaboration est la formation en SONU de 187 sages-femmes et infirmiers dans les formations sanitaires autour d'un module de formation harmonisé pour tous les acteurs sous l'égide de la Direction en charge de la santé de la mère et l'enfant. Le suivi post formation qui en suivra laisse présager une amélioration sensible de la mortalité maternelle et néonatale dans les zones d'intervention.

## **Résultats inattendus observés**

### **Positifs**

- Audience internationale du Master SIO avec le recrutement de seize (16) étudiants en master1 à la rentrée académique 2016-2017 dont quatre (04) envoyés par le gouvernement du Niger, un (01) par le gouvernement du Tchad, un (01) par le gouvernement de la RDC.
- La Coopération néerlandaise (CINOP) finance un programme de formation d'une dizaine d'enseignants en Master et Doctorat en sciences infirmières

### **Négatifs**

- Défection de 3 étudiants candidats du Master en raison de contraintes financières en cours d'année.
- Non prise en compte de l'INMeS dans le cadre des appuis du PAORC à la mise en œuvre du processus d'assurance qualité des institutions de formation à l'issue de la mission d'état des lieux.

Mutations institutionnelles de l'organigramme du MS avec le nouveau statut de la DRH comme service de la Direction Administrative et Financière fait craindre le risque de marginalisation de la fonction RH au profit des finances.

## 2.5 Performance de l'output 3

### 2.5.1 Progrès des indicateurs

<b>Output 3 : Une stratégie cohérente et concertée en appui à la mise en œuvre du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) est développée</b>					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année N-1	Valeur année N	Cible année N	Cible finale
Existence d'un logiciel de gestion opérationnel du RAMU tant sur le plan de l'assurabilité que du remboursement des prestations	Non disponible	ND	ND	ND	Logiciel disponible
Existence d'une base de données nationale actualisée selon la méthodologie unique d'identification des ménages les plus pauvres	Non disponible	ND	ND	ND	Base de données disponible
Taux de couverture des besoins en personnel spécialisé en gestion des risques au niveau de l'ANAM	Non disponible	ND	ND	50%	100%
Taux d'utilisation des services par les indigents identifiés dans les départements appuyés	3% pour Bassila	ND	ND	25%	100%
Evolution des changements visés par l'ANAM					
Evolution des changements visés par les CDMS					

### 2.5.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>7</sup>	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1 Appuyer le développement d'un système d'information (SI) pour la gestion du RAMU				X
2 Soutenir la feuille de route pour le développement du RAMU				X
3 Appuyer le renforcement des capacités spécifiques et complémentaires à pourvoir au sein de l'ANAM				X

### 2.5.3 Analyse des progrès réalisés

Il n'y a pas eu d'activités explicitement exécutées sous ce résultat 3 pour l'année 2016 en raison du manque d'orientation nationale claire. L'appui à la mise en œuvre du RAMU s'est fait dans le PASS à travers plusieurs volets :

- a. La démarche d'amélioration continue de la qualité des soins : cet aspect (deuxième pilier du trépied du RAMU) est explicitement appuyé par la CTB (voir section AQ plus

<sup>7</sup> 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.

haut). Il faut aussi signaler dans le même ordre d'idées, l'appui à la DNSP à travers le programme national de lutte contre les Maladies Non Transmissibles – PNLMT (cf. plus haut)

- b. La prise en charge des indigents comme population vulnérable : le PASS, conjointement avec d'autres partenaires notamment la BM, appuie le processus d'identification active et de suivi des indigents.
- c. Le processus d'harmonisation/pérennisation du FBR dans lequel le PASS est un acteur majeur s'inscrit aussi dans le cadre de l'appui au RAMU.

Les bases de données sur les indigents activement identifiés dans le Mono et le Couffo ont été mises à la disposition des EEZS de ADD et de KTL.

Les élus locaux ainsi que les prestataires connaissent le modèle unique d'identification des plus pauvres.

Cependant, en dépit de l'adoption d'une approche d'identification active des indigents, le Fond Sanitaire des Indigents (FSI) n'a pris en charge que les indigents identifiés passivement, laissant sans soins de nombreux indigents reconnus comme tels par les communautés.

## 2.6 Performance de l'output 4

### 2.6.1 Progrès des indicateurs

Output 4 :					
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Valeur année 2015	Valeur année 2016	Cible année 2016	Cible finale
4.1. Proportion du budget en investissement pour les équipements biomédicaux alloué à la maintenance au niveau du Ministère de la santé (en %)	6,96%	5,85%	ND	7%	10%
4.2. Progrès réalisés par rapport à la mise en place d'un système de gestion et de maintenance préventive et corrective des équipements et des infrastructures	ND	ND	4	2	5
4.2.1. Proportion de formations sanitaires publiques des zones d'intervention du PASS Sourou ayant réalisé un inventaire d'équipements biomédicaux et des infrastructures	0	53%	100%	70%	100%
4.2.2. Taux des équipements biomédicaux non fonctionnels lors de chaque inventaire	ND	ND	10,7%	20%	<5%
4.2.3. Taux d'équipements biomédicaux sous maintenance préventive dans les HZ et les CHD	ND	ND	5,8%	10%	25%
4.3. Un système adapté et efficace de gestion des déchets est défini, mis en place dans 5 FS, documenté et capitalisé**	1/11	1/11*	5/11	4/11	11/11

\*\* Nombre de critères respectés par la FS sur les 11 requis

### 2.6.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des principales activités <sup>8</sup>	État d'avancement :				Commentaires
	A	B	C	D	
1 Capitaliser les expériences et stimuler le dialogue sur la gestion des équipements et infrastructures entre tous les niveaux et acteurs		X			
2 Renforcer la politique de gestion et de maintenance des équipements et infrastructures		X			
3 Renforcer l'implémentation du système de maintenance dans les zones d'intervention		X			

<sup>8</sup> 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.

### 2.6.3 Analyse des progrès réalisés

Les activités en cours pour améliorer le système d'investissement et de maintenance des équipements et des infrastructures ont permis d'obtenir :

- Les documents de normes et standards en infrastructures et équipements (IE) ont été validés par le Ministre de la Santé et seront disséminés dans les formations sanitaires : ces documents normatifs serviront de référence aux gestionnaires des FS dans la réalisation de leurs plans d'investissement.
- La mise en place de cadres de concertation au niveau central (Groupe de Réflexion sur la maintenance) et départemental (Plateforme Gestion Infrastructures Equipements et Maintenance dans l'AD) a permis de créer et d'entretenir un dialogue régulier entre les différents acteurs (mairies, PTF, MS, DDS, EEZS, FS...) ainsi que de partager une vision stratégique commune afin de réaliser un plaidoyer en faveur de l'implication de l'ensemble des acteurs dans le domaine de la maintenance.
- La mise à jour des bases de données en gestion des déchets biomédicaux et de sécurisation des sources d'eau a été réalisée et a permis d'actualiser les plans (PGDBM et PGSSE), des actions correctives ont été menées pour résoudre les problèmes critiques identifiés (réalisations et connections de fosses à déchets liquides, réalisations de fosses à objet cassant, campagne de contrôle qualité des eaux de consommation dans les FS,...) avec comme effet une amélioration notable des conditions d'hygiène dans les FS.
- Les équipements de mesures de la qualité de l'eau fournis aux laboratoires d'analyses des départements d'hygiène des DDS et bureaux de zone (BZ) leur ont permis d'assurer une vérification régulière de la bonne qualité des eaux des FS de manière interne, économique et pérenne.
- La formation des agents dans les domaines de l'hygiène alimentaire en collaboration avec l'ASPS, de l'hygiène hospitalière et de l'entretien des ouvrages d'assainissement ont permis d'améliorer de manière significative les capacités techniques spécifiques de l'ensemble du personnel de l'AD et MC.
- La réalisation de la totalité des inventaires en infrastructures et équipements biomédicaux des FS publiques des départements du Mono Couffo et Atacora Donga a été finalisée ; sur la base de ces inventaires une identification des actions de maintenances curatives et préventives prioritaires a été menée (maintenance kits solaire, maintenance équipements biomédicaux de transfusion sanguine,). Les plans de maintenance de chaque FS basés sur les analyses des inventaires sont en cours d'élaboration.
- La centralisation des données des inventaires a permis à la DIEM de faciliter son travail pour la réalisation du plan d'équipement national, un plaidoyer est mené auprès des PTF afin d'accompagner la DIEM pour réaliser les inventaires dans les 8 autres départements du territoire ;
- L'étude pour la définition de l'approche et la stratégie de déploiement de la GMAO au niveau national et périphérique va permettre de disposer d'une vision consensuelle pour l'acquisition de cet outil qui contribuera à la bonne gestion des infrastructures et équipements biomédicaux
- L'acquisition d'outillage, d'équipement de mesures et de matériel informatique pour les techniciens biomédicaux a permis d'améliorer leur environnement de travail pour mener à bien leur mission au sein de leurs FS respectives,
- L'achèvement de la construction des locaux de l'Institut de Formation en Sciences infirmières et Obstétricales (IFSIO) prévue pour le 15 Décembre 2016



et la fourniture des mobiliers et équipements informatiques permettront de créer les conditions favorables pour augmenter considérablement la production de ressources humaines de qualité.

- Les réflexions en cours sur les sujets de la gestion des déchets en verre et la durabilité des incinérateurs au sein des FS contribuera à alimenter le processus pour la réalisation de zones sanitaires pilotes environnementales.

*Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :*

Concernant l'indicateur 4.1 : Proportion du budget en investissement pour les équipements biomédicaux alloué à la maintenance au niveau du Ministère de la santé ;

On note de nouveau une diminution de la part du budget en investissement alloué à la maintenance. On peut noter également une diminution significative des budgets alloués à la maintenance pour les DDS. En outre les budgets prévus pour la DIEM n'ont pas été alloués (dotation nulle) en 2016.

Concernant l'indicateur 4.2, « Progrès réalisés par rapport à la mise en place d'un système de gestion et de maintenance préventive et corrective des équipements et des infrastructures » :

100 % des formations sanitaires ont été inventoriées à fin 2016 ce qui est supérieur à l'objectif de 70%. Le maintien de ce résultat nécessite une stratégie pérenne pour la mise à jour régulière des inventaires.

10,7% des équipements sont non fonctionnels, ce qui est un meilleur résultat par rapport aux objectifs (< 20%). Par contre, le taux d'équipement sous maintenance préventive dans les HZ et les CHD est nettement inférieur aux objectifs (10%). Cela est dû aux facteurs suivants :

- Plans de maintenance non finalisés dans le MC ;
- Très faible allocation des ressources pour la maintenance au niveau des HZ, CHD et DDS ;
- Insuffisance de ressources humaines qualifiées pour réaliser les maintenances.

Concernant l'indicateur 4.3 : Un système adapté et efficace de gestion des déchets est défini, mis en place dans 5 FS, documenté et capitalisé

On note des progrès substantiels dans la gestion des déchets biomédicaux. Toutefois, un appui spécifique doit être fourni au CS de Lobogo dont les résultats sont plus faibles que la moyenne (à vérifier en fonction de l'indicateur).

Certaines difficultés sont à noter :

- Inexistence de corps de techniciens de maintenance biomédical ;
- Indisponibilité des ressources financières (DIEM) ;
- Faiblesses des ressources financières (SIEM + HZ + CHD + BZ) ;
- Non-prise en compte des ressources humaines techniques biomédical dans le plan directeur des RH du MS ;
- Manque important des RH spécialisées dans la maintenance biomédicale au niveau décentralisé (SIEM + HZ + CHD + BZ) ;
- RH techniques peu qualifiées ;
- Faible coordination entre la mairie et la DDS ;
- Grève au MS pendant plusieurs mois (en 2016) freinant la réalisation des activités de la DIEM ;
- « Utilisation » du véhicule alloué au SIEM-AD par le DDS.

Par ailleurs, les points d'attention suivants méritent d'être suivis :

- Une politique nationale de gestion et de maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux non-disponible
- L'implication des PTF dans le domaine de la maintenance est faible alors que la demande est très forte
- Manque de pérennité des contrats de maintenance externe

## 2.7 Performance de l'output 5

### 2.7.1 Progrès des indicateurs

<b>Output 5</b> : Les capacités de coordination, de planification et de suivi-évaluation du PNDS sont renforcées, dans le cadre d'un processus participatif, déconcentré et décentralisé					
Indicateurs <sup>9</sup>	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeurs année 2015	Progrès année 2016	Cible finale <sup>10</sup> (2018)	Commentaires
1. Disponibilité d'un PITA de qualité à bonne date	PITA disponible, respectant les critères de qualité suivants : - Caractère Processus participatif (oui) - Respect des étapes de la PA à chaque niveau (Oui sauf s(Oui sauf niveau aire de santé) ) ; - Prise en compte de la GAR à chaque niveau (Oui); - Respect du calendrier par niveau(Non) ; - Validation formelle du PITA à tous les niveaux (oui pour les ZS seulement) ; - Arrimage des PTD des DDS et ZS en PITA (Non) - Disponibilité du PITA au plus tard le 15 janvier de l'année n (Non)	Respect des critères : - Caractère participatif du processus d'élaboration du PITA avec la participation de l'ensemble des acteurs intervenant à chaque (Oui saufs acteurs demande et PTF) niveau (oui sauf niveau aire de santé); - Respect des étapes de la planification ascendante à chaque niveau (No); - Aspect Gestion Axée sur les Résultats pris en compte à chaque niveau ; - Validation formelle du PITA à tous les niveaux (oui pour ZS seulement) - Disponibilité du PITA au plus tard le 15 janvier de l'année n (Non)	Respect des critères : 1-Caractère participatif du processus d'élaboration du PITA avec la participation de l'ensemble des acteurs intervenant à chaque niveau (Oui, prise en compte de la demande, amélioration participation PTF); 2- Respect des étapes de la planification ascendante à chaque niveau (Oui sauf niveau aire de santé) ; 3-Aspect Gestion Axée sur les Résultats pris en compte à chaque niveau (oui); 4-Validation formelle du PITA à tous les niveaux (oui pour ZS seulement) 5-Disponibilité du PITA au plus tard le 15 janvier de l'année n (Non)	PITA disponible, respectant les critères de qualité suivants : - Processus participatif - Respect des étapes de la PA à chaque niveau ; - Prise en compte de la GAR à chaque niveau ; - Respect du calendrier par niveau ; - Validation formelle du PITA à tous les niveaux ; - Arrimage des PTD des DDS et ZS en PITA - Disponibilité du PITA au plus tard le 15 janvier de l'année n	
2. Qualité de suivi de la mise en	Suivi de l'exécution du PITA respecte	Niveau central	<b>Niveau central</b> Respect critères 6	Le suivi doit respecter <b>tous</b> les critères de	Contraintes Au niveau central retard des

<sup>9</sup> Reprendre les indicateurs tels qu'ils figurent dans le cadre logique.

<sup>10</sup> La valeur cible à la fin de l'intervention.

**Output 5** : Les capacités de coordination, de planification et de suivi-évaluation du PNDS sont renforcées, dans le cadre d'un processus participatif, déconcentré et décentralisé

Indicateurs <sup>9</sup>	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeurs année 2015	Progrès année 2016	Cible finale <sup>10</sup> (2018)	Commentaires
œuvre du PITA	<p>les critères de qualité suivants :</p> <p>1-Tenue régulière des différentes instances de suivi à chaque niveau</p> <p>2-Réalisation physique d'au moins 20%, 45% et 85% à la fin du trimestre, semestre et année</p> <p>3-Réalisation financière d'au moins 20%, 40% et 80% à la fin du trimestre, semestre et année</p> <p>5-Évolution du Financement (capacité de mobilisation des ressources extérieures, Communautaires et FBR, etc...)</p> <p><b>Qualité de Revue Annuelle Conjointe (RAC) nationale, Départementale et au niveau ZS</b></p> <p>7-Implication de l'ensemble des acteurs dans le processus d'organisation de la revue</p> <p>8-Présence effective (selon les quotas fixés) de l'ensemble des acteurs à la revue</p>	<p>Respect des critères 1, 2, 3, 8, 9</p> <p>1-Tenue régulière différentes instances suivi à chaque niveau pyramide sanitaire (réunion CDEEP : 0/2, CNEEP, :2/2 CODIR-E 4/4, réunion MS/PTF : 4/4</p> <p>2-Taux de réalisation physique du PITA annuel (72%)</p> <p>3-Taux de réalisation financière PITA (72% sur base ordonnancement fin année)</p> <p><b>Qualité de la RAC</b></p> <p>4-Exploitation résultats enquête SARA réalisée avant la revue (N)</p> <p>5-Implication de l'ensemble des acteurs dans le processus d'organisation de la revue (O)</p> <p>6- Présence effective (selon les quotas fixés) de l'ensemble des acteurs à la revue (O)</p> <p>7-Taux d'exécution des recommandations (≥80%_N))</p> <p>8-Pertinence des thèmes (97%)</p> <p>9-Qualité des présentations (85%)</p> <p>10-Proportion participants satisfaits (63%)</p>	<p>à 10</p> <p>PITA : données Annuelle CNEEP ½ tenue</p> <p><b>Qualité de la RAC</b></p> <p>Exploitation résultats enquête SARA réalisée avant la revue (Non)</p> <p>Implication de l'ensemble des acteurs dans le processus d'organisation de la revue (Oui)</p> <p>6- Présence effective (selon les quotas fixés) de l'ensemble des acteurs à la revue (Oui)</p> <p>7-Taux d'exécution des recommandations 50%)</p> <p>8-Pertinence des thèmes (85%)</p> <p>9-Qualité des présentations (95%)</p> <p>10-Proportion participants satisfaits (81%)</p> <p><b>Niveau DDS</b></p> <p>Respect des critères 1, 2, 3, 8, 9, 10 et 11</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• revues Trimestrielle EEZS et semestrielle DDS réalisées 100%</li> <li>• auto-évaluation</li> </ul>	<p>qualité:</p> <p>1-Tenue régulière des différentes instances de suivi à chaque niveau</p> <p>2- Réalisation physique d'au moins 20%, 45% et 85% à la fin du trimestre, semestre et année</p> <p>3- Réalisation financière d'au moins 20%, 40% et 80% à la fin du trimestre, semestre et année</p> <p>4- Exécution des recommandations au moins 80%</p> <p>5-Évolution du Financement (capacité de mobilisation des ressources extérieures, Communautaires et FBR, etc...)</p> <p><b>Qualité de la Revue Annuelle Conjointe (RAC) nationale, Départementale et au niveau ZS</b></p> <p>6. Exploitation des résultats enquête SARA réalisée avant la revue</p> <p>7-Implication de l'ensemble des acteurs dans le processus d'organisation de la revue</p> <p>8- Présence effective (selon les quotas fixés) de l'ensemble des acteurs à la revue</p> <p>9-Pertinence des thèmes</p> <p>10-Qualité des présentations</p>	<p>allocations budget état et contexte de réforme. Exploitation</p> <p>Au niveau DDS une réunion de CDEP tenue sur 2</p> <p>Exploitation enquête SARA non réalisée.</p>

<b>Output 5</b> : Les capacités de coordination, de planification et de suivi-évaluation du PNDS sont renforcées, dans le cadre d'un processus participatif, déconcentré et décentralisé					
Indicateurs <sup>9</sup>	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeurs année 2015	Progrès année 2016	Cible finale <sup>10</sup> (2018)	Commentaires
	9.Pertinence des thèmes 10.Qualité des présentations (75%) 11.Proportion de participants Satisfaits (85%)		annuelle réalisée	(75%) 11-Proportion de participants Satisfaits (85%)	
3. Existence d'un système d'information sanitaire intégré	4. Utilisation des tableaux de bords pour la prise de décision  1. Intégration des données sur les aspects transversaux telles que genres personnes vulnérables, Enfants	Respects des critères suivants 1. Disponibilité des données avant le 20 de chaque mois 2. Niveau de complétude plus de 90%	4.Intégration niveau communautaire effectif dans le SNIGS 5. Annuaire statistique dispo à T1 8.FBR en cours d'intégration	Le SI remplit les conditions suivantes : 1. Disponibilité des données avant le 20 de chaque mois 2. Niveau de complétude plus de 90% 3. Proportions des structures impliquées 4. Intégration du niveau communautaire 5. Annuaire statistique disponible avant la fin du premier trimestre 6. Utilisation des tableaux de bords pour la prise de décision 7. Intégration des données sur les aspects transversaux telles que genres personnes vulnérables, Enfants 8. Intégration du FBR 9. Intégration du RAMU	
5. Qualité de la collecte des	Promptitude : ND Complétude :	<b>AD</b> : BASSILA complétude 100 promptitude 97,5	<b>Au niveau central</b> pas encore de données	Promptitude : 98 Complétude: 100%	

<b>Output 5</b> : Les capacités de coordination, de planification et de suivi-évaluation du PNDS sont renforcées, dans le cadre d'un processus participatif, déconcentré et décentralisé					
Indicateurs <sup>9</sup>	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeurs année 2015	Progrès année 2016	Cible finale <sup>10</sup> (2018)	Commentaires
données du SNIGS au niveau central et intermédiaire	97% Exactitude : 95%	DCO complétude 99,7 promptitude 99,2 DONGA complétude 99,4 promptitude 98,1  <b>Mono/Couffo :</b> Complétude: 82,9% promptitude: 67,7%	disponibles  <b>Au niveau DDS Donga :</b>  Promptitude 97% Complétude : 100%  <b>Couffo/Mono :</b>  Promptitude 90% Complétude : 99%	Exactitude : 98%	
6. Disponibilité d'un système d'information intégré et genre sensible et désagrégé par âge au niveau du secteur	Respect des critères 1, 2, 4	Respect des critères 1, 2, 3, 4	Respect des critères 1;2;3;4;5;6;7	Disponibilité données avant le 20 du mois n+1 2. Complétude plus de 90% 3. Intégration niveau communautaire 4. Annuaire statistique disponible avant fin 1er trimestre année n+1 5. Intégration données genre sensible et aspects transversaux (désagrégées par sexe, âge, personnes vulnérables notamment indigents) 6. Intégration du FBR 7. Intégration du RAMU	- l'intégration partielle des données communautaires - données parcellaires sur les indigents

## 2.7.2 Analyse des progrès réalisés

### Planification ascendante intégrée, participative et basée sur les résultats

L'évaluation à mi-parcours du PNDS a été finalisée et les résultats exploités pour l'élaboration du PDS 2017-2021. Il faut noter la décision d'abandon par le MS de l'élaboration d'un PTD au profit d'une planification stratégique à la fin du 3<sup>ème</sup> trimestre.

### Avancées en matière de planification suivi évaluation

Le processus de planification s'est significativement amélioré au niveau des DDS

- Avec l'encadrement du niveau central (DPP, BEC), les départements du Mono et du Couffo ont réussi à élaborer un Plan Intégré Départemental Consolidé 2016 et à le partager avec les partenaires (Préfecture, PTF, Receveur des Finances, ...). Ce plan consolidé a facilité le suivi de la mise en œuvre des interventions par niveau (DDS, EEZS, FS).
- Meilleure implication des acteurs du SYLOS dans le processus de planification ascendante essentiellement dans l'analyse participative de la situation sanitaire par aire de santé avec responsabilisation des chefs d'arrondissement (CA) avec l'encadrement technique de la DDS et des EEZS.
- La démarche d'élaboration du PITA dans les départements de l'Atacora Donga a suivi les étapes traditionnelles avec amélioration par la relecture des drafts par un comté restreint de la DDS.
- En ce qui concerne la Revue Annuelle Conjointe (RAC) dans l'Atacora-Donga, l'édition 2016 a connu la participation effective des principaux PTF (PASS, Plan Bénin, ANESVAD, ANCRE), des acteurs du SYLOS et ceux du niveau central.

Au niveau central le processus est resté stationnaire dans l'attente des orientations sur le processus d'élaboration des documents stratégiques de planification dans le contexte des réformes. Le partage des résultats de l'enquête SARA qui permet d'apprécier la disponibilité et de capacité des structures de soins à répondre aux besoins des populations au niveau des DDS aurait sensiblement amélioré les revues des DDS.

Il y a une régularité du suivi périodique et monitoring par niveau, trimestriel (ZS) et semestriel (DDS).

### **Amélioration de la qualité des données**

- Une amélioration progressive de la qualité des données statistiques liées à la tenue des Groupes de Suivi Mutuel mensuels et aux contrôles de qualité des données par les DDS dans les FS et par la DPP au niveau DHIS2.
- Une mission nationale d'évaluation de la qualité des données a été réalisée par le MS avec un appui d'autres PTF.
- Le PASS s'est fortement engagé dans l'accompagnement technique de la relecture du plan stratégique du SNIGS entamé en mars 2016. Cette activité a connu un ralentissement du planning initial pour plusieurs raisons entre autres, la nécessité de s'arrimer aux réformes et le PDS, le retard de mobilisation de l'expertise auprès de l'OMS, les contraintes de calendrier du service de l'information sanitaire.
- Plusieurs chantiers de digitalisation sont en cours ou en préparation dans une perspective d'interopérabilité avec le Système d'information sanitaire national. La requête du Ministère de la santé au PASS pour la relecture du Plan stratégique national SNIGS donne une opportunité de les intégrer dans le cadre d'une stratégie nationale. Des chantiers sont en cours pour améliorer la qualité des données :
  - o La digitalisation de la vérification communautaire, afin de constituer une base de données sur les perceptions et plaintes des usagers dans le cadre de la mise en œuvre du FBR (en préparation)
  - o L'intégration des données du FBR des zones d'appui du PASS à l'interface Open RBF sur le site web du MS (interface développée par la BM)
  - o La mise en œuvre d'une base de données des ressources humaines

- (programme IHRIS) afin de suivre la carrière des ressources humaines et faciliter la planification et la gestion des RH en santé. (en préparation)
- Le développement d'un logiciel pour le suivi des résultats des audits de qualité des formations sanitaires dans le cadre du programme assurance qualité
- Développement du logiciel de Gestion de la maintenance assistée par ordinateur –GMAO pour améliorer la tenue de la base de données issue de l'inventaire conduit par le PASS .et la planification de la maintenance préventive et curative des équipements dont les pannes récurrentes sont préjudiciables à la qualité des soins.

Avec l'appui du PASS la Direction de l'Informatique et du Pré archivage (DIP) a initié des actions pour améliorer la visibilité du Ministère de la santé (MS) de même que les actions et expériences partageables du PASS Sourou à travers des sessions de formations et l'animation du site web par les acteurs du terrain.

Dans ce cadre, la DIP a initié l'implantation des panneaux d'orientations des usagers au niveau du MS. Par ailleurs, elle a actualisé le guide des usagers dans les régions d'intervention de PASS-SOUROU qui mérite d'être édité et vulgarisé. Il est attendu que cette dynamique complémentaire à la digitalisation et le développement d'une interface Web spécifique accessible via le site Web du Ministère courant 2017 améliore la qualité de la communication pour le développement.

### **Mécanismes de coordination**

Si l'on note une relative amélioration de la coordination au niveau des départements en 2016 à travers la tenue régulière des différentes instances (CODIR, CDEEP, revue de performance, Comité de Pilotage FBR, supervisions intégrées, accompagnement des ZS par les pools de compétence, accompagnement dans l'élaboration et la validation des PITA des différentes structures sanitaires), le constat est tout autre au niveau central où il est constaté un recul de la fonctionnalité des instances de coordination du secteur.

Afin de renforcer le système de coordination stratégique du secteur et suite à une requête des PTF intervenant dans le secteur santé, le PASS a réalisé une consultance dans le but d'analyser le fonctionnement et l'efficacité des mécanismes, instances et les structures de coordination en place et particulièrement l'organisation et la fonctionnalité des GTT. Le même exercice est prévu au niveau opérationnel en 2017. Elle recommande des améliorations par rapport aux rôles et mandats de certaines instances, et/ou dans leur composition et modalités de fonctionnement, le renforcement du leadership et de suivi, la rationalisation des instances (tendance de remplacer une instance qui fonctionne mal par une nouvelle), l'amélioration de l'organisation interne du MS, un rôle plus accru de la DPP dans la gestion des connaissances, et une plus grande prise en compte du niveau intermédiaire.

Dans le cadre du partenariat international pour la santé, IHP+, le Bénin a pris part au cinquième suivi évaluation dont le rapport provisoire est disponible. Ce cinquième suivi a permis deux innovations grâce à son extension au secteur privé et à la société civile en plus du Gouvernement et des PTF. Il ressort globalement de cette évaluation que le partenariat avec la société civile et le secteur privé a besoin d'être amélioré.

Par ailleurs, le PASS a pris part aux travaux de contextualisation des indicateurs de suivi des ODD dans le secteur de la santé initiés au MS.



## Capitalisation

La réflexion et les activités du programme PASS sont principalement dirigées vers les chantiers porteurs de recherche-action. Dans ce cadre, le PASS Sourou a formé des formateurs nationaux en recherche-action (RA) en 2016. Une extension de la formation en RA aux équipes de recherche est en instance en 2017. Elle débouchera sur l'élaboration des protocoles de RA.

Le mécanisme de renforcement de la mise en œuvre des recherches actions est en place avec la production de plusieurs documents de capitalisation par le programme. Ces initiatives nombreuses dispersées gagnent à être focalisées et regroupées par thématiques pour favoriser un travail intégré des différents volets du programme.

Les expertises de suivi scientifiques ont entamé leurs prestations (AQ, FBR...)

Pour booster la recherche action, les principes suivants ont été convenus au sein du programme :

- L'attention sera dirigée vers les activités qui renforcent le niveau décentralisé (le Sylos, étant la pierre angulaire du système béninois) et le niveau déconcentré (les DDS).
- La définition et l'utilisation des canaux de transmission les plus pertinents des expériences de terrain vers le niveau central seront prioritaires.
- La focalisation sur une dizaine de thématiques envisagées parmi lesquelles on peut citer des actions en matière d'assurance qualité de soins, la prise en charge globale des MNT, la mise en œuvre du FBR, l'autonomisation de la communauté dans une approche multi acteurs, la fidélisation du personnel dans les ZS défavorisées, l'optimisation de la gestion des équipements et infrastructures, le renforcement du SYLOS, le renforcement des groupes de réflexion au niveau des départements et les GTT.

Dans le but de renforcer le partage des expériences de terrain, le PASS a décidé d'appuyer le MS dans l'organisation d'un forum santé en fin mars 2017. Ce Forum est aussi une opportunité pour renforcer le développement du Sylos suivant les principes de la Déclaration de Dakar et la préparation de l'évaluation à mi-parcours du programme.

## Influence des facteurs contextuels sur le processus de planification stratégique

L'évolution du contexte de mise en œuvre est marquée essentiellement par :

- Le dernier PTD 2016-2018 n'a pu être élaboré dans les délais impartis compte tenu du changement au niveau institutionnel qui a plutôt opté pour l'élaboration d'un nouveau plan quinquennal au lieu d'un PTD ;
- Les performances dans la mise en œuvre des PITA 2016 ont connu des limites liées à l'abattement des Crédits Délégués du Budget National (CD/BN) de 50% ;
- Les résultats des travaux de la commission technique de réforme Santé sont toujours attendus, et ne peuvent pas être pris en compte dans la planification stratégique.

## 2.8 Thèmes transversaux

### 2.8.1 Genre

En vue de la mise en œuvre de la stratégie genre du ministère de la Santé, des points focaux en charge de la thématique ont été identifiés au niveau des DDS et des zones sanitaires. Ceci représente 8 personnes dans l'Atacora Donga et 9 dans le Mono Couffo.

Des formations ont été organisées d'une part pour les points focaux et d'autre part pour les prestataires de soins. Les résultats des prés et post tests montrent une amélioration des connaissances théoriques avec, pour les points focaux, une progression moyenne 15,44% (de 58,95% à 74,39%) et de 7% pour les prestataires de soins (de 58 à 65%). Avec l'appui de la DDS, la restitution de la formation a été faite à tous les chefs services.

#### Genre et santé communautaire

Sur cette base, les actions au quotidien des points focaux visaient à promouvoir le genre. En exemple, le témoignage du chargé de recherche d'appui à la mobilisation sociale (CRAMS) de Bassila « *juste après cette formation, j'ai commencé à œuvrer pour que les femmes soient impliquées au même titre que les hommes aux activités sur le terrain* ». Ainsi, dans la zone sanitaire de Bassila, la formation des formateurs des relais communautaire a été organisée, 8 femmes agents de santé sur un total de 15 ont été

Communes	Performance PF	
	Septembre 2016	Novembre 2016
<b>Copargo</b>	7,8%	9%
<b>Djougou</b>	9,8%	10,9%
<b>Ouaké</b>	10,1%	10,8%

sélectionnées.

La présence accrue des femmes lors de la formation et du suivi des relais communautaires permet une meilleure intégration des besoins spécifiques liés au genre avec un accent sur la santé de la reproduction. Dans un même ordre d'idées, certaines localités (Alédjo et Manigri) ont identifié un binôme (un homme, une femme) pour assurer le rôle de relai communautaire.

Ceci représente une première et une avancée importante pour une meilleure adéquation des services avec les besoins des femmes et des enfants.

#### **Genre au centre de santé et à la DDS**

La recherche des femmes « perdues de vue » dans le cadre de la planification familiale a été systématisée dans les communes de Djougou, de Ouaké, et à Bassilla

De même diverses actions de sensibilisation ont été réalisées conformément à la feuille de route établie lors de la formation. Ceci a contribué à la une amélioration des indicateurs de la PF comme l'indique le tableau ci-dessous.

#### **Les droits fondamentaux des femmes et lutte contre les violences basées sur le genre**

Les violences faites aux femmes restent un problème majeur très courant au Bénin. Peu d'actions sont menées pour y remédier. Au contraire, bien qu'un grand nombre de femmes en garde des séquelles physiques leurs agresseurs sont peu inquiétés.

Une étude réalisée sur cette thématique identifie trois axes stratégiques dont :

- développer un arsenal juridique approprié et une réglementation administrative favorables à la lutte contre les violences faites aux femmes et aux filles ;
- contribuer à une meilleure connaissance par les différents acteurs (les couches sociales et tous les groupes socioprofessionnels) du phénomène des violences faites aux femmes et aux filles
- Contribuer à l'amélioration du statut socio-économique des femmes et à une

meilleure prise en charge des victimes des violences faites aux femmes et aux filles.

Les actions du PASS concernaient surtout la prise en charge des victimes et l'information des différents acteurs.

Une action prioritaire est de répertorier et objectiver ces violences. Les médecins-chefs de Ouaké Copargo et Djougou ont été sensibilisés sur la prise en charge et se sont dotés des certificats médicaux spécifiques à utiliser dans ce genre de situation

### **Genre et accès aux postes décisionnels**

En ce qui concerne les postes de cadres, au sein de la DDS MC peut également noter une certaine conscientisation avec différentes nominations :

- une femme Chef Service des Soins Infirmiers et obstétricaux,
- Trois femmes nommées chef division au service de la santé de la mère et de l'enfant (SME),
- Et le choix d'une femme comme point focal PAORC.

Les actions et sensibilisations menées sur le genre conscientisent les acteurs sur la thématique. En effet, le bilan organisationnel et institutionnel des PUSS a amené les membres à prendre des décisions en la matière. Aussi, les échanges ont-ils permis aux femmes de prendre confiance en elles, en leurs capacités et de comprendre les différents enjeux.

C'est ainsi que, lors des élections visant à renouveler les membres des organes de la PUSS, les femmes se sont présentées avec conviction. Concrètement sur 4 PUSS ayant procédé à leur AG, le nombre de femmes élues est passé de 9 à 23 soit 14 femmes de plus (KTL est passé de 2 à 6 – Bassila de 1 à 6 – DCO de 1 à 7 et ADD de 5 à 4 – CBGH tiendra son AG en 2017)

### **2.8.2 Environnement**

Plusieurs actions ont été entreprises en 2016 afin de contribuer à un environnement sain dans les FS. Ce sont:

- Formation des agents des cantines dans les FS sur l'hygiène en partenariat avec le projet ASPS de la CTB ;
- Dotation des laboratoires des services hygiène assainissement des DDS en équipements de contrôle de la qualité de l'eau dans le but de réduire les maladies hydriques ;
- Appui aux EEZS et les mairies à la mise en œuvre des PGDBM et PGSSE ;
- Formation des personnels HAB des ZS sur l'entretien des réseaux de distribution d'eau de consommation ;
- Formation des personnels HAB des ZS, agents de santé, agents d'entretien sur l'hygiène hospitalière, la gestion des DBM et l'utilisation et l'entretien des incinérateurs ;
- Entretien des kits solaires dans les FS ;
- Réflexion sur l'amélioration des incinérateurs de type Monfort et la gestion des déchets en verrerie dans les FS en vue de création de zones pilote environnement prévue en 2017.

### 2.8.3 Autre

## 2.9 Gestion des risques

Identification du risque			Analyse du risque			Traitement du risque			Suivi du risque	
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	Etat d'avancement	Statut
La perturbation des activités du PASS/MS en raison de la reprise dans le secteur des grèves suspendues pendant longtemps. La non satisfaction des conditions administratives liées à la prise de service des agents nouvellement recrutés depuis 2015 est un risque supplémentaire.	Q3 2016	OPS	Moyenne	Elevé	C	*Poursuite du dialogue entre le MS et les syndicats *prise de Decret et l'élaboration du contrat-type *dispositions prises pour la signature des contrats-types les sessions 2016 du Conseil Sectoriel pour le Dialogue Social sont programmées *Paiement des salaires des agents nouvellement recrutés	MS Observatoire des RH/DAF	fin juin 2017	*Decret signé *Contrat-type signé *Numéros matricules accordés; sessions conseil sectoriel du dialogue social programmées pour 2016 mais n'ont pu être tenues *Salaires non encore payés à tous les agents	En cours
Réduction des PAC initialement prévus pour le secteur de la santé en raison de la restriction budgétaire subie par le PAORC (annulation de certains PAC transversaux, réduction du nombre de bénéficiaires des PAC et diminution de la phase de consolidation)	Q3 2016	OPS	Elevée	Moyen	C	*Echanges PAORC et PASS pour choisir les PAC les plus pertinents *Echanges pour définir les modalités de cofinancement de certains PAC	PASS - PAORC	31/12/2017	*poursuite des échanges PASS-PAORC	En cours

Identification du risque			Analyse du risque			Traitement du risque			Suivi du risque	
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	Etat d'avancement	Statut
La lenteur dans le déploiement du RAMU ne permet pas une mise en œuvre optimale du résultat3 pour un meilleur accès des populations à la couverture universelle en santé	Q1 2014	DEV	Elevée	Moyen	C	*Contribution à la définition d'une stratégie de prise en charge des indigents, appui technique à l'élaboration de la Stratégie nationale de financement de la santé, appui au SGM pour le plaidoyer en vue de l'adoption de la loi sur le RAMU les résultats de la commission des réformes sectorielles sont attendus pour une meilleure orientation du Résultat 3 du PASS. Backstopping en octobre 2016 pour appuyer à la reformulation du R3	CabinetM S/SGM	31/12/2017	*Loi sur le RAMU voté par l'Assemblée Nationale ; loi vulgarisée *Projet de texte soumis au MS pour la prise en charge des indigents y compris ceux activement identifiés *Dispositions envisagées pour utilisation du FSI dans le cadre du RAMU à partir de 2017 * restructuration du Résultat 3 du PASS envisagée suite aux résultats de la commission de réformes sectorielles attendues	En cours

Identification du risque			Analyse du risque			Traitement du risque			Suivi du risque	
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	Etat d'avancement	Statut
Réduction de la qualité de l'offre de soins dans les zones de couverture du PASS suite au départ massif du personnel à la retraite et de non remplacement systématique ainsi que l'instabilité du personnel due à la réaffectation fréquente du personnel dans les zones de couverture du PASS-Sourou	Q1 2016	DEV	Elevée	Elevé	D	Programmation de recrutements massifs (2643 agents qualifiés) au titre de 2016; évaluation des départs à la retraite dans les ZS/PASS; état des lieux sur la disponibilité des RH dans les ZS de couverture et monitoring régulier aux sessions SMCL; appuyer le Ministère à avoir un plan de recrutement pluriannuel et de gestion prévisionnel des RHS	MS/SGM/RR/DAF	31/12/2017	Recrutements massifs programmés pour 2016; Problématique prise en compte par le nouveau gouvernement; un plan de recrutement pluriannuel et de gestion prévisionnel des RHS	En cours
Possible incohérence des actions du résultat R4/PASS pour raison de l'inexistence d'une politique de maintenance	Q1 2016	DEV	Elevée	Faible	B	Accélérer l'élaboration de la politique de maintenance pour Q1/2017	DIEM	31/12/2017	*Reprise du processus de validation du document de politique de maintenance *Création d'un comité de suivi	En cours
Retard dans l'implémentation du résultat 4 (Da4.3) en raison de la non disponibilité des Ressources Humaines qualifiés en maintenance	Q1 2016	DEV	Elevée	Moyen	C	Plaidoyer à faire auprès du MS	MS/DDS/DH/DIEM/DRH/Mairies	Continue	Plaidoyer en cours	En cours

Identification du risque			Analyse du risque			Traitement du risque			Suivi du risque	
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	Etat d'avancement	Statut
Risque fiduciaire lié à l'utilisation des fonds mis à disposition pour couvrir les activités et occasionnellement difficulté/impossibilité d'authentification de l'exactitude de certaines pièces	Q1 2016	FIN	Elevée	Faible	B	Renforcer le contrôle interne  Renforcer les procédures internes (achat carburant, hôtel, etc)	RR/Responsables/Co-responsables/AG/RAFI	31/12/2017	* Cartes carburant ORYX achetées * Liste Accords partenariats Hôtel diffusée * Règles sur utilisation hôtel dans Manuel Opérationnel * Contrôle interne en place * Audit programme PASS réalisé	En cours
la non réalisation de certaines actions retenues due à la non allocation des ressources nationales budgétisées au titre de l'année 2016 pour le PASS, certaines directions appuyées comme la DIEM, et la coupe des ressources aux DDS en cours d'année	Q4 2016	FIN	Elevée	Moyen	C	appuyer les directions (DCT et DDS) dans le plaidoyer pour la mobilisation effective des ressources financières	Directions centrales techniques et départementales	30/06/2017		Ouvert
Risque de retard dans l'exécution budgétaire lié aux procédures de marché public	Q3 2016	FIN	Elevée	Moyen	C	* Retro planning de chaque MP à mettre en place * Responsabiliser chaque acteur * Mettre en place le RACI MP * TdR et CSC précis * Améliorer la publicité	RAFI/AG/ATI	31/06/2017	* Retro planning MP dans MONOP * Rappel et suivi fait mensuellement par le RAFI * Template TdR réalisé	En cours



## 3 Pilotage et apprentissage

### 3.1 Réorientations stratégiques

Dès 2017, le PASS sera davantage axé sur les réalisations suivantes :

- Concentration sur des chantiers clés porteurs qui seront des leviers directs et tangibles pour une amélioration de la santé de la population ;
- Priorisation des actions ayant un impact direct sur les bénéficiaires comme le développement des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et la prise en charge des maladies non transmissibles (MNT) ;
- Extension et systématisation de l'approche assurance qualité (AQ) dans toutes les formations sanitaires ;
- Systématisation de la digitalisation comme stratégie pour la mise en œuvre des activités dans les domaines de la maintenance, des ressources humaines et l'assurance qualité :
  - Par rapport à la maintenance, appuyer la mise en place de la gestion de la maintenance assistée par ordinateur (GMAO) ;
  - Par rapport à la gestion des ressources humaines, mettre en place le logiciel IRHIS, pour la gestion prévisionnelle des emplois et compétences (GPEC) ;
  - Par rapport à la vérification communautaire dans le cadre du financement basé sur les résultats (FBR), la digitalisation des données statistiques communautaires et l'utilisation des outils informatiques pour la collecte et le traitement des données ;
  - Par rapport à l'assurance qualité des soins, la digitalisation et l'utilisation d'un logiciel « off line » pour la mise en œuvre et le monitoring des progrès dans le cadre de cette initiative ;
  - Par rapport aux MNT, commencer la digitalisation de la promotion, de la prévention et du suivi d'une certaine catégorie de patients souffrant d'hypertension artérielle et de diabètes.
- Promotion de l'harmonisation des différentes approches Assurance Qualité (AQ) mises en œuvre au Bénin à travers une politique holistique d'AQ sous le leadership de la Direction nationale des hôpitaux (DNH/MS).
- Communication à travers un meilleur partage des expériences développées et des résultats atteints au sein du programme avec les décideurs nationaux et les bénéficiaires.
- Accent sur la Recherche action (RA) : il s'agira de renforcer le fonctionnement des comités de recherche en se focalisant sur les principaux thèmes retenus avec l'encadrement du suivi scientifique, du backstopping et d'approfondir la collecte de données en mettant à profit les étudiants en Master dans leur thème de mémoire.
- Appuyer le MS à Opérationnaliser le plan stratégique 2014-2024 des ressources humaines pour combler le gap des Ressources humaines destinées à la santé maternelle infantile et néonatale

## 3.2 Recommandations

Recommandations	Acteur	Date limite
<p>SONU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Poursuivre le renforcement de capacités des acteurs pour une meilleure appropriation des techniques liées aux SONU,</li> <li>Renforcer le plateau technique pour répondre à la mise en œuvre des SONU dans les zones de couverture</li> </ul>	DSME, DDS	Q4 2017
<p>MNT :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboration et mettre en œuvre un plan de réponse holistique et systémique</li> </ul>	DDS, DNSP/PNMLT	2017/ 2018
<p>Digitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>IRHIS : conception et déploiement de l'application aux différents niveaux de la pyramide sanitaire</li> <li>Déploiement GMAO dans les zones pilotes</li> <li>Vérification communautaire : utilisation des moyens informatiques pour la collecte et le traitement des données communautaires</li> <li>Assurance Qualité : mettre en place et utiliser un logiciel adapté (« off line »)</li> <li>MNT : conception et déploiement d'une application pour contribuer à la promotion, la prévention et le suivi des MNT</li> </ul>	<p>SRHDS/DAF</p> <p>DIEM</p> <p>DNSP/DDS</p> <p>DNH</p> <p>PNLMNT</p>	<p>Q3 2017</p> <p>Q4 2017</p> <p>Q2 2017</p>
<p>RH :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Opérationnaliser le plan stratégique 2014-2024 des ressources humaines pour combler le gap des Ressources humaines destinées à la santé maternelle infantile et néonatale</li> </ul>	DAF-SRH	Q2-Q3 2017
<p>AQ :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Création du groupe de travail piloté par le DNH pour conduire une politique systémique et unique d'AQ des soins et services de santé</li> </ul>	DNH, DDS	Q3 2017
<p>Communication :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Organisation d'un Forum pour le partage des expériences avec les différents acteurs et partenaires du secteur actifs dans la MEO de la CSU</li> </ul>	SGM/DDS	Q1 2017
<p>Élaborer et mettre en œuvre une politique, déjà appliquée par le Bénin autrefois, d'affectation de médecins étudiant la spécialité de chirurgie ou gynécologie/obstétrique dans des HZ pour des périodes non inférieures à 6 mois</p>	DAF-SRH-/ Faculté de Médecine	Q3 2017
<p>Capitaliser les expériences de renforcement des RH sur fonds propres des mairies</p>	DDS	Q1 Q2
<p>Renforcer la prise en compte de la promotion de la santé dans les plans de développement communaux</p>	DDS/MCZS	Q1 et Q2

### 3.3 Enseignements tirés

Enseignements tirés	Public cible
<p>FBR : Avec les subsides les FS avec l'appui des EEZS ont démontré leur capacité à prendre des initiatives pour améliorer le fonctionnement des structures (amélioration du plateau technique (équipement, personnel)) et une certaine autonomie dans la gestion des achats sans passer par le ministère.</p>	Ministère de la santé
<p>La mise en place de la gratuité des intrants de PF a augmenté de façon significative l'utilisation des méthodes modernes de contraception dans la ZS de Djougou Copargo Ouaké.</p>	EEZS et DDS
<p>L'utilisation des pairs comme auditeurs-facilitateurs des processus d'amélioration continue de la qualité dans les FS a permis par effet d'apprentissage à partir des bonnes pratiques observées dans les FS auditées, le transfert des bonnes pratiques dans d'autres FS pour améliorer la qualité des soins (échange de bonnes pratiques). Intervision enrichi beaucoup.</p>	PASS Sourou
<p>La mise en œuvre de la convention de subside avec l'APEFE a permis de renforcer les capacités des formateurs par des ateliers de formations. il est cependant nécessaire d'y adjoindre un suivi post formation structuré dont un contrôle de qualité de la mise en œuvre des actions sur le terrain</p>	PASS Sourou- APEFE

## 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.				
<i>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</i>				
Évaluation de la PERTINENCE : note totale	A	B	C	D
	x			
<b>1.1 Quel est le degré de pertinence actuel de l'intervention ?</b>				
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.		
<b>1.2 La logique d'intervention, telle qu'elle est conçue actuellement, est-elle toujours la bonne ?</b>				
X	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).		
	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.		
<b>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.</b>				
<i>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</i>				
Évaluation de l'EFFICIENCE : note totale	A	B	C	D
		x		
<b>2.1 Dans quelle mesure les inputs (finances, RH, biens &amp; équipements) sont-ils correctement gérés ?</b>				
x	A	Tous les inputs sont disponibles à temps et dans les limites budgétaires.		

	<b>B</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.
	<b>C</b>	La disponibilité et l'utilisation des inputs posent des problèmes qui doivent être résolus, sans quoi les résultats pourraient courir certains risques.
	<b>D</b>	La disponibilité et la gestion des inputs comportent de sérieuses lacunes qui menacent l'atteinte des résultats. Des changements considérables sont nécessaires.
<b>2.2 Dans quelle mesure la mise en œuvre des activités est-elle correctement gérée ?</b>		
	<b>A</b>	Les activités sont mises en œuvre dans les délais.
x	<b>B</b>	La plupart des activités sont dans les délais. Certaines sont retardées, mais cela n'a pas d'incidence sur la fourniture des outputs.
	<b>C</b>	Les activités sont retardées. Des mesures correctives sont nécessaires pour permettre la fourniture sans trop de retard.
	<b>D</b>	Les activités ont pris un sérieux retard. Des outputs ne pourront être fournis que moyennant des changements majeurs dans la planification.
<b>2.3 Dans quelle mesure les outputs sont-ils correctement atteints ?</b>		
	<b>A</b>	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>B</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.
	<b>C</b>	Certains outputs ne s(er)ont pas livrés à temps ou de bonne qualité. Des ajustements sont nécessaires.
	<b>D</b>	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	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
		x		

**3.1 Tel qu'il est mis en œuvre actuellement, quelle est la probabilité que l'outcome soit réalisé ?**

	<b>A</b>	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.
x	<b>B</b>	L'outcome sera atteint avec quelques minimales restrictions ; les effets négatifs (s'il y en a) n'ont pas causé beaucoup de tort.
	<b>C</b>	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.
	<b>D</b>	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 ?**

	<b>A</b>	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>B</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.
	<b>C</b>	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.
	<b>D</b>	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	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
		X		

**4.1 Durabilité financière/économique ?**

	<b>A</b>	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>B</b>	La durabilité financière/économique sera vraisemblablement bonne, mais des problèmes peuvent survenir en raison notamment de l'évolution de facteurs économiques externes.
X	<b>C</b>	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.
	<b>D</b>	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 cibles et persistera-t-il au terme de l'assistance externe ?**

	<b>A</b>	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>B</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	<b>C</b>	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.
	<b>D</b>	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 ?**

	<b>A</b>	L'intervention bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra.
X	<b>B</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.
	<b>C</b>	La durabilité de l'intervention est limitée par l'absence d'appui politique. Des mesures correctives sont requises.
	<b>D</b>	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 ?**

	<b>A</b>	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>B</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.
	<b>C</b>	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.
	<b>D</b>	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

N°	Décision	Période d'identification	Source	Acteur	Structures associées	Date limite	Etat d'avancement	Statut
1	Suivre et appuyer la mise en œuvre de la feuille de route et des recommandations du sous-GTT RAMU sur les indigents	mars-16	SMCL	SGM		déc-16	Le principe de la prise en charge des indigents identifiés par la méthode active est retenu ; l'ANAM en collaboration avec la DAF devra réintroduire la lettre circulaire d'instruction du Ministre de la Santé aux structures chargées de la prise en charge. Un montant de 700 millions est prévu au budget 2017 au niveau de l'ANAM pour la prise en charge	En cours
2	Mettre en place une structure servant d'ancrage institutionnel pour le pilotage à partir de 2015 de la MOE du FBR au Bénin avec la participation des différents bailleurs (BM, CTB, FM, Gavi, ...) et assurer la tenue de réunions semestrielles régulières (Création de la cellule FBR de la DPP)	Mars 2015	SMCL	SGMDPP+P ASS/CTB+ PRPSS/BM + autres PTF		fin juin 2016	La Revue Annuelle Conjointe (RAC) d'avril 2015 a recommandé l'harmonisation/pérennisation du FBR Béninois 2 missions conjointes sur 3 déjà effectuées en 2015 Entre autres résultats : les structures de pilotage sont identifiées par niveau (CNEEP, CDEEP et CS/ZS). NB: la DPP assure le secrétariat du CNEEP. la 3ème mission est dû aux réformes institutionnelles en cours liées au nouveau Gouvernement. Elle s'est déroulée du 4 au 8 juillet 2016. Comme résultats : (i) implication des autres ministères (plan, finances et décentralisation) et (ii) proposition de mise en place d'un comité technique pour boucler le processus d'un modèle unique. La 4ème mission qui s'est déroulée en octobre 2016 qui a abouti à la proposition d'une cellule technique nationale dont l'ancrage pourrait être le SGM pour continuer le processus de pérennisation	En cours



N°	Décision	Période d'identification	Source	Acteur	Structures associées	Date limite	Etat d'avancement	Statut
3	Prendre les dispositions pour renforcer et uniformiser la gestion financière au niveau des formations sanitaires (subsides du FBR, fonds communautaire, etc...)	Mars 2016	SMCL	SGM		Permanent	Une mission du SGM était prévue au cours en 2016 pour échanger avec les acteurs de terrain sur les questions suivantes : revue des modalités d'utilisation des subsides, respect des procédures de bonne gouvernance. La mission de supervision est reportée au 1 <sup>er</sup> semestre 2017	En cours
4	Opérationnaliser le Groupe Technique Sectoriel Santé (GTSS) et les GTT afin qu'ils appuient la consolidation des expériences/acquis du programme santé.	Mars 2015	SMCL	SGM+DCT+Pr GTT		juin-16	Il y a eu : - la dynamisation GTT et GTSS recommandée par la RAC ; - le GTSS a assuré le rôle de comité de pilotage de l'évaluation à mi-parcours (EMP) du PNDS - les GTT ont participé à l'EMP du PNDS notamment à l'analyse de la situation; - les GTT vont participer à l'élaboration du PTD/Compact du secteur - une évaluation des mécanismes de coordination prenant en compte les GTT/GTSS s'est déroulée en fin 2016 dont les recommandations seront exploitées. Sur le terrain, il y a des initiatives dans le sens des GTT : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place de groupe de travail dans le cadre de la Recherche- Action</li> <li>- Table ronde des partenaires autour des questions de santé</li> <li>- Des journées d'écriture sur des thématiques</li> <li>- Groupes d'échanges des partenaires techniques et financiers dans le domaine de la santé pour une synergie d'actions : par exemple : PIHI communautaires</li> </ul>	En cours

N°	Décision	Période d'identification	Source	Acteur	Structures associées	Date limite	Etat d'avancement	Statut
5	Renforcer le rôle de suivi du projet par le MS (pilotage stratégique, définition et utilisation « zones pilotes», engagement formel dans les processus de changement, supervisions conjointes, ...)	Mars 2015	SMCL	SGM+DCT DDS		juin-16	<p>Il y a eu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-les appuis du Ministère de la Santé au statut ZS « pionnier » :</li> <li>-les appuis à la DPP et aux zones d'intervention du PASS Atacora/Donga et Mono/Couffo pour l'organisation des revues annuelles de performance. Il est prévu la supervision par le SGM pour échanges avec les acteurs sur la mise en œuvre du statut</li> <li>- Appui à l'accompagnement des ZS par des points focaux (chefs services de la DDS) formalisé dans l'AD</li> <li>- Les points focaux ont un cahier de charge pour une meilleure préparation des zs à leurs performances</li> <li>- Deux supervisions intégrées conjointes avec le volet demande des pools de compétence très appréciées ; elle a permis une meilleure compréhension de part et d'autre</li> <li>- Mise en place des pools de compétences élargis à la demande (offres et demande)</li> </ul>	En cours
6	Assurer un accompagnement technique et logistique y compris un investissement financier léger des structures impliquées dans la chaîne de gestion des médicaments en vue d'améliorer la prévention/gestion des médicaments périmés/avariés et les faux médicaments dans les zones de couverture	mars-16	SMCL	PASS		déc-16	<p>La note conceptuelle conçue a été complétée par un dispositif de prévention aux différents niveaux des structures de la DDS et des zones sanitaires. Le document pré validé est disponible; ce qui permet de contribuer à la destruction du stock périmé disponible à la DDS. Le document sera distribué dans le réseau pour une consolidation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Présentation de la note sur le processus (destruction) et prévention à la CAD et la retraite bilan de la DDS</li> <li>- Des organes ad'hoc ont été mis en place pour la gestion du processus</li> <li>- Ces commissions ont été mises à contribution</li> </ul>	En cours

N°	Décision	Période d'identification	Source	Acteur	Structures associées	Date limite	Etat d'avancement	Statut
							<ul style="list-style-type: none"> <li>pour la destruction effective des stocks de médicaments</li> <li>- La validation est prévue pour le premier trimestre 2017</li> <li>- Des actions de prévention sont de mise (attention aux dates de péremption, meilleures gestion des stocks etc....)</li> </ul>	
7	Prendre les dispositions pour la prise de l'arrêté régissant les organes de cogestion réglant entre autres la question de la tutelle administrative, la politique de renouvellement	Mars 2015	SMCL	SGM+DNSP		oct-16	<p>Processus de la prise de l'arrêté bouclé:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relecture des textes régissant COGECs (2 ateliers nationaux)</li> <li>- Finalisation par un comité restreint en avril 2016 ; le projet est transmis à la DNSP et au SGM pour signature</li> <li>- La mise en forme par l'actualisation des visas est en cours à la DNSP</li> </ul>	En cours
8	Harmoniser les modes de calculs ou de détermination des indicateurs entre les départements appuyés par le PASS	mars-16	SMCL	DPP		déc-16	Des échanges ont eu lieu avec la DPP sur la question des indicateurs. Les problèmes soulevés seront résolus dans le cadre de la concertation des acteurs sur la question de la pertinence et de la véracité de certains indicateurs de santé suite aux observations faites à la revue annuelle de performance (RAC) tenue en avril 2016 ; cette activité aura lieu en 2017 dans le cadre de l'élaboration du PNDS 2017-2021	En cours
9	Poursuivre les échanges avec l'ANAM et le SGM par rapport aux axes d'appui du PASS au RAMU	mars-16	SMCL	PASS		juil-16	Les résultats des travaux de la commission des réformes sectorielles sont attendus. Le PASS-sourou a prévu d'appuyer l'organisation d'un forum sur la couverture santé universelle (CSU)	En cours

N°	Décision	Période d'identification	Source	Acteur	Structures associées	Date limite	Etat d'avancement	Statut
10	Prendre les dispositions nécessaires pour mobiliser dans les délais requis la contrepartie nationale	mars-16	SMCL	SGM/PASS		juil-16	Toutes les dispositions administratives sont prises de façon proactive pour la mobilisation desdites ressources (termes de référence élaborés et ordonnancés, les marchés en instance d'attribution) ; - une correspondance signée par l'actuel Ministre de la Santé (MS) est adressée au Ministre en charge des Finances en vue d'autoriser la mise à disposition du MS des ressources de contre-partie pour 2016 ; - des rencontres avec la DGB/MEF ont eu lieu pour discuter de la question suite à la correspondance du MS au MEF. Une nouvelle correspondance est adressée par le SGM/MS à la CAA (ordonnateur national) pour solliciter des diligences en vue de la mobilisation de la contre partie le réouverture ponctuelle du SIGFIP en novembre 2016 a permis d'engager certaines dépenses prévues après la coupe budgétaire	En cours
11	Initier et documenter une expérience pilote de planification ascendante dans un département de couverture du PASS-sourou	mars-16	SMCL	PASS		Q4-16	Le MC est retenu pour cette expérience pilote. Tous les acteurs du SYLOS sont briefés et préparés pour l'exercice en début de 2017 couplé avec l'élaboration du nouveau PNDS	En cours

N°	Décision	Période d'identification	Source	Acteur	Structures associées	Date limite	Etat d'avancement	Statut
12	Organiser des concertations multi-acteurs et multisectorielles pour explorer les causes de la faible utilisation des soins et des services dans le MC et proposer des approches de solutions idoines sous l'autorité du Préfet	mars-16	SMCL	DDS MC		oct-16	<p>Cette question a été discutée à plusieurs instances dont la RAC/départementale et l'atelier de restitution de l'enquête du Programme Elargi de Vaccination; Ces instances regroupent les principaux acteurs (les élus locaux, les responsables des formations sanitaires, les Médecins Coordonnateurs de Zone (MCZS), les Représentants des PTF, le staff de la Direction Départementale de la Santé (DDS) autour de l'équipe préfectorale. Il est prévu que les échanges sur la question se poursuivent dans le cadre de la CAD et du CDEEP</p> <p>-,la session du CDEEP a effectivement abordé la question :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les tournées statutaires des préfets a montré que l'accueil s'est amélioré, mais le grand problème reste la disponibilité d'un personnel qualifié</li> </ul>	En cours
13	Faire un état des lieux de la collaboration fonctionnelle entre les structures de santé (EEZ-HZ-CS) et l'association communale des tradithérapeutes de la commune de Bassila assorti d'un plan d'action	sept-16	SMCL	DDS AD	EEZS Bassila	févr-17	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les tradithérapeutes sont installés à tous les niveaux de la pyramide, et réfèrent les malades aux formations sanitaires de leurs localités</li> <li>- L'état des lieux est prévu pour début 2017</li> </ul>	En mpréparation
14	Faire une analyse profonde de l'expérience spécifique de l'implication des chefs traditionnels dans la promotion de la santé des populations au sein de la commune de Bassila dans un double but : i) déterminer la plus-value pour la qualité des soins, ii) identifier les	sept-16	SMCL	BE/AD	PASS-BEC	févr-17	<ul style="list-style-type: none"> <li>- les autorités royales de Bassila sont très intéressées par lesproblèmes de santé de leur ZS</li> <li>- elles aident à dénouer plusieurs problèmes et à mobiliser les bénéficiaires (la demande)</li> <li>- l'analyse approfondie est prévue en 2017</li> </ul>	en préparation

N°	Décision	Période d'identification	Source	Acteur	Structures associées	Date limite	Etat d'avancement	Statut
	perspectives pour le renforcement de la ZS							
15	Réaliser un état des lieux approfondi du fonctionnement de l'hôpital de Bassila prenant en compte l'historique de tous les appuis à ladite structure assorti de recommandations	sept-16	SMCL	BE/AD	Préfet/Donga	févr-17	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dans le cadre du processus de mise en place de la démarche assurance qualité (AQ) un état des lieux a été fait par rapport aux différents domaines de fonctionnement de l'HZ</li> <li>- cet état des lieux a été suivi de plan de correction des dysfonctionnements</li> </ul>	en préparation
16	Intégrer l'ANCB et le Maire de la commune de Dogbo à titre de membres statutaires de la SMCL comme représentants de la demande de soins	sept-16	SMCL	Président SMCL		janv-17	<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'ANCB a été invitée comme personne ressource à la dernière session SMCL de septembre</li> <li>- les dispositions seront prises pour son invitation en tant que membre statutaire dès la prochaine session</li> </ul>	en préparation
17	Poursuivre le suivi trimestriel de la mise en œuvre des recommandations de la SMCL entre deux sessions en vue de leur exécution optimale	sept-16	SMCL	Président SMCL	*RR CTB *CAA *SGM *BEC PASS	Permanent	<ul style="list-style-type: none"> <li>- le suivi de la mise en œuvre des recommandations de la SMCL est systématique</li> <li>- il permet de faire le point de façon continue</li> </ul>	<b>Exécuté</b>
18	Préparer les équipes de gestion des différents niveaux de la pyramide sanitaire à la rétro-information sanitaire et communautaire en assurant la pleine participation des collectivités locales.	sept-16	SMCL	DDS AD et MC	*SGM *BEC PASS	juin-17	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la participation communautaire est une réalité dans l'AD</li> <li>- la rétro information sur les activités de santé communautaire sera renforcée au cours de l'année 2017</li> </ul>	En cours

N°	Décision	Période d'identification	Source	Acteur	Structures associées	Date limite	Etat d'avancement	Statut
19	Mettre les rapports d'avancement et de résultats du programme à la disposition du Président de la SMCL au moins deux semaines avant la tenue des sessions.	sept-16	SMCL	Coordination PASS		Permanent	- toute la documentation relative à la prochaine session de la SMCL est en cours de préparation et sera transmise aux membres dans les délais exigés	en préparation
20	Adresser dans les plus brefs délais une lettre à la Direction générale de la CAA pour la mobilisation des fonds de contrepartie pour le compte de 2016 et celle de 2017 en veillant à: (i) joindre toutes les pièces requises (ii) mettre en copie le Pdt/SMCL	sept-16	SMCL	BEC PASS	Direction des opérations/ CAA	sept-16	une correspondance est adressée à la CAA le 19/09/16 pour la mobilisation des fonds de contrepartie 2016 et 2017 avec ampliation au Pdt/SMCL, au MEF et au ministre de la santé à titre de compte rendu. Toutes les pièces requises ont été jointes à ladite correspondance	<b>Exécutée</b>
21	Faire le point du niveau d'évolution de la signature par le MS de l'arrêté conjoint portant AOF des COGECS	sept-16	SMCL	SGM	ANCB DDS DNSP	sept-16	la recommandation a été inscrite dans les priorités du SGM pour le mois de septembre. Une rencontre avec la DNSP a été initiée pour faire le point de l'évolution du dossier. De ce point il ressort que la DNSP devra faire une dernière lecture interne au niveau de son staff	En cours
22	Prendre les mesures pour le démarrage du cofinancement du FBR de façon progressive à partir de 2017	sept-16	SMCL	SGM		oct-16	La question a fait l'objet d'»changes entre les parties prenantes à la dernière mission conjointe sur le FBR d'octobre 2016 ; les grandes lignes des conclusions ont été partagées avec les autorités du ministère et la commission des réformes dont les résultats sont attendus pour les orientations à donner aux réformes en cours	En cours

N°	Décision	Période d'identification	Source	Acteur	Structures associées	Date limite	Etat d'avancement	Statut
23	Epargner les contreparties nationales aux projets/programmes cofinancés avec les PTF des abattements décidés par le Gouvernement afin de permettre l'exécution normale desdits projets/programmes et l'augmentation de la capacité d'absorption de l'aide des partenaires	sept-16	SMCL	SGM	MEF (att : DG/CAA	Permanent	Toutes les parties concernées par cette mesure (DPP, SGM, ministère du plan et des finances ) ont pris l'engagement de sécuriser les fonds de contre- partie et de les préserver des abattements	en cours
24	Partager la situation des RH dans les zones d'intervention du PASS avec les autorités du MS	sept-16	SMCL	DDS AD et MC		nov-16	<ul style="list-style-type: none"> <li>- le point sur la situation des RHS et les gaps a été présenté à la dernière session de la SMCL</li> <li>- ce point a été transmis aux autorités et faire l'objet d'échanges avec la mission du dernier comité des partenaires bénino-belge</li> </ul>	en cours
25	Adopter un plan de recrutement et d'affectation clair pouvant permettre de résorber de façon progressive le déficit en ressources humaines qualifiées dans les zones d'intervention du PASS	sept-16	SMCL	SGM	*MPD *Ministère de la fonction publique *MEF	Permanent	Du dernier point fait par le SGM, il ressort que des dispositions sont en cours en vue de doter le ministère d'un plan pluriannuel de recrutement de ressources humaines qualifiées pour répondre aux besoins actuels et à moyen terme	en préparation
26	Faire un monitoring régulier de l'évolution de la situation des ressources humaines dans les territoires d'intervention du PASS à chaque session de la SMCL	sept-16	SMCL	Pdt/SMCL	DDS AD et MC	Permanent	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la situation à été présentée à la session de la SMCL du 7 septembre 2016;</li> <li>- elle va se faire systématiquement aux prochaines sessions</li> </ul>	en cours



N°	Décision	Période d'identification	Source	Acteur	Structures associées	Date limite	Etat d'avancement	Statut
27	Equiper (climatiseurs et mobiliers pour la salle de réunion) les locaux du PASS Sourou nouvellement construits	sept-16	SMCL	SGM	DAF/MS	sept-16	<p>une correspondance est adressée par le SGM au Directeur de l'Administration et des Finances (DAF/MS) le 19 septembre 2016 pour demander d'équiper les bureaux du PASS-Sourou nouvellement construits. Le Pdt/SMCL et le RR/CTB ont reçu ampliation de la lettre ainsi que le ministre de la santé à titre de compte rendu.</p> <p>Une note a été ensuite adressée au ministre pour des instructions à donner</p> <p>Le ministre a effectivement instruit la DAF puis les climatiseurs ont été remis au PASS puis installés dans les bureaux</p>	<b>Exécuté</b>
28	Transférer à la Mairie de Dogbo le matériel du PASS Sourou à mettre en rebus sur base des besoins de la Mairie	sept-16	SMCL	PASS-BEC	Pdt/SMCL RR/CTB	oct-16	le matériel a été remis à la mairie de Dogbo	<b>Exécuté</b>

### 4.3 Cadre logique mis à jour

Le cadre logique n'a pas connu de changement sur la période sous revue

### 4.4 Aperçu des MoRe Results

Résultats ou indicateurs du cadre logique modifiés au cours des 12 derniers mois ?	N/A
Rapport <i>Baseline</i> enregistré dans PIT ?	OUI
Planning de la MTR (enregistrement du rapport)	04/2017 (estimation)
Planning de l'ETR (enregistrement du rapport)	Septembre 2019 (estimation)
Missions de backstopping depuis le 01/01/2015	huit missions de Backstopping

### 4.5 Rapport « Budget versus Actuels (y – m) »



Budget vs  
actuals.pdf

### 4.6 Ressources en termes de communication